



NA POMOC PRAXI

**PERSPEKTÍVY PROTIALKOHOLICKEJ STAROSTLIVOS-
TI V NOVÝCH SPOLOČENSKÝCH PODMIENKACH**

S. KUNDA

Psychiatrické oddelenie KÚNZ Banská Bystrica,
primár: MUDr. S. Kunda, CSc.

Tvoriť nové „pravidlá hry“ v protialkoholickej a protitoxikomanickej starostlivosti v období revolučného spoločenského prerodu je teraz úloha doslova heroická. Vyplýva to zo skutočnosti, že prerod ešte len nastáva. Mnohí, retardovaní vžitým myslením, zatiaľ sa iba orientujú, ba niektorí stále ešte veria, že spoločenské zmeny sa skončia prostými kozmetickými úpravami.

Úvahy nad perspektívami by mohli vychádzať z chýb a nedostatkov, ktoré nás brzdia a boli nám známe. Mám na mysli najmä zákon SNR č. 46/89 Zb. O ochrane pred alkoholizmom a inými toxikomániami, ktorý akoby výlučne tvorili právnici bez účasti odborníkov s klinickou orientáciou. Tento zákon, o ktorom je mienka, že nedosiahol ani úroveň predchádzajúceho zákona 120 z roku 1962, predstavuje vlastne vrchol administratívno-byrokratického prístupu k problematike, a v ňom taxatívne vymenované príkazy a zákazy dominujú ako rozhodujúce. Že pre klinickú prax znamenal iba komplikovanejší administratívu v ordináciách, mohli sme už zakrátko pocítiť.

Vychádzajúc z prirodzenej zásady, že ochrana zdravia je predovšetkým záležitosťou jednotlivca a potom spoločnosti, že reguláciu negatívnych spoločenských javov nemožno riešiť prevažne direktívne, čaká nás zhodnotiť najmä doterajší prístup k pacientom alkoholikom a toxikomanom. V praktikách uplatňovaných voči pacientom tohto druhu jednoznačne dominovala represia. Určite to vyplýva i z postojov spoločnosti, ktorá si vytipovala psychiatriu za predĺženú ruku svojho donucovania. Spoločnosť sa o psychiatriu zaujímala práve pred oslavami 1. mája, výročiami SNP, pred návštevami štátnikov, pred voľbami a inými politickými akciami, kedy nezabudla pripomínať potrebu „preventívneho“ internovania psychopatov, všetkých politicky rušivých psychotikov, ba aj pestrú štruktúru delikventov počas týchto dní. Ochranné protialkoholické a protitoxikomanické liečby, najcitlivejšia časť našej klinickej pôsobnosti, v posledných rokoch pohlcovali vlastne všetok náš záujem a iniciatívu. Hovorilo a diskutovalo sa prevažne o tomto. Keď sme sa podujali štatisticky vyčíslieť počty osôb podrobujúcich sa ochrannej protialkoholickej a protitoxikomanickej liečbe v Stredoslovenskom kraji, vyšlo koncom roka 1987 5 – 7 % z celkového počtu evidovaných v poradniach. Ako interpretovať rozpor medzi takým nízkym číslom a množstvom diskusií až otvorenej nevráživosti okolo toho? Je pravda, že išlo o nepomerne rozsiahlejšie administratívne, no najmä o sytenie averzie voči tomuto, v podstate „nemedicínskemu“ okruhu pacientúry. Averzia sa prirodzene generalizovala aj na ostatnú väčšinovú klientelu a popritom tiež na praktiky založené na direktívnosti, nátlakovosti a „úradovaní“ v styku s pacien-

S. KUNDA/ PERSPEKTÍVY PROTIALKOHOLICKEJ STAROSTLIVOSTI V NOVÝCH SPOLOČENSKÝCH PODMIENKACH

tom, pričom špecifický terapeutický prístup sa vytrácal. Skutočných alkohológov je u nás nápadne málo, ich počet sa nezvyšuje, ba ani nestagnuje, lebo nezačal ešte ani rásť a nejedného odrádzala práve táto zbyrokratizovaná, na represiu založená medicína.

Ústavná protialkoholická alebo protitoxikomanická liečba, jej náplň, trvanie a efektívnosť sú ďalším okruhom na aktuálne úvahy. Na psychiatrickom oddelení, ktoré vediem od jeho založenia pred 14 rokmi, robíme špecializovanú protialkoholickú liečbu s dobrovoľným vstupom v trvaní 10 týždňov. Úspešnosť liečby je konštantná v rozpätí 50 – 60 %. Hoci záujem o našu liečbu neklesá, ale stále vysoko prevažuje dopyt zvonku nad kapacitnými možnosťami zariadenia, predsa revízia vzťahu medzi zdravotníkom a pacientom je i tu namieste. V behaviorálne zameranom liečebnom programe musíme znovu a znovu prehodnocovať, ktoré liečebné články slúžia rozvoju osobnosti a sociálnej integrácii pacienta a ktoré články sú balastom. Prítom by sme mali mať na zreteli dve základné požiadavky – vidieť v pacientovi rovnocenného partnera a nikdy a v ničom neznižovať jeho ľudskú dôstojnosť. Aj keď je to na pohľad samozrejmé, v minulosti, ale ani dnes, ba nikdy doteraz sme sa absolútne neoslobodili od prvkov „sekírovania“, samoučelného drilu. Vidíme, že pacienti v nových spoločenských podmienkach sú otvorenejší, priamejší a sami sme so záujmom čítali texty o pôsobnosti OF v Červenom Dvore, uverejnené v Červenodvorskej ceste. Aj keď predpokladáme, že direktívnosť a behaviorálne-tréningovo orientovaný liečebný program, táto uznávaná priorita doc. Skálu, u nás nevyumiznú, predsa v režime striktné strážená ľudská dôstojnosť môže žať úspechy aj v plne sa demokratizujúcej spoločnosti. Ochrana vlastného zdravia a zachovanie rodinnej integrity zrejme zaujmú dominantné postavenie v motivovaní pacienta pre liečbu. Už aj preto nevidím príliš slubné perspektívy povinnej a ochrannej liečby, a to určite nie v doterajšej podobe, hoci by som bol rád, keby sa ochrana spoločnosti pred jednotlivcom uplatňovala v nejakej forme aj naďalej. Tu však musí prehovoriť principiálne zmenená legislatíva.

Dnes častejšie sa na nás obracajú pacienti s požiadavkou skrátenia dĺžky hospitalizácie. V súčasnej hospodárskej situácii, keď stúpa hodnota zamestnania, keď viac než predtým liečba môže pacienta existenčne frustrovať, v konkurenčných vzťahoch aj ohroziť jeho funkčný post, nie je to problém na odloženie. Sami uplatňujeme spomínaných 10 týždňov a nevyklúčujeme, že je to najnižšia možná hranica, pod ktorú už nemožno ísť. Treba len pristúpiť k revízii vžitých režimových článkov a na základe toho určiť nové optimum času hospitalizácie. V tejto súvislosti očakávame aj radikálne zmeny v práci sestier pre sociálnu službu, ktoré sa azda najviac orientovali na podniky, orgány štátnej správy, spoločenské organizácie a podobne. Netvrdím, že tieto vzťahy sa úplne prerušia, no v doterajšej podobe určite nezostanú. Zamestnávateľ a odborové orgány nebudú tým článkom, o ktorý sme sa pri liečbe pacienta opierali a časť zodpovednosti za úspešnosť liečby sa prenášala na nich. Dnes, keď reálne očakávame ekonomickú destabilizáciu, je ozaj predčasné myslieť na prepracované podnikové protialkoholické programy, hoci to neznamená, že v budúcnosti sa nebudeme o ne usilovať.

Vlastné zdravie a rodinnú integritu teda tipujem ako dominantné motívy pre vyhľadávanie našich služieb. Toto zúženie si určite nebude vynucovať ďalšie rozširovanie lôžkových kapacít. Aj preto, že štátne zdravotnícke zariadenia nebudú jedinou (hoci hlavnou) zložkou poskytovania starostlivosti. Na scénu príde charitatívna a iná neštátna forma, ba aj súkromná lekárska prax. Nebolo by spravodlivé, keby možnosť privatizácie alkohológiu obišla, tak ako ju už obchádza vypracovaný návrh zákona o poskytovaní starostlivosti v neštátnych zdravotníckych zariadeniach. V minulosti, ale aj dnes je znovu aktuálna otázka: alkohológia v rámci psychiatrie, alebo samostatne? Doposiaľ

S. KUNDA/ PERSPEKTÍVY PROTIALKOHOLICKEJ STAROSTLIVOSTI V NOVÝCH SPO- LOČENSKÝCH PODMIENKACH

sa ukazovalo, že ak pri psychiatrickom zariadení dôstojne účinkoval špecializovaný protialkoholický úsek, bol z toho obojstranný osov, teda aj v prospech samotnej psychiatrie. Postupujúca špecializácia liečby a decentralizácia zariadení však osamostatnene spravdepodobňujú. Tak či onak, integrálna, na kvalitatívnych základoch stavaná starostlivosť o pacienta má najväčšiu perspektívu, možno i jedinú.

Do redakcie prišlo dňa: 22. 11. 1990

Adresa autora: MUDr. S. Kunda, Čs. armády 27, 974 00 Banská Bystrica