

Osebnostne značilnosti uživalcev prepovedanih drog

Emil Benedik¹

Število uživalcev prepovedanih drog narašča, zato se z njimi vse pogosteje srečujemo tudi v javnih institucijah. Osebjem, ki prihaja v stik z odvisniki, pogosto izraža do njih negativna stališča, včasih pa celo odkrito odklanja delo z njimi. Vzrok za to so predsodki, stereotipi, nepoznavanje narave odvisnosti in težav, s katerimi se srečujejo uživalci, ali pa ima osebe dejansko s tovrstnimi klienti negativne izkušnje. Prispevek skuša predstaviti značilnosti same odvisnosti od drog, najpogostejše osebnostne značilnosti uživalcev ter nekatere, predvsem sodobne psihoanalitične razlage nastanka odvisnosti. Samo ob zadostnem poznavanju odvisnosti in usposobljenosti za delo z osebami, ki imajo takšne težave, bo delo kakovostno in manj stresno, pa naj gre za področje zdravstva, šolstva, socialnega dela, sodstva ali policije.

Ključne besede: droge, odvisnost od prepovedanih drog, osebnost, osebnostne značilnosti, motnje osebnosti, razvojna psihoanalitična teorija

UDK: 178.8-056.8:159.23

Uvod

V zadnjih letih v Sloveniji število uživalcev drog narašča. O tem poročajo raziskave z različnih področjih. V zdravstvenih službah je več obravnav boleznih in motenj, ki so posredno ali neposredno povezane z jemanjem droge, o njih poročajo socialne službe, vse več je kaznivih dejanj, ki so povezana z drogo, uživalci so pogosto obravnavani na sodiščih in v zaporih. Konec koncev, z uživalci droge se vse pogosteje srečujemo na cesti, če jih že ne najdemo med svojimi bližnjimi in znanci. Ob tem pa so se v javnosti izoblikovala tudi zelo negativna stališča, mnenja in celo predsodki o uživalcih drog. Po anketah slovenskega prebivalstva so uživalci drog med najbolj nezaželenimi možnimi sosedi. Anketa zaposlenih v zdravstvenem domu Center v Ljubljani npr. kaže, da zdravstveni delavci večinoma nočejo delati z osebami, odvisnimi od drog in so proti ambulanti, ki bi obravnavala takšne paciente v njihovem okolju, kljub temu, da se zavedajo, da je ta potrebna (Debevec-Švigelj, 1999). Vsi se spominjamo, kako težko je bilo najti primerno lokacijo za ustanovo za zdravljenje odvisnih od drog zaradi velikega odpora lokalnega prebivalstva. Javni delavci poročajo o številnih težavah, ki jih imajo pri obravnavanju oseb, odvisnih od drog. Zato nas zanima, katere so značilnosti teh oseb, kakšen bi bil najuspešnejši in najučinkovitejši pristop pri delu z njimi. Če jih želimo bolje spoznati, to pomeni tudi spoznati naravo same bolezni odvisnosti, osebnostnih značilnosti in vseh težav, ki so s tem povezane.

Opredelelitev pojma osebnosti, motenj osebnosti in odvisnosti

Po Musku (1993) je osebnost razmeroma trajna in edinstvena celota duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti posa-

meznika. Osebnost je v interakciji z okoljem, ki jo oblikuje. Po eni strani pomeni neponovljivo individualnost, zmožnost samozavedanja, introspekcije, po drugi je »obrnjena« tudi navzven, v okolje, saj je prilagoditvena funkcija ena njenih najpomembnejših. Prav prilagoditev je ključni dejavnik za definicijo t. i. motenj osebnosti.

Po ameriški klasifikaciji mentalnih motenj so motnje osebnosti trajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja, in se izražajo na naslednjih (vsaj dveh) področjih: v kogniciji, čustvovanju, medosebnih odnosih ali kontroli impulzov. Ob enem niso rezultat psihofizioloških efektov ali substanc oz. splošnega somatskega stanja ali drugih mentalnih motenj. Ti vzorci so prodorni, nefleksibilni in stabilni, nastajajo že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi. Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali oškodovanostim na socialnem, zaposlitvenem in drugih področjih posameznikovega delovanja (DSM-IV, 1994). V mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD-10, 1992) so motnje osebnosti opredeljene kot resne motnje značajske konstitucije in vedenja posameznika. Po Kernbergu (1986) pa so motnje osebnosti sklop patoloških osebnostnih potez takšne jakosti, da privedejo do pomembnih motenj intrapsihičnega in/ali interpsihičnega delovanja.

Po drugi strani lahko odvisnost od psihoaktivnih snovi opredelimo kot kompleksno duševno motnjo, za katero je značilno močno in ponavljajoče se hrepenenje (craving) po določeni drogi. Temu se subjekt pogosto ne more upreti oz. ga nadzorovati, tudi v primeru, ko je soočen z zelo negativnimi posledicami svojega ravnanja – uživanja droge. Odvisnost je psihofiziološki pojav, ki ga povzroči ponavljajoče se uživanje določene psihoaktivne snovi (Čebašek, 1999), pri čemer ločimo telesno odvisnost kot fiziološko stanje prilagoditve na rabo določene psihoaktivne snovi (pomanjkanje katere povzroči abstinenčne telesne reakcije, motnje v delovanju organizma) ter psihično odvisnost kot subjektivni občutek potrebe po psihoaktivni snovi (njena odtegnitev pomeni motnje v duševnem delovanju).

¹ Dr. Emil Benedik, univ. dipl. psih., specialist klinične psihologije, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, emil.benedik@g-kabel.si

Odvisnost kot osebnostna motnja

Za odvisnost je značilno disfunkcionalno, kompulzivno, pogosto pomanjkljivo nadzorovano vedenje, ki je usmerjeno k pridobivanju in uživanju droge, z namenom doseči takojšnjo zadovoljitev neke potrebe. Dolgotrajno odvisniško vedenje vodi do velikih motenj na psihičnem, telesnem, finančnem in socialnem področju. Pogosto so moteni družinski odnosi, nastopijo težave pri delu, sledijo kazniva dejanja. Po podatkih Mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je bilo samo v njihovih centrih v letih od 1995 do 2000 obravnavano 3764 pacientov, od tega jih je bilo vključenih v vzdrževalni metadonski program 1247 (Kastelic in Rihtar, 2000). Od teh je redno zaposlenih samo 18, 3%. Večina jih živi s starši (75%), torej ostajajo materialno odvisni, če upoštevamo dejstvo, da je večina uporabnikov tega programa stara med 20 in 30 let. Opaziti je tudi velik porast kaznivih dejanj v zvezi z drogo. V letu 1995 je bilo v Sloveniji registriranih 453, leta 1999 pa je bilo storjenih že 1121 kaznivih dejanj, ki so neposredno povezana z drogo, to so: nepravilna proizvodnja in promet z mamili ter omogočanje uživanja droge (MNZ, 2000). Če ob tem upoštevamo še številna t. i. sekundarna kriminalna dejanja, ki so pogosto posledica odvisnosti, kot so tatvine, vlomi, nasilno vedenje, je število še veliko večje. Po Pirkoviču (1999) je teh v Sloveniji kar 70 do 80 % vseh kaznivih dejanj. Za ilustracijo lahko navedemo, da je kar 18% obravnavanih pacientov v Centru za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Kranju v letu 2001 odšlo na prestajanje zaporne kazni, največkrat zaradi tatvin, ki so jih zagrešili še pred vstopom v program. Tudi raziskave v ZDA (Ginther, 1998) odkrivajo veliko večjo verjetnost, da bodo kriminalna dejanja storili odvisniki od drog, v primerjavi s posamezniki, ki ne jemljejo drog. Seveda pa to ne pomeni, da je za vsakega odvisnika od drog značilno kriminalno vedenje.

Nadalje je za uživalce drog značilno, da jim grozi veliko večja nevarnost številnih bolezni in poškodb zaradi tvegane vedenja. Kljub temu, da v Sloveniji še ne opažamo velikega širjenja virusa HIV/AIDS med odvisniki (kot to velja za mnoge druge države), pa so okužbe z virusom hepatitisa B in C zelo pogoste. Neredke so tudi poškodbe pri delu in v prometu. Pri osebah, odvisnih od drog, se pojavljajo različne duševne bolezni oz. motnje. Pogoste so odvisnosti od dodatnih snovi (druge droge, alkohol, nikotin), depresivne in anksiozne motnje, motnje prehranjevanja (posebno pri ženskah), pri nekaterih je opaziti tudi psihotična obolenja. Rezultati raziskav kažejo tudi več hiperkinetičnih motenj pri ljudeh, odvisnih od drog (Levin, 2000). Pri tem je lahko droga sprožilec duševne motnje ali pa spremljajoči dejavnik. V nekaterih primerih je jemanje droge posledica duševne bolezni ali pa je droga nekakšno samozdravljenje in duševna bolezen izbruhne ob abstinenca, odtegnitvi droge.

Dolgotrajna odvisnost (ki jo praviloma srečujemo pri uživalcih t. i. trdih drog) pomeni motnjo osebnosti, še posebej, če

se zavedamo dejstva, da se pri največ uživalcih odvisnost razvije v pozni adolescenci oz. v zgodnji odrasli dobi, ko se končuje izgradnja osebnosti in osebne identitete. Takrat je posameznik postavljen pred pomembne življenjske probleme in dileme, kot so dokončanje šolanja, osamosvojitve od staršev, načrtovanje poklicne kariere, začetek partnerskega življenja, osnovanje družine... Glede na naravo droge in vedenje, povezano z uživanjem, tega razvoja ne more uspešno nadaljevati, kar lahko pusti trajne posledice v posameznikovi osebnosti. Ob tem moramo upoštevati tudi dejstvo, da so bile pri mnogih uživalcih že pred samim začetkom jemanja droge izražene določene posebnosti (npr. neurejeni odnosi v družini, odvisnost oz. duševne motnje pri starših, mladoletno prestopništvo, izpostavljenost travmam), ki lahko napovedujejo kasnejše psihične težave.

Kakšne so torej osebnostne značilnosti ljudi, odvisnih od drog, v čem se ločijo od zdravih posameznikov? Ali bi glede na to lahko napovedovali večje tveganje za zlorabo in odvisnost od drog oz. ali bi nam to lahko pomagalo pri obravnavi oz. zdravljenju odvisnih oseb?

Po statističnih podatkih so pri osebah, odvisnih od drog, motnje osebnosti veliko pogostejše kot pri zdravi populaciji. Različni avtorji (po Broonerju, Schmidtu in Herbstu, 1994) omenjajo tudi do 90-odstotno pogostost različnih osebnostnih motenj, pri čemer se dostikrat pojavlja več motenj hkrati. Najbolj pa so pogoste antisocialne, mejne, izogibajoče se, odvisnostne, depresivne, narcisistične in paranoidne oz. shizoidne osebnostne motnje.

Značilnosti najpogostejše diagnosticiranih osebnostnih motenj pri uživalcih drog

1. Antisocialne motnje osebnosti. Glavni značilnosti sta: neodgovorno in antisocialno vedenje najrazličnejših oblik. Pogoste so: agresija in razdražljivost, laži, prevare in nezanesljivost. Osebe s temi motnjami uživajo v nevarnih in nepremišljenih dejanjih, venomer iščejo nove in močne dražljaje. Težko odlagajo zadovoljitev, svoje želje skušajo uresničiti ne glede na posledice in druge ljudi. Hkrati so pacienti brezbrizni, ne kažejo sočutja ali občutij krivde za svoja dejanja. Motnja je bolj značilna za moške, pogosto je povezana z nizkim socialno ekonomskim statusom oz. nepopolno družino, iz katere izhaja posameznik. Mnoge (a ne vse) antisocialne osebe so nagnjene h kriminalnim dejanjem, mnoge kriminalne osebe pa so lahko hkrati tudi antisocialno motene osebe (a prav tako ne vse). Droga je lahko zanje simbol upornišтва, vseč jim je, ker je nekaj novega, prepovedanega in nevarnega, lahko pa služi stabiliziranju razpoloženja. To je (vsaj na začetku) močan in vznemirjajoč dražljaj, ki ga iščejo. Značilnosti antisocialne motnje v povezavi z uživanjem droge in alkohola podrobneje opisujejo Nolimal, Lahajnar in Rode (1995, 1996). Različni avtorji odkrivajo (po Brooner in dr., 1994; Chen in dr., 1999), da je ta motnja najpogostejše diagno-

sticirana pri uživalcih drog. Pri tem se seveda postavlja vprašanje, ali je antisocialno vedenje vzrok ali posledica jemanja drog. Verjetno je res oboje: ljudje s specifično osebnostjo so bolj nagnjeni k uživanju drog, poleg tega pa značilnosti droge (potreba po nenehnem iskanju le-te, praviloma pomanjkanje denarja, izguba službe ali prekinitve šolanja, življenje v subkulturah, specifični učinek, ki ga ima droga na čustvovanje itd.) silijo posameznika v antisocialna dejanja.

2. Mejne motnje osebnosti. Osnovne značilnosti take osebnosti so: nestabilna samoidentiteta (nejasno, zmedeno, protislovno doživljanje samega sebe), nestabilnost medosebnih odnosov in razpoloženja oz. čustvovanja. Pogosta so občutja praznine, dolgočasje, zapuščenosti, prikrajšanosti in razočaranja, prav tako tudi težave oz. motnje v doživljanju drugih ljudi. Slednje povsem idealizirajo, če pa ne izpolnjujejo njihovih, pogosto nerealnih pričakovanj, pa jih prav tako hitro tudi povsem razvrednotijo. Zaradi tega pogosto prekinjajo odnose z drugimi. Ob tem se pojavljajo napadi nekontroliranega besa, grožnje, pogosti so poskusi samomora. Ta motnja je najpogosteje diagnosticirana med motnjami osebnosti (30–60%). Droga je lahko poskus uravnotežiti čustvovanje, iskanje identitete, »polnjenje« notranje praznine. Razi-skava Zanarinijev in drugih (Zanarini in dr., 1998) je pokazala zanimivo razliko med moškimi in ženskami – mejno motenimi posamezniki. Pri moških se ta motnja pogosto povezuje z uživanjem droge oz. alkohola, pri ženskah pa je bolj povezana z motnjami hranjenja.

3. Izogibajoče se motnje osebnosti. Za tako motene osebnosti je najbolj značilna socialna oviranost in občutja neustreznosti. Imajo nizko samopodobo oz občutja manjvrednosti, prepričani so, da so nepriljubljeni, nezaželeni, nesposobni, nesprejemljivi za druge. V družbi se počutijo izrazito nelagodno, bojijo se kritike, so zelo sramežljivi. Zato se izogibajo intimnim odnosom, javnim nastopom in odgovornostim. Pri njih nastopajo depresivna in anksiozna občutja, pogosto so jezni nase zaradi socialnih neuspehov. Droga jim lahko ublaži sram in tesnobo ali pomeni umik pred nezadovoljujočo resničnostjo.

4. Odvisnostne motnje osebnosti. Osnovna značilnost te motnje je pogosta odvisnost od drugih oseb, podrejenost, strah pred samostojnostjo in samoto. Odvisna oseba se zelo težko odloča, ima občutja nemoči, boji se, da bo zavržena oz. zapuščena, ima nizko samospoštovanje. Teži k čim močnejšemu zblizanju z drugimi. Pri takih osebah droga lahko pomeni poskus krepitve samozavesti in premagovanje separacijskega strahu.

5. Depresivne motnje osebnosti. Osebe s to motnjo imajo težave s pridobivanjem in zadrževanjem dobrin oz. drugih ljudi. Pogosto se čutijo prikrajšane ali zapuščene v življenju, so pesimistične. Zelo jim je pomembna navezanost na druge osebe, saj se s tem čutijo izpopolnjene, varne, samozavestne. Zaradi strahu pred izgubo se prilagajajo, žrtvujejo, odpovedu-

jejo svojim željam ter jih sčasoma tudi več ne prepoznajo in izražajo. Vsa dejavnost je usmerjena k zadovoljevanju potreb drugih. Zaradi bolečin izgube, občutij žalosti in brezupnosti lahko takšna oseba poseže po drogah, ki so na nek način nadomestilo za »izgubljeni objekt«. Droga je lahko v funkciji avto-agresivnega dejanja, s katerim blažijo občutja krivde ali pa pomeni beg pred »krivičnim« svetom. Depresivna osebnostna struktura bo podrobneje opisana v nadaljevanju.

6. Narcisistične motnje osebnosti. Osnovna značilnost je povečevanje sebe, za čemer se skriva nizka samozavest in negotovost. Narcisistične osebe se doživljajo kot nekaj izjemnega in zahtevajo, da jim drugi to priznajo, saj lahko le z odobravanjem okolice vsaj za določen čas okrepijo pozitivno doživljanje sebe. Takšne osebe so preobčutljive na ocene okolice, imajo pomanjkljivo empatijo in so zelo zavistne. Pogost je ekshibicionizem, izkoriščevalski in parazitski odnos do svojih bližnjih. Zanje je lahko droga »statusni simbol«, nekaj prepovedanega, privlačnega, neznanega in nevarnega, s čimer izražajo pripadnost neki »eliti«, se skušajo identificirati s svojimi junaki (npr. filmskimi liki ali glasbeniki) in na ta način dvigniti svoj ugled med sovrstniki.

6. Paranoidne in shizoidne motnje osebnosti. Za paranoidno motene osebnosti je značilna skrajna nezaupljivost, neutemeljena sumničavost in pričakovanje sovražnosti okolice. Pogosta je ljubosumnost, emocionalna hladnost in rigidnost. Vzrok temu je težava pri obvladovanju lastnih agresivnih impulzov, ki se zato projicirajo v druge. Za shizoidno motene ljudi je najpomembnejša značilnost izrazito nezanimanje za druge ljudi, hladnost in pomanjkanje izražanja čustev. To izhaja iz strahu pred preveliko bližino ter čustvi, ki jih ne bi mogli obvladovati. So samotarji, brez tesnih socialnih odnosov. Zatekajo se v svoj »pravljlični« svet, droga jim lahko nudi dodatno izolacijo pred drugimi. Hendin (po Khantzian in Treece, 1993) na podlagi raziskave potrjuje funkcijo opijatov (podobno je z barbiturati) kot izogibanje intimnim odnosom in obrambo pred prevladujočimi destruktivnimi impulzi.

Kot sem že navedel, v praksi pri posameznikih redko srečujemo »čiste tipe« osebnostnih motenj, največkrat gre za splet različnih motenj. Konec koncev je tudi tu predstavljena razdelitev »umetna«, motnje so pogosto neločljivo povezane med seboj. Mogoče bi bila bolj enostavna razdelitev na tiste z nevrotsko, mejno in psihotično osebnostno strukturo (po Kernbergu, 1986). Pri odvisnikih od drog srečujemo vse tri osebnostne strukture, pri čemer prevladuje mejna, ki največkrat vključuje osebnosti z antisocialnimi, mejnimi in narcisističnimi značilnostmi. Za razliko od nevrotskih osebnosti imajo odvisniki od drog težave glede samoidentitete in doživljanja drugih ljudi (Benedik, 2000) ter uporabljajo manj zrele obrambe, za razliko od psihotičnih osebnosti pa odvisniki najpogosteje ohranijo stik z resničnostjo.

Broner in drugi (1994) odkrivajo na podlagi osebnostnega vprašalnika NEO-PI pomembne razlike glede osebnostnih

značilnosti med uživalci drog in zdravimi posamezniki. Pri uživalcih drog je visoko izražen nevroticizem, ki pomeni pomankljivo čustveno prilagoditev in nestabilnost. Uživalci opijatov so bolj občutljivi na stres, poudarjena pa so tudi občutja sovražnosti in depresivnosti. Nadalje imajo opijatni uživalci v primerjavi z zdravimi nizko izraženo sprejemljivost. To pomeni, da so bolj cinični, nezaupljivi, manipulativni, nesodelujoči, razburljivi, nesočutni, maščevalni in nevljudni kot osebe, ki ne uživajo droge. Poleg tega se pojavljajo razlike tudi pri dimenziji vestnosti. Uživalci so manj zanesljivi in skrbni, bolj nenačrtni, površni in hedonistični kot zdravi posamezniki. Končno so osebe, ki uživajo drogo, bolj nagnjene k iskanju vznemirjenj kot zdrave osebe. Avtorji poudarjajo, da so ti rezultati skladni z drugimi študijami, kljub temu, da so uporabili različne merske instrumente.

Psihoanalitične razvojne teorije motenj odvisnosti od psihoaktivnih snovi

Kje lahko iščemo vzroke za razvoj specifične osebnostne strukture in odvisnost od drog? Po psihoanalitičnih teorijah so zgodnje otroštvo, psihogenetske predispozicije otroka, značilnosti psihofizičnega razvoja in vzgoje ključnega pomena za razvoj osebnosti in s tem tudi možne kasnejše nagnjenosti k uživanju droge.

Po Shultz-Henckejevi teoriji (Bregant, 1986), ki izhaja iz Freudove psihoanalize, proti koncu prvega leta starosti otroka stopajo v ospredje oralne, posesivne težnje, ki filogenetsko izhajajo iz potreb po hranjenju. Poznamo dve obliki posesivnih teženj, in sicer kaptativne (potrebe po aktivnem osvajanju oz. pridobivanju) ter retentivne (potrebe po zadržanju, ohranjanju že pridobljenega). Če otrok v tem obdobju naleti na prehude ovire ali neugodne izkušnje v zvezi s pridobivanjem (hrane) ali v zvezi z zadrževanjem, uporabljanjem osvojenega, pride do zavrtosti, nesposobnosti izražanja teh teženj. Kaptativna zavrtost je po Henckeju temelj za razvoj depresivne nevrotične osebnostne strukture. Zanj so značilne težave pri uresničevanju lastnih želja oz. celo izguba teh. Osnovna bojazen teh oseb je strah pred izgubo. Težijo k odvisnemu vedenju, čim tesnejši simbiozi, ki je beg pred samostojnostjo in soočanjem z nesposobnostjo uresničevanja lastnih želja. Želijo se čim bolj poistovetiti s svojim bližnjim. Sebe doživljajo kot žrtvujoče, altruistične, skromne, pravične ali pa prikrajšane, pesimistične, nemočne, osamljene in z močnimi občutki krivde.

Pri osebah s t. i. oralnim, depresivnim oz. odvisnostnim značajem je pogosta tudi odvisnost od neke snovi. Rezultat tega razvojnega konflikta oz. zavrtosti pomeni regresijo na oralno fazo psihoseksualnega razvoja. Pomeni vrnitev k neke-mu infantilnemu stanju in vztrajanju na »užitkih« oz. ugodju, kar so zdrave osebe kasneje opuščale oz. zamenjale z drugim. Tako naj odrasla odvisna oseba nikoli ne bi mogla preseči oz.

nadomestiti ugodja vnašanja vase (hrane), ki je otroku pri-našalo primarno zadovoljitev, ne samo potreb po hrani, ampak tudi emocionalnih potreb. Občutje nezadovoljenosti posesivnih in retentivnih potreb sili posameznika k neneh-nemu »vnašanju vase«, ki naj bi zapolnilo ta primanjkljaj, pa naj gre za hrano, pijačo, kajenje, drogo, pretirano navezanost na drugo osebo ali specifično dejavnost. S tem odpravlja notran-jo napetost in bolečino ter ustvarja »blaženo stanje«.

Funkcija prehranjevanja in sitosti ima več vidikov. Medtem ko je Freud poudarjal predvsem psihoseksualni vidik, hrano kot zgodnjo seksualno zadovoljitev, je Erikson to simbiotično fazo razvoja videl predvsem kot temelj za vzpostavitev zau-panja in občutja varnosti ter s tem možnost zadovoljevanja psihosocialnih potreb. Za kasnejše psihoanalitično usmerjene avtorje pa je to obdobje ključnega pomena za razvoj objektivnih odnosov in izgradnjo celotne osebnosti. S procesom hranjenja otrok vzpostavlja pomembne emocionalne odnose z drugo osebo (tistim, ki ga hrani), hrana simbolizira toplino, celovi-tost, harmonijo selfa², kar je pogoj za kasnejše oblikovanje osebne identitete.

Droga (ki nadomešča »primarno hrano«) ima tako poleg kemičnega učinka tudi simbolni oz. psihološki pomen, kar je največja ovira pri zdravljenju odvisnosti. Droga je tisti »manj-kajoči dobri del osebnosti«, ki posamezniku omogoča oz. onemogoča doživljanje prijetnih občutij v zvezi s sabo, drugi-mi ljudmi in svojim delovanjem. Pod vplivom droge je uživa-lec samozavesten, motiviran, uspešen, celosten, evforičen, umirjen, izoliran od vseh težav, varen ali samo »zdrav« (rešen abstinenčne krize). Droga pomeni poskus nadomeščanja spe-cifičnih razvojnih deficitov osebnosti, ki posamezniku one-mogočajo uspešno emocionalno in socialno prilagoditev. Ti deficiti nastanejo že v zgodnjem obdobju otrokovega oseb-nostnega razvoja in imajo trajen vpliv tudi v odrasli dobi. Oglejmo si na kratko značilnosti psihološkega razvoja otroka.

Po sodobnih razvojno-analitičnih teorijah je otrok ob roj-stvu v fazi primarnega narcisizma, ne zaveda se meje med

² V slovenščini nimamo ustreznega prevoda za »self«, na kar so opozorili že drugi avtorji (glej Musek, 1985; Praper, 1996). Izrazi, kot so samopodoba (predstave o sebi), samovrednotenje in samozavest (emocionalni vidik sebe), (samo)identiteta (prepoznavanje sebe - kot enakega in hkrati drugačnega od drugih in kot istega v različnih časovnih obdobjih), jaz kot objekt, se nanašajo na self, obenem pa niso sinonimi. Self kot psihoanalitični koncept vključuje navedene pojme, obenem pa zajema tudi nezavedno. Po eni strani je metapsi-hološki pojem, po drugi izkustveni fenomen (doživljanje samega sebe). Bistvena je razlika med egom in selfom. Naloga ega (jaza) je organizirati self oziroma reprezentirati sebe. V nekem smislu gre torej za razliko med formo in materijo, jazom- subjektom in jazom-objek-tom, tistim, ki govori in tistim, na katerega se nanaša govorjeno (ko rečem: jaz sem). Razcep med tema dvema vidikoma subjekta pozna filozofija že vsaj od Descartesa naprej.

seboj in drugimi ljudmi, njegovo zaznavanje je cenestetično, relacijsko in celostno. Proces uživanja hrane, s katerim otrok uravnava homeostazo, predstavlja najzgodnejšo obliko ponotranjanja, ki ga spremljajo občutja ugodja ali neugodja. Te avtistične faze je konec okrog drugega meseca starosti. Ob pomoči agresivnih impulzov, biološkega zorenja in seveda vpliva realnosti (okolja) se zgodi »obrat navzven« (Praper, 1996), ki pomeni začetke jaza (samozavedanja), strukturiranja zaznav in omogoča vzpostavlanje simbioze. Prvi socialni nasmeh je znak (sicer še zelo meglenega) prepoznavanja objekta.

Obdobje simbioze, ki poteka od drugega do šestega meseca starosti, označuje obdobje psihične zlitosti otroka z materjo ter »fizičnega« prepoznavanja. To je stanje nediferenciacije jaza od ne-jaza, ko se »notranjost« in »zunanost« le počasi začne ločevati (Mahler, 1986). Postopoma zori zaznavni aparat. S tem je omogočen prehod iz fiziološke, taktilno kinestetične komunikacije v diakritično komunikacijo, govorigo oči, ki dovoljuje večjo distanco in avtonomijo otroka. Zrcaljenje in imitacija omogočata primarno identifikacijo, v začetku samo s t. i. parcialnim objektom (npr. materino dojko).

Obdobje separacije in individualizacije (od šestega meseca do tretjega leta starosti) je posebej razčlenila Mahlerjeva (1986), ki ga deli na diferenciacijo (6–10 mesec), prakticiranje (10–16 mesec), približevanje (16–24 mesec) ter približevanje konstantnosti objekta (24–36 mesec). Te faze omogočajo strukturalizacijo psihičnega aparata. Separacija se začne z diferenciacijo predstav o sebi in objektu, najprej z vidika telesnega selfa. Obenem se integrirajo dobre in slabe predstave o selfu in objektu ter s tem nevtralizirajo in krepijo ego funkcije. Parcialna, razcepljena self in objekt postajata počasi bolj integrirana. Primitivna, celostna identifikacija prehaja v selekcionirano, otrok prevzema od različnih ljudi samo posamezne vzorce vedenja, ki se počasi integrirajo na edinstven način, kar je osnova za razvoj individualnosti. Diferenciacija poteka tudi na afektivni ravni in sicer v pogojih gratifikacije in frustracije otroka s strani drugih. Iz gratifikacije izvirajo pozitivne predstave o sebi, kar je temelj nadaljnje rasti; iz frustracij pa ambicioznost, posesivnost, zavist, razočaranje, brez česar otrok ne more utrditi svoje identitete (če je frustracija primerno dozirana) in je tudi podlaga za realistično doživljanje sebe. Doživljanje objekta kot celote se kaže v separacijskem strahu (t. i. osemmesečni tesnobi). Razvoj (glasovne) komunikacije omogoča preseganje te tesnobe, otrok spoznava, da mati (in on) še vedno obstaja, četudi je ni v neposredni, fizični bližini. To je tudi začetek verbalne komunikacije, ki omogoča vzpostavitev objektnih odnosov na simbolni ravni.

Vmesno fazo med oralnim erotizmom in pravimi objektnimi odnosi, med primarno kreativno aktivnostjo in projekcijami introjekcij, med »prstom« in »medvedkom«, je Winnicott (1986) opredelil s tranzitornimi fenomeni in vpeljal termin

prehodni objekt, ki olajšuje separacijski strah. Prehodni objekt nima značaja pravega objekta, niti parcialnega objekta, ampak prvega »posedovanja« (first possession), ki predstavlja npr. del obleke, blazine ipd. To posedovanje kasneje z razvojem ni niti ponotranjeno ne »odžalovano« ali potlačeno niti pozabljeno, ampak enostavno izgubi pomen. Lahko pa spremljamo njegovo vztrajanje pri nekaterih psihopatoloških fenomenih, kot so npr. fetišizem, patološke kraje, odvisnost od drog, obsesivni rituali itd. Tranzitorni fenomeni predstavljajo vmesno fazo med subjektivnim in objektivnim, zgodnjo fazo uporabe iluzije kot obrambe pred razočaranjem oz. deidealizacijo dojke (matere) in v primeru patologije kot vztrajanje te iluzije in »skotomiziranje«, zavračanje dela realnosti.

Razvoj motorike in kognitivnih funkcij omogoča podfazo prakticiranja, ekspanzivnosti in raziskovanja fizičnega sveta otroka, kar pomeni še večji odmik od primarnega objekta. Integracija in diferenciacija napredujeta, prav tako selektivna identifikacija. Kontrola izločanja je prva pomembna naloga, ki je postavljena pred otroka in ta pomembno vpliva na njegovo podobo o sebi. Veličinske fantazije o lastni zmoglosti bremenijo potreba po samokontroli, boleča razočaranja, izkušnja ranljivosti in sram ob neuspehih ter strah pred izgubo objekta (Praper, 1996).

V podfazi približevanja otrok preverja obstoj objekta z distanciranjem od njega in ponovnim približevanjem. Njegovi izleti v »svet« so vse večji in daljši. Ob tem oblikuje tudi koncept sebe, začne se doživljati razdvojeno kot subjekt, ego in objekt, socialni jaz. Hkrati se oblikuje njegov ideal ega (selfa), predstave o tem, kakšen bi želel biti. Te predstave lahko uspešno nevtralizirajo agresivno komponento superega (predstave o tem, kakšen ne sme biti), ki se prav tako poraja v tem času.

Do utrditve individualnosti ter konstantnosti selfa in objekta naj bi prišlo pri približno treh letih starosti. Takrat postanejo otrokove podobe o sebi in objektu bolj realistične, kar mu omogoča, da izpelje ločitev. Ob triangulaciji (vključitev tretje osebe, največkrat očeta, v psihično življenje), na prehodu v četrto leto, se self izlušči kot koherentna identiteta znotraj ega, prav tako self ideal znotraj superega. Jasno se diferencirata ego in superego. (Praper, 1996). Z razrešitvijo kastracijskega kompleksa se v ojdipskem obdobju oblikujeta tudi spolna identiteta in skupinski self. V šestem letu je tako temeljna osebnostna struktura (identiteta) zaokrožena in ta se v obdobju adolescence vzpostavi na novi, še bolj integrirani ravni.

To so na kratko ključne točke zgodnjega psihičnega razvoja otroka, ki so hkrati osnova za vsak nadaljnji razvoj osebnosti. V primeru, da je ta razvoj oviran (s strani okolja ali otrokovih genskih predispozicij), lahko pride do različnih psihičnih motenj, tudi do duševne bolezni v otroštvu ali odrasli dobi. V našem primeru lahko odkrivamo različne razvojne primanjkljaje, ki se odražajo v osebnosti posameznikov, odvisnih od drog. Khantzian (1993) npr. meni, da so imeli odvisniki do-

ločene motnje v procesu ponotranjanja, zaradi česar imajo moteno globalno ego funkcijo, ki jo imenuje »skrb zase ter samoregulacija«, s katero lahko posameznik realistično presodi različne nevarnosti in grožnje. Opaža namreč, da odvisniki ne prepoznavajo znamenj nevarnosti, ki povzročajo anksioznost pri večini ljudi. Motena funkcija »skrbi zase« se kaže tudi v njihovih težavah z zdravjem, nesrečah, pretepih, delinkvenci pred začetkom uživanja droge.

Khanzian (1997) nadalje opaža, da različne droge služijo različnim poskusom prilagoditve. Osebe z težavami kontrole agresije (nasilno vedenje, bes ali izpostavljenost agresiji v zgodnjem življenjskem obdobju) naj bi dajale prednost opijatnim drogam zaradi njihovega antiagresivnega učinka. V nasprotju s tem pa so alkohol, amfetamini in kokain povzročali zelo intenzivna nasilna čustva. Tudi drugi avtorji omenjajo opijate kot blažilce intenzivnih neprijetnih čustev (sram, anksioznost, agresija, depresija), saj je ena izmed značilnosti odvisnih oseb, po razvojni teoriji, prav nezadostna emocionalna kontrola, čustva so slabo prilagojena in integrirana, pogosto izbruhnejo silovito, v neneutralizirani obliki. Po drugi strani pa odvisne osebe pogosto doživljajo emocije v nejasni, nediferencirani in somatski obliki kot telesne senzacije, simptome (Krystal, 1997). Namesto jeze npr. doživljajo telesno napetost, namesto žalosti telesno bolečino. Podobno kot pri psihosomatskih bolnikih so zanje značilne aleksitimije, to pomeni oškodovanost procesa simbolizacije in osiromašenje psihičnega sveta, kar je tudi značilnost manj zrele osebnosti.

Wieder in Kaplan (po Khantzianu & Treeceu, 1993) menita, da je namen uživanja določene droge ustvarjanje specifičnega stanja selfa v skladu z razvojno teorijo Mahlerjeve. Tako naj bi bila za uživalce opijatnih drog značilna težnja po »narcisistični blaženosti«, občutju enotnosti z idealnim objektom (faza simbioze), za amfetaminske uživalce pa potreba po omnipotenci v aktivnosti in gibanju (faza praktičiranja). Droga je tako nadomestilo za primanjkljave v psihični strukturi ter podpira specifični obrambni stil. Frosch in Milkman (1993) ugotavljata bistvene razlike glede funkcij ega med osebami, odvisnimi od drog, in zdravimi osebami. Pri tem sta uporabila Bellakov in Hurvichov intervju ter ocenjevalno skalo za delovanje ega. Odvisne osebe imajo med drugim pomembno slabše avtonomne in sintetično integrativne funkcije ega, smisel za realnost (razvoj individualnosti in pozitivnega samovrednotenja) in motnje v objektivnih odnosih. Na podlagi primerjav rezultatov in pomembnih razlik, ki jih dosegajo odvisne osebe v fazi intoksikacije in abstinence, avtorja zaključujeta o kvazistabilni identiteti, ki je pri heroinskih uživalcih odvisna od zunanjih virov. Omeniti velja še to, da amfetaminski uživalci dosegajo boljše rezultate kot opijatni, kar nekako potrjuje omenjeno teorijo o samomedikaciji in razvojnih stopnjah.

Po Krystalu (1993) je temeljni problem odvisnih od drog prepoznati in izkusiti različne dele sebe. Določene vitalne dele selfa doživljajo kot objektivne reprezentacije (npr. droga kot življenjska moč, ki jo je nemogoče ponotranjiti), do objektov pa imajo nasploh ambivalenten odnos. Kernberg (po Woodyu,

1993) omenja tri različne strukture osebnosti, ki jih najpogosteje srečujemo v zvezi z odvisnostjo od drog. Osebe z depresivno-mazohističnim karakterjem, ki imajo občutja destrukcije ali izgube, čutijo potrebo po preseganju te praznine z drogo. Ta predstavlja dobri introjekt in ljubezen. Za drugi tip osebnosti, shizoidni, je značilna fragmentacija selfa, afektov ter reprezentacij drugih oseb. Droga je za ta tip poskus spajanja teh predstav, doseganje občutja realnosti. Tretji tip so narcisistične osebnosti, droga je zamenjava za ljudi in obnovitev občutja vseomogočnosti ter občutja nadzora nad okoljem.

Droga po Volkanu (1994) ne pomeni samo iskanja dobrega objekta, ampak tudi nadziranje slabih, negativnih objektivnih reprezentacij. Otroci, ki so doživljali zelo negativne in dolgotrajne izkušnje s primarnim objektom (starši), so te boleče izkušnje ponotranjili in predstavljajo notranji objektivni svet. Te objekte, ki vzbujajo zelo neprijetna občutja, potem skušajo na umeten način obvladovati, kar seveda uspe le za kratek čas. Ko popusti učinek droge, začnejo slabi introjekti prihajati na površje. Odvisniki torej niso dosegli razvojne stopnje konstantnosti objekta, ampak je ta razcepljen na izrazito dober in slab del.

V zvezi z raziskovanjem kakovosti objektivnih odnosov lahko omenimo tudi raziskavo Žvelca (2000), ki na podlagi lastnega vprašalnika objektivnih odnosov odkriva razlike med uživalci opijatnih drog in normalnimi osebami. Za osebe, odvisne od drog, je značilna izrazita ambivalenca v medosebnih odnosih. Po eni strani je zanje značilna večja potreba po simbiotičnem zlivanju z drugim, po drugi pa večja separacijska anksioznost, strah pred »požrtjem«. So bolj omnipotentni, narcisistični v doživljanju sebe, obenem doživljajo socialno izolacijo. Prav tako na podlagi Slikovnega testa separacije - individualizacije ugotavlja motene odnose odvisnih oseb z bližnjimi osebami (konflikten, odtujen ali simbiotičen odnos).

Težave glede doživljanja sebe odkriva pri osebah, odvisnih od opijatov, tudi raziskava Benedika (2000, 2001). Osebe, odvisne od opijatov, podobno kot ostali nepsihotični pacienti, pri katerih predvidevamo mejno osebnostno organizacijo (Kernberg, 1986), sami sebe doživljajo pomembno drugače kot pa zdrave osebe. Pri pacientih so bolj izražene motnje identitete (protislovno, negativno, osiromašeno, negotovo, spreminjajoče se doživljanje samega sebe), kar potrjuje, da imajo odvisne osebe manj strukturirano osebnostno organizacijo z razvojnimi deficiti, težavami prilagoditvenih in sintetičnih funkcij ega ter manj zreli obrambami. Glede na to lahko pričakujemo težave v odnosih z drugimi, ne samo v družini, temveč tudi v šoli, na delu in povsod tam, kjer so v intenzivnejših oz. trajnejših medosebnih odnosih.

Delo z osebami, odvisnimi od drog

Osebe, ki prihaja v stik z odvisniki od prepovedanih drog, pogosto poroča o neprijetnih izkušnjah. Pogosto se sooča z

nezaupanjem, manipulacijami, nepripravljenostjo za sodelovanje (oz. je to sodelovanje navidezno), nezanimanjem ali agresivnim vedenjem, kar verjetno sproža največje zavračanje. Velikokrat pa odvisne osebe vstopajo v obravnavo s prevelikimi pričakovanji in zahtevami (brezpogojne pomoči), idealiziranjem sogovornika ali pretirano podreljivo in uslužno. Vendar se povečevanje hitro spremeni v užaljenost, razočaranje in odklanjanje, če z obravnavo niso zadovoljne. Njihova frustracijska toleranca je nizka, prav tako prag za bolečino. Težko so se pripravljene odreči trenutnemu ugodju, da bi dosegle dolgoročne cilje. V drugih ljudeh pogosto vidijo le sredstvo za doseg tega ugodja. Droga je zanje najpomembnejša stvar, brez katere si v resnici ne znajo osmisлити življenja. Lahko sicer prisegajo na »zdravo življenje«, vendar so ti cilji pogosto »prazni«, jih ne zavezujejo.

Videli smo, da je takšno vedenje pogosto posledica specifične osebnostne strukture, težav v prilagajanju, motenih medosebnih odnosih. Tako kot za mnoge kriminalne osebe in bolnike z nepsihotičnimi mentalnimi motnjami, je tudi za osebe z motnjami odvisnosti pogosto značilna manj zrela, t. i. mejna osebnostna struktura. Vendar pa moramo pri tem upoštevati tudi značilnosti konkretne droge oz. njen trenutni vpliv na posameznika (npr. faza intoksikacije ali abstinence). Videli smo da heroin, za razliko od kokaina in amfetaminov, zmanjšuje možnost agresivnega vedenja, pri tem pa povečuje nezanimanje za okolico. Faza abstinence je za odvisnike od heroina najbolj stresna, ko lahko pričakujemo največ (avto)agresivnih dejanj. Seveda moramo spet upoštevati osebnostne razlike, posameznik se bo lahko na specifičen učinek droge drugače odzval kot pa nekdo drug. Nasploh odvisniki sami sebe doživljajo povsem drugače, če so pod vplivom droge ali če niso. Pogosto celo govorijo, da gre za dve povsem različni osebi. To kaže na razcepljenost sebe, ko se npr. nekatera čustva lahko izrazijo le pod vplivom droge, ki na nek način pomeni »ukinitev načela realnosti«, zmanjšanje samokritičnosti, občutij vesti ... S tem je oteženo sodelovanje, saj npr. dogovor v fazi abstinence dobi povsem nov pomen v fazi zaužite droge.

Delo s takšnimi posamezniki je zelo zahtevno in obremenjujoče, o čemer poročajo številni psihoterapevti, ki se ukvarjajo s tovrstnimi težavami (glej npr. Kernberg, 1986; Praper, 2000). Pri delu z mejno organizacijo osebnosti terapevt doživlja veliko hujšo tesnobo, bolečino in nelagodje kot pri delu z drugimi pacienti. Ključnega pomena je, da terapevt najde v pacientu potencialno pozitivne elemente, da ga lahko emocionalno sprejema in zdrži pritiske njegove neneutralizirane agresije. Terapevt lahko vzdržuje empatičen in podpirajoč odnos le tako dolgo, dokler se počuti fizično, psihično in pravnolegalno varnega. Pacienti z mejno organizacijo osebnosti pa sami ne zmorejo vzdrževati funkcionalnih meja. Zanimajo se za terapevtovo zasebno življenje, ga potrebujejo in napadajo, idealizirajo in razvrednotijo, hvalijo in kritizirajo, nadzorujejo in sumničijo... Zato je za terapevta zelo pomembno vzdrževati jasne meje in strukture terapevtskega (ali

kakršnegakoli drugega) dela z njimi. Jasna meja pomeni profesionalen odnos, ki natančno in dosledno opredeljuje dogovor o sodelovanju, namen, postopke in cilje tega ter posledice za možne kršitve. Zajema prevzem obveznosti, odgovornosti in pravice obeh strani. Ta dogovor mora biti predstavljen in uresničen na čim bolj empatičen, pa kljub temu nevtralen način. Že na začetku je treba pridobiti posameznika za sodelovanje, ga poskušati motivirati in to željo po sodelovanju vzdrževati med celotnim postopkom, saj lahko pričakujemo različna čustvena nihanja. To pomeni, da mora biti terapevt ali kdorkoli drug, ki pogosto dela z odvisnimi osebami (to velja tudi za zdravstveno osebje, socialne delavce, osebje na policiji in v sodstvu), ne samo strokovno usposobljen (z zadostno količino znanja s področja odvisnosti, klinične psihologije in psihiatrije), ampak tudi osebnostno dovolj zrel in primeren za to delo. Imeti mora možnost supervizije oz. posvetovanja s primernimi strokovnjaki. V nasprotnem primeru je lahko delo opravljeno zelo nestrokovno, s pogostimi medosebnimi konflikti in ne nazadnje lahko zaradi velikih stresnih obremenitev trpi zdravje obeh udeležencev.

Zaključek

Motnje osebnosti, ki jih pogosto zasledimo med uživalci prepovedanih drog, so po sodobnih psihoanalitičnih razvojnih teorijah posledica motenega psihičnega razvoja v zgodnjem otroštvu. Pomemben vpliv na nastanek teh motenj pa ima lahko tudi droga oz. odvisnost od droge sama, saj ta večinoma nastopi v pozni adolescenci, ko se dokončuje osebnostni razvoj. Droga takrat še bolj onemogoči posameznikovo osamosvojitve in iskanje lastnega prostora v družbi. Osebe, odvisne od drog, tako ostajajo emocionalno, socialno in materialno odvisne, pogosto so odrinjene na rob družbe v razne subkulture, zaidejo v kriminal. Mogoče je zdravljenje odvisnosti zato tako težavno, ker šele z odpravo same telesne odvisnosti (detoksikacija) izbruhnejo primarne težave, ki so pripeljale v odvisnost, posamezniki pa nimajo volje in možnosti, da bi se z njimi resnično spopadli. Tako vidijo edino rešitev spet v drogi in krog se ponovi. Resnično zdravljenje odvisnosti je izrazito multidisciplinarno; ne bi smel biti zanemarjen ne socialni, ne psihološki in ne biološki vidik. Delno reševanje problematike odvisnosti samo premešča odvisnike iz ene obravnave v drugo (kazensko, socialno ali zdravstveno), kjer se praviloma srečujejo z ljudmi, ki so za to delo premalo usposobljeni.

LITERATURA:

1. Benedik, E. (2000). **Doživljanje samega sebe in pomembnih drugih oseb psihiatričnih bolnikov**. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
2. Benedik, E. (2001). Osebnostne značilnosti bolnikov s psihozo – doživljanje sebe in drugih oseb. *Psihološka obzorja* 10, (4), 89-102

3. Bregant, L. (1986). **Psihoterapija** 14. Uredila Katja Dougan. Ljubljana, Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete.
4. Brooner, R. K., Schmidt, C. W. in Herbst, J. H. (1994). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. V: Costa P. & Widiger T. A. (ur) **Personality disorders and the five-factor model of personality** (str.131-148). Washington DC: APA.
5. Chen, C., Tsai, S., Su, L., Yang, T., Tsai, C. in Hwu, H. (1999). Psychiatric co-morbidity among male heroin addicts: differences between hospital and incarcerated subjects in Taiwan. **Addiction** 94 (6), 825-832
6. Čebašek, T. Z. (1999). Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. V: M. Tomori, S. Zihel (ur), **Psihiatrija** (str. 137-168). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
7. Debevec, Š. M. (1999). Odnos zaposlenih v ZD Center do uporabnikov metadonske ambulante zdravstvenega doma. **I. slovenska konferenca o odvisnosti**. Ljubljana. Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti pri ministrstvu za zdravstvo RS.
8. DSM-IV (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington DC: APA.
9. Frosch, W. A in Milkman, H. (1993). Ego functions in drug users. V: Blaine J. D. & Julius D. A. (ur), **Psychodynamics of drug dependence**. London: Jason Aronson Inc.
10. Ginther, C. (1998). SAMSHA study uncovers increasing substance abuse among young girls. **Psychiatric times**, 15 (4) - internet
11. ICD-10. (1992). **Classification of mental and behavioral disorders**. Clinical descriptions and guidelines. Geneva: WHO
12. Kastelic, A. in Kostnapfel, T. R. (2000). Kako preprečujemo in zdravimo odvisnosti od prepovedanih drog v sistemu zdravstvenega varstva. **Poročilo o delu v obdobju od leta 1995 do 2000**. Ljubljana: Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravstvo RS
13. Kernberg, O. F. (1986). **Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies**. New Haven and London: Yale University Press.
14. Khantzian, E. J. & Treece, C. J. (1993). Psychodynamics of Drug Dependence: An Overview. V: Blaine, J. D & Julius, D. A. (ur), **Psychodynamics of Drug Dependence**. (str. 11-25). London: Jason Aronson Inc.
15. Khantzian, E. J. (1997). **The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence**. V: D. L. Yalisove (ur) **Essential papers on addiction** (str. 429-440). New York: University Press:
16. Krystal, H. (1993). Self- and object-representation in alcoholism and other drug – dependence: Implications for therapy. V: Blaine J. D. & Julius D. A. (ur), **Psychodynamics of drug dependence**. (str. 89-100). London: Jason Aronson Inc.
17. Krystal, H. (1997). Self representation and the capacity for self care. V: D. L. Yalisove (ur), **Essential papers on addiction** (str. 109ž-146) New York: University Press
18. Levin, F. R. (2000). Substance abuse and adult ADHD. **Psychiatric times**. 12 (2) - internet
19. Mahler, M. S. (1986). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. V: Buckley, P. (ur), **Essential Papers on Object Relations**. New York, University Press.
20. Mahler, M. S. (1986). On the first subphases of the separation-individuation process. V: Buckley, P. (ur), **Essential papers on object relations**. New York: University Press.
21. Ministrstvo za notranje zadeve. (2000). **Statistični letopis MNZ 2000**
22. Musek, J. (1985). **Model referenčnega delovanja jaza**. Ljubljana, Društvo psihologov Slovenije.
23. Nolimal, D., Lahajnar, I. in Rode, N. (1995). Antisocialnost in odvisnost od drog. **Revija za kriminalistiko in kriminologijo**. 46 (2), str. 160-168
24. Nolimal, D., Lahajnar, I. in Rode, N. (1996). Antisocialna osebnostna motnja in odvisnost od drog med uživalci heroina na obali, v Ljubljani in Mariboru. **Revija za kriminalistiko in kriminologijo**. 47 (1), str. 40-48
25. Pirkovič, L. (1999). Problematika prepovedanih drog – vloga in pomen kriminalistične policije. **I. slovenska konferenca o odvisnosti**. Ljubljana. Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti pri ministrstvu za zdravstvo RS.
26. Praper, P. (1999). **Razvojna analitična psihoterapija**. Ljubljana, Inštitut za klinično psihologijo (razširjena izdaja).
27. Praper, P. (2000). Transfer, kontratransfer in transpozicija: revizija konceptov. V: P. Praper (ur). **Moč. Transfer in kontratransfer v psihoterapiji**. Zbornik prispevkov – 6. Bregantovi dnevi. (str. 195-210). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije
28. Volkan, K. (1994). **Dancing among the maenads**. The psychology of compulsive drug use. New York: Peter Lang.
29. Zanarini, M. C in drugi. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorders. **American journal of psychiatry** 155, 1733-1739
30. Žvelc, G. (2000). Značilnosti objektivnih odnosov oseb, ki so odvisne od drog. **Odvisnosti**, 1 (1-2), 21-27
31. Winnicott, D.W. (1986). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. V: Buckley, P. (ur), **Essential papers on object relations**. New York: University Press.
32. Woody G. E. (1993). Psychiatric aspect of opiate dependence: Diagnostic and therapeutic research issues. V: Blaine, J. D. & Julius, D. A. (ur), **Psychodynamics of drug dependence**. London: Jason Aronson Inc.

Personality characteristics of illicit drug users

Emil Benedik, Graduated Psychologist, Specialist of Clinical Psychology, Psychiatric Hospital, Begunje 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, Slovenija

The number of illicit drug users has been increasing, and they therefore become ever more often clients of public institutions. Staff who comes in contact with addicts frequently expresses negative attitudes towards them, sometimes even overtly refusing to work with them. The causes for that can be attributed to prejudices, stereotypes, ignorance of the nature of drug dependence and the difficulties with which drug users are confronted; on the other hand, staff may actually have had specific negative experiences with such clients. This contribution attempts to present the characteristics of drug dependence, the most common personality characteristics of drug users and some of the contemporary, in particular psychoanalytic explanations of the beginning of drug addiction. It is only by sufficient knowledge of drug dependence and good qualification for work with persons with this kind of difficulties, that work with them will be better and less stressful, no matter whether it concerns the area of health services, the school system, social work, the judiciary or the police.

Key words: drugs, drug dependence, personality, personality characteristics, behaviour disorders, developmental psychoanalytical theory

UDC 178.8-056.8 : 159.23