

REFLEXE VLASTNÍ RECIDIVY U ŽEN ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

VAVŘÍK P., REGEROVÁ, M.

Psychiatrická léčebna, Opava,
primář: MUDr. Sedláček S.

Recidiva je téměř atributem závislosti, počet úspěchů po první léčbě je minimální. Práci se zkušeností vlastního selhání v abstinenci a potažmo recidivy považujeme za velmi podstatnou v psychoterapeutickém systému ženského protialkoholního oddělení opavské psychiatrické léčebny, a to z těchto důvodů:

Recidiva

- *Narušuje bagatelizující obranný systém závislého (já jsem vlastně léčbu nepotřebovala, já nejsem závislá, já mohu kontrolovaně pít);*
- *nabízí možnost poznat své spouštěče a psychologický mechanismus podléhání;*
- *umožňuje vytvořit si kvalifikovaněji osobní systém obrany před selháním.*

Proto léčebný systém, jak jej rozvíjíme v posledních dvou letech na oddělení 3 OPL zahrnuje různé roviny práce s tématem recidivy, a to v těchto dimenzích:

- a) podrobná analýza vlastní recidivy u opakovaných pobytů;
- b) trénink schopnosti analyzovat recidivu spolupacientky a schopnosti porozumět jí;
- c) příprava na vlastní typické krize v budoucnosti, zakládající riziko recidivy.

V naší databázi, kterou jsme zavedli před třemi lety, máme 182 pacientek, které se vrátily k opakované léčbě s osobní zkušeností recidivy (při zhruba 420 příjmech za toto období).

Následuje zpráva o naší zkušenosti s touto jejich zkušeností, je to náš pohled na to, jak tuto zkušenost naše pacientky zpracovávají a jak s ní nakládají, přičemž se zaměřujeme především na předzvěstnou a iniciální fázi recidivy, jež je z mnoha známých důvodů nejvýznamnější.

Zjištění první

Porozumění vlastnímu selhání našich pacientek je velmi často ztěžováno jejich plochou, nediferencovanou osobní optikou.

VAVŘÍK P., REGEROVÁ, M. / REFLEXE VLASTNÍ RECIDIVY U ŽEN ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

1. Neschopnost a neochota vnímat první napití po abstinenci jako *významnou a v historii vlastní závislosti pamětihodnou a pozoruhodnou událost* (vzpomínka na to, jak to začalo je matná, nepřesná v dataci, v referencích je pacientka odbude stručnou obecnou větou – není sycena významnějším emotivním nábojem) – 68 %.

2. Malá schopnost diferencovaně *reflektovat situační děje, jež vyústily v první napití po předcházející abstinenci* (místo, atmosféru, přítomné osoby, jejich chování a komunikační schéma (je kladen důraz buď na vlastní dominantní pocit, jenž je jakoby vypojen ze situační konstelace, nebo na povrchní deskripcie nepodstatných znaků situace) – 27 %.

3. Malá schopnost diferencovaně vnímat a pojmenovat *vlastní prožitkové děje, předcházející prvnímu napití* (neschopnost rozpoznat indicie touhy po alkoholu, tendence popisovat vnější znaky situace a vyhýbat se popisu či pojmenování vlastních pocitů, či velmi vágní frázevité formulace těchto pocitů) – 65 %.

4. Malá schopnost vnímat *kauzalitu* (identifikovat motiv napití a spouštěč napití) – 25 %.

5. Malá vnímavost k *časovým parametrům počátku recidivy* (časové určení prvních signálů touhy po alkoholu, rozpětí mezi nimi a prvním napitím, doby, po kterou byla schopna odolávat atd.) – 35 %.

Zjištění druhé

V prvních recidivách našich patientek se objevuje šest základních postojů – pokud jde o víru v nutnost abstinence – a od nich se odvíjejících vzorců selhání, (seřazeno podle četnosti):

1. Nevěřila v nutnost abstinence (naprostá nekritičnost);

2. trochu věřila a trochu nevěřila (konfuzní postoj);

3. nevěřila vůbec v nutnost abstinence, počítala však s tím, že bude napříště pít kontrolovaně s mírou;

4. věřila v prospěšnost dočasné abstinence – nepovažovala za potřebné abstinovat trvale;

5. byla motivována abstinovat a věřila v nutnost abstinence, ale v slabé chvílce tuto svou víru opustila (v tu chvíli přestala věřit);

6. byla motivována abstinovat a věřila v nutnost abstinence, napřestala věřit, ale začala pít s vědomím všech následků (sebedestruktivní postoj).

Zjištění třetí

Nejslabším místem obranného systému, s nímž pacientka odchází z léčby, je malá schopnost čelit touze po alkoholu.

Od prvního uvědomění si touhy po alkoholu v období po léčbě, po realizaci prvního napití to přibližně třetině našich klientek trvalo nanejvýš hodinu a snaha čelit napití se vyčerpala argumentačním schématem „neměla bych – ale co – jedna neškodí“.

U 55 % z nich trval boj s pokusy realizovat obranný tísňový program „několik hodin“. 15 % uvádí jedno či více úspěšných překonání touhy a selhání po týdnech a měsících od zaregistrování první chuti.

VAVŘÍK P., REGEROVÁ, M. / REFLEXE VLASTNÍ RECIDIVY U ŽEN ZÁVISLÝCH NA ALKOHOLU

Zjištění čtvrté

Nejčastějším spouštěčem recidivy našich klientek je špatná nálada ve vazbě akutní či protrahovanou frustraci (dle četnosti).

Stavy smutku, úzkosti, rozmrzelé podrážděnosti, našťvanosti, vyčerpanosti – prakticky vždy osamotě – po výtce v partnerských a rodinných vztazích (70 %). Následuje podlehnutí vlivu pijícího okolí (15 %), třetí kategorii spouštěčů tvoří dobrá nálada, radost, nadšení, bujnost (v odezvu na úspěch, společenské radování (10 %). Nejčastěji udávanou denní dobou je odpoledne a po večer mezi 14. – 17. hod. (52 %).

Zjištění páté

Recidivy našich pacientek mají svá typická psychologická předznamenání, nejčastěji silně emotivní.

Základní psychologické předznamenání recidivy:

- napití zoufalé (jsem strašně nešťastná, je mi všechno jedno);
- vzdorné (to máte za to, abyste věděli);
- radostné (ať je mi ještě báječněji);
- experimentální (co to udělá, když se napiju?);
- podléhavé (tak já se teda napiju, když jinak nedáte).

Zjištění šesté

Ve spektru postojů k vlastní recidivě se setkáváme nejčastěji s pěti typy postojů, každý z nich má dvě varianty: póza a autentičnost.

- a) *Distancovaný* – s neochotou a často i neschopností kritické analýzy, s frázovitou deklarací: nezvládla jsem to – byly problémy;
- b) *provinilý* – úzkostně a neproduktivně zpracovaná zkušenost, s větší či menší snahou uspokojit terapeuta skrze roli kajícího hříšníka;
- c) *lehkomyslný* – bezstarostně, někdy s humorem, radost z návratu mezi známé, malá schopnost a chuť analyzovat;
- d) *věrozněný* – káže o poznané pravdě nutné abstinence;
- e) *rezignovaný* – u opakovaných mnohačetných recidiv už nevěří v úspěch, přišla si jen odpočinout a zrestaurovat se po další etapě pití;
– to vše vedle postoje optimálního – *konstruktivního*.

Jsouce inspirováni mnoha zdroji – v neposlední řadě křesťanstvím, které odkrývá cenu „zbloudilých ovcí“ a samotnou smrt staví do služeb existenciálního optimismu, hledáme a paradoxně nalzáme v selháních našich pacientek a v neúspěších naší léčby zdroje terapeutického optimismu. Téma recidivy obsahuje podle našich zkušeností mohutný terapeutický potenciál, je to událost umožňující prožít si pravdu své závislosti, vytvořit si kvalitnější obranu proti příštím selháním. Jeho cenu vidíme i v tom, že zprostředkuje podněty pro reflexi vlastní práce terapeutického týmu.

Do redakce přišlo dňa: 21. 6. 1999

Adresa autora: PhDr. Vavřík P., Haškova 6, 746 01 Opava 1, ČR