PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 1, s. 37 – 41

MOŽNOSTI A MEZE AMBULANTNÍ PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ

J. NOVOTNÁ, I. BARTOŠÍKOVÁ, M. SPÁČILOVÁ

KÚNZ, Psychiatrická léčebna v Brně – Krajská ordinace AT,
ředitel: MUDr. K. Nevrlka

Souhrn

V práci jsou uvedeny výsledky ambulantní péče o pacienty s dg. 305 a 304 ve věku od šestnácti do třiceti let. Výsledky jsou hodnoceny u těch pacientů, kteří byli v ambulantní péči Krajské ordinace AT v Brně déle než jeden rok a nejdéle 8 roků. Celkem bylo do sledování zařazeno 50 pacientů, z nichž k 1. 4. 1988 je jich 52 % zlepšeno.

Autoři zároveň stručně popisují způsob ambulantní péče o tyto mladé pacienty a zamýšlejí se nad dalšími pozitivními faktory, které zřejmě přispěly k uvedenému zlepšení. Patří mezi ně přerušení kontaktu s partou, navázání partnerského vztahu se založením rodiny a udržení kontaktu se základní rodinou. Méně výrazné se ukázaly vlastní záujmy a pracovní spokojenost.

Autoři rovněž poukazují na úskalí ambulantní péče o tyto pacienty.

Naší snahou v tomto sdělení je pokusit se ukázat na možnosti ambulantní péče o pacienty závislé a zneužívající nealkoholové drogy (v organizačním systému péče u nás).

Zhodnotily jsme stav pacientů léčených v Krajské ordinaci AT v Brně ve věku do 30 let – je jich 50. Věkové rozpětí je 16 – 27 let, průměrný věk je 19,5, 47 pacientů souboru je ve věku do 22 let. Z padesáti pacientů je 34 mužů a 16 žen. V ambulantní péči jsou déle než rok (rozpětí: déle než jeden rok až osm let). Průměrná délka ambulantního sledování je 32 měsíců.

Diagnosticky: závislost 28 pacientů
abúzus 22 pacientů.

Závislost:
1. morfinový typ ..... 13 pacientů
2. psychomimetika (metamfetamin) ..... 7 pacientů
3. halucinogeny (Triphenidyl) ..... 5 pacientů
4. těkavé látky ..... 3 pacienti

Předneseno na Celostátní konferenci AT v Jánských Koupelích v dnech 18. – 21. 4. 1988

Abúzus:	1. morfinový typ	8 pacientů
	2. těkavé látky	9 pacientů
	3. halucinogeny (Triphenidyl)	4 pacienti
	4. marihuana	1 pacient

Z přídatných drog byly nejčastěji zneužívány: marihuana, z léků Diazepam, efedrin, nebarbiturátová hypnotika, nejrůznější léky ze skupiny morfinového typu, Fenmetrazin.

Začátek zneužívání je mezi patnáctým až šestnáctým rokem, vstupní drogou je nejčastěji toluen, dále Triphenidyl a u našich pacientů tehdy také Alnagon. Do odborné péče se dostávali v průměru do dvou let od začátku zneužívání.

Délka hospitalizace na AT lůžkovém oddělení před ambulantním sledováním v délce tří měsíců byla u dvou pacientů souboru, 2 měsíce u dvou pacientů. Jinak se doba hospitalizace pohybuje v délce několika dnů – nejdéle do tří týdnů.

Pacienti tedy do ambulantní péče byli vesměs předáváni nejvýše po detoxikaci – u šesti pacientů nepředcházela hospitalizace žádná (nebyla pak ani v průběhu ambulantního sledování).

U padesáti námi sledovaných pacientů jsou k 1. 4. 1988 tyto výsledky:

Zlepšeno, plně abstinuje	22 (13 mužů, 8 žen)	42 %
Občasná porušení abstinence	5	10 %
Celkem	27 pacientů	52 %
Abúzus trvá	9	20 %
Výkon trestu	3	6 %
Vojenská základní služba	1	2 %
Organický defekt	1	2 %
Sociální zhoršení (Domov mládeže)	5	10 %
Nezjištěno	4	8 %
Celkem	23 pacientů	8 %

Plnou abstinenci u 22 pacientů se pokusíme blíže charakterizovat:

Abstinuje od drog do 1 roku (11 měsíců)	2 pacienti
Abstinuje od drog od 1 do 2 let	8 pacientů
Abstinuje od drog od 2 do 3 let	7 pacientů
Abstinuje od drog od 3 do 4 let	–
Abstinuje od drog od 4 let výše	5 pacientů
Celkem	22 pacientů

Diagnóza abúzu a závislosti u skupiny abstinujících pacientů N = 22.

Abúzus:	„český morfinismus“	8 pacientů
	Triphenidyl	2 pacienti
	marihuana	1 pacient
	Celkem	11 pacientů

Závislost:	„český morfinismus"	7 pacientů
	metamfetamin	1 pacient
	Triphenidyl	2 pacienti
	těkavé látky	1 pacient
	Celkem	11 pacientů

Hospitalizace v průběhu ambulantní léčby navazují na období 1/2 – 1 roku po převzetí do ambulantní péče, u těžkých závislostí i na období krátce po jednom roce péče. Jde opět o krátkodobé ústavní pobyty v délce několika dnů, nejdéle do dvaceti dnů. U jednoho pacienta následovalo za sebou 5 hospitalizací, z toho jednou tříměsíční odvykací léčba, u dalšího pacienta byla vykonávána ochranná léčba ústavní. U čtrnácti pacientů nebyl zaznamenán žádný ústavní pobyt po začátku ambulantní péče. Z 22 úspěšných pacientů má 7 nařízenou ochrannou léčbu ambulantní protitoxikomanickou.

A nyní několik poznámek k průběhu ambulantní péče. V naší Krajské ordinaci AT s pacientem i s rodinou od počátku pracuje celý tým (4 pracovnice – jde o výhradně ženský tým, který je v psychoterapeutické péči o pacienta vzájemně zastupitelný. Výcvik v psychoterapii má jen psycholožka – 0,5 úvazku. Lékař pracuje v KOAT na 0,8 sestra 1,0 a sociální pracovnice na 0,5 úvazku). Všichni členové týmu jsou zastánci nenásilného, akceptujícího, důsledného, edukativního přístupu k pacientovi, bez tendencií k použití represí, výhrůžek a omezování, nátlaku a pod., se snahou vést pacienta k odpovědnosti za vlastní rozhodnutí. Tento postup se samozřejmě netýká pacientů v akutní subintoxikaci, intoxikaci či psychotické epizodě toxické etiologie.

Psychoterapeutická péče je věnována všem pacientům, o terapeutickém plánu se tým spoločně radí.

1. Největší důraz se klade na **individuální,** důslednou práci s pacientem, a to při každém kontaktu s ním. Cílem je dosáhnout nejdříve motivaci k docházce a spolupráci s ordinací. Následným cílem je vést pacienta k životu bez drog, ke změně postojů, k zaměření se na hodnotnou náplň svého života. Veškeré snahy dosáhnout motivace k dlouhodobé ústavní léčbě se v našich podmínkach nedařily. I když pacienti zpočátku s hospitalizací pro odvykací léčbu souhlasili, na oddělení nevydrželi více jak 2 – 3 týdny. Z ústavní léčby buď utekli, nebo o propuštění tvrdošijně žádali sami nebo jejich rodiče.
2. S rodinou pacienta jsme rovněž od počátku pracovali individuálně, kontakty s nukleární rodinou jsme zařazovali velmi citlivě, a to hlavně v začátku léčby – později se pacienti od nukleární rodiny osamostatňují. Tím, jak navazují nové kontakty, jeví se pro ně důležitější, zaměřují se více na nově založenou rodinu. Jako významná se ukázala návštěvní služba s využitím prvků rodinné terapie v pacientově bytě. Důležité se ukázaly i návštěvní služby na pracovišti, neprováděné jednoznačně pro odběr moče.
3. Ambulantní kontroly zpočátku léčby stanovujeme na dvakrát týdně, ve výjimečných případech i třikrát týdně. Pacientovi věnujeme při každé kontrole 30 – 40 minut, někdy i více. Často se stává, že se terapeuté při jedné kontrole prostřídají, výjimečně je přítomen celý tým. U indikovaných případů se provádějí kontroly vpichů na celém těle, včetně klinického vyšetření. Toxikologická vyšetření moče byla prováděna omezeněji pro nedostačující přístrojové kapacity, při podezření však byla provedena vždy.

4. Z medikamentózní léčby hojně využíváme nejrůznější placebo, dále vitaminy, Minithixen, Chlorprothixen dg 15 mg, Thioridazin dg 25 mg. Tyto léky byly ordinovány jen v případech psychopatologických příznaků. Délka celkové ordinace léků nepřesáhla nikdy tří týdnů, spíše byla kratší. Dávky léků dostávají pacienti s množstvím odpočítaných tbl či dražé do nejbližší kontroly. S účinkem a důvodem volby léku a ev. s možnými vedlejšími příznaky lékař pacienta vždy předem seznamuje. Tam, kde psychické poruchy jsou lehčího rázu a je předpoklad, že odezní i bez jakékoliv léčby, pokud pacient bude např. abstinovat, ponechává lékař rozhodnutí o možnosti užívání psychofarmaka zcela na volbě pacienta samotného.
5. Pracovní neschopnost naše ambulance nikdy nevystavuje. V případě potřeby PN je vždy indikována hospitalizace – buď na psychiatrii, nebo u somatických komplikací na příslušných odděleních nemocnic.
6. Poměrně intenzívní je péče a pomoc sociální – hledání zaměstnání, pomoc při studiu, učení, pomoc v bytových obtížích apod.
7. Průběžně zařazujeme didaktoterapii.
8. U některých pacientů proběhl intenzívní léčebný pobyt v přírodě se zaměřením a náplní, o kterých jsme referovaly dříve.
9. U skupiny mladistvých byly málo úspěšné pokusy o skupinovou psychoterapii. Skupina byla možná pouze s pacienty, kteří se zúčastnili intenzívního pobytu v přírodě.

V dalším se pokusíme vyhodnotit faktory, které se opakují u skupiny 22 zlepšených pacientů a které dle našeho názoru mohly přispět k podpoře úspěšnosti ambulantní léčby našich mladistvých pacientů zneužívajících nealkoholové drogy.

Je třeba vzít v úvahu, že při tomto sledování nelze všechny faktory přesně spočítat, ev. změnit. Proto jde spíše o pokus srovnat to, čo v naší ambulantní péči (v rozmězí 1 – 8 let) mohlo také mít pozitivní vliv na zlepšení.

- Na prvním místě je nutno vyzdvihnout partnerský vztah vyúsťující k založení vlastní rodiny a narození dětí.
- Téměr stejnou důležitost má přerušení kontaktu s partou. U našich pacientů lze jen těžko oddiferencovat, co bylo prvotní a důležitější.
- Dalším důležitým faktorem se ukázaly obavy ze zdravotních komplikací – především somatických, ale i psychických.
- Neméně důležité je „znovuzrození" citových vazeb k základní rodině, pokud tam v minulosti existovaly.
- Méně výrazně se v abstinenci uplatnil podíl aktivních zájmů a pracovní spokojenost.
- Na úspěšnosti se však podílely i jiné skutečnosti – např. doplnění vzdělání, strach z nepodmíněného trestu, šok při úmrtí kamaráda z party při čichání apod.

Longitudinální průřez vypadá asi takto:

S abúzem návykových látek začíná mladistvý mezi 15. – 16. rokem většinou průměrně do dvou let se dostává do odborné psychiatrické péče. Úvodní ústavní péče není v dosavadních našich podmínkách schopen, prakticky jen po ev. detoxikaci ho dostává do péče ordinace AT. První rok a nejdéle do dvou let se ordinace potýká s opakovanými recidivami abúzu, s psychickými a ev. somatickými důsledky abúzu, které jsou prostřídány krátkymi hospitalizacemi. Jen vzácně docílí ordinace řádné ústavní odvykací léčby. V průběhu prvního roku ambulantní péče je také ve většině případů rozhodnuta, je-li indikována, ochranná léčba, která se u našich pacientů provádí většinou ambulantní formou.

Závěrem se vracím k názvu referátu: **možnosti a meze.** Jaké jsou tedy možnosti?

1. V ambulantním vedení pacientů zneužívajících nealkoholové drogy je nutné vzbudit motivaci a důvěru k úvodní spolupráci. Pokud se toto podaří, což je krok nejobtížnější, máme zajištěn kontakt s pacientem, a tím i možnost dalšího terapeutického působení.
2. Důležité je napomoci pacientovi přerušit kontakt s partou.
3. Pomoci mu navázat kontakt mimo partu s postupným obnovováním citových vazeb k nukleární rodině a později k rodině vlastní.
4. Spoluvytvářet sociální jistoty (zaměstnání, studium, atd.).
5. Vydržet období zklamání, recidiv spojených se lží, podvody, úskoky a vším tím, co s sebou přináší sociální skupina mladistvých toxikomanů – nepovolit v důsledném úsilí první dva roky ambulantní péče, neboť právě v tomto období je nejvíce zhoršení. Tým by měl být připraven na úskalí nezdarů, které se často opakují v průběhu dlouhodobého ambulantního sledování. Čistě medicínské péče je velmi málo. Převládá jednoznačně péče psychologicko-sociálně výchovná. Stojí jistě za úvahu, zda by nebylo vhodné v budoucnu orientovat tuto péči také na jiné společenské organizace než jen zdravotnické a zdravotníkům tak ponechat především doménu péče spadající pod jejich odbornost.

A jaké jsou, dle našich zkušeností, meze ambulantní péče?

1. Domníváme se, že jen ambulantní léčba bez odpovídajícího lůžkového či jiného zázemí pro dlouhodobý léčebný pobyt se nemůže dařit u těžkých, mnohaletých závislostí s délkou zneužívání i v našich podmínkách déle jak 3 – 4 roky, se závažnými poruchami osobnosti ať primárními, nebo v důsledku zneužívání se somatickými poškozeními, s devastovaným osobním životem bez jakéhokoliv zázemí, s opakovaným kriminogenním dopadem. Jde o pacienta, který je doslova „na konci svých tělesných, duševních a sociálních sil". Zde je jednoznačný prostor pro pokus o dlouhodobý terapeutický proces modifikované ústavní péče.
2. Hospitalizace je nutná i za cenu nedobrovolnosti u často se opakujících subintoxikací a intoxikací, kde je nutno zvažovat možné ohrožení života. Totéž platí u závislých s již denně se opakujícím opojením sniffingem toxických těkavých látek (toluen, tetrachloretylen).
3. Vždy je nutno hospitalizace u závažných psychických komplikací (u toxických psychóz, u těžší paranoidní symptomatiky v době léčby), samozřejmá je také u drog s život ohrožujícími odvykacími příznaky.
4. Konečně hospitalizace na jiných odděleních než psychiatrických je nutná při závažných somatických komplikacích (abscesy, sepse, selhání ledvin, atd).

V ambulantní péči mladistvých zneužívajících nealkoholové drogy je třeba se obrnit daleko větší trpělivostí, než jsme byli zvyklí u léčby závislých na alkoholu. Výsledek, který terapeuty stimuluje, se nedostaví samozřejmě záhy, ale po více letech, kdy celý tým zná důvěrně nejen pacientův život, ale i jeho rodinu původní a nově založenou.

Nakolik se v léčebném procesu uplatňuje naše odborná pomoc a kolik přinese k procesu úzdravy pacient sám vlastním zráním, netroufáme si odhadnout.

Do redakcie prišlo dňa: 6. 5. 1988
Adresa autora: MUDr. J. Novotná, Mučednická 34, 616 00 Brno