

POSTOJE ODBORNÍKŮ AT K ORGANIZACI ÚSTAVNÍ PROTITOXIKOMANICKÉ LÉČBY

V. STRAKA, V. STRAKOVÁ

Psychiatrická léčebna KÚNZ, Horní Beřkovice,
ředitelka: MUDr. V. Kazetská

Organizace protitoxikomanické léčby je subetapou státního výzkumného úkolu Bio-psychosociální faktory duševního zdraví. Jako koordinátoři této subetapy výzkumu jsme porovnali názory odborníků atologů v námi rozeslaném dotazníku o 24 položkách s efektivitou ústavní léčby v naší spádové oblasti. Ze 105 rozeslaných dotazníků byla 58 % návratnost. Konfrontovaný soubor 103 pacientů hospitalizovaných v roce 1986 na našem primariátu byl sledován v odstupu 1 – 2 let. Srovnávali jsme délku pobytu, vstupní biopsychosociální parametry a zařazení na stanici přijímací, režimovou nebo detenční. Bylo hodnoceno 5 stupňů chování k drogám po léčbě, tři stupně kvality sociální situace a tři stupně kvality psychického stavu.

Názory odborníků byly nejednotné. Dvě třetiny žádají léčbu mimo rámec léčeben, třetina ji spojuje s léčbou alkoholiků při vnitřní diferenciaci. Pokud jde o spádovou oblast, nejpříjemnější je jeden kraj.

85 % žádá diferenciaci pacientů, například podle motivace nebo zvláště mladiství a začátečníci. 68 % respondentů by hospitalizovalo i zneužívače bez ohledu na lůžkovou kapacitu a jejich vytržení ze sociálního prostředí. Nemotivované závislé by 74 % umístilo na specializovaném oddělení zdravotnickém, 19 % v nezdravotnickém zařízení. Naše výsledky ukazují, že ochranné léčby zvládají ústavní formu úspěšněji než dobrovolníci, z nichž jen třetina vydrží v léčbě přes dva měsíce, zatímco nucené léčby ve čtyřech pětinách absolvují plnou tři až čtyřměsíční léčbu. Domníváme se, že spoléhání na problematický pojem motivace je schematickým přenášením zkušeností z léčby alkoholiků, i když obě skupiny jsou svými parametry těžko srovnatelné. Motivovanost chápeme spíše jako jeden z možných výsledků efektivního průběhu terapie.

Shoda respondentů je v počtu lůžek na stanici kolem dvaceti. 85 % při vnitřní diferenciaci odděluje přijímací a režimovou stanici. 68 % se přiklání k individuálně hodnotícímu režimu shodně s našimi názory, bodovací režim preferuje čtvrtina, přičemž jiná čtvrtina ho zcela zamítá. Volný režim uznávají pouze 4 % odpovědí. Všichni se shodují na nutnosti uzavřeného přijímacího oddělení. U režimové stanice se dvě třetiny přiklání k otevřenému systému. Třetina respondentů dělí pacienty na lepší a horší s umístěním v rozličných zdravotnických zařízeních. Tento model pokládáme za málo etický, a též psychotherapeuticky nevhodný.

Více než polovina respondentů zdůrazňuje větší pracoviště rozdělené na několik menších stanic s možností překladů. Kritéria diferenciacie léčby vycházejí takto: moti-

vace typ léčby, délka abúzu, opakovaná léčba, toxická psychóza, sociální zázemí, primární diagnóza, trestanost, věkové rozdíly, druh drogy, somatické komplikace. Při škálování od 1 do 10 vychází dvojnásobná preference modelu sociálního před modelem medicínským.

62 % respondentů zdůrazňuje vztah mezi délkou léčby a jejím typem. Na přijímacím oddělení se více než polovina respondentů přimlouvá za délku od 1 do 4 týdnů. Třetina by překvapivě prodlužovala pobyt na uzavřené přijímací stanici na několik měsíců. Uzavřenou detenční stanici pro dlouhodobou léčbu nemotivovaných žádá 70 % respondentů, většinou s pobytem delším než půl roku. Zde se naskytá otázka, zda u části těchto jedinců by detenci nenahradil trest odnětí svobody. 85 % odborníků zařazuje na otevřené režimové oddělení socioterapii, propustky, pracovní a sportovní terapii, skupinovou psychoterapii a přednášky. Většina přitom předpokládá mnohaměsíční pobyt. U našich režimových pacientů pobyt delší než 3 měsíce se týkal pouze 11 %. Přitom v katamnestickém sledování 42 % plně nebo převážně abstinguje. Ambulantně zhoršení jsou ti, kteří ústavní léčbu nedokončili. Žádný respondent nebral v úvahu opakované krátkodobé ostrážlivovací léčby. Délka hospitalizace patřila k nejrozpornějším údajům. Naše v katamnestickém sledování nejefektivnější léčba byla v rozmezí od jednoho do pěti měsíců. Také referované zahraniční zkušenosti jsou značně variabilní; o dlouhodobých léčbách přesahujících jeden rok v Polsku referovala Novotná, ve Švédsku Presl, na druhé straně o krátkodobých několikátýdenních pobytech ve Francii Cimický. Náš názor na léčbu v rozmezí kolem jednoho roku je zcela zamítavý, pokládáme ji za hrubý zásah do základních sociálních struktur. Při direktivním přístupu k takovéto delší léčbě v izolovaném prostředí by vznikla kombinace pracovního tábora s nápravně výchovným ústavem, při nedirektivním přístupu rekreační toxikomanické osady. Mnohaměsíční psychoterapeutický a sociálně psychologický kontakt pacientů pouze mezi sebou pokládáme za kontraindikovaný a nutně deformující bez rehabilitačně resocializačního vlivu normální populace. Vznikla by stigmatizace typu dětských domovů a nápravně výchovných ústavů, která nemá medicínské oprávnění, i když je v kompetenci právních nebo pedagogických institucí.

Mezi účinné faktory při léčbě na první místo 55 % dává prostorovou izolaci od drogy, jako zbytečnou ji vyškrtly jen 4 % (váha položky 2,05 při pořadí od 1 do 10). Jako druhá hodnocena skupinová psychoterapie, třetí terapeutická komunita, čtvrtá individuální psychoterapie, pátá seberealizační náplň, šestá farmakoterapie, sedmá pracovní terapie hodnocena nízko, váha položky 6,08, za osmé specializované techniky, devátá rodinná terapie, k našemu překvapení hodnocena mimořádně nízko, šokujícíně čtvrtina zcela vyškrtla. Poslední přednášky a vzdělávací činnost, váha položky nejnižší. Preferovány jsou psychoterapeutické aktivity, socioterapie je značně podceněna. Psychologický vliv tedy není chápán ve svých důsledcích na sociální prostředí, ani ve směru adaptace na plnění požadavků například pracovních, ale pouze ve vlivu na sociálně izolovanou osobnost. Vzniká otázka priority terapeutického cíle s ohledem na osobnost a její sociální funkce, tj. dilema mezi seberealizací a konformitou. Naše katamnestická skupina plně abstingujících se lišila zájmem rodinných příslušníků o léčbu a jejich spoluprací s terapeuty (91 %) a absencí kázeňských přestupků. Skupina s občasným, vzácným porušením abstinence (22 %) byla častěji v minulosti trestána (85 %). První skupina byla ze dvou třetin tvořena ochrannými léčbami, druhá skupina z poloviny dobrovolníky. Schopnost plnit neatraktivní sociální funkce není tedy zanedbatelná stejně jako faktor nucenosti.

Při uvedení tří znaků charakterizujících diagnózu 304 se ze 126 údajů vyskytovalo:

nutkavost abúzu 13 %, somatická závislost 34 %, akutní tělesný stav 18 %, psychologické charakteristiky 12 %, psychiatrická diagnóza 12 %, toxická psychóza je po abstinenci příznaků druhý nejčastěji uváděný znak u 19 % respondentů, sociální poruchy 10 %.

Bylo uvedeno 109 znaků, které jsou mylně veřejností chápány jako potvrzení diagnózy závislosti. Z nich poruchy chování uvedl téměř každý respondent. Také sociální selhávání a maladaptace je častý zavádějící příznak.

Doplnit dotazník mělo zájem 40 % respondentů. 25 % vidí nedostatky v zákonných ustanoveních, rozšíření kompetence zdravotnictví chce 15 %, delších 15 % má připomínky k materiálním vybavením oddělení, 25 % k personálnímu vybavení, 20 % k vlastnímu charakteru oddělení. Zajímavé jsou postoje odborníků jako např.: „Kdo by tam chtěl pracovat, já ne.“

Vlastní modely toxikomanické péče poskytlo 36 % respondentů. Lze je rozdělit na hostilně direktivní (pracovní tábory, Sibiř, Angola, nápravně výchovný ústav) a afilativní (víceletý pobyt na venkově, na horách, práce se zvířaty, zajištění ubytování a zaměstnání mimo původní bydliště). Nejčastější jsou modely zdravotnické, 41 % detoxikační středisko, jednotka intenzivní péče pro psychózy a somatické stavy, diferenciaci na další oddělení dle pacientovy spolupráce.

Souhrn názorů vypadá takto: v rámci jedné budovy několik menších dvacetilůžkových oddělení, samostatných a izolovaných, nevylučuje se začlenění v psychiatrické léčebně, spádová oblast jednoho kraje. Důraz se klade na uzavřené přijímací oddělení k detoxikaci a diagnostice. Dle spolupráce překlad na diferencovaná oddělení. U nemotivovaných detence i v nezdravotnických institucích. Základní je izolace od drogy. V metodách jsou akcentovány psychologické postupy, socioterapie je spíše podceňována, např. rodinná terapie, pracovní terapie, didaktoterapie, zájmové aktivity. V rozporu s našimi zkušenostmi se zdůrazňuje pacientova motivace při dlouhodobé hospitalizaci. Aby pacient dobrovolně dlouho v léčbě vydržel, muselo by terapeutické klima být natolik atraktivní, že jeho schopnost vrátit se do světa tvrdé sociální a interpersonální reality by byla nutně snížena i tehdy, když by v chráněném prostředí neměl status práce neschopného.

Převažující skeptické až hostilní názory připomínají postoje před sto lety vůči schizofrenikům, kde zavrhuje a sociálně izolující přístup byl vysvětlitelný neznalostí farmakoterapie i psychoterapie a socioterapie s rehabilitací. S výjimkou polymorfně psychiatricky stigmatizovaných jedinců, kterých je malé procento a jejichž prognóza quod sanationem je infaustní, převážná část toxikomanů dle světové literatury i našich zkušeností dochází ke spontánní úzdavě bez pomoci zdravotníků pouhým sociálním dozráním, nebo v rámci medicínského modelu mohou být poměrně úspěšně převedeni do rehabilitační fáze, která sice neznamená harmonický a bezkonfliktní život mladého člověka, ale zároveň také nevylučuje aspoň relativně smysluplný život na svobodě.

Souhrn

Sdělení shrnuje výsledky první části státního výzkumu v subetapě Organizace protitoxikomanické léčby. VŠ pracovníkům v AT specializaci byly rozeslány dotazníky ke zjištění jejich postojů k této problematice. Odpovědi byly porovnány s výsledky léčby v PL Horní Beřkovice u toxikomanů hospitalizovaných v r. 1986. Převažuje shoda v provádění ústavní protitoxikomanické léčby na samostatných odděleních menšího typu umožňujících diferenciaci pacientů podle různých parametrů. Z hlediska účin-

V. STRAKA, V. STRAKOVÁ/ POSTOJE ODBORNÍKŮ AT K ORGANIZACI ÚSTAVNÍ PROTITOXIKOMANICKÉ LÉČBY

ných faktorů je akcentována psychoterapie a opomíjena socioterapie. Základní důraz se klade na motivaci pacientů, která se v praxi jeví jako faktor nespolehlivý a je spíše výsledkem nežli podmínkou terapeutického působení. V dotaznících uvedené modely ústavní toxikomanické péče lze rozdělit na medicínské a výchovné, tyto se dále dělí na hostilní a afiliativní. Převažující pojetí léčby dlouhodobé (až několikaleté) může souviset se skeptickými postoji k terapii a prognóze při této diagnóze.

Do redakcie prišlo dňa: 8. 6. 1988

Adresa autora: MUDr. PhDr. V. Straka, V sídlišti 262, 411 85 Horní Beřkovice
