

ABORDAREA PSIHOLOGICĂ A ALCOOLISMULUI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOTERAPEUTICĂ

Ioan GOTCĂ, Constantin BORZA,
Vasile CHIRIȚĂ, I. NASTASE

Abstract:

The treatment approaches just summarized are only a few examples of the wide range of treatment options available. Because a large number of substance-abusing women have multiple problems, there is a need to provide broad and comprehensive services for women. For example, a cognitive-behavioural treatment program for women with alcohol problems may be combined with pharmacotherapy to address strong cravings for alcohol or symptoms of depression. In addition, existing treatment approaches may be further modified to address the individual needs of each female patient (e.g., prenatal care). Most of the work regarding substance abuse in women is largely atheoretical. However, social relationships have been reported to play a greater role in the psychological development of women as compared with men. In this regard, interventions that focus on the development of new relationships or that strengthen the woman's social support network are viewed as beneficial. However, most women-oriented in which patients are matched on the basis of personality characteristics and level of motivation, have shown benefit with female substance abusers. Brief interventions that incorporate motivational interviewing strategies have also been effective in reducing alcohol consumption for problem-drinking women. Finally, some studies have indicated that women benefit from self-help groups. It is thought that women do well in these groups because they become more involved in the social support network offered by this type of treatment. Although it appears that women do benefit from treatment, well-conducted treatment outcome studies are lacking, so it is unknown whether outcomes would be improved if treatment programs were more sensitive to gender issues. Nevertheless, one advantage of women-only treatment programs may be their ability to attract women who would not otherwise have sought treatment from a mainstream program.

Probleme terapeutice. Reacții instituționale

Trebuie, înainte de orice, să subliniem dificultatea tratamentului acestor bolnavi și numărul mic de rezultate favorabile, chiar pe termen lung.

Aceste eșecuri au mai multe cauze. Primul nivel de explicație este că, adesea, se atacă simptomul, fără a fi înțeles structura și cererea profundă a bolnavului; se pot face astfel cure de dezintoxicare, fără a înțelege cărei personalități ne adresăm. Cură din obișnuință, cură de rutină, deoarece nu prea se știe ce este de făcut, și abia la momentul post-curei, apar problemele care au fost ascunse datorită activismului instituțional și, adesea, a comodității și lipsei de interes datorate acestor bolnavi. Această rutină face casă bună, în sensul sistemului de apărare a clientului care nu ține deloc să vadă explorându-se motivațiile sale și care consideră cura un moment neplăcut de trecut și un mijloc bun de camuflare a problemelor. Dar, mai devreme sau mai târziu, aceste probleme vor ieși la iveală.

Se poate critica, la fel de bine, atitudinea „comportamentală” și terapeutica „pavloviană” care sunt la baza majorității atitudinilor față de problema alcoolicului, în general, și a etilicilor cu structură psihotică, în particular. Dar acest nivel depășit, și fiind începute tentativele de apropiere psihodinamică pentru un anumit număr de *bolnavi-problemă* de care ne interesăm, ne dăm seama că problemele rămân foarte mari, chiar dacă există satisfacția că „ceea ce se petrece” este mai bine

înțeles. Ele sunt chiar mai mari cu cât se iese din obișnuințe și, în consecință, vor apărea fenomenele de rezistență la schimbare din partea echipelor de supraveghetori. O schimbare de optică în tratamentul alcoolicilor ar implica, mai întâi, o schimbare în mânuirea fenomenelor transferențiale, ceea ce e ușor de spus, dar foarte greu de făcut.

În același timp, se subliniază, la nivelul studiului psihodinamic al acestor bolnavi, că aceștia prezintă o tendință foarte rigidă și strânsă, împotriva întoarcerii la angoasa psihică. În consecință, și ei prezintă o organizare care rezistă schimbării și, a-i scoate de pe poziție, nu este fără risc. Se poate deci vorbi, în relația cu bolnavii, de un dublu blocaj care se concretizează la nivelul problemelor apărute la trecerea la acțiune. Foarte adesea, în fața acestor treceri la act (beție cruntă, scandal, amenințări cu acte de violență, escapade etc.), terapeutul nu poate reacționa decât prin măsuri simetrice: îndepărtare, transfer la un alt terapeut sau tratament represiv sau de sancțiune. Într-un cuvânt, reacția constă în externare sau internare, după un procedeu care amintește ce face forța armată. Riscul este de a te lăsa prins într-un sistem sado-masochist de agresiune-represiune, în care instituția și bolnavul riscă să găsească beneficii perverse, ceea ce ar duce la un blocaj total al problemelor psihologice.

Idealismul egalitar, liberul arbitru și non-intervenționismul sistematice, non-directivismul mai mult sau mai puțin tentat de rogerism, sau obsedat de antipsihiatriism dovedesc, înainte de toate, inflația unui ideal care nu ține seama deloc de realitatea fenomenelor psihologice. Și măsura catastrofelor pe care asemenea atitudini le pot provoca uneori, dovedesc lipsa de măsură a Idealului Eu pe care acestea le manifestă: nimeni nu scapă de asta și oricine a putut visa la asistența psihologică și la cea medicală ideală, dar trebuie să revenim la sensul profund, în echipă sau cu bolnavul, și să elaborăm tratamentul prin cooperare: adică bolnav-echipă și echipă-bolnav, căci, cel mai adesea, este un dublu pasaj la act.

O schemă terapeutică

Dar o dată problemele de structură psihologică, motivări, reacții instituționale mai mult sau mai puțin înțelese bine și rezolvate, rămâne problema „terapiilor” instituite și a externării.

La externare, am putea propune un fel de „schemă terapeutică” fondată pe principii psihodinamice. Pentru un anumit număr de bolnavi cu structură psihotică, ceea ce primează la nivelul unei atitudini comportamentale era un fel de „delir agitat” care făcea imposibilă orice apropiere psihoterapeutică: acești bolnavi pot fi descriși în mod grosolan: „psihopați”, „paranoici”, sau „hipomaniaci cronici” etc. Suferința, deznădejdea lor profundă este ascunsă prin rezistențe proiective foarte solide, care împiedică orice apropiere. Cererea se exprimă, înainte de toate, în treceri la act, sau printr-o atitudine antisocială care induce impresia că se cere represiunea.

Pentru aceștia, propunem o atitudine terapeutică care s-ar putea desfășura pe trei planuri diferite:

- instaurarea unui regim relativ autoritar de internare, a cărui procedură a fost discutată, în prealabil, cu bolnavul și echipa. Un fel de contract de „îngrijiri” care impune limite (absența ieșirii, statul în pijama etc.);
- instaurarea unui tratament neuroleptic în doze puternice (de care este responsabil medicul psihiatru), ca și cum ar fi vorba de o stare delirantă, acest tratament vizând, pe de o parte, tratarea angoasei psihotice subiacentă comportamentului, pe de altă parte, obținerea unei stări depresive sau o regresie, astfel încât subiectul să se poată lăsa prins de o anume pasivitate;
- putem apropia această utilizare a neurolepticelor de aceea făcută de alți autori într-o perspectivă puțin diferită, dar în care era prezentă ideea tratării unei stări psihotice subiacentă etilismului (Ostapief; Midenet, 66-67). La fel, autorii americani Benton, Belden și Hitchen au încercat anumite preparate la etilici, în scopul de a rupe rezistențele caracteriale și de a permite o apropiere cu bolnavul care ar asigura o abordare psihoterapeutică.

Dar din aceste publicații, reiese pericolul acestor metode care dau adesea rezultate. De altfel, ne putem întreba dacă anumite medicamente la acești bolnavi nu ating, mai ales, o abordare a problematicii la nivelul fantasmei, în loc de acțiune. Dar, din nefericire, această călătorie care se termină cu o întâlnire nu este fără pericol la acești bolnavi care riscă să nu se mai poată întoarce din ținuturile psihozei.

În ceea ce privește activitatea cercetată, am constatat că se utilizează neurolepticele clasice în doze puternice, și neurolepticele-retard, în scopul de a permite o regresie și o mișcare depresivă. Pornind de aici, devine posibilă instaurarea unei relații psihoterapeutice. Această psihoterapie poate avea loc cu condiția respectării unei bifocalizări stricte, în care rolurile de „autoritate” și rolurile psihoterapeutice sunt separate. Idealul ar fi chiar ca psihoterapia să fie efectuată în exteriorul instituției supraveghetoare, astfel încât să se evite conflictele de rol care sunt, de altfel, induse, adesea, cu plăcere de bolnav când nu este de echipă.

Dacă vrem să rezumăm în câteva cuvinte principiile ce pot ghida o asemenea terapie, se poate considera că este vorba, înainte de toate, de a „repara”. Și, pentru aceasta, e necesară o atitudine anaclitică, chiar maternală, căci este vorba de a „umple”. Mai mult, trebuie permis bolnavului să mentalizeze trecerile la act care este intoxicația alcoolică acută sau cronică.

Trebuie reușit să se permită subiectului care prezintă rezistențe proiective rigide să introiecteze ceva: un obiect bun, esențialmente intern, o imagine bună a terapeutului pe care se poate sprijini. Dar o asemenea terapie ajunge adesea la o toxicomanie de medic care înlocuiește toxicomania alcoolică. Orice defăimare a obiectului bun terapeut va fi resimțită cu cruzime, orice atitudine contra-transferențială, oricât de puțin negativă ar fi, riscă să antreneze treceri la actul sinucigaș sau etilic; orice absență va fi trăită ca un abandon, atât de greu le este acestor bolnavi să rețină chiar și o imagine în interiorul lor. Trebuie deci o disponibilitate specială a terapeutului ca în orice psihoterapie de psihoză. Pe de altă parte, nu este posibil ca bolnavii să fie tratați în mod izolat, și este necesară o angajare din partea echipei, ceea ce complică problema. Dacă terapeutul este „compromis” cât de puțin în viața instituțională, poziția sa vis-à-vis de bolnav – și a bolnavului în raport cu el – vor fi deosebit de ambigue. Și dacă am vrea să mergem cu critica până la sfârșit, în căutarea eșecului acestor tratamente, trebuie să admitem că absența „asepsiei” riguroase a relației individuale, și dificultățile unei bifocalizări reale a tratamentului îl fac deosebit de aleatoriu.

Pe de altă parte, externarea din spital nu este fără probleme, pentru acei bolnavi care au avut adesea o ședere prelungită cu „programul terapeutic” pe care l-am enunțat. Soluțiile spitalizării de noapte și de zi pot reprezenta o tranziție. Căci, dacă s-a întâmplat ceva între ei și noi, dacă a avut loc un început de introiecție a unui obiect bun, ieșirea riscă să fie trăită ca o pierdere a obiectului. Situația va trebui să fie atunci organizată progresiv. În orice caz, chiar și pentru cazurile cu evoluție favorabilă, sunt adesea și recăderi, și respitalizările sunt frecvente și jalonează o evoluție progresivă spre o automatizare în raport cu instituția aproape la fel de dificilă ca aceea a subiecților schizofrenici confirmați.

Spitalizare sau asistență și consiliere în ambulator ?

Ne putem întreba dacă instituția, prin ea însăși, și mecanismele ei interne, nu creează această pânză de dependență, acest clop narcisic, care împiedică mișcarea spre progres a pacientului. De fapt, pare dificil, pentru asemenea subiecți, să nu se mai spitalizeze, dat fiind dorința lor de regresie profundă care se traduce, cel mai adesea, printr-un comportament care să-i aducă, cu o fatalitate regulată, la spitalizarea psihiatrică.

Totuși, pot fi utilizate soluții de tipul asistenței psihologice și psihiatrice, prin ambulatorul de specialitate, și avem, printre cazurile noastre clinice, exemplul unei luări în grijă familială foarte dificilă. Obiectivul, pentru cei care au fost spitalizați, ar fi o „externalizare progresivă” spre sectorul extra-spitalicesc. Menținerea în afara spitalului depinde, înainte de toate, de soliditatea rețelei lor relaționale (familie, prieteni, muncă). O relativă inserare, în ciuda tulburărilor, permite o luare în supraveghere de către specialiști în ambulatoriu. Pentru aceștia, trebuie evitat, pe cât posibil, spitalizarea, în măsura în care rețeaua relațională este solidă, investirea muncii este importantă. Trebuie asigurată o legătură permanentă prin consultații săptămânale, eventual prescrise antidepressive și neuroleptice în doză slabă pentru a calma angoasa psihotică. Trebuie deci, evitată regresia și depresia.

Dar se pare că acești „bolnavi de dispensar” sunt destul de diferiți de „bolnavii de spital”, nu numai dintr-un punct de vedere structural, ci și din punct de vedere al organizării lor în raport cu societatea și realitatea familială și cu munca, ceea ce face să se evite regresii atât de profunde ca pentru bolnavii spitalizați.

De aceea, înainte de a alege spitalizarea prelungită, trebuie precizat, în prealabil, dacă nu-i mai mare dezavantajul; în măsura în care rețeaua exterioară este suficient de solidă, este mai bine ca, după o spitalizare scurtă care permite precizarea structurii, eventual, prescrierea unei cure, dacă se consideră necesar, să se facă o post-cură în ambulatoriu.

Dar rămân „ceilalți” și pentru aceștia suntem în cea mai mare dificultate; și, printre cauzele eșecurilor terapeutice, trebuie subliniat că ne-am adresat, de nevoie, subiecților nu numai cu structură psihotică, ci prinși într-un proces de evicțiune socială și începând să facă naveta, pentru unii, între spital și închisoare.

În sfârșit, să stabilim o diferență între bolnavul care poate fi consiliat prin asistența ambulatorie și bolnavul de spital, cum am făcut-o, reprezintă o distincție diacronică deoarece același etilic, „compensat” ani de zile, poate, cu ocazia traumatismelor (psihologice, sociale, somatice, în particular, trauma craniană), să facă o decompensare tardivă care îl va duce obligat la spitalul psihiatric.

Alte scheme terapeutice

Pentru alți etilici, cei care fac stări depresive „para-psihotice”, se caută alte soluții decât neuroleptizarea, regresia și luarea în grijă psihoterapeutică a cărei schemă a fost sugerată anterior.

Pentru acești subiecți deprimați, care sunt „foarte solicitanți”, abordarea psihoterapeutică este mai ușoară cel puțin în prima etapă. Sunt bolnavi pe care, adesea îi vom trata cu antidepresive și întreținători; sunt bine tolerați de instituție, pentru că nu creează tulburări, chiar pot avea un fel de lună de miere cu ansamblul echipei. Dar mecanismele proiective, sub efectul tratamentului antidepresiv și de ascultare, nu întârzie să apară; încetul cu încetul, bolnavul ia statutul subiectului rău, în timp ce instituția devine obiectul rău, și psihoterapeutul trebuie să navigheze dificil între cei doi. Și adesea se găsește adus în fața cazului precedent. Dar un anumit număr de bolnavi prezintă această față depresivă prevalentă, atunci când simt foarte aproape problematica psihotică: sunt cei care reacționează înainte de toate prin inhibiție și care sunt cel mai ușor de îngrijit, dar sunt și cei care vin cel mai puțin la spitalul psihiatric.

Astfel, anumiți subiecți, fără să fie cu adevărat deprimați, se prezintă, înainte de toate, ca „schizoizi”, izolați, inhibați în relațiile lor, alcoolici solitari care sunt, în general, spitalizați din cauza unui episod delirant, sau angoasă, cu depersonalizare. Aceștia, de asemenea, sunt ușor de îngrijit, printr-o terapie neuroleptică și prin consultații regulate.

Deci, din aceste trei grupe pe care le-am izolat puțin artificial la nivelul unei clinici sumare – grupul „psihopat, hipomaniac, paranoiac” – grupul „depresiv” – grupul „schizoid”, numai primul grup pune probleme terapeutice foarte arzătoare, în privința rigidității organizării defensive contra angoasei; celelalte două grupe, reacționând mai ales prin inhibiții, pune mult mai puține probleme. În măsura în care alcoolismul este autodistructiv deranjează mai puțin societatea sau instituția. În măsura în care este heterodistructiv, cere niște legi particulare, și atitudinea autorității care este chemată să-i izoleze în instituții, pare să fie replica legii din 1954 privind alcoolicii periculoși.

Grupele de alcoolici și cura individualizată

Nu am utilizat tehnici de grupe pentru asemenea bolnavi pentru că ni s-a părut că aceștia suferă foarte greu viața de grup, care avea asupra lor un efect de rupere în bucăți, ceea ce provoacă, cel mai adesea, fie reacții megalomaniace cvasi-delirante, fie un sentiment de persecuție, fie o descărcare în treceri la act. Într-un grup cu nevrotici, sunt foarte rău tolerați din cauza angoasei lor și a angoasei pe care o provoacă. Totuși, tehnicile de grup pot fi utilizate în apropierea familială a problemei.

În sfârșit, mulți dintre bolnavii noștri, fiind marginalizați social, ne-am lovit mai puțin de problema „femeii alcoolice” clasice decât în alte tipuri de etilism. Totuși, ni s-a părut, în anumite cazuri, că atitudinea sa și tipul de contra-transfer pe care îl induce seamănă bine cu cel suscitată de „mama schizofrenului”.

De regulă, terapia psihologică se amână pentru stadiul de remisiune a simptomelor severe: nu se face întotdeauna în cazurile de alcoolism cu structură psihotică, pentru că ni se părea mult mai important să tratăm acești bolnavi la nivelul structurii decât al simptomului. Totuși, aceasta poate fi folositoare în schema terapeutică pe care am definit-o, în măsura în care este efectuată pe un subiect al cărui Eu este deja consolidat prin tratament, dacă o cere și dacă este aproape de remisiune. Pentru subiecții ale căror tulburări psihotice se manifestă, mai ales, prin inhibiție, poate fi pusă, de aseme-

nea, indicația, dar problema esențială este, și aici, consolidarea eului și stabilirea unei relații psihoterapeutice.

CONCLUZII

Voi încerca, în această concluzie, să subliniez sau să indic anumite direcții care mi se par esențiale și pe care nu le-am examinat într-o manieră deosebită:

1) Aceea a discursului acestor subiecți alcoolici cu structură psihotică. Am văzut că acesta era, înainte de toate, remarcabil prin sărăcia sa, care se manifestă atât în discuții cât și în teste proiective. Se pare deci că o etapă prealabilă a oricărui tratament a acestor subiecți ar fi un studiu lingvistic sau de comunicare, pe care l-am schițat în mai multe reprize. Fără îndoială, acest studiu s-ar prelungi cu niște considerații de ordin simbolic; ni s-a părut că alcoolul folosește alcoolul, în registrul imaginarului, excluzându-l de la orice lanț însemnând „simbolic”: uzaj religios sau social al alcoolului. Cu asta, și vis-à-vis numai de alcool, *atitudinea sa se apropie de aceea a schizofrenicului care confundă cuvintele cu lucrurile*. Dar, invers ca la schizofreni, alcoolul nu se mulțumește cu „cuvinte în locul lucrurilor” (FREUD), printr-o întoarcere la real, unde captează o sursă (pe care o crede de viață) se satisface într-o relație de obiect parțial și imaginar. O psihoterapie ar trebui deci să aibă ca scop, și ca studiu totodată, o cură de la funcția simbolică la alcool. Și aici regăsim problema rementalizării conflictelor la subiecții amenințați de dezagregare psihotică.

2) Dacă alcoolul este o atracție pentru alcoolic, alcoolologia este o alta pentru terapeut. A se situa permanent în registrul simptomului poate fi o necesitate tehnică; ea traduce, mai ales, sărăcia mijloacelor psihologice și medicale, dar traduce și faptul că ești prins în aceeași capcană, ca și clientul.

3) Dacă instituția sau terapeutul vor să trateze acest tip de bolnav, trebuie să reflecteze în permanență la trecerea la act, și această mentalizare nu este deloc mai ușoară pentru noi decât pentru alcoolic.

4) Societatea trebuie, de asemenea, să considere ce loc este atribuit unor astfel de subiecți, oscilând între acela de nebun sau distrugător, în orice caz, avându-l mereu pe acela de „om negru”, negăsind simbolic decât sub forma unei legi exterioare și formale, care în orice caz, nu rezolvă nimic.

Toate metodele, toate tratamentele care nu au ca prim obiectiv dialogul adevărat cu alcoolul sunt sortite eșecului sau rezultatelor mediocre. Pentru a smulge alcoolul din vârtejul său sunt, cu siguranță, necesare strategiile socioterapiei, presiunile grupului, speranțele în modificările metabolice și eficacitatea terapeticilor biologice, eforturile răbdătoare ale psihoterapiilor. Dar cura de alcoolism cere mai mult decât o discuție – **ea cere o strategie psihoterapeutică individualizată**. Efectul terapeutic la alcoolici este, în același timp, determinat de amploarea schimbărilor dorite de pacient și de tipologia angajamentului medical.

BIBLIOGRAFIE

1. Naum, Elisabeta, Boișteanu, P., *Drama biologică a alcoolismului*, Editura Dosoftei, Iași, 2004.
2. Prelipceanu, D., Hriscu, E., Chendea, Anca, *Asistența medicală primară în alcoolism și în dependența la opioide*.
3. Stan, Rodica, Chiriță, V., Sălăvăstru, T., *Suferința psihică și drogul*, Editura Biblioteca Miorița, Câmpulung Moldovenesc, 2005.
4. *Tratat de psihiatrie – OXFORD*, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București, 1996.
5. Angheluță, V., Nica-Udangiu, Șt., Nica-Udangiu, Lidia, *Psihiatrie preventivă*, Editura Medicală, 1986.
6. Barnea, N., Calciu, Al., *Ecologie umană*, Editura Medicală, 1979.
7. Brânzei, P., Scripcaru, Gh., Pirozynski, T., *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul*, Editura Junimea, Iași, 1970.
8. Mihăescu, V., Scripcaru, Gh., Ianovici, N. în vol. *Criteriologia medico-legală*, USSM Iași, 1982, p. 282–284.
9. Pandele, Demetra, Mihăescu, V., Scripcaru, Gh. în vol. *Criteriologie medico-legală* USSM Iași, 1982, p. 258 – 258.
10. Pirozynski, T., Scripcaru, Gh. în vol. *Alcoolismul – implicații bio-psiho-sociale*, Simpozion științific Iași, sept. 1976, p. 171 – 176.
11. Scripcaru, Gh., Pirozynski, T., Chiriță, V., Boișteanu, P., Drăghici, G. în vol. *Ecosistemul relației familiale în asistența psihiatrică* (sub redacția T. Pirozynski), IMF Iași, 1986, p. 110-113.
12. *Buletin de psihiatrie integrativă*, vol. 8, nr. 1, 2003, pag. 99-104.

13. Revista *Terapeutică, farmacologie și toxicologie clinică*, vol. 9, nr. 1, aprilie 2005.
14. *British Journal of Psychology*, 2004, vol. 95.

Ioan GOTCĂ – psiholog princ. drd., Spitalul de Psihiatrie „Socola” Iași
Constantin BORZA – medic primar psihiatru, dr. în științe, Spitalul „Socola” Iași
Vasile CHIRIȚĂ – profesor univ. dr., Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași
I. NASTASE – student – Facultatea de Psihologie – Universitatea „Al. I. Cuza” Iași