PROTIALKOHOLICKÝ OBZOR

24, 1989, 2, s. 97 – 100

NĚKTERÉ NOVÉ ASPEKTY V OBLASTI ALKOHOLOVÉ PROBLEMATIKY

V. ŘEHAN, I. DOSTÁLOVÁ, L. PUSZKAILER

FNsP – Psychiatrická léčebna Šternberk,
ředitel: MUDr. L. Puszkailer, CSc.

Problematika alkoholismu, která byla donedávna chápaná v rámci psychiatrických zařízení jen jako okrajová, se dostává stále zřetelněji do centra pozornosti. Poslední publikovaná zjištění (Škoda, 1987) svědčí o enormním nárůstu počtu osob přijatých k psychiatrické hospitalizaci v souvislosti se závislostí na alkoholu. Údaje o nárůstu výdajů za alkoholické nápoje v populaci i stálém vzestupu konzumovaného alkoholu svědčí o závažnosti vývojových trendů. Protože celá šíře otázek jednoznačně přesahuje kompetenci resortu zdravotnictví, soustředíme se pouze na souvislosti bezprostředně se dotýkající vlastní protialkoholní léčby.

Protialkoholní oddělení PL Šternberk realizovalo v uplynulých patnácti letech řadu dílčích i komplexnějších výzkumů. Díky tomu jsme získali značnou sumu údajů, potvrzujících posuny ve skladbě nemocných přijímaných k léčbě, jejich zdravotním stavu, nárůst alkoholických psychóz a v neposlední řadě změny psychologických charakteristik. Oddělení patří svou kapacitou 31 lůžek a 10 lůžek záchytné stanice k menším. Mělo to řadu výhod, například, že celá komunita splňovala požadavky malé sociální skupiny. V současnosti je chod oddělení výrazněji ovlivněn menším počtem nespolupracujících nemocných. Z toho vyplývá první souvislost, na niž chceme upozornit.

Za posledních 14 let vzrostl počet přijatých alkoholických psychóz s převahou deliria tremens o 500 %. Klesá věk hospitalizovaných delirantů, stoupá počet komplikovaných průběhů (zjistili jsme v 90 % hepatopatii, polyneuropatii v 80 %, epi paroxy u 30 % nemocných) i následků po proběhlé psychóze v oblasti somatopsychické. Prodlužuje se doba hospitalizace, průměr činí 76 dnů. Většina (3/4) nemocných po proběhlé psychóze odmítá protialkoholní léčbu, pobyt na oddělení považuje za omezování osobní svobody. Přes podrobné vysvětlení situace a stavu jak nemocným, tak příbuzným se setkáváme až se sebevražednou lhostejností ústící v recidivu abúzu s následnou psychózou.

Pokud se tito nemocní pod tlakem terapeutů rozhodnou k léčbě, zvládají většinou pro somatopsychické poškození jen její základy. Po propuštění často recidivují a následky další psychózy vedou ke změně pracovní schopnosti či invalidizaci v produktivním věku. Tito nemocní blokují třetinu lůžek oddělení, které tak supluje internu či neurologii. To souběžně se službou na záchytné stanici klade značné nároky na vytížení lékaře a dalších zdravotnických pracovníků. Odráží se to i přes maximální obětavost v časových možnostech při vlastní protialkoholní léčbě.

Ve snaze zpomalit uvedený proces umísťujeme tyto nemocné jako prakticky neléčitelné na jiných odděleních léčebny. Zde rychle vytváří povrchně flexibilní, ale ve skutečnosti maladaptivní alkoholickou subkulturu a vážně narušují jejich chod. Snaha o vytváření diferencovanějších systémů na příslušných odděleních naráží na fakt, že v současnosti jde téměř o třetinu všech nemocných léčebny. Jednou z možných variant by byla reprofilizace lůžek a konstituování velkého chronického oddělení pro všestranně selhávající alkoholiky. Vzniká oprávněná obava, že se oddělení rychle zaplní invalidizovanými a prakticky nepropustitelnými nemocnými a základní záměr dlouhodobého doléčování dalších přijatých pro opakovanou alkoholickou psychózu bude znemožněn.

Při rozboru změn ve struktuře nemocných přijatých v posledních letech se vydělila další problematická skupina. Jsou to osoby s bohatou kriminální anamnézou, často aktuálně trestně stíhané, bez pracovního poměru. Přicházejí s doporučením k přijetí pro těžký abstinenční syndrom nebo predelirantní stav a v rámci psychiatrické první pomoci získávají statut nemocného. Není třeba zdůrazňovat, že při vyšetření zamlčí své skutečné problémy, o nichž se dovídáme teprve prostřednictvím bezpečnosti a soudů. Rychle splynou s režimem oddělení, přičemž působí zcela destruktivně na kolektiv nemocných. Množství těchto ryze účelových příjmů nás přesvědčuje, že se předávají kvalifikované informace a návody, jak zdravotnického zařízení zneužít. Odborný cit jasně napovídá, o co u takového jedince jde, ale formálně je vše v pořádku, neboť on žádá úplnou protialkoholnou léčbu a povrchně se zapojuje. Díky solidaritě nemocných, ochotných ho v debaklové situaci litovat, se pak o závažných formách porušení léčby dovídáme opožděně.

Výzkum provedený u dobrovolných léčeb prokázal výrazné změny motivace k léčbě a motivace k abstinenci. Jestliže před deseti lety jsme získali výsledky srovnatelné s Kubičkovou studií v Apolináři (Kubička, 1975), v současnosti jednoznačně převažuje motivace úniku z neřešitelných civilních problémů, doplněná téměř antimotivací k abstinenci. Sem lze zařadit skupinu nemocných mladších než 25 let. Ve většině případů jsou to svobodní muži s bohatou alkoholickou kariérou od školních let, kteří pro problémy navazující na abúzus alkoholu obtížně nebo vůbec nedokončili ani učební poměr. Na léčbu přicházejí pod tlakem zaměstnavatele či rodičů. V důsledku celkové nezralosti a současně již deformace vztahu k realitě neakceptují léčebnou nabídkou, skrytě či otevřeně léčbu narušují a jsou propuštěni zcela bez motivace k abstinenci. Další skupinu tvoří pacienti mezi 40. a 50. rokem věku, kteří na první léčbu přicházejí v celkově špatném somatopsychickém stavu, v debaklu s tím, že nezvládají svou práci. Z rozboru anamnéz se dovídáme, že již před lety byli podrobně vyšetřeni na interním oddělení, kde byly zjištěny různé stupně poškození jater, pankreatitidy apod. Do péče OAT se však dostávají, až když selhávají sociálně. U nich nezřídka zjišťujeme těžkou degradaci, organickou symptomatologii, polyneuropatii a celá léčba je soustředěna na restituci základních funkcí a pokus o zpětné sociální zařazení. Odráží se to v celkové pasivitě a názoru – jsme ve zdravotnickém zařízení, tak ať nás léčí. To je zvláště nepříznivé v psychoterapii, narážející ne na odpor, který by se dal zvládnout, ale na lhostejnost doprovázenou povrchním vyhověním. Podrobná studie prokázala závažné posuny v atribučních vzorcích, což se dá nejjednodušeji interpretovat jako převažující spoléhání na vnější okolnosti, odmítání vnitřního převzetí odpovědnosti a masívní obranné reakce. Ustí to ve snaze každý sebenepatrnější problém eliminovat jeho popřením již na úrovni percepce. Běžné modelové situace, které byly ještě před několika lety v režimové léčbě vysoce funkční, se nyní stávají nechtěnou školou v lavi-

rování a zcela povrchní situační přizpůsobivosti. Skutečná hodnotová a postojová schémata zůstávají zcela nedotčena. Lapidárně to vyjádřil nemocný ve skupině při rozboru závažného problému: „Vy po nás chcete, abychom to brali vážně a skutečně upřímně o tom přemýšleli a říkali, co si myslíme, ale doteďka mně všichni nadřízení nutili k tomu, abych souhlasil, protože jinak si to odskáču."

Léčebný režim, zaměřený mnohavrstevně na mobilizaci zájmu o vlastní život a schopnost jej realizovat, naráží na sebenivelizující lhostejnost a nedůvěru, povrchně překrytou situační přizpůsobivostí. Nejsou to jevy nové, domníváme se však, že v poslední době zasahují větší část nemocných.

Nesměřujeme tyto úvahy ke zjišťování navazujících příčin, ale k otázkám koncepce funkční protialkoholní léčby, která by dokázala přiměřeně reagovat na celou šíři problému. Dosud většinou jdeme ve stopách vytýčených před desetiletími docentem Skálou. Současný stav, o jehož některých aspektech jsme referovali, vyžaduje jednotnější celkovou koncepci.

Domníváme se, že na úrovni zdravotnictví by mělo dojít ke zlepšení a zkvalitnění práce na linii prvního kontaktu, tedy u obvodních a závodních lékařů. Ti by měli při všech neurčitých zdravotních potížích pomýšlet na možnou počínající drogovou závislost. Zapojení vedoucích pracovníků a organizací Národní fronty do aktivního screeningu ohrožených jedinců, které je nutným předpokladem pro zefektivnění AT péče, je za současných podmínek iluzorní. I tímto směrem je nutno šířit kvalifikované informace. V diferenciální diagnostice orgánových poškození se nemůže úvaha o alkoholické etiologii posouvat na poslední místo po vyloučení všech jiných možností. Za současného stavu odborných vědomostí by se měla ověřovat hned od počátku diagnostického procesu. Musíme zajistit všestrannou informovanost lékařů prvního kontaktu nejen o iniciálních příznacích drogových závislostí, hlavně somatických, ale také o možnosti různých forem léčby. Jedním ze zisků může být uvážlivější preskripce benzodiazepinových preparátů tak, aby nežádoucím způsobem nepřekrývaly skutečný obraz nemoci.

Dále musíme prosadit personální posílení ambulancí alkoholismu, které na současné úrovni většinou nejsou schopny zvládnout aktivní depistáž ohrožených skupin a celý rozsah problematiky (například stotisícová Olomouc a 0,5 lékaře).

V lůžkových psychiatrických zařízeních bude nutné podle místních podmínek provést reprofilizaci a diferenciaci oddělení na aktivně léčebná, dlouhodobě rehabilitační a detenční.

Pro vlastní protialkoholní léčbu bude patrně nutné provést komplexní výzkum forem terapeutické komunity tak, aby ve shodě s klasickým požadavkem reflektovala skutečný stav společnosti a jejich členů.

Závěr

V našem sdělení jsme shrnuli ty zkušenosti a poznatky, které signalizují závažné změny ve struktuře nemocných, jež vedou ke snížení efektu protialkoholní léčby a na které je nutno okamžitě pružně reagovat, pokud chceme dosáhnou kvalitatívního obratu ve vývoji léčebně preventivní péče o závislé osoby.

Souhrn

Problematika alkoholismu, která byla donedávna chápaná v rámci psychiatrických zařízení jen jako okrajová, se dostává stále zřetelněji do centra pozornosti. Z řady dů-

vodů lze jmenovat enormní nárůst počtu osob přijatých k psychiatrické hospitalizaci v souvislosti se závislostí na alkoholu. Autoři poukazují ve svém sdělení na nezbytnost koncepčního přístupu k danému problému počínaje linií prvního kontaktu s nemocnými, posílením ambulancí a oddělení pro léčbu alkoholismu, seznamováním odborné veřejnosti s poznatky zařazujícími závislost na alkoholu na čelné místo v diagnostických úvahách u řady somatických potíží a nutnost reprofilizace a diferenciace oddělení v lůžkových psychiatrických zařízeních.

LITERATURA

Dostálová, I. – Řehan, V. – Puszkailer, L.: Problematika alkoholických psychóz. Protialkohol Obz, 24, 1989, 2

Kubička, L.: Ústavní léčba alkoholismu. Zprávy VÚPs, Praha, 1975, č. 29

Puszkailer, L. – Řehan, V.: Návaznost ambulantní a ústavní protialkoholní léčby. Protialkohol Obz, 21, 1986, 3, str. 163 – 167

Řehan, V. – Puszkailer, L.: Katamnestická studie deseti let práce PA oddělení. Protialkohol Obz, 20, 1985, 5, str. 291 – 298

Řehan, V. – Puszkailer, L.: Naše zkušenosti s koedukovanou protialkoholní léčbou. Protialkohol Obz, 21, 1986, 5, str. 289 – 298

Řehan, V.: Obsahová analýza životopisů léčených alkoholiků. AUPO, Fac. philosophica, Pedagogica-psychologica, 25, 1987, Varia psychologica IV, SPN, Praha, 1987, str. 123 – 140

Řehan, V. – Puszkailer, L.: Naše zkušenosti s koedukovanou protialkoholní léčbou. Protialkohol 21, 1986, 4, str. 223 – 226

Řehan, V.: Sebeuvědomění a sebemonitorování osob závislých na alkoholu. Psychologické zprávy ÚNSN ČSAV Brno, 1985, 4, str. 84 – 110

Škoda, C.: Podíl závislosti na alkoholu resp. na jiných návykových látkách na vývoji incidence hospitalizace v ČSR a SSR 1973 až 1985. Protialkohol Obz, 22, 1987, 5, str. 257 – 264

Do redakcie prišlo dňa: 1. 7. 1988
Adresa autora: PhDr. V. Řehan, Petelinova 16, 775 00 Olomouc