

POZNÁMKY K PSYCHODYNAMICKÝM ASPEKTŮM ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

MUDr. Petr Zahradník

Psychiatrická ambulance Brno

Sdělení se pokouší vymezit místo a možný přínos psychodynamického a psychoanalytického přístupu v léčbě pacientů závislých na alkoholu. Nabízí přehled vývoje názorů na závislost na alkoholu v analyticky orientované literatuře a případné konsekvence pro vlastní terapii. Je zřejmé, že analytický přístup nepředstavuje dostačující nástroj k léčbě závislých, může však napomoci bližšímu porozumění jejich psychické realitě.

Psychiat. pro Praxi, 2007; 8(5): 226–228

Úvod

Většina analyticky orientovaných autorů se shoduje na jisté skepsi vůči možnostem léčit závislé psychodynamickou terapií či nemodifikovanou analýzou. Je možno uvést následující důvody:

- neexistují přesvědčivé doklady odpovídající standardům EBM, které by byly schopny doložit efektivitu psychoanalytické léčby závislosti. Jisté zklamání z pokusů aplikovat tuto formu léčby prezentoval např. Wurmser již v 70. letech 20. století (10). Interpretace nevědomých konfliktů sice přispívá k sebepoznání pacientů, ale není jisté, zda snižuje frekvenci pití a zda prodlužuje délku abstinčního období.
- analytická terapie provokuje úzkost pacientů, což může vést k opakovaným selháním a recidivám pijáckého chování
- potřeby protialkoholní léčby jsou ve své podstatě inkompatibilní s požadavkem na neutralitu terapeuta, tedy na zachování „stejně vzdálenosti od pacientova naděje, já i ono“
- z hlediska kleiniánské školy se v rámci analytické terapie snažíme překonat paranoidně – depresivní pozici, charakterizovanou štěpením mezi „dobrymi“ a „špatnými“ self reprezentacemi i objektními reprezentacemi. To je ale téměř nemožné v situaci, kdy cílem léčby je udržet pacientovu abstinenci – u pacienta fixujeme splitování mezi pozitivním (abstinentním) a negativním (pijáckým) sebeobrazem.

Zdá se, že psychodynamický model alkoholizmu je poznamenán skepsí ze strany terapeutů i širší odborné veřejnosti. Jak uvádí Gabbard (5), větší podporu získaly 2 další modely alkoholové závislosti – morální a medicínský. Morální model se pohybuje mimo medicínskou oblast; vnímá závislé jako plně zodpovědné za jejich jednání (jedná se o hedonistické osobnosti, které jsou zaujaty výhradně uspokojováním vlastních potřeb bez ohledu na okolí) a adekvátním prostředkem nápravy je sankce jim uložena. V pozadí je religiozní přesvědčení o tom, že alkoholismus je známkou morálního úpadku. Model nemoci prosadili ve 30. letech 20. století Anonymní

alkoholici ve snaze destigmatizovat alkoholismus. V jejich pojetí je alkoholik stejně málo zodpovědný za své potíže jako diabetik za svou chorobu. Alkoholici mají vrozenou predispozici vůči závislosti na exogenních substancích, kterou nemohou nijak ovlivnit. Je třeba jim poskytnout pouze motivaci a podporu k tomu, aby svůj deficit vyřešili abstinencí (tak jako diabetik je nucen „abstinovat“ od cukru).

Vzhledem k uvedenému je i v současné analyticky orientované literatuře preferován eklekticismus v terapii závislých. Závislost na alkoholu je vnímána jako multifaktoriální onemocnění s tím, že různým pacientům pomáhá různá terapie: kognitivně-behaviorální, biologická (medikamentózní), 12 kroků atd.

Pokud bychom se pokusili hledat možnosti, jak překonat zmíněné obtíže s aplikací psychodynamického modelu, můžeme dospět k následujícím závěrům:

- analytická terapie od svého počátku nebyla zaměřena na odstranění symptomů. Pacientům nabízela možnost nahlédnout do vlastního nevědomí, dosáhnout většího sebepoznání a cestou internalizace analytického terapeuta (či skupiny) získat možnost pokračovat v analytickém dialogu i po ukončení terapie s tím, že pacient takto získá kapacitu, aby si nadále mohl pomáhat i sám. Přitom konkrétní výsledek, kterého pacient dosáhne, není na počátku terapie nijak zaručen. To by znamenalo, že s pacientem nebudeme činit na počátku žádnou dohodu týkající se jeho abstinence; pak ovšem s největší pravděpodobností narazíme na problém, zda skutečně závislý pacient s porušenou kontrolou v pití bude schopen se v terapii udržet, pokud bude v pití pokračovat. Nezanedbatelným problémem je rovněž tlak třetí strany (nejčastěji rodiny), která (oprávněně) očekává, že léčba sníží i její útrapy.
- problém kontaminace terapeutické neutrality je možno řešit distribucí jednotlivých terapeutických rolí mezi několika terapeuty: jeden se může zabývat funkcemi kontrolními (podávání antabusové medikace, kontrola abstinence, kontakt s rodinou), druhý se zabývá „čistou“ terapií. Současně

ovšem tímto způsobem fixujeme výše zmíněné štěpení, které se nyní dotýká nejen reprezentací self, ale i objektních („hodný“ a „zlý“ terapeut). Že podobné uspořádání klade nemalé nároky rovněž na protipřenos a kontejnovací funkce „kontrolujícího“ terapeuta, není zřejmě nutno dodávat.

Vývoj názorů

na psychodynamiku závislosti

De Paula Ramos (1) shrnuje analytické pohledy na závislost do podoby 4 teorií:

1. **teorie narcistické gratifikace** – vychází z Freudova srovnání závislosti s masturbací; v obou případech jde o dosažení slasti nezávisle na vztazích k vlastním objektům. Alkohol slouží k dosažení slasti mimo jakékoliv nebezpečí zranění, bez nutnosti závislosti na druhé osobě. Freud si povšiml způsobu, kterým závislí někdy popisují vztah k alkoholu s následnou snahou o dosažení absolutní slasti a perfektní harmonie – podobá se popisu vztahu mezi milencem a sexuálním objektem. Doklady můžeme hledat v některých uměleckých dílech, oslavujících např. víno, ale rovněž ve vyjádřeních pacientů, kteří mnohdy s láskou a nostalgií popisují konzumaci „pivečka“ či „vínečka“. Naše tradice v tomto směru nabízí jistě dostatek dokladů: opěvování vínečka bílého či rudého je součástí folklóru, pivečko jako nebeský dar je opěvováno v nejpopulárnější národní opeře.

Závislost pomáhá chránit ego před bolestí a depresi. Vytváří se umělý narcistický vztah s náznaky grandiozního bludu a magických plnění přání, současně je destruuováno já a naděje je eliminována (závislý nad ním v intoxikaci triumfuje podobně jako manický pacient). Lze aplikovat Winnicottův model „ne dost dobré matky“ (not good-enough mother), která nesytí potřeby dítěte dostatečně (4). Tím se vytváří stav stálé nouze, nenasytitelné a neukojitelné. Alkohol saturuje chybějící emocionální uspokojení, které je za dané situace nedosažitelné. Jeho výhodou je jeho snadná dostupnost a (alespoň do projevu ztráty kontroly) i možnost jej dávkovat. Vzniká gran-

diozní omnipotentní iluze o tom, že jsem schopen plně kontrolovat a uspokojovat své potřeby a nejsem na nikom závislý. I to je zřejmě jeden z důvodů, proč je vstup do terapie pro řadu pacientů tak obtížný – udržovaná iluze nezávislosti je rozbita a nenabízí se žádná adekvátní náhrada.

2. **teorie orality** vychází z Fredovy hypotézy o fixaci libida v orální fázi psychosexuálního vývoje. Freud ve Třech pojednáních k teorii sexuality (3) uvádí, že „všechny děti nedumljí. Musíme předpokládat, že k tomu dospějí ty děti, u nichž je erogenní význam retní oblasti konstitučně zesílen. Zůstane-li tato citlivost zachována, stanou se takové děti v dospělosti labužníky líbání, mají sklon k perverzním polibkům, nebo – jde-li o muže – přinášejí si s sebou mocný popud k pití a kouření“. Závislost na alkoholu je tedy v tomto pojetí dána fixací orality, která je způsobena nedostatečným řešením vývojových konfliktů spadajících do orální fáze. Vztah k alkoholu představuje uspokojivou saturaci těchto potřeb s tím, že současně je přítomen pocit triumfu nad druhými lidmi.

Jak uvádí Mikota (6), zdá se, že i tam, kde požadavky orální fáze byly uspokojivě vyřešeny (není tedy přítomna zřetelná orální fixace), disponování jedinci (tedy pacienti s nedostatečně pevnou strukturou ega) „při opakovaném vystavení účinku alkoholu regredují, psychosexuální organizace a objektní vztahy se posunují směrem k dezintegraci“. Znovu se vytváří orální fixace a okruh zájmů se zužuje. Zřetelným projevem kolapsu a regrese směrem k oralitě je i genitální impotence.

3. **teorie manických relací** je odvozena z klinického pozorování, dle kterého je pro řadu pacientů velmi významný pocit osobní superiority a omnipotence, připomínající mánii. Dle Rosenfelda (8) je drogová závislost velmi blízká maniodepresivitě, ale není s ní totožná. Základním problémem v obou případech je neschopnost adekvátního truchlení; ego je slabé a není schopno pocity ztráty unést, tenduje tedy k manickým obranám, které ovšem na rozdíl od skutečných maniodepresivních pacientů není schopno dosáhnout spontánně, ale jedině prostřednictvím užití drogy. Manické obranné mechanismy, které jsou u závislých použity ke kontrole deprese a úzkosti, jsou idealizace, identifikace s idealizovaným objektem (alkoholem), omnipotentní kontrola objektů. Pocity bezmoci a beznaděje jsou cestou projektivní identifikace předávány okolí, které je vůči pacientovu pití bezmocné. Orálně fixovaní pacienti s predominujícími narcistickými vztahy triumfují tedy abúzem nad svými objekty. V terapii lze očekávat, že podobný proces proběhne i v přenosu; recidivy pijáckého chování

jsou pak triumfem nad bezmocným a devalvovaným terapeutem. Ztráty ohrožující pacienta depresivními prožitky jsou přitom zcela konkrétní a reálné (destruované vztahy, majetkové a finanční ztráty, problémy v zaměstnání atd.).

4. **teorie perverzí** upozorňuje na vztah mezi alkoholovými závislostmi a homosexuálními fantaziemi. Freud předpokládal, že alkohol funguje jako dezinhibiční faktor rušící vytěsnění a poškozuje běžné sublimace homosexuálních fantasií a potřeb. Osvobození libida od diktátu superega v důsledku intoxikace (resp. opakovaných intoxikací) a následná projekce je cestou k porozumění alkoholické bludné žárlivosti; emulace je v této představě projekcí vlastních erotizovaných homosexuálních fantasií pijáka. Abraham upozornil také na deliberace perverzí sadomasochistického typu u alkoholových pacientů. Alkoholová konzumace, zejména tzv. konviviální pití, přitom nabízí sublimace homosexuality samo o sobě – nevědomou reflexí této skutečnosti je homoerotický nádech obecně známých televizních reklam na alkohol („chlapi sobě“, „i muži mají své dny“, „pivní tábor“ atd.).

Ego- a selfpsychologické pohledy nabízejí představu o konstitučním defektu self, jeho (především narcistické) fragilitě, která je spojena s nemožností unést nepřijatelné prožitky a afekty. K vývojovému selhání dochází na úrovni archaického grandiózního self, které buď nezískává adekvátní odpověď od primárních objektů (rodičů), respektive nemůže dojít ke splynutí grandiózního self s idealizovanou rodičovskou mentální reprezentací (imagem). Potřeba neutralizovat neúnosné prožitky je externalizována do konejšivého účinku alkoholu, případně jiné drogy. Jak uvádí Fonagy (2), drogová závislost zaplňuje mezeru v psychice. Předpokladem jejího vzniku je skutečnost, že primární (mateřský) objekt nedokázal nabídnout funkci neutralizace nepřijatelného napětí, výsledkem je pak zklamání z idealizovaného objektu (rodičovského imaga). Droga má za úkol zaplnit mezeru, kterou po sobě zanechal nepřítomný (resp. selhávající) primární objekt, jehož konejšivá funkce nemůže být internalizována.

Uvedené úvahy mohou vést k otázce, zda existují specifické drogy odpovídající konkrétní patologii self. Odpověď na tuto otázku zřejmě jednoznačně nelze; můžeme jen předpokládat, že tam, kde dominuje potřeba regrese a „konejšení“, může alkohol jako náhradní mateřský objekt dobře posloužit. Tam, kde základním obranným mechanismem bude (v situaci ztráty významných self objektů, případně narcistického zranění) mobilizace archaického grandiózního self, ke kterému ovšem nemůže dojít spontánně, poslouží nejspíše stimulující drogy (např. metamfetamin). Asociace abúzu a závislosti ovšem není spojena jen

s narcistickou, ale i jinou, např. hraniční patologií. Zcela jistě můžeme nalézt i klienty, u kterých závažnější defekty self či ega identifikujeme jen stěží.

Šikl (9) popisuje procesy, ke kterým dochází při alkoholové či drogové závislosti. Jedná se o následující momenty:

- regrese do primárního stavu (stavu primárního narcizmu)
- popření neúnosné reality (prostřednictvím „vyřazení“ nadřadí a následných grandiózních fantasií)
- identifikace s idealizovanými self objekty (nahrazenými drogou – alkoholem – v podobě jednoduché inkorporace). Program Anonymních alkoholiků je úspěšný zřejmě i díky tomu, že nabízí náhradu idealizovaného self objektu v podobě „Boha, jak ho chápeme my“, případně „sily větší, než je síla naše“.

Terapeutické úkoly z psychodynamického hlediska

Pokud budeme na závislost nahlížet z výše popsaných ego- a selfpsychologických pohledů, pak by naším úkolem měla být snaha o zpevnění hranic ega, ustanovení kapacity self pro zvládání neúnosných prožitků (cestou transmutujících internalizací). Pokusy o psychodynamickou či psychoanalytickou terapii se ovšem setkávají s několika zásadními problémy, částečně zmíněnými již v úvodu statě.

Jak můžeme formulovat základní cíle terapie závislých z psychodynamického hlediska? Kromě snahy o udržení abstinence mám za to, že je nutno věnovat pozornost 2 zásadním momentům: obnovení sebeúcty pacientů a překonání paranoidně schizoidní pozice s dominancí štěpení mezi dobrými a špatnými self- i objektními reprezentacemi.

Sebeúcta závislých pacientů je fragilní již primárně u narcisticky stigmatizovaných osobností, vznik závislosti ji ovšem dále narušuje

- nutností přiznat si závislost (ne náhodou se jedná o první z dvanácti kroků programu Anonymních alkoholiků – „přiznali jsme si svou bezmoc vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné“)
- nutností přijmout abstinenci jako léčebné opatření
- nutností přijmout léčbu, pokud pacient není schopen abstinovat bez pomoci
- nutností dlouhodobě abstinovat v konzumentském prostředí, kde abstinence je vnímána jako deviace od normy a sama o sobě může být stigmatizující.

Jakými způsoby je narcistická homeostáza pacientů sanována? Terapeuticky podporovaným způsobem je často narcistické obsazení abstinence samotné. Pacienti jsou odměňováni za délku abstinence, dostávají diplomy či jiné odměny. Paradoxně

sehrává pozitivní roli i skutečnost, že řada spolu-pacientů abstinenci dlouhodobě nezvládá – to může závislého utvrdit v přesvědčení, že abstinování od alkoholu je skutečně výjimečný výkon, na který může být oprávněně hrdý. Problém nastává v momentě, kdy pacient zjistí, že přestože abstínuje, řada životních obtíží se nevyřešila, naopak některé na něj doléhají s ještě větší naléhavostí, neboť byl připraven o protektivní funkci alkoholu. Další možností je kompenzace v jiné oblasti, kde pacient může získat uznání; úspěchy některých pacientů v období abstinence nejsou zřejmě dány jen skutečností, že nepijí, ale jedná se i o nevědomou sanaci traumatizovaného narcizmu. Jinou variantou je coming-out a následná externalizace problému: pacient se může veřejně přiznat ke své závislosti s tím, že získá veřejné ocenění jako někdo, kdo vybojoval obtížný boj, ve kterém zvítězil. Současně si externalizací posiluje vlastní naději – selhání v situaci, kdy se ocitl pod veřejnou kontrolou a je za svou abstinenci oceňován, je zvláště nepřijatelné. Obtíží je skutečnost, že zdroj uspokojení a sebeúcty je opět kladen mimo sebe – je tedy nadále udržována závislost na self objektu. Sanačním pokusem může být i návrat k pijáckému chování: popřením závislosti dosáhne pacient alespoň krátkodobého grandiózního triumfu nad vlastní nadějí, terapeutem i dalšími objekty.

Překonání paranoidně-schizoidní pozice je u závislých velmi obtížné z důvodů zmíněných v úvodu článku: splitování je v podstatě terapeuticky podporováno. Pokusy pacientů překonat je cestou testování možností konzumace, byť v omezeném rozsahu, lze z tohoto pohledu chápat a případně rovněž interpretovat, nikoliv však podporovat.

Kazuistický příklad 1

Do ambulantní skupiny přišel po absolvované ústavní terapii pacient, který vysoce cenil efekt léčby a deklaroval nutnost dlouhodobé plné abstinence, současně ale téměř od počátku upozorňoval na skutečnost, že plná střízlivost pro něj zřejmě bude poněkud únavná a málo atraktivní; v dřívějším životě opakovaně vyhledával zdroje možné stimulace v různých životních aktivitách (i rizikových), jinak se cítil znuděný a vyprázdněný. Po několika měsících docházky avizoval, že odjede na několik dnů do ciziny s tím, že nevyloučil možnost během cesty se napít. To se skutečně stalo, konzumace byla ale ohraničena pouze na dny strávené mimo republiku. Povzbuzen úspěchem této zkušenosti vytvořil pacient následně modus, který uplatňoval cca ve čtvrtletních intervalech. Manželka o jeho epizodách abúzu zpravena nebyla: klient popřel, že by tomu tak bylo proto, že sám má o svých pokusech pochybnosti, a proto je tají. Manželku vnímal jako svého strážce; pokud by byla o situaci informována (a vzhledem

k okolnostem, jako je např. její ekonomická závislost na klientovi, by pravděpodobně byla nucena ji akceptovat), tuto funkci by přestala plnit. Takto pacient testoval možnosti konzumace alkoholu delší dobu, po čase ho ale skupina upozornila, že se zdá, že epizody konzumace jsou stále častější a přestal být dodržován původní parametr – pití jen v zahraničí. Pacient se následně rozhodl opět dodržet doktrínu plné abstinence, opět ovšem s tím, že počítá spíše jen s časově omezeným obdobím.

Příklad ukazuje pokus o zvládnutí závislosti cestou pouzdření problému a jeho rejekcí do „jiné reality“ (pil pouze „v jiném světě“, tedy v zahraničí, porušené vnitřní hranice byly alespoň dočasně nahrazeny hranicemi geografickými). Klientova nevědomá pochybnost o možnosti situaci takto řešit dlouhodobě je zobrazena v jeho snaze posílit naději projekcí do externích objektů (manželka, ale rovněž skupina, které o svých pokusech referoval). Členy skupiny byly jeho snahy vnímány s ambivalencemi: na jedné straně na něj projíkvala vlastní přání nemuset plně abstinentovat, na druhé straně jeho experimenty vnímala alespoň část spolupacientů jako ohrožující pro sebe sama. Kromě toho pacient s demonstrací vlastní grandiozity (může si vytvořit svá vlastní pravidla a není nucen dodržovat léčbou vynucované vnější limity) projíkval na ostatní členy skupiny slabost a pocity nedostatečnosti (žádnému z jeho spolupacientů se nepodařilo uvedený model aplikovat, někteří byli nuceni po masivnějších recidivách uchýlit se opět do ústavního léčení).

Kazuistický příklad 2

Čtyřicetiletý muž docházející asi rok do ambulantní skupiny přinesl následující příběh: brzy ráno odklízel před domem sníh a stal se svědkem události, kdy na náměstí, kde bydlí, přijelo velkou rychlostí auto, jeho řidič ztratil kontrolu nad vozem a narazil do zdi vedlejšího domu. Pacient zjistil, že v autě sedí 2 mladíci; ti se snažili automobil opakovaně nastartovat a ujet, to se jim ale nedařilo. Na základě jejich chování získal dojem, že řidič je pravděpodobně podnapilý. Chvilu váhal, jak se má zachovat, nakonec se rozhodl zavolat policii, která skutečně záhy přijela a mladíky zadržela. Na skupině pak hovořil o svých pochybnostech, zda jednal správně...

Příhodě, kterou pacient na skupině prezentoval, bylo možno lépe porozumět v kontextu dalšího vývoje (velmi záhy došlo u pacienta k recidivě abúzu): pacient prezentoval vlastní vnitřní konflikt mezi přáním napít se a inhibicemi ze strany nadějí (v příběhu je naděje reprezentována policií; otázka, zda se tlaku superega podvolit či nikoliv, je symbolicky vyjádřena pokusem mladíků auto znovu nastartovat a ujet – tedy „vyhnout se policii“ a rovněž sankcím za vlastní chování). Konflikt se ale pravděpodobně týkal i otázky, zda blížíci se – nebo snad již probíhající – relaps přinést na skupinu, na kterou (a zejména na mne) bylo trestající naděje projíkováno. Příběh v tomto směru mohl představovat výsledný kompromis: pacient naznačil další vývoj událostí, aniž by ovšem blížíci se hrozbu signalizoval zcela otevřeně.

Závěr

Zatímco restituce sebeúcty je úkolem obtížným, nicméně zvládnutelným, překonání štěpící paranoidně-schizoidní pozice je pro závislé v aktuální realitě s nutností abstinence prakticky nemožné. Protože pokusy o regulovanou konzumaci nemají naděje na dlouhodobější úspěch, zůstává v integraci reprezentací self zřejmě jediná cesta, a to podpořit pacienta v tom, aby mohl sám sebe akceptovat jako člověka, který měl v minulosti závažný problém, nyní se jej ale snaží zvládnout. Obě tyto části self pacientovi patří a nelze se jich vzdát. Pacientovi je nutno pomoci nalézt takovou pozici, ve které pohled na sebe sama nebude zatížen ani příliš velkými pocity viny, svazujícím studem, případně snahou o odčiňování, současně ale ani defenzivní grandiozitou a popíráním. Zdá se, že pro většinu pacientů se jedná o dlouhodobý úkol, zpravidla zvládnutelný jen částečně. Terapeutům nezbyvá než se vyzbrojit značnou trpělivostí a dostatečnou kapacitou vlastního vnitřního prostoru, aby mohli klienty na jejich cestě provázet.

MUDr. Petr Zahradník

Psychiatrická ambulance
Škroupova 48, 636 00 Brno
e-mail: zahradnik@alfa95.cz

Literatura

1. De Paula Ramos S. What can we learn from psychoanalysis and prospective studies about chemically dependent patients? Int J Psychoanal 2004; 85: 467–488.
2. Fonagy P, Target M. Psychoanalytické teorie. Portál. Praha 2005: 398 s.
3. Freud S. Tři pojednání k teorii sexuality. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Psychoanalytické nakladatelství. Praha 2000; 5: 27–122.
4. Fulgencio L. Winnicott's rejection of the basic concepts of Freud's metapsychology. Int J Psychoanal 2007; 88: 443–461.
5. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Press. Washington DC 2000: 597 s.

6. Mikota V. O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství. Praha 1995: 140 s.
7. Nešpor K. Návykové chování a závislost. Portál. Praha. 2003: 151 s.
8. Rosenfeld HA. On drug addiction. Int Univ Press 1966; 128–143.
9. Šikl J. Adolescence jako narcistická krize. Revue psychoanalytické psychoterapie 1999; 2: 29–33.
10. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J Am Psychoanal Assn. 1974; 22: 820–843.