

## PRVÉ VÝZKUMNÉ SYMPOZIUM ZAMĚŘENÉ NA PROBLEMATIKU ALKOHOLU A DROG V NIZOZEMSKÉ JAZYKOVÉ OBLASTI

Univerzita v Limburgu, TADP (nizozemská obdoba slovenského Protialkoholického obzoru) a NIAD (Nizozemský institut pro problematiku alkoholu a drog) uspořádaly 7. 3. 1991 v Utrechtu první, výše zmíněné sympozium s tím, že bude položen základ tradice: sympozia se budou konat každoročně.

Vedení zvědavostí, vypěstovanou v nynějším Psychiatrickém centru Praha a posléze živou pacienty Apolináře a Lojovic, chtěli jsme být od začátku „při tom“, takže jsme se zařadili mezi 103 oficiálních a celou řadu neoficiálních účastníků. Jednací řečí byla holandština, zastoupeny byly dvě země – Nizozemí a Belgie (Vlámové).

31 referátů, reprezentujících 20 různých institucí, bylo vybráno z celkem 80 došlých příspěvků. Omezení počtu bylo dáno časovým faktorem: muselo se dodržet jednodenní trvání. Sympozium mělo ohlas ve sdělovacích prostředcích a braly se vážně i oficiální autority: zahájil je státní sekretář pro zdravotnictví H. J. Simons následujícími informacemi:

1. Nizozemská vláda vydá v roce 1991 na výzkum ve zdravotnictví 1 miliardu guldenů. Z této sumy se 10 milionů věnuje na výzkum problematiky spojené se (zne)užíváním tabáku, alkoholických nápojů a drog.

2. Vláda preferuje prevalenční, epidemiologické studie a studie evaluační. Například dostupnost léčby v různých provinciích, zachování zákonnosti při poskytování terapie či při preventivních zásazích, výskyt rizikového chování. Terapie sama o sobě není v ohnisku zájmu.

3. Prioritu zasluhuje dlouhodobější (nikoliv jednorozhodně jako dosud) plánování finančního rozpočtu pro výzkum.

Již z tohoto úvodu bylo jasné, co nás čeká: především deskriptivní, prevalenční, epidemiologické studie, s minimem informací o léčebných procesech, psychoterapii, biologických novinkách. Naše léčitelská stránka byla tímto faktem značně frustrována. Na druhé straně jsme respektovali princip reality – a také nám nic jiného nezbývalo.

Těžiště, i do počtu zúčastněných, spočívalo

bezpochyby v dopoledních, tematicky naprosto rozdílných šesti sděleních:

1. Informace o možnostech léčby drogově závislých ve výkonu trestu: 36 % z celkové nizozemské vězeňské populace zneužívá před nástupem trestu drogy, v 50 % heroin, ve 35 % kokain. Tento fakt vedl k vytvoření 13 „bezdrogových“ oddělení s 330 léčebnými místy v rámci nizozemského vězeňského systému. Jde výhradně o léčbu dobrovolnou.

2. Pohled klientů na ambulantní léčbu. Ze zamýšleného vzorku 582 osob se půl až jeden rok po ambulantní léčbě podařilo navázat kontakt pouze se 111 klienty, což tento výzkum závažně znehodnocuje. Výsledky: 21 % klientů přichází do ambulance s pocitem nepotřebnosti léčby. 27 % neočekává od léčby vůbec nic. U zbývajících 73 % („něco“ od léčby očekávajících) byly dvě třetiny s poskytnutou péčí spokojeny. 45 % ambulantní léčbu nedokončilo.

3. Dle odhadu amsterdamské Jellinekovy kliniky se na kriminalitě nizozemského hlavního města značnou měrou podílí skupina 300 – 400 výrazně kriminálních „pouličních“ toxikomanů. (Definice „pouličního“ toxikomana: za posledních dvanáct měsíců pět či více kriminálních činů). V r. 1989 bylo v Amsterdamu takto „diagnostikováno“ 272 drogově závislých, průměrného věku 32 let. 12 % tvořily ženy, 88 % muži. 50 % bylo nenizozemského původu. Jellinekova klinika nabídla 126 z nich prvou pomoc (jakožto alternativu vazby) a 56 osob této nabídky využilo. Za prvních deset měsíců roku 1990 se tato nabídka týkala již 146 osob, využilo jí 80 toxikomanů. Z nich bylo 14 propuštěno jakožto „totálně detoxikovaných“, 17 přešlo do dlouhodobé komunitní léčby a 41 zrecidivovalo.

4. Alkohol, drogy a sexualita. Údaje se týkaly 11 431 středoškolských studentů ve věku 12 – 19 let. Užívání alkoholických nápojů a produktů konopě seté významně přímo úměrně korelovalo s mírou sexuálních zkušeností, včetně pohlavního styku. V užívání ochranných prostředků (kondom) nebyl rozdíl mezi studenty střízlivými a užívajícími alkohol. Ze studentů, majících zkušenost s pohlavním

stykem, užívalo kondom vždy 40 %, 20 % jej neužívalo nikdy.

5. Screening problémových pijáků v ordinacích obvodních lékařů. Tři testy (CAGE, SMAST a SAAST) byly distribuovány třem různým skupinám pacientů v ordinacích OL: a) pacientům, u kterých OL nepředpokládal problémové pijáctví; b) pacientům, u nichž OL tušil, že by mohli být problémovými pijáky a c) pacientům, o kterých si OL byl jist, že jsou problémovými pijáky. Prevalence: skupina prvá: CAGE 6 %, SMAST 4 %, SAAST 4 %. Druhá skupina: CAGE 27 %, SMAST 24 %, SAAST 27 %. Třetí skupina: CAGE 65 %, SMAST 66 %, SAAST 66 %.

6. Úrazy mladistvých a požívání alkoholu. Na traumatickém oddělení Groningenské univerzity je ročně ošetřeno 10 000 zraněných, z toho 3 000 ve věku 15 – 25 let. Požití alkoholu není objektivizováno dechovou ani krevní zkouškou, informace jsou založeny na pozorování zraněného a jeho sdělení. V roce 1989 bylo tímto způsobem zjištěno požití alkoholu u 11,2 % mladistvých zraněných, což představuje téměř dvojnásobný nárůst proti předěšlým letům. Odpovědní sdělení byla rozdělena do šesti tematických celků, z nichž vyjímáme:

1. Ženy a alkohol. Ženy s časným nástupem rozvoje závislosti na alkoholu (tj. před 25 rokem věku) se vyznačují větší ambivalencí, podstatně delšími obdobími tajného pití a „léčebného“ zneužívání alkoholu ve srovnání se ženami s pozdním začátkem rozvoje závislosti na alkoholu. Terapeutickou pomocí vyhledávající také daleko později, až v důsledku somatických komplikací. U žen s pozdním rozvojem závislosti dominují naproti tomu problémy sociální.

Manželky mužů závislých na alkoholu: více než dvě třetiny jsou před sňatkem informovány o závislosti manžela, v jejímž důsledku dochází k podstatnému omezení sociálních kontaktů manželek.

U abstinujících žen ze skupin AA probíhá proces úzdravy „z vnitřku navenek“, tj. směrem k rozvíjení aktivit mimo rodinu s emfází na sebevzdělání. U mužů, navštěvujících setkání AA, dochází k procesu opačnému: „z venku dovnitř“, což znamená, že podstatně více času tráví doma s dětmi. Abstinující ženy ochotně přijímají medicínský model závislosti, neboť tímto způsobem eliminují pocity viny. Abstinující muži jevíli sklony k odmítání tohoto modelu.

2. Děti a mládež. Velký problém představují tisíce dětí drogově závislých rodičů, včetně dětí „heroinových“ či „kokainových“ matek, které se rodí závislé. 7 % 12letých školáků pra-

videlně kouří a 4 % pravidelně pije alkoholické nápoje. 17 % 18letých má zkušenost s produkty konopě seté.

3. Léčba. Přes nadějný titul této sekce se neozvalo nic, co by se týkalo léčby jako takové; centrálním byl typický nizozemský problém poslední doby: přizpůsobení terapie (a to v celém zdravotnictví) tržní ekonomice. Namísto o terapii se hovoří o managementu, problémy pacientů jsou probírány z pozice „trhu“ a z pozice „nabídky a poptávky“. Problematické vztahy mezi členy personálu leckdy zatlačují problémy pacientů do pozadí. Dvouhlavé vedení institucí (feditel odpovědný za léčbu a feditel odpovědný za ostatní, mimoterapeutické složky) není bez úskalí.

4. Drogové závislosti. Pozice Amsterdamu, z drogového hlediska nejproblematičtějšího nizozemského města, byla potvrzena právě touto sekcí. Bylo poukázáno na pozitivní efekty při podávání methadonu – nikoliv co do abstinence, nýbrž co do tlumivého účinku na celou řadu konfliktů: rodinných, finančních, juridických. Drogově závislí, přijímaní na prvou pomoc v období akutní krize, se beze zbytku vyznačují velice špatným somatickým stavem. U 40 % je diagnostikována ještě jiná psychiatrická problematika. 50 % je přijímáno po předávkování drogami či po suicidálním pokusu. 22 % ženských klientek je před hospitalizací tělesně týráno či znásilněno.

5. Nizozemský informačně-registrační systém alkoholové a drogové klientely v ambulantní péči. Existuje od r. 1986, od r. 1988 je v něm zahrnuto všech šedesát ambulantních zařízení pro léčbu závislostí. V roce 1989 kontaktovalo tato zařízení 46 308 klientů, z toho 22 % žen a 78 % mužů. Diagnosticky (podle hlavní zneužívané látky) šlo v 52 % o závislost na alkoholu, ve 31 % o závislost na opiátech, ve 3 % o závislost na kokain atd. 16 % závislých na alkoholu a 51 % závislých na drogách kombinuje „svou“ drogu s jinými látkami. Příkombinovaná droga číslo jedna je bezkonkurenčně kokain.

6. Diverza. Zde nás zaujal referát o řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu. V roce 1974 byla v Nizozemí zavedena maximálně tolerovatelná hranice 0,5 promile v krvi řidičů motorových vozidel, povinná dechová zkouška a povinný odběr krve u řidičů podezřelých z jízdy pod vlivem alkoholu. V průběhu let přinesl tento zákon své ovoce: od roku 1980 se počet řidičů, řídících pod vlivem alkoholu ve víkendových nočních hodinách (tehdy jich je zdaleka nejvíce), snížil na polovinu.

J. Nerad