PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 2, s. 117 – 121

VÝVOJ POSTOJE K ABSTINENCI PŘI PROTIALKOHOLNÍ LÉČBĚ

M. FROUZOVÁ, E. MRÁČKOVÁ

Psychiatrická léčebna Praha 8,
ředitel: MUDr. O. Boháč,
primářka AT oddělení: MUDr. E. Fanfulová

Souhrn

Při protialkoholní léčbě pacient zaujímá k abstinenci různý postoj, který ovlivňuje průběh i výsledek terapie, případně výskyt a podobu jeho recidivy. Postoj k abstinenci prochází vývojem, který autorky rozdělují do čtyř fází:

1. Fáze nucené abstinence, v které pacient abstinenci vnímá jako omezení své svobody a úmyslně recidivuje;
2. fáze podmíněné abstinence, v které pacient vnímá abstinenci jako prostředek k získání jiné hodnoty, a protože ji považuje za něco inferiorního, pokouší se po nějakém čase o kontrolované pití;
3. fáze nespolehlivé abstinence, kdy abstinence je součástí nového životního stylu a recidiva je důsledkem nevychytaných chyb v abstinentním životním programu.
4. fáze spolehlivá abstinence, kdy pacient nahlíží na abstinenci jako na přednost v rámci změněné osobnosti a k recidivě dochází v mimořádných životních situacích.

Autorky se pokoušejí dále sdělit klinické zkušenosti s adekvátními psychoterapeutickými zásahy v jednotlivých fázích spolu s vyjádřením typické atmosféry ve vztahu pacient – terapeut.

Dosažení abstinence je cílem většiny protialkoholních terapeutických programů. Pacient vstupující do léčby zaujímá k abstinenci různý postoj, který vedle jeho osobnosti, sociálního zázemí a stupně závislosti je faktorem, který zásadně ovlivňuje průběh terapie i jeho výsledek. Abstinence a recidiva jsou přitom u jedince závislého na alkoholu jen opačnými stranami jedné mince, a proto jeho vztah k abstinenci úzce souvisí s podobou jeho případné recidivy.

Z naší klinické zkušenosti se zdá, že pacientův postoj k abstinenci, léčbě, k psychoterapeutovi a k recidivě spolu úzce souvisí a tvoří vždy jeden celek. Cílem této práce je pokusit se takové čtyři základní celky (tab. 1) charakterizovat tak, jak je máme možnost pozorovat v praxi a zamyslet se v jejich rámci nad nejvhodnějším terapeutickým zásahem.

Tabulka 1. Vývoj abstinence

Abstinence	Recidiva	Zaměření aktivity pacienta při léčbě	Vyžadované podmínky léčby ze strany terapeuta
nucená	úmyslná	vyhnutí se trestu	pacientova poslušnost
podmíněná	zákonitá	získání odměny	pacientův vlastní komentář
nespolehlivá	pravděpodobná	příprava na udržení TDA	dialog terapeut – pacient
spolehlivá	mimořádná	změna osobnosti	práce na sobě v rámci psychoterapeutického vztahu

1. *Nucená abstinence*

Tato abstinence je vynucena obvykle somatickým či psychickým vážnym stavem nebo ohrožováním okolí. Požití alkoholu může bránit i obyčejná mříž či chemická kazajka v podobě Antabusu, či hrozba trestu v podmínkách nucené léčby. Pacient počítá s pokračováním v pití. Za této situace můžeme od pacienta vyžadovat jen formální plnění léčebného režimu. Terapeutická sezení pacient vnímá jako situaci vazby s nutným vyšetřováním, usvědčováním ze lži a kličkováním před přiznáním nebo jako výkon trestu, kde by se trestný čin, tj. pití již nemělo nikomu připomínat. Při nucené abstinenci jsme tlačeni pacienty do role pronásledovatele, strážce veřejného blaha a pořádku a podlehneme-li, prožíváme pacienta jako toho, kdo zneužívá zdravotnických služeb, tedy i nás, a cítíme k němu averzi. Fakt, že pacient o abstinenci nestojí a že během léčby např. úmyslně recidivuje a my pak podáváme návrh na potrestání za maření úředního rozhodnutí, nás jenom v této roli nešťastně utvrzuje. Celá situace je prostým důkazem toho, jak uspořádání systému konkrétní společnosti spoluurčuje vedle způsobu psychoterapie i hranice našich psychoteapeutických možností. Zdá se, že psychoterapií zasahujeme jiné, závažnější osobností poruchy, jejichž zlepšení však někdy zpětně ovlivní i způsob požívání alkoholu.

Psychoterapeutická sezení jsou sycena verbálními útoky na autority s postupným zužováním ohniska pozornosti až na samotného psychoterapeuta. Snažíme se nejprve převádět obviňující monolog pacienta na dialog a pak začneme narušovat černobílé nazírání reality. Zpochybňujeme představu možnosti naprosto svobodného chování (výroky jako: „Až já budu chtít, tak si řeknu a pít přestanu.") a na druhé straně zpochybňujeme i představu o nezměnitelném předurčení života v podobě např. osudu a nihilistická vyjádření týkající se vyléčení. Držíme sa pacientova jednoduchého nazírání reality v podobě příčiny – následek a jev obracíme tak, abychom pacienta učili nahlížet na chování druhých jako na reakci na jeho chování. Tím současně posilujeme pacientův pohled na sebe jako na aktivního činitele s případnou možnou zodpovědností. Konkrétní podoba takového terapeutického algoritmu začíná umožněním upřímného pacientova vyjádření nechuti spolupracovat a pomalým, relativně velmi povrchním rozborem jeho životní situace. Využíváme příležitostí ukazovat, že lze jednat ve stejné situaci různě a učíme promýšlet možné důsledky různého chování. Ukazujeme, jak je možno nevyvolávat trest a zdůrazňujeme výhodnost abstinence. Jsme-li úspěšní, objevují se v chování i jiné interpersonální vzorce než jen obrana – útok.

2. *Podmíněná abstinence*

Tato abstinence je vyvolána obvykle sociálním tlakem. Není hodnotou sama o sobě, ale pouze prostředkem k získání nějaké jiné hodnoty. Jde tedy o schopnost abstinovat v rámci určitých podmínek (v léčbě, za trvání manželství), nejsou-li splněny, dochází k recidivě. Pacient vlastně manipuluje okolím pomocí své abstinence. Jde o transakce stejné kvality, jaké vidíme u alkoholických scénářů, her a rituálů, popisovaných např. Bernem. Pacientův vztah k abstinenci je pouze funkční, vnímá ji spolu s dg. závislosti na alkoholu jako něco defektního a inferiorního, čemuž se brání. Po různě dlouhé abstinenci se snaží získat kontrolu pití jako důkaz o návratu zdraví. Recidiva je zákonitá. Pacient ji buď popírá (např. výrokem: „Jedna sklenička za půl roku uprostřed rodiny přece není recidiva, to jedině kdybych to rozjel."), nebo sice percipuje napití už jako recidivu, ale domnívá se, že „to" zvládne sám. Důsledkem je obvykle utajované pití a kontakt s odborníkem je do určité míry do transakcí včleněn (pacient je např. ochoten nechat se hospitalizovat za určitých podmínek, které vyřizuje jeho manželka jako své přání). Pacient nazírá v této fázi terapii jako odpykávání hříchu v podobě doznání a vykoupení utrpením a terapeut dostává podobu posla božího či ďáblova. V případe terapeutického týmu se setkáváme v této fázi s rozdělováním terapeutů na „dobrý" a „špatný" objekt, ve skupinových sezeních se často koheze vytváří snižováním ostatních terapeutických programů s nápadnou podobou počátků hnutí AA.

Manipulativní pacientův tlak připomíná atmosféru terapie narcistických poruch osobnosti s idealizujícím (terapeut reprezentuje idealizovaný self-objekt) a zrcadlícím přenosem (znovuoživování grandiózního self.) Pacient zaujímá vůči psychoterapeutovi funkcionální vztah, vypůjčuje si od něho funkci, kterou v tu chvíli postrádá. Žádá např. o terapeutický rozhovor, když chce ve skutečnosti jen propustku, či mluví o matce, když si tajně přeje, abychom ji donutili obnovit s ním kontakt.

Skupinová sezení mají tendenci sklouzávat do rigidní hry na pychoterapii s hladkým ritualizovaným průběhem. V této fázi nelze jednoznačně hru odmítnout, je nutné vytvářet alianci s tím, co pacient nabízí a částečně se nechat do manipulativních her zatáhnout. Teapeutovo jednoznačné odmítnutí hry vyvolává u pacientů zděšení a posléze roztržku. Objevují se výroky jako např.: „Tak já už nevím, co chcete pane doktore slyšet, oč vám jde. S vámi se nedá prostě rozumně domluvit." Terapeut se pak ocitá nejenom v roli toho, který kazí hru, což je nutné, ale v pozici outsidera se ztrátou terapeutické autority, což je nežádoucí. Nežádoucí i pro něho, protože získá klamný dojem, že se u alkoholiků nedá psychoterapie dělat a opustí alkohologii.

Na této úrovni je proto lépe pracovat s transakcemi, vstupovat do her a dělat strategické zásahy, často paradoxního charakteru. Terapeutickým hodnocením pacienta vycházíme vlastně vstříc jeho závislosti na zevních zdrojích opory, chvály a trestu. V rámci širší zpětné vazby můžeme pacienta postupně vést k verbalizaci skutečně prožívaných pocitů k posilování ega. Snažíme se udělat prostor pro pacientův vlastní komentář včetně postoje k diagnóze, abstinenci a léčbě, pro pacientovo projevení se v sociálních skupinách (terapeutická komunita, rodina atd.). Můžeme podávat eriksonovsky neosobně formulované informace. V této fázi pracujeme vlastně na motivaci pacienta a cílem je přijetí nemoci jako části své identity a přijetí abstinence jako hodnoty.

3. *Nespolehlivá abstinence*

Nespolehlivá abstinence je již součástí nového životního abstinentního stylu s budováním kvalitativně jiných, zatím velmi zranitelných struktur, které probíhají v dočasném kompenzačním rámci. Na abstinenci se již nahlíží jako na plnohodnotnou kompenzaci, tedy jako hodnotu a na recidivu jako důsledek nevychytaných chyb v abstinentním programu (např. selhání při větších zátěžích). Přesto při této recidivě je jedinec velmi ohrožen možností plného rozvoje patologických procesů na všech úrovních systému a velmi zde záleží na rychlosti zastavení recidivy. V psychoterapeutickém programu této fáze proto klademe velký důraz na přípravu chování při recidivě nejen u pacienta, ale taktéž i u jeho bližních a dochází v tomto směru ke vzájemným dohodám. V psychoterapeutickém procesu se snažíme o získání reálnějšího obrazu sebe a vytvoření atmosféry k učení zvládat vzniklé nesnáze. Značné uplatnění zde nachází behavioristický přístup. Poskytujeme taktéž pomoc při objevení se potíží, které dosud byly alkoholem překryty. Hlavně však používáme takových terapeutických technik, které umožňují konfrontaci se schopnostmi a trénování nových dovedností (např. pracovní návyk s pravidelným režimem, fyzickou kondici, nácvik ovlivňování psychického stavu, rozvíjení sociálních dovedností s důrazem na sebeprosazení a nové uplatnění pokory). Terapeut vede s pacientem psychoterapeutický rozhovor, který pacient zpočátku pokládá za zbytečný, neboť dialog mu sloužil k manipulaci, kterou nyní již nesleduje. Terapeutické sezení je proto syceno hledáním programu a často dostává podobu vyhovění terapeutově přání. Také učení se předvídat nesnáze a plánovat své chování pacienti vnímají nejprve jako nepotřebné. Sebe-explorace je tedy zpočátku plně na psychoterapeutovi a dialog má podobu utvrzování se v abstinenci. Vládne atmosféra činorodosti a zdravé soutěživosti se zvládáním častých tenzí.

4. *Spolehlivá abstinence*

Abstinence v této fázi je pacientem percipována jako vlastnost, která ho ve srovnání s jinými lidmi upřednostňuje. Recidiva vyplývá obvykle ze zcela výjimečné životní události, která pacienta vykolejí tak, že podobně jako v panice či regresi převahu získá starší zautomatizovaný mechanismus.

Pacient často vyhledává sám terapeuta a přináší materiál v podobě sdělování objevů či výsledků svého snažení při rozvoji své osobnosti. Pacient zpracovává změnu, které on sám svojí změnou vyvolal na interpersonální i intrapersonální úrovni. Terapeuta vnímá jako případné zázemí a dostatečně vytvořené pracovní spojenectví dovoluje interpretativní práci na přenosu. V obtížných životních situacích pacient zintenzívňuje kontakt, případně žádá poskytnutí odborné pomoci či rady, kam se s problematikou obrátit.

Závěr

Každý protialkoholní terapeutický program se setkává s pacientem v různých fázích abstinence a každý pacient v rámci své léčby se těmito fázemi vztahu k abstinenci propracovává. Vedle jiných faktorů záleží na adekvátnosti našeho terapeutického zásahu, do jaké míry a jak rychle se to pacientovi daří. Někteří pacienti projdou v rámci tohoto procesu i několika terapeutickými programy a dle hloubky recidivy mohou projít fá-

zemi postoje k abstinenci ve svém životě i několikrát. Víme, že každý den abstinence je cenný. Naším úkolem je usilovat o to, aby těchto dnů bylo co nejvíc a aby byly našimi klienty prožívány co nejpříjemněji.

LITERATURA

Berne, E.: Jak si lidé hrají. Svoboda, Praha, 1970

Blanck, G. – Blanck, R.: Ego psychology: Theory and practice. Columbia University Press, New York, 1974

Fischelová, V.: Příspěvek k psychoterapii pacientek s orální symptologií. Předneseno na psychoterapeutické konferenci ve Františkových Lázních, 1987

Mikota, V.: Ovlivňování v psychoterapii anebo podíl psychoterapie při ovlivňování? Předneseno na psychoterapeutické konferenci, Vyšné Ružbachy, 1985

Skála, J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum, Praha, 1977

Do redakcie prišlo dňa: 16. 5. 1988

Adresa autora: PhDr. M. Frouzová, Nám. Interbrigády 3,