

Schulz, Anna

Mieszkańcy Płocka - pacjenci Oddziału Leczenia Odwykowego w Gostyninie (cz. II)

Notatki Płockie 33/4-137, 44-51

1988

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Mieszkańcy Płocka — pacjenci Oddziału Leczenia Odwykowego w Gostyninie (cz. II)

FAZY NAŁOGU — HISTORIA LECZENIA

Jednym z trudniejszych problemów jest nakłanianie alkoholika do poddania się leczeniu. Alkoholicy przed rozpoczęciem leczenia z reguły nie uważają siebie za chorych. Ten niekrytyczny stosunek do nałogu pogłębia się wraz z postępem choroby. Zależność jest w uderzający sposób odwrotnie proporcjonalna: im dalsze stadium alkoholizmu, tym mniejsze poczucie choroby, tym mniejszy krytycyzm. Bardzo często, aby nakłonić alkoholika do podjęcia leczenia, stosować trzeba przymus. Decyzję o przymusowym leczeniu na oddziale szpitalnym, podejmuje Wydział Cywilny Sądu Rejonowego na wniosek Komisji Społeczno-Lekarskiej. Wszelkie wnioski ze strony rodziny, zakładu pracy o poddanie alkoholika leczeniu na podstawie orzeczenia Sądu muszą być kierowane wyłącznie do Komisji Społeczno-Lekarskiej przy prezydencie m. Płocka. Komisja jest obowiązana zachować tajemnicę w sprawie źródła informacji. Dotyczy to szczególnie przypadków, gdy informacji takiej udziela członek rodziny alkoholika.

Tabela 1

Rodzaj skierowania

Rodzaj skierowania	osób	%
1. bez skierowania	5	11
2. Poradnia Zdrowia Psychicznego lub Poradnia Odwykowa	12	26
3. Pogotowie Ratunkowe	7	15
4. inny lekarz	5	11
5. Szpital ogólny	3	7
6. Sąd, leczenie przymusowe	14	30
R a z e m	46	100

Najwięcej osób w 1987 r. zostało przyjętych na Oddział Leczenia Odwykowego z orzeczenia sądu — 30%. W przypadku gdy osoba w stosunku do której sąd orzekł przymus leczenia — nie zgłosi się na oddział w wyznaczonym terminie, zostaje doprowadzona do szpitala przez funkcjonariuszy MO. Personel oddziału twierdzi, że jest to najtrudniejsza, najmniej motywowana do leczenia grupa pacjentów. W związku z tym, wprowadzono przy przyjęciach na oddział leczenia odwykowego zasadę, by liczba osób skierowanych na leczenie z orzeczenia sądowego nie

przekroczyła 1/3 ogółu pacjentów. W przeciwnym razie spodziewać się można (wskazują na to fakty), że pacjenci „przymusowi” zdeorganizują pracę personelu i skutecznie utrudnią proces leczenia.

W następnej kolejności przebywają na leczeniu osoby skierowane przez Poradnię Leczenia Odwykowego (26%). Sporo osób kieruje na leczenie Pogotowie Ratunkowe. Pogotowie Ratunkowe przywozi zazwyczaj osoby „z ulicy” ze znacznie zaawansowaną chorobą alkoholową (psychozy, padaczka alkoholowa, bądź też często urazy głowy). Tylko 5 osób tj. 11% zgłosiło się na leczenie dobrowolnie.

Fakt dobrowolnego zgłoszenia się na leczenie, nie zawsze świadczy jeszcze — jak można by się tego spodziewać — o pozytywnej postawie w stosunku do leczenia. W trzech przypadkach na 5, głównym motywem dobrowolnego zgłoszenia się na oddział — była możliwość usprawiedliwienia nieobecności w pracy. W momencie uzyskania go — wypisanie się ze szpitala na własną prośbę. Tak więc podział na pacjentów przymusowych i dobrowolnych jest trochę sztuczny. W rzeczywistości bowiem nie ma prawie wśród alkoholików pacjentów „dobrowolnych”.

Poważną trudnością jest fakt nakłaniania alkoholika do leczenia. Z danych Komisji Społeczno-Lekarskiej w Płocku wynika, że w ponad połowie przypadków rodzina w ogóle nie decyduje się na postępowanie sądowe w celu przymusowego leczenia, gdyż jest ono trudne i może być niebezpieczne. Tylko Sąd jest władny postanowić o przymusowym leczeniu zamkniętym. Niekdy obowiązuje pełna procedura sądowa. Pacjent broni się przed leczeniem. Zachodzi konieczność przesłuchiwanie świadków. Wielu świadków nie chce zeznawać obawiając się zemsty alkoholika. W najgorszej sytuacji znajduje się ta osoba z rodziny, która chorego na leczenie zgłaszała. Pozostaje ona zazwyczaj w jednym mieszkaniu z pacjentem, który zwykle domyśla się, kto wystąpił z inicjatywą leczenia go i nie ocenia tego pozytywnie. Jeśli zważymy, że od czasu zgłoszenia chorego do czasu jego ewentualnego umieszczenia na oddziale odwykowym upływa 1—2 lata możemy sobie wyobrazić odwagę cywilną osoby, która o leczenie występowała. Dlatego trudno się dziwić, że osoba, która chciałaby współmałżonka leczyć, odstępuje od tego zamiaru i swoje kłopoty stara się rozwiązać w inny sposób. Najczęściej dochodzi do rozwodu, pacjent pozostaje bez opieki i jeszcze szybciej się degradowuje.

Częstotliwość pobytów na leczeniu

Który raz przebywa na leczeniu	osób	%
— pierwszy raz	8	17
— 2—4 razy	22	48
— 5—10 razy	11	24
— 11—20 razy	5	11
Razem	46	100

Niekiedy zupełnie wyjątkowo lekarz oddziału odwykowego postępuje niezupełnie zgodnie z przepisami ustawy. Dzieje się tak wtedy, gdy rodzina przywozi pacjenta, który początkowo wyrażał chęć leczenia, a po przyjęciu na oddział cofa swoją zgodę na pobyt w szpitalu. Jeżeli personel jest przekonany, że dane uzyskane od rodziny są wiarygodne i rozpoznanie alkoholizmu nie ulega wątpliwości oraz przypuszcza, że w danym przypadku dojdzie do wyleczenia, stara się wykorzystać wszelkie możliwe formy perswazji, by chory pozostał w szpitalu.

Po pierwszych — zwykle przykrych dniach chory zazwyczaj wyraża zadowolenie, że personel postąpił wbrew jego woli. Niestety najczęściej nie ma podstaw do podjęcia takiej decyzji, a kiedy chory trafia ponownie z odpowiednim postanowieniem sądowym, bywa już za późno. Zazwyczaj w tym czasie psychodegradacja postąpiła tak daleko, że rokowanie co do wyleczenia jest złe.

Tabela 2

Rozpoznanie — stopień uzależnienia od alkoholu

Stopień uzależnienia od alkoholu	osób	%
I. Zespół uzależnienia od alkoholu w tym u osób z nieprawidłową osobowością — 11%	16	35
II. Alkoholizm przewlekły	18	40
— bez psychozy	— 9%	
— z psychozą	— 20%	
— z padaczką	— 11%	
III. Psychodegradacja alkoholowa	12	25
	46	100

Najliczniejszą grupę stanowią osoby z zespołem uzależnienia od alkoholu — 35% (najlejszy stopień choroby). Również liczną grupę (choć nieco mniejszą) stanowią pacjenci z rozpoznaniem alkoholizmu przewlekłego. 1/4 pacjentów — 25% to osoby z psychodegradacją alkoholową. Jakkolwiek, nie istnieje takie stadium alkoholizmu — jak nas zapewnia medycyna¹, w którym nie byłoby dla alkoholika ratunku. To jednak obiektywnie rzecz biorąc łatwiej uzyskać dobre efekty lecząc osoby pozostające w dobrym kontakcie z otoczeniem, mające krytyczny stosunek do swego nałogu niż osoby bezkrytyczne, pozbawione uczuć wyższych, z rozległymi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego. Inaczej mówiąc 74% pacjentów objętych badaniem, przyjętych było na oddział w znacznie zaawansowanej chorobie alkoholowej.

Częstotliwość pobytów na leczeniu odwykowym zamkniętym

Tylko 8 osób z 46 przyjętych na oddział w 1987 roku leczyło się po raz pierwszy. Pozostałe osoby to wielokrotni pacjenci szpitala.

Średnio na jednego pacjenta przypada około 6 pobytów w szpitalu. Dla połowy prawie pacjentów (48%) jest to 2, 3, lub 4 pobyt. 1/4 badanych przebywa w szpitalu od 5—10 razy. Dla 11% pacjentów jest to pobyt 11 do 20-ego. Leczenie choroby alkoholowej jest więc długotrwałe. Pozytywny efekt leczenia uzyskuje się nierzadko dopiero po kilku kuracjach odwykowych — niekiedy w ogóle się go nie osiąga.

Kogo zatem trzeba uznać za wyleczonego alkoholika? Czy za wyleczonego uważa się tylko tego alkoholika, który po wyjściu ze szpitala już nigdy do końca życia nie weźmie do ust alkoholu?

Wg kryteriów przyjętych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która uważa, że jeżeli człowiek uzależniony dotrzyma po leczeniu otwartym lub zamkniętym rocznej abstynencji — wynik leczenia należy uznać za dobry. A w ogóle liczy się każdy okres, w którym chory pozostaje bez alkoholu. Miesiąc, 2 miesiące, pół roku — to też pożytek dla niego i społeczeństwa. Tabela poniższa przedstawia okres abstynencji jaki zachowali pacjenci od poprzedniego pobytu w szpitalu do obecnego (1987 r.)

Tabela 4

Abstynencja od ostatniego leczenia

Okres abstynencji zachowany od ostatniego leczenia	osób	%
1. w ogóle nie zachował	5	14
2. 1—7 dni	3	8
3. powyżej 1 tygodnia — 1 m-ca	5	14
4. powyżej 1 miesiąca — 3 m-cy	5	14
5. powyżej 3—6 miesięcy	4	11
6. powyżej 6 miesięcy — 9-mcy	4	11
7. 1 rok — 2 lat	4	11
8. 3—4 lat	4	11
9. Zachowywał cały czas	3	8
10. brak danych	1	3
	37	100

Spośród osób wielokrotnie przebywających na oddziale (2 razy i więcej) — 14% w ogóle nie zachowało abstynencji od ostatniego pobytu, tyle samo osób zachowało abstynencję przez okres do 1 miesiąca, taki sam odsetek osób tj. 14% zachowało abstynencję przez 3 miesiące. Powyżej 3 do 9 miesięcy utrzymało abstynencję 22% pacjentów, 1 roku — 2 lat — 11%, 3—4 lat również 11%. Tylko 8% tj. 3 osoby spośród wielokrotnych pacjentów utrzymuje abstynencję cały czas. Tak więc tylko 7 osób — 19% leczonych zachowuje kilkuletnią nieprzerwaną abstynencję, pozostałe 11% zachowuje abstynencję od 1 roku do 2 lat.

Osoby zachowujące abstynencję przez 1—2 lat to osoby leczone disulfiraniem tzw. „esperalem” wszczepionym domięśniowo. Traktowany jest on jako środek pomocniczy — dyscyplinujący alkoholików przez okres ponad 1 roku. Wydaje się więc, że o pełnej „wewnętrznej” abstynencji tych osób można będzie mówić po upływie jednego roku — to jest po okresie działania tego preparatu (i od tego momentu liczyć okres abstynencji).

Tylko 7 osób tj. 19% spośród wielokrotnych pacjentów utrzymuje abstynencję kilka lat, a na oddział przyjmuje się by kontynuować tzw. kurację gwarancyjną (7—10 dniową) po leczeniu zasadniczym, bądź też w celu uzyskania skierowania na miesięczny wyjazdowy obóz terapeutyczny.

Analizując wszystkie dotychczasowe pobyty na oddziale odwykowym badanych przez mnie pacjentów, stwierdzić trzeba, że ilość pobytów jest odzwierciedleniem stopnia zaawansowania choroby alkoholowej. Im częstszy pobyt — tym choroba w dalszym stadium zaawansowana.

Aż u 78% pacjentów leczących się na oddziale od 11—20 razy rozpoznano ostatnią fazę alkoholizmu — psychodegradację alkoholową i tylko u 4% pacjentów przebywających na oddziale 2—4 razy.

Forma wypisu z oddziału

Forma wypisu	osób	%
— wypisani dyscyplinarnie	8	17
— wypisany przez lekarza	31	67
— wypisany na własną prośbę	7	16
	46	100

Po przebyciu leczenia pacjent najczęściej opuszcza oddział w wyniku decyzji lekarza — 67%. Ponad 1/3 pacjentów to osoby wypisane w trakcie leczenia dyscyplinarnie (w związku z nieprzebraniem regulaminu — samowolnym oddalaniem się z oddziału, piciem alkoholu) bądź też wypisane na własną prośbę w trakcie leczenia.

Spośród zwolnionych dyscyplinarnie połowa to osoby rozwiedzione, w następnej kolejności kawalerowie i tylko jedna osoba — żonata. Ponad 1/3 pacjentów leczonych na oddziale odwykowym, na zakończenie kuracji implantowano disulfiram (esperal). Działa on uczulająco na człowieka, który pije alkohol poza tym wywołuje szereg niepożądanych działań ubocznych.

OKOLICZNOŚCI SPRZYJAJĄCE
I NIESPRZYJAJĄCE POMYŚLNYM
WYNIKOM LECZENIA

Na podstawie przeprowadzonych w 1987 roku badań można ustalić niektóre okoliczności wpływające pomyślnie lub niepomyślnie na wynik leczenia.

Tabela 5

Choroba alkoholowa a pobyty na Oddziale

Rozpoznanie	Ilość pobytów na oddziale leczenia odwykowego							
	1 raz		2—4 razy		5—10 razy		11—20 razy	
	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%
— zespół uzależnienia od alkoholu	30	67	38	41	3	4	—	—
— alkoholizm przewlekły	14	31	50	54	50	63	6	22
— psychodegradacja alkoholowa	1	2	4	4	27	34	21	78
	45	100	92	100	80	100	27	100

Stan cywilny a częstotliwość pobytów na leczeniu

Stan cywilny	Który raz przebywa na leczeniu								Razem	
	1 raz		2-4 razy		5-10		11 i powyżej			
	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%
— kawaler	2	17	5	42	4	33	1	8	8	100
— żonaty	—	—	8	100	8	—	—	—	12	100
— rozwiedziony	6	23	9	35	7	27	4	15	26	100
	8		22		11		5		46	

1. Okolicznością pogarszającą wyniki leczenia są nieunormowane stosunki rodzinne alkoholika. Żyła ze sobą rodzina, jej zainteresowanie stanem pacjenta są najpewniejszą gwarancją pomyślnych wyników leczenia. Powrót pacjenta do rodziny znajdującej się w stanie rozkładu, gdy nie ma nadziei, aby jakiegokolwiek interwencje mogły spowodować polepszenie panujących w niej stosunków, może spowodować tylko jak najgorsze następstwa. Również w przypadku rozejścia się małżeństwa, gdy chory zostaje zupełnie sam, nie może rokować żadnej poprawy. Uwidacznia się tutaj rola rodziny, oczywiście rodziny opartej na zdrowych zasadach

a) wielokrotne pobyty na leczeniu odwykowym (pięć razy i więcej) mają miejsce głównie u pacjentów rozwiedzionych — nie ma wśród nich ani jednej osoby żonatej.

b) ostatnia faza alkoholizmu, psychodegradacja alkoholowa występuje prawie trzykrotnie częściej u osób rozwiedzionych i pozostających w separacji niż u żonatyh i kawalerów

Tabela 8

Stan cywilny a fazy choroby

Stan cywilny	Rozpoznanie (w %)			Razem
	Zespół uzależnienia od alkoholu	alkoholizm przewlekły	psycho-degradacja alkohol.	
— kawaler	25	66	8	100% (12 os.)
— żonaty	38	64	—	100% (8 os.)
— rozwiedziony	38	39	23	100% (26 os.)

Tabela 9

Pierwszy kontakt z alkoholem a częstotliwość pobytów

Pierwszy kontakt z alkoholem	Częstotliwość pobytów w szpitalu								Razem
	1 raz		2-4		5-10		11 i pow.		
	os.	%	os.	%	os.	%	os.	%	
— do 15 roku życia	1	7	5	36	8	21	5	36	14 /100/
— 16-17	3	19	9	56	4	25	—	—	16 /100/
— 18-20	—	—	5	83	1	17	—	6	106 /100/
— 21-25	1	33	1	33	1	33	—	—	3 /100/
— 26-30	2	50	1	25	1	25	—	—	4 /100/
— 31-35	1	33	1	33	1	33	—	—	3 /100/
brak danych									
Razem	8		22		11		5		46

Pierwszy kontakt z alkoholem a rozpoznanie

z alkoholem (wiek) Pierwszy kontakt	Rozpoznanie						Razem
	Zespół uzależnienia alkoholowego		alkoholizm przewlekły		psychodegradacja alkoholowa		
	os.	%	os.	%	os.	%	
— do 15 roku życia	3	21	4	29	7	50	14 /100/
— 16—17	5	31	8	50	3	19	16 /100/
— 18—20 1 17	4	17	4	17	16	17	6 /100/
— 21—25	3	100	—	—	—	—	3 /100/
— 26—30	2	50	2	50	—	—	4 /100/
— brak danych	1	33	1	33	1	33	3 /100/
Razem	15		19		11		46

2. Częstotliwość pobytów w szpitalu na leczeniu odwykowym jest odwrotnie proporcjonalna do wieku w którym pacjent miał pierwszy kontakt z alkoholem.

Im wcześniejszy ten kontakt, tym częstotliwość pobytów na oddziale większa.

Spośród osób przebywających wielokrotnie na leczeniu zamkniętym (5 razy i więcej) — 57% stanowią pacjenci, których pierwszy kon-pierwszy kontakt z alkoholem przed 15 rokiem życia

a) im wcześniejszy kontakt z alkoholem tym mniej skuteczne leczenie odwykowe.

Siedmiu pacjentów z rozpoznaniem psychodegradacji alkoholowej na 11 osób miało pierwszy kontakt z alkoholem przed 15 rokiem życia.

b) podobne zależności występują między wiekiem, w którym pacjenci zaczęli pić alkohol nadmiernie z wielokrotnymi pobytami na leczeniu odwykowym jak też i stopniem za-

awansowania choroby alkoholowej w momencie badania.

W wieku do lat 18 nadmiernie piło alkohol tylko

— 7% — uzależnionych w stopniu lekkim i średnim

— 11% — pacjentów z rozpoznaniem alkoholizmu przewlekłego

— i aż 45% z rozpoznaniem psychodegradacji alkoholowej.

3. Jeśli przyjąć fakt przestrzegania przez pacjentów regulaminu oddziału, za przejaw pozytywnej postawy do leczenia, stwierdzić trzeba, że bardziej zdyscyplinowani i lepiej motywowani do odbycia kuracji odwykowej są:

a) pacjenci czynni zawodowo niż nie pracujący. Fakt czy jest się czynnym zawodowo czy też nie wpływa na motywację do leczenia.

Pacjenci nie pracujący zostali zwolnieni

Tabela 11

4. Częstotliwość pobytu na oddziale odwykowym a stopień zaawansowania choroby alkoholowej

Stopień zaawansowania choroby	Częstotliwość pobytów na oddziale								Razem
	1 raz		2—4 razy		5—10		11 i powyżej		
	os.	%	os.	%	os.	%	os.	%	
— zespół uzależnienia od alkoholizmu (faza lekka i średnia)	7	33	6	27	2	18	—	—	15
— alkoholizm przewlekły	1	12	14	64	4	36	—	—	19
— psychodegradacja alkoholowa	—	—	2	9	4	36	5	100	11
	8	100	22	100	10	100	5	100	45

Wykształcenie a fazy alkoholizmu

Poziom wykształcenia	Fazy alkoholizmu			Razem
	lekki i średni	przewlekły	psychodegradacja	
— niepełne podstawowe	—	1/100%/	—	1/100%/
— podstawowe	5/160%/	6/32%/	8/42%/	19/100%/
— ZSZ	3/60%/	5/45%/	3/27%/	11/100%/
— średnie techniczne	2/29%/	5/71%/	—	7/100%/
— LO	—	1/100%/	—	1/100%/
— wyższe nie ukończone	3/27%/	1/20%/	1/20%/	5/100%/
— wyższe	2/100%/	—	—	2/100%/
	15/33%/	19/41%/	12/26%/	46/100%/

dyscyplinarnie ze szpitala czterokrotnie częściej (32% niż pracujący 8%). 75% osób, które zostały wypisane ze szpitala przez lekarza pracują zawodowo

- ponadto 46% pacjentów pracujących poddało się wszczepieniu disulfiramu podczas gdy niepracujących o połowę mniej tj. 21%.
- osoby, które zachowują cały czas abstynencję od ostatniego leczenia to osoby czynne zawodowo. Osoby niepracujące dwukrotnie częściej nie zachowały abstynencji (16%) niż osoby pracujące (8%)
- Pacjenci którzy leczyli się na oddziale pierwszy raz to w 88% osoby uzależnione od alkoholu w stopniu lekkim i średnim
- Spośród osób przebywających na oddziale 2—4 razy — 64% pacjentów to osoby z rozpoznaniem alkoholizmu przewlekłego
- Spośród leczących się w szpitalu 5—10 razy 45% to pacjenci z psychodegradacją alkoholową, 36% z rozpoznaniem alkoholizmu przewlekłego
- Spośród przebywających 11 raz i więcej 100% to pacjenci z psychodegradacją alkoholową

Tak więc im częstszy pobyt na oddziale, tym bardziej zaawansowana choroba alkoholowa.

5. Osoby o niskim poziomie wykształcenia są bardziej oporne na leczenie. Im wyższe wykształcenie tym częstotliwość pobytów na oddziale mniejsza i na odwrót

Zdecydowaną większość pacjentów oddziału stanowią osoby z wykształceniem podstawowym i ZSZ (68%). Około 1/3 pacjentów stanowią osoby z wykształceniem średnim i wyższym (32%). Już te procentowe dane wskazują na to, że wśród pacjentów oddziału odwykowego przeważają osoby z wykształceniem podstawowym i

ZSZ — rzadziej z wykształceniem średnim i wyższym.

Pacjentów z wykształceniem średnim i wyższym jest mniej, oni też rzadziej „osiągają” końcowe stadium alkoholizmu — psychodegradację alkoholową.

Spośród pacjentów z rozpoznaniem — psychodegradacji alkoholowej — 64% stanowią osoby z wykształceniem podstawowym

Jeden raz na leczeniu odwykowym byli pacjenci z wykształceniem niepełnym wyższym i wyższym.

5—10 razy więcej leczyli się pacjenci z wykształceniem podstawowym i ZSZ

Z problemem pacjentów (wielokrotnych), których leczenie nie rokuje pomyślnych rezultatów, wiąże się sprawa niewłaściwego wpływu na innych chorych. Personel Oddziału może podać wiele przykładów na to, ile szkody może wyrządzić jeden niechętny leczeniu pacjent i to nie tylko w czasie pobytu na oddziale ale jeszcze długi czas po wyjściu ze szpitala.

REFLEKSJE KOŃCOWE

1. Największy problem leczenia zamkniętego alkoholików stwarzają przede wszystkim pacjenci kierowani na leczenie orzeczeniem sądu. W większości nie posiadają motywacji do zerwania z nałogiem. Nie przestrzegają regulaminu obowiązującego na Oddziale, nie chcą brać udziału w zajęciach psychoterapeutycznych. „Jestem tu, bo mnie przywieźli — sam się tu nie pchałem, będę pił, bo wolno pić”, — to typowa wypowiedź określająca ich stosunek do leczenia. W rezultacie alkoholik nie czyni żadnych postępów w leczeniu, utrudnia pracę personelu i demoralizuje pozostałych pacjentów. Jako uciążliwy, jest wypisywany ze szpitala tak szybko jak to jest tylko możliwe, bez jakiegokol-

Wykształcenie a częstotliwość pobytów na oddziale

Wykształcenie	Częstotliwość pobytów				Razem
	1 raz	2—4 razy	5—10 razy	11 i powyż.	
podstaw. niepełne	—	—	1/100%/	—	1/100%/
podstawowe	3/16%/	8/42%/	6/32%/	2/11%/	19/100%/
ZSZ	1/9%/	6/55%/	2/18%/	2/18%/	11/100%/
zawodowe średnie	—	6 (86%)	1/14%/	—	7/100%/
LO	—	—	1/100%/	—	1/100%/
nieukończ. wyższe	3/60%/	1/20%/	—	1/20%/	5/100%/
wyższe	1/50%/	1/50%/	—	—	2/100%/
Razem	8/17%/	22/48%/	11/24%/	5/11%/	46/100%/

wiek poprawy w stanie zdrowia — z zaleceniem nie spożywania alkoholu i adnotacją w karcie choroby — „pacjent nie nadaje się do leczenia w warunkach szpitala”. Formalnie przebył leczenie — praktycznie nic się nie zmieniło.

Nie ułatwiają leczenia obowiązujące przepisy. Do pacjentów względem których sąd orzekł obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, nie odnoszą się przepisy zezwalające na wypisanie go z Oddziału z powodu naruszenia regulaminu Oddziału lub na przykład w razie samowolnego opuszczenia Oddziału. W praktyce oznacza to po prostu, że pacjent „przymusowy” jest zwolniony z aktywnego udziału w leczeniu. Jeśli „nie chce” się leczyć, to i tak musi przebywać w Oddziale, bo tylko sąd może postanowić inaczej (— tylko jak?).

A może należałoby skorzystać z systemów prawnych dotyczących leczenia przymusowego w innych krajach? Na przykład w USA — 51% pacjentów samych tylko stacjonarnych instytucji odwykowych stanowią osoby wyłonione na leczenie „przez przełożonych w pracy” lub na mocy wyroku sądowego za wykroczenie lub przestępstwo popełnione pod wpływem alkoholu. W amerykańskich przedsiębiorstwach działają sprawne „opiekuńcze służby pracownicze” (EAP-Employment Assistance Program). EAP organizuje pomoc pracownikom w zakresie leczenia odwykowego dla alkoholików i narkomanów oraz w zakresie poradnictwa psychologicznego, psychoterapii i ogólnego podnoszenia jakości zdrowia psychicznego ludzi pracy. Konsultanci EAP rekrutują się w większości spośród utrzymujących abstynencję alkoholików lub byłych narkomanów, posiadających odpowiednie przeszkolenie. Za pośrednictwem służb pracowniczych zakłady pracy kierują na leczenie — u nas powiedzielibyśmy „przymusowe” — pracowników z problemem alkoholowym lub każdym innym, powodującym najmniejszy nawet spadek efektywności ich pracy. Koszty le-

czenia odwykowego pokrywa najczęściej pracodawca, gwarantując pracownikowi powrót po leczeniu na to samo stanowisko, gdzie ten „odpracowuje” poniesione przez pracodawcę koszty.

Co u nas może spotkać kogoś, kto został alkohikiem? Niewiele. Jeśli nie zgłosi się sam do poradni odwykowej (a najczęściej się nie zgłasza) to zostaje skierowany na leczenie przez sąd. Jeśli podjęte środki okażą się nieskuteczne, a najczęściej tak się dzieje, to wówczas wszyscy czują się zwolnieni, bo zrobili swoje. To pacjent zawiódł nie wykazując dostatecznej motywacji do leczenia. Dokąd ma pójść i na kogo liczyć jeśli wypadł z tak skonstruowanego systemu? A przecież ci, którzy stają się ludzkimi wrakami, nie przestają być ludźmi.

2. Brak w naszym systemie leczenia odwykowego jeszcze jednego ognia, jakim byłyby zakłady lecznictwa odwykowego dla tak zwanych „trudnych alkoholików”. Mówi się o konieczności ich powstania od dawna (dwa takie zakłady miały powstać w 1976 roku). Zakłady te skupiałyby chorych, którzy ze względu na liczne zaburzenia charakteru nie mają szans wyleczenia w żadnym z oddziałów szpitalnych. Dla takich właśnie chorych powinny istnieć oddziały odwykowe prowadzone przez resort spraw wewnętrznych. W związku Radzieckim i Czechosłowacji prowadzi się takie zakłady. Porządku i przestrzegania regulaminu pilnują funkcjonariusze milicji — leczenie prowadzi personel służby zdrowia. Personel lekarsko-pielęgniarski nie spotyka się z wrogością pacjentów, gdyż wypełnia tylko swoje obowiązki a nie pełni funkcji nadzorczych.

Głównym rodzajem leczenia jest praca, a obowiązkiem pacjenta jest pokrycie jego kosztów. Nadwyżki pieniężne zostają przekazywane rodzinie. Istnienie tego rodzaju zakładów dla „trudnych alkoholików” należy uznać za zjawisko wysoce humanitarne. W naszym kraju stosunek do tego typu zakładów jest zróżnicowany.

Jedni w ich tworzeniu widzą rozwiązanie wszystkich problemów leczenia odwykowego, u innych sprzeciw budzi wyłączenie zakładów odwykowych z resortu zdrowia. Ze względów więc humanitarnych nie tworzy się takich zakładów. Jednocześnie akceptacja i tolerancja są postawą rezygnacji i nihilizmu terapeutycznego. Obecnie chory, który nie chce się leczyć (nierzadko jest też agresywny), wykorzystuje każdą okazję by samowolnie Oddział opuścić. Jeśli nie dokonał przestępstwa nie znajduje odpowiednich motywów do leczenia. Postępowanie nosi więc wiele cech formalizmu. Wprawdzie zakłada się możliwość stosowania bezpośredniego przymusu fizycznego, na ogół jednak jego stosowanie nie bywa możliwe (szczupła obsada kadrowa), a zawsze będzie sprzeczne z podstawowymi założeniami etycznymi.

Personel służby zdrowia robi wszystko, by uniknąć zatargów z chorymi i w możliwie najkrótszym czasie zwolnić ich do domu. Chorego zwalnia się ze szpitala mimo, że nie nastąpiła żadna poprawa w jego stanie psychicznym i można z największym prawdopodobieństwem przewidywać, że choroba będzie postępowała. W ten sposób „trudny alkoholik” którego zdolność kierowania swoim postępowaniem bywa ograniczona, praktycznie zostaje pozbawiony jakiegokolwiek opieki i pomocy. Mimo, że chorzy ci nie stanowią zbyt wielkiego odsetka wśród alkoholików, to jednak powinno stworzyć się takie warunki, które dawałyby perspektywę ich wyleczenia lub rehabilitacji.

3. W analogiczny sposób należałoby odciążyć Oddział Leczenia Odwykowego od pacjentów

z głęboką psychodegradacją alkoholową. Po postawieniu diagnozy przestaje on w zasadzie być problemem medycznym — bardziej staje się zagadnieniem administracyjnym, porządkowym i społecznym. Należałoby tym chorym zorganizować stałą pomoc i opiekę — Oddział Leczenia Odwykowego nie jest optymalnym rozwiązaniem dla tej grupy pacjentów. Mimo stworzenia podstaw prawnych do organizowania domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, dotychczas nie podejmuje się ich budowy, a ogólnie znana zbyt szczupła baza domów dla osób z chorobami układu nerwowego nie pozwala na wyodrębnienie w nich oddziałów dla alkoholików (przynajmniej na terenie województwa płockiego).

4. Światowa Organizacja Zdrowia przyjmuje, że leczenie odwykowe można uznać za skuteczne, jeśli pacjent zachowa po kuracji abstynencję przez co najmniej rok. Istnieje jednak obawa, że przy zastosowaniu w leczeniu środka dyscyplinującego jakim jest „disulfiram”, a bez gruntowej psychoterapii mającej na celu zmianę systemu wartości i postaw pacjentów (1 psycholog na Oddział i Klub Rodzinny) — rok abstynencji może być „wymuszony” i zostać zachowany tylko na okres działania leku, a nie z wewnętrzznego przekonania o konieczności zerwania z nalogiem.

PRZYPISY

¹ Kulisiewicz T., *Alkoholizm w świetle współczesnej medycyny*. Warszawa 1968, s. 25.

² Skala J., *Alkoholizm*. Warszawa 1966, s. 111.