PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 2, s. 85 – 88

ÚROVNĚ DIAGNÓZY ZÁVISLOSTI A JEJICH ODRAZ V POSUZOVÁNÍ

S. KUDRLE

OAT MÚNZ Plzeň,
primář: MUDr. F. Janovský

V praxi ordinace AT bývá me často žádáni o posouzení závažnosti pacientovy závislosti. Pestrost a různorodost osudů našich pacientů mne dovedla k poznatku, že existuje více úrovní diagnózy závislosti než jen úroveň medicínská a že tyto úrovně mají různou prioritu v čase a vývoji závislosti. K hledání těchto úrovní poskytuje inspirace sociologie.

Rozvoj medicíny v tomto století jí přinesl obrovskou prestiž a s tím i jev, který nazýváme medicinizací života. Nemohu zde zabíhat do detailů tohoto velmi zajímavého problému, ale medicinizuje se kdeco – dětská hyperaktivita, výchovné problémy, juvenilní delikvence, některé sexuální poruchy, studijní selhání, manželské problémy, ale také jevy zcela fyziologické jako těhotenství. Chromý uvádí, že medicinizace alkoholismu a zneužívání chemických látek není starou záležitostí a znamená tu vynětí problému z případného morálního kodexu. Jedinec zneužívající alkohol byl v rámci dříve vlivnějších normativních systémů hodnocen jako mravně narušený, tedy jedinec svévolně a ze srozumitelné motivace (požitkářství) porušující morální pravidla. Byl však vždy považován za odpovědného za své pití, které se okolí jevilo jako zavrženíhodné, byť pochopitelné. Medicínská reformulace zneužívání alkoholu hledá charakteristiky a hranice ztráty kontroly, snížené volní rozhodování a nemotivovanost namísto bezuzdného požitkářství. Z morální slabosti se tedy stává nemoc vyžadující lékařskou péči, ohledy a podporu okolí (Chromý, 1984).

Závažným výsledkem medicinizace je desaktivace nezdravotnických institucí, což v našem případě znamená, že lékař je často manipulován k sankčním rozhodováním při posuzování pracovní způsobilosti; zdá se, že v četných případech bere na sebe odpovědnost, která přísluší vnitropodnikové kontrole a vedoucím pracovníkům, tedy orgánům odpovědným za dodržování abstinence na pracovišti. Setkávám se s tím v myšlení závodních lékařů, pacienti pak jejich rozhodování komentují výroky „doktor mě nepřijal, přeřadil na jinou práci apod." I tady můžeme hledat příčiny, proč nás lékaře pacienti málokdy vyhledávají se spontánní žádostí o pomoc, proč v nás někdy vidí bezmála nepřítele, a co se týče terapeutických možností, zavíráme si takto dveře.

Předneseno na Celostátní konferenci AT v Janských Koupelích dne 18. – 21. 4. 1988

Ale zpět k sociologii. Ta se zabývá procesy, jimiž je člověk zařazen nebo se zařadí mezi psychiatrické pacienty, v našem případě alkoholiky a toxikomany; studuje důsledky takového zařazení, tedy jak se toto zařazení odrazí v dalším životním osudu člověka, jak bude posuzován okolím a formován svou diagnózou.

Jaké jsou tedy úrovně diagnózy závislosti

1. **Sociokulturní úroveň** – která souvisí s laickým rozpoznáním alkoholismu, se značkovací teorií, která nám pomáhá chápat procesy a okolnosti, za jakých je někdo prohlášen za alkoholika ve společnosti, kde požívání alkoholu je společensky etablováno a až na některé speciální situace nesankcionováno. Je zřejmé, že jde o interakční proces, o intersubjektivní hodnocení. Ten, kdo značkuje – člen rodiny, soused, pracovník uličního výboru – činí tak na základě vlastního postoje k problému abúzu a na základě kontextu celé situace. Rozhodujícími kritérii značkování na laické úrovni podle amerického sociologa T. Scheffa a jiných jsou např. předvídání možného ohrožení ze strany jedince, závislost na tomto jedinci, jeho moc, rodinný stav, ale zejména stereotyp v sociologickém slova smyslu – což jest ustálené mínění o určité skupině osob, které vyplývá z potřeby kategorizovat lidi. Vzniká zobecňováním zkušenosti (Chromý, 1984). Stereotypní představa o alkoholikovi, která je posilována osvětou, tiskem, objevuje se v krásné literatuře, filmu apod., popisuje někoho, kdo je zpustlý, neodpovědný, lehkomyslný, s potřebou denně se opít, kdo bývá často agresívní. Dále Scheff v souvislosti se značkováním hovoří o porušování zbytkových (reziduálních) pravidel, což nejsou pravidla ani právní ani morální, ani náboženská, nicméně nepsaná pravidla, která regulují každodenní interakce lidí; lze si tu např. představit míru iracionality v jednání osoby, zachovávání určité distance při konverzaci, míru arogance, nápadnosti v zevnějšku, zápach, různé extravagance apod. Tato kritéria jsou zjevně nemedicínská, ale často rozhodující při značkování. Rozpoznané porušení reziduálních pravidel může být buďto tolerováno, nebo na laické úrovni označeno neformální nálepkou s krátkodobým nebo nepříliš závažným významem, kdy nedojde k přesunu do nové společenské role či přidělení nové totožnosti. O někom se třeba říká: „On se rád napije a někdy to i přehání, ale to víte, má toho taky dost ...“ Pro tuto úroveň tzv. primární deviace (podle Lemerta) jsou charakteristické právě racionalizace. O sekundární deviaci hovoří Lemert tehdy, když se člověk dostane do kvalitativně nové deviantní role, získá diagnózu alkoholismu či toxikomanie, která je výsledkem odborného rozpoznání. Podobně Garfinkel hovoří o konceptu „degradačních ceremoniálů a změn totožnosti“, které souvisejí se stanovením diagnózy závislosti (Chromý, 1984).

Dostáváme se ke stigmatizaci diagnózou. Chromý považuje za měřítko stigmatizace odmítání, které vyjadřuje postoj veřejnosti k pacientovi. Odmítání je závislé na dvou faktorech – na prezentovaném chování a na druhu intervence. V chování je rozhodující pocit hrozby, ohrožení, které naši pacienti prezentují předpokládanou agresivitou, ale také jako riziková skupina v epidemiologii AIDS, sklonem k loupežím apod. Tento obraz je posilován i sdělovacími médii. Intervencí je nejčastěji hospitalizace, a tím i medicínské potvrzení problému, vznik tedy nové deviantní totožnosti. Měli bychom na toto pamatovat zejména v osvětě, neboť pokud budeme stále zdůrazňovat, že toxikomanie je něco jako rakovina, rakovina vůle, nebudeme se moci divit, že tendence odmítat tyto lidi bude stále větší. Již dnes to vidíme na nízké zaměstnavatelnosti alkoholiků a toxikomanů. Vždyť se stává, že člověk, o kterém všichni v práci vědí, že pije, je z místa přeložen paradoxně právě v okamžiku, kdy se rozhodne pro léčbu a abstinenci, kdy je ovšem potvrzena jeho nová identita.

Alternativou k medicínské intervenci je často toxikomany spontánně volená intervence religiózní, která je méně stigmatizující.

Několik příkladů k uvedeným teoretickým úvahám:
- Každý z nás může projít záchytkou, ale ne každý alkoholik záchytkou prošel. Záchyt tedy nevypovídá o tom, zda dotyčný hodně pije, zda je alkoholik, ale spíše o tom, jak se pod vlivem alkoholu chová, či ještě spíše v jakém prostředí se takto pod vlivem alkoholu chová, a ještě přesněji, jak je toto prostředí vůči jeho chování pod vlivem alkoholu tolerantní.
- Všchni dobře víme, jak právě při posuzování alkoholika jsou důležité tzv. „objektivní zprávy", které v případě medicínské nejistoty ohledně závislosti mohou být pro osud pacienta rozhodující – např. při sporu o dítě v rozvodovém řízení. Ale i v případě medicínské jistoty může mít tato úroveň rozhodující úlohu, např. kdy lékařem diagnostikovaný alkoholik nadále zastává odpovědné místo, protože imunitu mu poskytne mocenská pozice.
- Patří sem i další aspekt. Zaměstnanec pivovaru, který denně v práci vypije 10 piv, nemá pověst alkoholika, nemívá často po dlouhou dobu větší problémy, ale pokud takového člověka převedeme i s jeho zvyklostmi na pracoviště typu velín atomové elektrárny či řidiče trolejbusu, brzy pověst alkoholika získá. S tímto aspektem souvisí:

2. **Transkulturální úroveň.** Pokud rolníka z vinařské oblasti jižní Moravy, který konzumuje denně 1 – 2 l vína, přesídlíme do oblasti s prohibičními tendencemi a agilní OAT, bude mít brzy problémy.

3. **Politickou úrovní** rozumíme politická opatření, která mají regulovat problém závislosti ve státě. Jedno z nich, vládní usnesení z roku 1977, upravilo systém evidence alkoholiků, zavedlo vyřazování, a tím výrazně snížilo počty evidovaných. Podobně vázání výdeje Alnagonu na lékařský předpis snížilo jeho dostupnost a redukovalo tak jeho zneužívání. Opět tedy možnost nemedicínské regulace problému. Než se dostanu k medicínské úrovni diagnózy, chtěl bych znovu podtrhnout důležitost uvedených úrovní a z toho vyplývající úrovně zásahu a regulace, a vést k zamyšlení, jaké asi kompetence přísluší nám. Proto by bylo nejvýše potřebné precizněji ověřit, jak se ve výsledku posuzování jedince jeho okolím projevuje viditelnost jeho předpokládaného problematického jednání, jeho mocenské postavení, společenský odstup mezi ním a hodnotícím prostředím, tolerance prostředí a dostupnost alternativních nedeviantních nálepek a rolí (Chromý, 1984).

4. **Medicínská úroveň** diagnózy je záležitost složitá, protože jde o diagnózu dynamickou, která má svůj vývoj, jenž nemusí být vůbec lineární a jen progredující. Jen zcela výjimečně lze závislost stanovit z jednoho vyšetření. Vždy záleží na nastolené důvěře, tedy zda pacient bude chtít otevřeně hovořit o svých problémech s pitím, jestli si uvědomuje změněnou kontrolu v pití, zda si připustí abstinenční příznaky, které jsou často trapné a zahanbující. To se zejména nedaří tam, kde pacient očekává, že lékařův verdikt bude rozhodující pro posouzení jeho pracovní způsobilosti. Snaží se zcela samozřejmě to, co by mu „uškodilo", popřít a bojkotovat pomocná vyšetření. Kvalita terapeutického vztahu je tedy klíčem k stanovení správné diagnózy, a ta je nakonec vždy souhrnem poznatků biologických, psychologických i sociálních.

Vracím se znovu k úvodu článku, zda my lékaři si opravdu bereme jen adekvátní díl odpovědnosti a zda jsme se nevmanipulovali do kompetencí jiných orgánů, např. pod-

nikové kontroly. Samozřejmě pro podnik je jednodušší přenést odpovědnost na lékaře, a ten se neumí moc bránit. Snad tu důležitou roli hraje i myšlenkové zaměření lékařů, kteří jsou již studiem orientováni spíše na patologii než na normu, a mají vžito, že v nejistotě je lépe nemoc předpokládat, než ji zanedbat. Říká se tomu presumpce nemoci (Chromý, 1984). Také mívají zkušenost, že budou spíše sankcionováni za to, že přijmou problémového pracovníka a že sankce naopak nehrozí, pokud zbytečně odmítnou. Což je kupodivu opak toho, co známe z oblasti práva – in dubio pro reo.

Normou v našem státě není abstinent, může být v nejlepším případě ideálem normy. Musíme přijmout skutečnost, že je u nás – podle Bútory – asi milion lidí, u kterých se předpokládají problémy v souvislosti s pitím alkoholu. Našli všichni správné pracovní uplatnění, když je žádné nařízení ani nestanovuje, vyjma vyhlášky o řidičských průkazech a vyhlášek, které upřesňují podmínky náboru na některé profese? I posudkáři se řídí při posuzování životní zkušeností, odhadem, empirií, tedy subjektivními hledisky. A nepoškozujeme zde někdy své pacienty, své problémové pijáky, když jim ukládáme různá omezení prací ve výškách počínaje a samostatnou prací u lopaty konče?! Vždyť i trestní odpovědnost u činů spáchaných v opilosti se nepřiznává jen v úzce specifikovaných případech. Problémoví pijáci i závislí, pokud nejde o pokročilá stádia závislosti, bývají trestně odpovědní. Jistě tím spíše mohou respektovat podmínky stanovené proškolením BOZ a tento respekt může posílit kvalitní podniková kontrola. A to už není naše odpovědnost, podnik má přece jen účinnější sankční možnosti a my si „nezavíráme dveře" k terapii.

Domnívám se, že v praxi exaktní dělení naší klientely na závislé a zneužívače často jednak pro pacientovu nespolupráci selhává, jednak se nejeví vždy smysluplné právě pro překrývání jednotlivých úrovní a pro jejich různou prioritu v čase. Proto uzavírám, že naše posuzování by mělo ovlivňovat pacientův osud jen v případě prokázané choroby, závislosti v jejích závažném vyjádření. Tím se znovu vrátíme ke svým původním kompetencím a ulehčíme možná správné rozhodnutí některým váhavcům na počátku jejich pijácké či drogové kariéry.

Souhrn

Autor sdělení se zamýšlí nad praktickými problémy s posuzováním pracovní způsobilosti pacientů se závislostí, nechává se inspirovat sociologií a uvažuje o možných úrovních diagnózy závislosti. Dochází k poznatkům, že uvažované úrovně závislosti (sociokulturní, transkulturální, politická a medicínská úroveň) mají různou prioritu v čase a ve vývoji diagnózy a apeluje na zachování původních kompetencí v posuzování, které vycházejí z **čistě medicínské úrovně problémů.**

LITERATURA

Chromý, K.: Sociologie duševních poruch. ILF Brno, 1984, 42 str.

Do redakcie prišlo dňa: 24. 5. 1988
Adresa autora: MUDr. S. Kudrle, Waltrova 40, 318 14 Plzeň