

DISKUSNÍ PŘÍSPĚVEK K REFERÁTU dr. ROGERA MEYERA „ZÁVISLOSTI: ALKOHOLISMUS A TOXIKOMANIE“

L. KUBIČKA

 Psychiatrické centrum, Praha 8,
ředitel: prof. MUDr. C. Höschl, DrSc.

Protože jsem psycholog, řekl jsem organizátorům této konference, že některý psychiatr by byl vhodnějším komentátorem referátu Dr. Meyera než já. Když nyní zjišťují, že mezi ostatními komentátory jsou také mnozí psychologové, chápu, že organizátoři konference si přáli zviditelnit přítomnost psychologů na této konferenci. Jako psychologové vysoce oceňujeme toto velkorysé gesto našich kolegů psychiatrů. Dovolte mi zmínit se při této příležitosti o tom, že v temné době padesátých let, kdy psychologie byla v této části světa téměř zlikvidována jako buržoazní pavěda, českoslovenští psychiatři pomohli v naší zemi psychologii přežít tím, že psychology přizvali k spolupráci na psychiatrických pracovištích.

Po přečtení vynikajícího příspěvku dr. Meyera, který klade důraz na biologickou a farmakoterapeutickou stránku problematiky závislostí, jsem však byl utvrzen v názoru, že mám jen mizivé oprávnění něco k jeho sdělení říci. Jsem si jist, že podaný přehled současného stavu vědění v oblasti farmakoterapie alkoholismu a drogových závislostí bude vysoce posluchači oceněn. Když jsem v referátu dr. Meyera hledal něco, k čemu bych se mohl vyjádřit, našel jsem s úlevou poslední dvě věty. „... závislosti nespádají do úzkého rámce žádné jednotlivé disciplíny“, říká dr. Meyer a dodává: „Více než ve většině jiných oblastí biomedicíny zde věda a klinická praxe vyžadují více-rozměrný přístup, zvažující biologii, chování, a mikro i makroprostředí“. S těmito slovy plně souhlasím. Připomínají mi nedávné interview, v němž jeden ze zakladatelů moderní vědy o alkoholismu, americký sociolog Robert Strauss, řekl: „Směřujeme k vskutku integrativnímu biobehaviorálnímu myšlení“. V referátu dr. Meyera je důraz na „bio-“ stránku integrace. Dovolte mi říci několik slov k stránce druhé.

Dr. Meyer se zabývá ve svém sdělení těmi, kteří trpí **závislostí** na alkoholu či drogách. Omezím se na chvíli na alkoholovou problematiku. Socioepidemiologické studie úzu alkoholu, provedené v mnoha zemích včetně Česko-Slovenska, přesvědčivě ukázaly pravdivost Kreitmanovy téze tvrdící, že většina problémů souvisejících s konzumem alkoholu se týká lidí, kteří nemohou být diagnostikováni jako závislí. Domnívám se, že psychosociální faktory mají rozhodující podíl na vzniku problémů těchto lidí. A myslím též, že tito lidé by mohli mít prospěch především z psycho- či socioterapie, jakož i z účasti ve svépomocných skupinách, přičemž ovšem prevence je nejlepší pomocí těm, kteří pijí trochu více než je zdrávo. V našich studiích mladší dospělá populace Prahy jsme zjistili, že asi 25 % mužů a zhruba 8 % žen pije alkoholické nápoje tak, že

ohrožuje své zdraví, tj. více než 50 gramů alkoholu denně (muži) či více než 20 g v případě žen. Mezi ženami též bylo 21 % těch, které berou analgetika s vysoce návykovým derivátem morfinu kodeinem. Známe některé z psychosociálních rizikových faktorů, jež přispívají k zdravotně ohrožujícímu pití či ke konzumu kodeinu nebo jiných drog. Nejprominentnějším faktorem je druh zaměstnání. Často je nám kladena otázka, kolik procent lidí závislých na alkoholu či drogách nacházíme v našich souborech náhodně vybraných osob. Ke zklamání těch, kteří se nás ptají, odpovídáme, že nevíme.

Jedním z důvodů naší neschopnosti odpovědět je to, že nemůžeme zaměstnat psychiatry s klinickou praxí v oblasti alkoholu a drog jako tazatele. Ale i kdybychom mohli, příliš by to nepomohlo. Jsem si jist, že různí psychiatři by dospěli k velmi odlišným procentům závislých osob. Jeden z autorů syndromu závislosti na alkoholu, Griffith Edwards, připomíná, že stanovit jeho diagnózu je klinickým uměním. Psychiatři se jistě liší stupněm zvládnutí tohoto umění, ale mají též různý vnitřní práh pro stanovení této diagnózy. Souhlasím s dr. Meyerem, že DSM III-R je důležitým krokem k přesnějšímu diagnostikování závislosti. Podle mého názoru však operacionalizace pojmu závislosti neodstraňuje a ani nemůže odstranit esenciální neostrost (neurčitost) syndromu závislosti. Moderní logika obohatila vědu o teorii neostrých množin. Tato teorie hovoří o množinách s nejasnými hranicemi. Domnívám se, že pojem závislosti na alkoholu (či jiné látce) označuje neostrou množinu par excellence. Snadno se dohodneme, že určití lidé jsou závislí a jiní nejsou. Ale vždy budeme mít mnoho lidí, u nichž zařazení nebude moci provést ani zkušený klinik, nebo kde se dva klinické neshodnou. Definice závislosti na alkoholu v DSM III-R, vyžadující přítomnost nejméně tří z devíti symptomů, je podle mého názoru pokusem překonat bazální neostrost pojmu závislosti arbitrárním rozhodnutím. Proč právě tři symptomy a ne čtyři nebo dva? A definice v DSM III-R se liší od definice v ICD-10. Robin Room, přední americký epidemiolog alkoholu, nedávno referoval o výsledcích celonárodního alkoholového šetření v USA. Podle kritérií ICD-10 bylo v celoamerickém populačním vzorku 8,2 % závislých, avšak podle kritérií DSM III-R pouze 4,2 %. Odlišnosti těchto procent dokumentuje libovolnost operacionalizací esenciálně neostrého pojmu závislosti.

Vědecká hodnota pojmu závislosti na alkoholu podle definice Edwardse a Grosse se někdy pokládá za doloženou prognostickým významem v klinických studiích. Dr. Meyer uvádí jednu studii, v níž stupeň závislosti nebyl významným prediktorem. Dovolím si zmínit se o jednom českém výzkumu, v němž stupeň závislosti na alkoholu byl bez významu pro prognózu výsledku ústavní léčby. Dává mi to možnost zmínit se o systému ústavní protialkoholní léčby, jež od roku 1948 vyvíjel zakladatel české psychiatrické činnosti v oboru závislostí doc. MUDr. Jaroslav Skála. Bylo mi umožněno katamnesticky sledovat po dobu pěti let 542 Skálových pacientů. Získali jsme katamnézy u 98 % původně přijatých pacientů včetně nedolčených. Ze všech přijatých 24 % vytrvalo v pětileté trvalé abstinenci a dalších 18 % bylo v trvalé dobré remisi, tedy souhrnně 42 % přijatých pacientů bylo po dobu pěti let v trvalém dobrém stavu. Při provádění výzkumu v sedmdesátých letech ještě nebyla publikována koncepce syndromu závislosti na alkoholu. Při pozdější analýze dat jsme však mohli zkonstruovat míru stupně závislosti při přijetí. (Shodou okolností byl Griffith Edwards konzultantem této studie, částečně financované z grantu NIMH v USA). Výsledky ukázaly, že námi zjišťovaný stupeň závislosti na alkoholu je zcela bez vztahu k výsledku léčby. Z vlastnosti pacientů před léčbou úspěch léčby nejlépe předpověděly: nepřítomnost antisociálních rysů, vyšší vzdělání a stabilita rodinných vztahů. Zajímalo nás též, jaké reakce pacientů na léčbu v průběhu jejího trvání dovolují prognózu jejího úspěchu. Úspěch

bylo možno předpovědět jednak u pacientů, kteří získali dobrý náhled na vlastní alkoholismus, jednak u pacientů, kteří si osvojili kladný vztah ke svým terapeutům, především u těch, jimž se vedoucí terapeut – doc. Skála – stal identifikačním vzorem. Prognosticky významná byla též skupinová morálka na pokoji pacientů, sdílená vždy s osmi spolupacienty. Je třeba dodat, že Skálova léčba byla čistě psychologická, opřená o převážně skupinové techniky a skupinové doléčování.

Na závěr bych se rád dotkl sporu o koncepci alkoholismu jako nemoci. Je pro mě obtížné uvěřit názoru, že je to debata o ničem. Zdá se mi, že tento spor se týká nejméně dvou věcí. Je tu předně otázka zodpovědnosti za vlastní problémy s alkoholem (či jinou látkou). Ti, které koncepce alkoholismu jako nemoci uvádí do nesnáží, se obávají, že ve své extrémní interpretaci tato koncepce „pacienta“ zbavuje odpovědnosti za jeho sebeničící chování a že se tím odhazuje důležitý klíč k možné nápravě. Za druhé se domnívám, že zde jde o soupeření o zdroje mezi medicínskými a nemedicínskými obory. V uplynulých čtyřiceti letech byla v naší zemi veškerá péče o závislé (či látky zneužívající) osoby z rozhodnutí totalitního státu v rukou psychiatrů, kteří byli unaveni z této výlučné odpovědnosti. Téměř polovina všech mužských přijetí do ústavní psychiatrické péče se týkala poruch navozených alkoholem. Nyní se situace mění, problematice alkoholu a drog se mohou věnovat i jiní. Zároveň se ozývají hlasy, že náklady na léčbu závislosti by neměly být plně hrazeny z nemocenského pojištění. Domnívám se, že psychiatrii zabývající se léčbou abúzu návykových látek budou v této nové situaci zdůrazňovat pojetí alkoholismu a drogové závislosti jako nemoci. Je třeba souhlasit, že je v zájmu lidí, kteří mají problémy s alkoholem a drogami. Jistě by se léčilo méně závislých osob, kdyby tito lidé museli za léčbu platit. Z těchto úvah je zřejmé, že se zde setkáváme spíše s politickým než vědeckým problémem.

Do redakcie prišlo dňa: 30. 6. 1992

Adresa autora: PhDr. L. Kubička, CSc., Kostelní 22, 170 00 Praha 7
