PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 2, s. 107 – 112

PSYCHOTERAPIA ALKOHOLIZMU

OSOBNOST ZÁVISLÝCH A JEJÍ TERAPEUTICKÉ KONSEKVENCE

P. VOTÝPKOVÁ, J. TYL

Psychiatrická léčebna Mladá Boleslav – Kosmonosy,
ředitel: MUDr. P. Štych
Oddělení léčby závislostí žen,
primář: MUDr. P. Votýpková

V našich pramenech pojednávajících o závislosti se většinou uvádí, že neexistuje osobnost, která by se nemohla stát závislou na alkoholu či jiné látce, jinými slovy – že prostě nelze vytipovat osobnost závislého. Implicite to znamená, že alkohol je droga, která může tvrdě postihnout kohokoli. Pakliže ovšem ne kohokoli, koho ano a koho ne? Z literatury se dovídáme o spolupůsobení prostředí, podnětu, drogy a osobnosti (např. Urban, 1973). Avšak účinkům stejného prostředí, stejného podnětu a stejné drogy je vystavena řada lidí, z nichž se závislí nestanou. Úvaha tedy opět končí u osobnosti, která musí mít nějaké atributy, jež by ji k závislosti předurčovaly. Dovolili jsme si takovou osobnost nazvat **závislou osobností.** (Tato koncepce se však poněkud liší od koncepce závislé osobnosti, jak je uváděna v I.C-D. – 10.) Domníváme se dokonce, že tento fenomén se táhne literaturou jako červená nit od začátku století, aniž byl nějak výrazněji povšimnut.

Historická reminiscence

Zdá se, že narkotická funkce alkoholu působí na psychické superstruktury a dočasně oslabuje nebo rozpouští sebekritiku, inhibice a potlačení. Primitivnější potřeby a impulsy nepřijatelné ve střízlivém stavu mohou pak alespoň částečně najít svou expresi a satisfakci. Pití se stává způsobem, jak udržet duševní rovnováhu pomocí dočasné, samoindukované psychózy, takže je lze vidět jako pokus o sebeléčbu (Tähkä, 1966). Jinými slovy, alkohol rozpouští superego.

Ve stejném prameni (Tähkä, 1966) se uvádí, že tyto osobnosti se manifestují silnou potřebou nechat o sebe pečovat pasívním a závislým způsobem, získávat podporu a náklonnost bez vlastního přičinění. Dále jsou charakterizovány všeobecnou intolerancí k jakékoli psychické tenzi, malou schopností snášet bolest, frustraci a odklad potřebné satisfakce. Alkohol poskytuje možnost dočasně uniknout z frustrací, které je člověk nucen prožívat nepřetržitě vzhledem k vulnerabilní povaze svých perzistujících

potřeb a očekávání. Tähkä ve své obsáhlé, anamnesticky a diagnosticky vyčerpávající studii prokázal tyto rysy v obsáhlém souboru závislých mužů. Jednoduše řečeno, jde o tzv. orální fixaci těchto osob.

Zajímavé však je, že tyto závislé osoby nebyly přijímány do psychoanalýzy, neboť tato léčebná metoda u nich selhávala. Proto byl volen převážně režimový, behaviorální a edukativní způsob léčby. Pacienti se měli naučit lépe zvládat tenzi, úzkost, bolest, měli se naučit zvyšovat stressogenní toleranci atd. Víme, že se to dařilo zhruba u 20 – 30 % závislých při dlouhodobé katamnéze. Základní faktor způsobující závislost patrně tedy musel zůstat nepostižen.

Osobnost závislých z hlediska psychologie self

Co tedy vystihuje podstatu problému osobnosti závislého? Výše zmíněný autor, který ještě neznal a nemohl znát práce Kohuta a dalších selfanalytiků, uvádí v závěru své práce mimo jiné, že u těchto osob byla prokázána raně narušená sebeúcta a že se tyto osoby snaží pitím zvládnout rozpor mezi narcistickými a objektivně libidinózními cíli. Jakoby předjímal budoucí nálezy. Bleiberg (1988) k tomu říká, že v normálním vývoji se tento rozpor řeší svépomocnou léčbou pomocí reality. Bohužel, ne vždy se tak stane. Dostáváme se tak k diagnostickému okruhu borderline a narcistické organizace osobnosti. Až nápadně často se v analytické literatuře setkáváme se sdělením, že tyto osobnosti vídáme velmi často mezi závislými. Avšak v literatuře o závislosti jsme se s podobnými závěry prakticky nesetkali. Skutečností zůstává, že vysvětlení psychologie self podávají nejvýstižnější obraz vnitřních konfliktů závislých pacientů. Vznikly až v posledních letech, v době, kdy se již dávno nevěřilo v psychodynamickou ovlivnitelnost závislostí na návykových látkách (Mikota, 1987). Z vlastní praxe však musíme konstatovat, že narcisticky narušené osobnosti tvoří většinu našich pacientek. Samozřejmě, setkáváme se i s borderline osobnostmi.

Je pravda, že ani selfanalyticky orientovaní autoři sami nedosahují takových léčebných úspěchů, jak si asi původně představovali (Wurmser, 1978, in Mikota, 1987). Jen někteří defekty self chápou jednoduše jako následky chybějící empatické odezvy v dětství a svou léčbu jako poskytnutí „maximálního pochopení", které tyto staré rány zacelí (White, Weinar, 1986, in Mikota, 1987). To je opravdu často nedostižným cílem. Člověk disponovaný k narcistickým konfliktům potřebuje projít optimální desiluzí, zbavit se pro sebe povinné grandiozity, aby mohl s pocitem určitého uspokojení využít svých reálních možností. Terapeuta potřebuje, aby ho použil jako specifického selfobjektu, jako dodavatele bazální sebeúcty (Mikota, 1987).

Narcisticky narušená osobnost a „závislost"

Narcisticky narušená osobnost nemůže nebýt závislá. K tomu lze vznést námitku, že narcisticky narušených osobností je mezi námi více a ne každá je závislá na alkoholu či jiné psychoaktivní látce. Jistě! U takové narcistické osobnosti pak nacházíme závislost na jiné, sociálně přijatelnější či dokonce prospěšné droze. Za příklad může posloužit pohled na osobnost samého psychoterapeuta. Na pomoc jsme si vzali úvahy P. Příhody (1985), který popisuje dva typy terapeutů – průvodce a experta jako dva póly kontinua. Průvodce hodlá svou profesionální aktivitou překonat trauma prvního období života dle Eriksona (orálního), tj. restituovat základní důvěru. Jeho konání může někdy vykazovat i znaky orální náruživosti připomínající drogovou závislost. Konzu-

movanou orální aktivitou je tu „kontakt, vztah". Expert hodlá svou profesionální aktivitou zvládnout deficit druhého období života (análního), tj. utvrzovat svou nespolehlivě nabytou autonomii. Někdy má znaky análního konzervatismu, anální nutkavosti, exhibicionismu. Motiv traumatu působí jako motor profesionální aktivity a psychoterapeut by měl v době zrání dosáhnout „zhojení" traumatu při zachování jeho energie. Je to výkon, který má povahu **sublimace.** Jak je vidět, i mezi námi samými bychom jistě nalezli řadu *závislých osobností* – osobností závislých na závislosti jiných (pokud ovšem své povolání nepovažujeme za poslední možný způsob, jak si vydělat peníze).

Zdá se nepochybným, že se zpřesněním diagnostiky osobnosti je nutno upravit původní model léčby. Těmto velice vulnerabilním a narcisticky snadno zranitelným pacientům poskytoval původní model spousty narcistických zranění, která je hnala k regresi a k narcistickému studu a vzteku. Právě stud je častou příčinou toho, že recidivující pacienti se nevracejí do léčby ihned, neboť se stydí přijít svému terapeutovi na oči. Projevy narcistického vzteku známe všichni až příliš dobře. Jsou vždy známkou naší *neempatie* a bylo by zásadní chybou vinit z nich pacienty. Jde např. o agresi vůči terapeutovi, poruchy chování, recidivu. Recidiva v průběhu léčby však může mít i jiné motivy. Často (kromě jiného) nastává tehdy, když pacient cítí, že se začíná vymaňovat ze závislosti, když se ocitne v zemi nikoho, když si se svou nově nabývanou autonomií neví rady.

Shrneme-li řečené, zjistíme, že každá narcistická osobnost je závislá. Záleží na prostředí a podnětu (asi i biologickém), zda se stane závislou na droze, s níž se setká.

Terapeutické implikace závislé osobnosti

Klademe-li esenciální faktor závislosti do pacientovy osobnosti, pak se osobnost musí stát i základním cílovým místem našeho léčebného zásahu. Jde tedy o uplatnění psychoterapie, v níž, jak všichni víme, je nejpůsobivějším léčebným prostředkem osobnost terapeuta. V našem pojetí by terapeut neměl být oním velkým mágem, velkým otcem a expertem, jak o tom hovořil např. již Tiebot (1954, in Tähkä, 1966), který zdůrazňoval potřebu závislého lpět na skrytých fantaziích o omnipotenci. Vzdání se této představy o sobě je základní nezbytnou podmínkou léčby. Závislý musí být schopen přijmout, že nemůže kontrolovat své pití (což je pro něj narcistické zranění – poznámka autorů) a že potřebuje pomoc něčeho, co je větší a silnější než on sám (splývání s omnipotentním selfobjektem – poznámka autora). Zůstává tím však nadále závislou osobností, i když už nikoli na alkoholu, ale na „velkém otci" – terapeutovi. Přijme-li však tuto pomoc, je přístupný analýze a rekonstrukci motivů, tj. vyléčení poruchy osobnosti.

Role empatie v terapii závislých

Domníváme se, že terapeut závislých pacientů by se měl spíše blížit pólu průvodce. Především by však měl být nadán empatií. Říkáme nadán, protože na rozdíl od sympatie, kterou dáváme, empatii ve větší či menší míře máme. Empatie, ta akceptující, posilující a rozumějící emoční odezva je psychologická potrava, bez níž bychom svůj život, který poznáváme a s láskou opatrujeme, nemohli snášet (Kohut, 1978). Empatie je sama o sobě uzdravujícím prvkem. Je jedním z nejpotentnějších aspektů terapie, protože osvobozuje, posiluje a přivádí i ty nejvystrašenější pacienty (tj. právě naše, závislé pacienty s minimální sebeúctou – poznámka autorů) zpět k lidskému životu.

Jsme-li schopni člověku porozumět, pak je člověk a patří k lidem (což je někdy našim pacientům prostřednictvím stigmatizace téměř upíráno – poznámka autorů) (Rogers, 1987). Terapie postupuje mnohem efektivněji, jestliže obsahuje terapeutův prožitek senzitivní (ale i intuitivní) empatie, pochvalu, ocenění a především **shodu mezi ochotou a schopností terapeuta pravdivě pociťovat** (Rogers, 1987).

Role psychoterapie v terapii závislých

Co může způsobit neempatické chování terapeuta, si dokážeme představit. Nejde však pouze o empatii, bez níž by se psychoterapeut neobešel, ale jde o psychoterapii ve svém celku. Psychoterapii považujeme nejen za integrální součást léčby, ale za její složku nejpodstatnější. Kdybychom ji na našem oddělení chtěli počítat na minuty, jak bývá zvykem, dopočítali bychom se v průběhu týdne tisíců. Uvádíme pro jednoduchost toto číslo v hodinách, což konkrétně znamená 25 hodin týdně. Ne vždy se nám, samozřejmě, podaří převést pacientku úskalími nové separace – individuace, jak by tomu mělo být u borderline pacientů, či „pouhé" separace, jak by tomu mělo být u narcisticky narušených pacientů (Broucek, 1982). Především časové limity způsobují, že v řadě případů se nám podaří přesunout závislost pacientky na sociálně únosnou „drogu", byť by to byla závislost na instituci. V těchto případech však musíme počítat s tím, že možnost zpětného přesunu v podobě recidivy je spíše reálnou než vzdálenou představou.

Proces úzdravy závislých a dynamický vývoj abstinence

Praktické poznatky z léčby závislých žen nás vedly k repetovaným úvahám na téma recidiva ve vztahu k pokroku pacientky v léčbě a ve vztahu ke stavu pacientky při propuštění. Domníváme se, že podobně jako abúzus alkoholu se rozvíjí podle dobře známých stadií, tak i vývoj abstinence v procesu úzdravy probíhá v určitých vývojových stadiích. Podle naší hypotézy a klinického pozorování se **kontinuálně** utváří takto:

1. **Abstinence (vy)nucená,** když závislý pacient není vnitřně přesvědčen o nutnosti abstinence, ale pouze racionálně ví, že by měl abstinovat. Toto stadium lze charakterizovat vyjádřením: „Pít nechci, protože nesmím."
2. **Abstinence nutkavá,** když závislý pacient vnitřně přijal nutnost abstinence, zůstal však závislou osobností, tj. závislost přesunul. Abstinuje proto, že pít buď mu nedovoluje svědomí (či chcete-li superego), nebo se rozhodl žít podle hrdinského scénáře. Většinou k tomu potřebuje grandiózní, omnipotentní přenosovou figuru. Toto stadium lze charakterizovat vyjádřením: „Pít nechci, protože nemohu."
3. **Abstinence zralá (maturovaná),** když původně závislý pacient se zcela vymanil ze své závislosti a stal se zralou osobností s pevným a stálým self, s pevnou identitou atd. Abstinuje proto, že alkohol je pro jeho vnitřní potřeby irelevantní. Toto stadium lze charakterizovat vyjádřením: „Pít nechci, protože nepotřebuji."

Riziko recidivy, pochopitelně, je nepřímo úměrné příslušnosti pacienta ke stadiu v tom pořadí, jak byla uvedena. O tom, proč nelze vždy pacienta „terapeuticky dovést" do posledního, nejméně rizikového stadia, jsme hovořili v předchozím textu.

Možnosti psychodynamického, hlubinně orientovaného přístupu k terapii závislých

Je pravděpodobné, že psychodynamický rámec naší terapie vzbudí přinejmenším rozpaky. Sami jsme opakovaně museli uvažovat o tom, zda terapeutické výsledky jsou spíše funkcí naší metody práce nebo našeho entuziasmu. Přesto musíme trvat na tom, že léčba by pro pacienta neměla být jedním velkým traumatem, které by ničilo jeho tak křehkou sebeúctu, ale že bychom mu měli poskytnout to, čemu se říká optimální frustrace (optimální desiluze), aby se tak mohl předsvědčovat o tom, že jeho selfobjekt (terapeut) je schopen bez úhony přežít jeho **vztek** a navíc je schopen pomoci mu zvládnout **ponížení a stud.** Je-li však neustálou iatrogenní frustrací, a tudíž vztekem (studem a ponížením) zaplaven, jen ztěží může vidět empatickou odezvu svého terapeuta.

Již Milton Erickson (1987, in: Rogers, 1987) vysoce hodnotil flexibilní myšlení a jednání terapeuta a varoval před příliš velkou loyalitou ke škole, metodě, učiteli a technice. Řekl: „Pamatujte, že ať si vyberete jakýkoli způsob práce, musí být nutně vaším vlastním způsobem, protože de facto nelze nikdy imitovat nikoho jiného" (in Rogers, 1987). A Rogers k tomu dodává: „Existuje pouze jedna nejlepší škola terapie. Je to ta škola, kterou si vytvoříte sami pro sebe a která je založena na neustálém kritickém posuzování vlastního způsobu bytí ve vztahu" (Rogers, 1987). Máme za to, že náš psychodynamický, hlubinně orientovaný přístup je reakcí na pokroky v diagnostice osobnosti a pokusem o aplikaci nových trendů v terapii závislých.

Nechceme, nemůžeme (a ani bychom si to nikdy nedovolili) prohlašovat, že jedině tato teorie a tento způsob práce jsou ty pravé. Ani sami psychodynamičtí autoři nikdy neusilovali o úplné etiologické vysvětlení závislosti na základě psychologických teorií. Dokonce se možná stane, že bude objevena biologická podstata závislosti. Nicméně se domníváme, že na tomto poli bylo i leccos zanedbáno. Dovolujeme si ocitovat Skálu: „Jistě jsem toho dost promeškal a v lecčems se na pacientech provinil, když jsem zanedbával analytický přístup."

Závěr

Vše dosud řečené rozhodně neznamená, že z každého terapeuta na poli závislostí by se měl stát dynamický psychoterapeut. Domníváme se však, že každý takový terapeut by měl mít alespoň nejzákladnější psychoterapeutický výcvik. Je velmi dobré, když podrobně zná biologický vývoj závislosti, farmakokinetiku alkoholu či Antabusu, ale je již méně dobré, když toho mnoho neví o osobnostech svých pacientů. Víme, jak obtížně jsou obsazována místa nejen na AT ordinacích, ale i na lůžkových odděleních. Jako kdyby stigma pacientů ulpívalo i na osobách terapeutů. Že však jde o povolání, které může přinést satisfakci, a že naši pacienti si také plně zaslouží, co jim právem patří, tedy především naši profesionální lásku, je více než střejmé. Máme fantazii, že např. nástavbové AT atestace by mohly být nejen místem pro získávání statusu, ale i místem požadovaného psychoterapeutického výcviku.

LITERATURA

Adler, G.: The Borderline – Narcissistic Personality Disorder Continuum. Am J Psych, 138, 1981, 1, str. 46 – 50

Ainley, S. C. – Becker, G. – Coleman, L. M.: The Dilemma of Difference, Plenum Press, New York, 1986, str. 2 – 59
Bleiberg, E.: Developmental Pathogenesis of Narcissistic Disorders in Children. Bull Men Clin, 52, 1988, 1, str. 3 – 15
Bratter, T. E. – Forrest, G. G.: Alcoholism and Substance Abuse. Plenum Press, New York, 1985, str. 8 – 123
Broucek, F. J.: The Shame and its Relationship to the Early Narcissistic Developments. Int J Psycho-anal, 63, 1982, 3, str. 369 – 378
Caplan, A. G.: Female or Male Therapists for Women Patients. Psychiatry, 48, 1985, 2, str. 111 – 121
I. C. D. – 10 (Tenth Revision of the International Classification of Diseases). World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva, 1987, str. 115 – 131
Kinston, W.: A Theoretical Contexts for Shame. Int J Psycho-anal, 64, 1983, 2, str. 313 – 326
Kohut, H.: Introspection, Empathy, and the Semicircle of Mental Health. Int J Psycho-anal, 63, 1982, 4, str. 395 – 408
Kohut, H.: The Search for the Self, Selected Writings of Heinz Kohut: 1950 – 1978, Vol. 2. Ed. by P. H. Ornstein, New York, 1981, str. 6 – 120
Mikota, V.: Vývoj psychoanalytických názorů na alkoholismus a jiné drogové závislosti. Přednáška, Praha, 1987, str. 1 – 10
Rogers, C. R.: Rogers, Kohut and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences. The Evolution of Psychotherapy. ZeigPress, New York, 1987 str. 320 – 341
Tähkä, V.: The Alcoholic Personality. Free Press, Helsinki, 1966, str. 23 – 136
Urban, E.: Toxikomanie, Avicenum, Praha, 1973, str. 10 – 13

Redakčná poznámka: Článok je iste bohatým námetom pre polemiku.

Do redakcie prišlo dňa: 20. 5. 1988
Adresa autora: MUDr. P. Votýpková, Bradlecká 739, 293 06 Mladá Boleslav – Kosmonosy