

613.81-092.25-07:356.33

VČASNÁ DIAGNOSTIKA ALKOHOLISMU U VOJÁKŮ V ZÁKLADNÍ SLUŽBĚ A JEJÍ VÝZNAM

Podplukovník MUDr. Oldřich KLÍMEK

Včasná diagnostika alkoholismu má značný význam jak z hlediska výběru do speciálních výcvikových kursů a škol, tak i z hlediska upevnování kázně, je-li spojena s důslednými výchovnými a podle potřeby i léčebnými opatřeními. Protože však stanovení diagnózy alkoholismu závisí na spolehlivosti a úplnosti objektivních zpráv zpravidla víc než na subjektivních údajích vyšetřovaného, nelze předpokládat, že diagnóza alkoholismu bude stanovena vždy před zahájením odborného výcviku. I při dobré spolupráci odvodní komise a orgánů připravujících podklady pro její práci s protialkoholními poradnami OÚNZ bude třeba část alkoholiků vylučovat z funkcí pro ně nevhodných až po určité době, když se začnou rušivě uplatňovat příznaky návyku. Opakované kázeňské přestupky páchané pod vlivem alkoholu jsou signálem, který nesmí ani velitel, ani lékař útvaru přehlížet, nemá-li ohrozit kázeň nejen jednotlivce, ale i jednotky.

Výskyt alkoholismu a s ním spojených projevů nekázně nebo trestní činnosti v armádě je do určité míry závislý také na trendu ukazatelů, charakterizujících projevy alkoholismu v celostátním měřítku a zejména v řadách mládeže. Svůj význam mají zvláště tyto ukazatele:

Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele ČSSR v přepočtu na 100% alkohol stoupla ze 3,4 litrů v r. 1936 na 5,7 l v r. 1963; tento vzrůst se projevil ve spotřebě piva a vína, zatímco spotřeba koncentrovaných lihovin setrvává na předválečné úrovni.

Ze statistiky činnosti záchytné stanice v Praze nás musí zajímat, že mezi zachycenými opilci byl podíl osob do 20 let:

v období let	1951-53 — 4,5 %,	1960-62 — 15 %.
	1957-59 — 7,8 %,	1963-64 — 17,7 %.

Po vydání zákona č. 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu sice poněkud poklesl podíl mladistvých (do 18 let), avšak podíl 19letých — 20letých má dále stoupající úroveň.

S údaji pražské záchytné stanice koresponduje počet výtržností a opilství řešených posádkovými hlídkami v Praze — v letech 1958—1964 stoupl čtyřnásobně. Část tohoto vzrůstu nutno připsat na vrub přísnějšího postupu hlídek. Pplk. dr. Pichler a pplk. dr. Srb upozornili na zvýšený výskyt trestných činů páchaných vojáky pod vlivem alkoholu (Lidová armáda 1/1965).

Se stoupající spotřebou alkoholických nápojů stoupá tedy i počet nežádoucích jevů vyvolaných abuzem alkoholu. Ze statistik lze vyvodit, že podíl mužské mládeže na zvýšené spotřebě alkoholických nápojů je relativně větší než podíl ostatních věkových skupin. Převaha spotřeby méně koncentrovaných alkoholických nápojů je relativně příznivá z hlediska rychlosti rozvoje somatických škod na zdraví, nesnižuje však riziko výskytu alkoholismu jako choroby.

Při stanovení diagnózy alkoholismu musíme mít k dispozici **objektivní zprávy**, charakterizující chování pacienta a způsob abuzu v době před nastoupením vojenské služby i během vojenské

služby, frekvenci abuzu, toleranci, chování v ebrietě a jiné poruchy chování pozorované u vyšetřovaného. Explorací pacienta, o němž máme podrobné objektivní zprávy, dospějeme pochopitelně k přesnějším závěrům, než nemáme-li s čím konfrontovat subjektivní údaje, často zatížené racionalizacemi a disimulačními tendencemi.

J. Skála navrhl ve své monografii tzv. **víceetážovou diagnózu** alkoholismu, v níž charakterizuje

- osobnost včetně intelektu a sociálních vztahů,
- vývojovou fázi alkoholismu podle Jellinka,
- způsob abuzu (společenský, reaktivní, profesionální, symptomatický),
- zda jsou vyjádřeny příznaky alkoholické toxikomanie nebo chronického alkoholismu,
- pacientův náhled, vyplývající ze srovnání jeho subjektivních údajů s objektivní anamnézou.

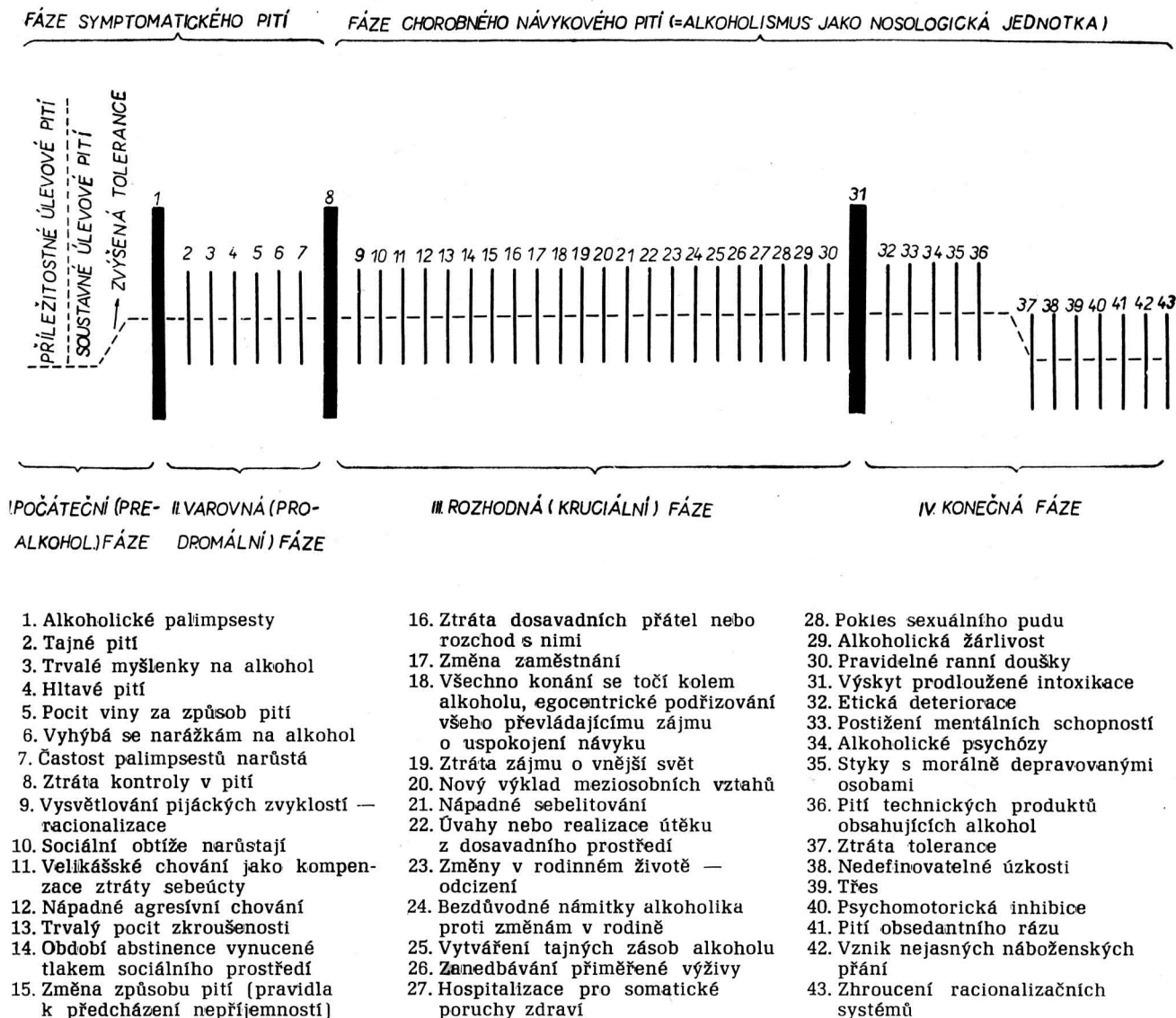
Rozlišování vývojových fází alkoholismu podle E. M. Jellinka, spoluzakladatele a ředitele Střediska alkoholického výzkumu university v Yale, je v souladu se závěry podvýboru Světové zdravotnické organizace, vytvořeného k řešení otázek alkoholismu.

Vývojové fáze (tab. 1) zahrnují příznaky typické pro většinu alkoholiků ve stejné fázi. V anamnézách alkoholiků se setkáme samozřejmě s tím, že některé příznaky nemusí být přítomny. Pro stanovení vývojové fáze musíme však pátrat po podstatných příznacích, jakými je zvýšená nebo snížená tolerance, palimpsesty, ztráta kontroly v pití, racionalizace pijáckých zvyklostí, vynucená období abstinence, narušení interpersonálních vztahů, ranní doušky a prodloužené intoxikace (tahy). První a druhá fáze jsou fázemi symptomatického pití, za nemoc považuje Jellinek alkoholismus ve III. a IV. vývojové fázi.

Začátek nadměrného požívání alkoholických nápojů má téměř vždy motivaci společenských zvyklostí. Na rozdíl od jiných lidí budoucí alkoholik poznává a věří, že pití alkoholu mu poskytuje úlevu od pocitů vnitřní tenze, od strachu, od pocitů nespokojenosti nebo méněcennosti a začíná tuto úlevu vyhledávat. Jde zatím o příležitostné požívání větších dávek alkoholických nápojů, k opilosti nemusí ještě v **první prealkoholické fázi** docházet, je však patrná zvýšená tolerance na alkohol a přechod od příležitostného k pravidelnému pití.

Jakmile je požívání nadměrného množství alkoholu tak časté, že je možné je považovat za

Vývoj alkoholismu podle E. M. Jellinka



pravidelný abuzus, např. při každé vycházce z kasáren, při každé výplatě, jednou týdně nebo častěji, dochází k společenským nepříjemnostem, narušení občanského soužití, kázeňským pře-
stupkům pod vlivem alkoholu nebo i trestným činům, dosáhl piják již **varovné fáze (II. prodromální fáze)**. Začínají se objevovat také alkoholické palimpsesty (okénka), tj. amnezie po požití alkoholických nápojů, která není spojena s bezvědomím. V této fázi má ještě náhled na svou situaci, má strach z možných důsledků abuzu, dovede se v pití kontrolovat. Okénka mohou ve II. fázi zejména u „pivařů“ chybět.

Nedojde-li k omezení abuzu nebo léčení, začíná alkoholik postupně ztrácet kontrolu v pití, přechází do **III. krucální neboli rozhodné fáze**. Se ztrátou kontroly v pití začíná alkoholik produkovat běžně známá alibi a racionalizace, kterými se snaží přesvědčit především sám sebe, že ještě má vůli a schopnost ovládat návyk. Problémy ve službě i v rodině narůstají a stávají se

novou záminkou pro pití. Alkoholik ztrácí sebeúctu a kompenzuje tuto ztrátu velikášstvím a agresivním chováním. Rostoucí odpor okolí vůči jeho chování a časté opilosti vede k opakovaným obdobím vynucené abstinence. I v této fázi je schopen alkoholik abstinovat, není však schopen po požití prvních doušek alkoholu zabránit neuhasitelné touze po dalším pití, připomínající řetězovou reakci a končící teprve, když propil peníze nebo když už je tak opilý, že nemůže pokračovat. Dochází k pokusům o zlepšení situace změnou pijáckých zvyklostí — myslí, že rum nesnáší, proto „přesedlá“ na jinou lihovinu nebo nejčastěji vzhledem k ceně na pivo, popř. se snaží nepít před večerem, nebo změni společnost. Toto úsilí a sebepřemáhání vede u něho k narůstání nepřátelského postoje vůči okolí, zejména vůči osobám, které usilují o změnu jeho chování. Zájem o pracovní otázky, o rodinu i jiné dřívější zájmy ustupují do pozadí, alkoholik se nyní stará hlavně o příležitost k pití a způsob,

jak sehnat prostředky k pití. Vzniká alkoholická žárlivost, pokles sexuálního pudu atd.

Když alkoholik začne potřebovat ranní doušky alkoholického nápoje, aby překonal ztrátu sebe-důvěry, třes a jiné následky opilství, k němuž už dochází ve formě prodloužené intoxikace, tj. několikadenních tahů, nastává **IV. terminální fáze**. Je již patrná etická deteriorace, postižení mentálních schopností, alkoholik se stýká s morálně depravovanými osobami a přejímá jejich způsob života, při nedostatku peněz se uchyluje k pití technických produktů, obsahujících alkohol (francovka, pitralon, kolínská voda, ale i denaturovaný lih). Význačným příznakem pokročilé IV. fáze je snížení tolerance na alkohol — k opilosti stačí podstatně menší množství alkoholu, než na jaké byl dříve zvyklý. Racionalizační systém se rozpadá, je si vědom porážky a bezmocnosti, pije však při každé příležitosti dál.

Jellinek uvádí ve svých pracích širokou definici alkoholismu, kterým rozumí každé takové požívání alkoholických nápojů, které působí nějaké škody jednotlivcům, společnosti nebo škody obojího druhu, zároveň však upozorňuje, že za nozologickou jednotku, nemoc „per se“, považuje jen III. a IV. vývojovou fázi.

V čs. zákoně o boji proti alkoholismu je použita za podklad **ustanovení o povinném léčení** širší definice alkoholismu. Podle § 13 zákona je alkoholikem osoba, která se požíváním alkoholických nápojů přivádí opětovně do stavu vzbuzujícího pohoršení nebo majícího nepříznivý vliv na rodinu nebo na pracovní výkon, nebo do stavu jinak poškozujícího obecné zájmy, nebo která si tímto požíváním způsobila poruchu zdraví.

Ve své novější práci „The Disease concept of Alcoholism“ (1960) dospěl Jellinek k názoru, že existuje celkem 5 druhů alkoholismu, které označil jako alfa-, beta-, gama-, delta- a epsilon-alkoholismus, přičemž všechny vývojové fáze se projevují jen u gama alkoholismu. **Alfa-alkoholismus** je trvalá, avšak čistě psychologická závislost na alkoholu, směřující k potlačení nepříjemné emoce nebo bolesti požíváním alkoholu, která se stává nedisciplinovaným pitím, nerespektujícím zvyklostí v dané společnosti uznávané jako přípustné pro požívání alkoholu. Alfa-alkoholismus působí společenské problémy, neznamená však ztrátu kontroly v pití ani neschopnost přestat pít. Může být přechodnou vývojovou fází, ale hlavně má Jellinek na mysli alkoholiky, jejichž alfa-alkoholismus trvá 30 let i více bez známek progresu — tedy takové, kteří nikdy nepřekročili II. vývojovou fázi. **Beta-alkoholismus** vede ke komplikacím (gastritidy, jaterní cirhóza, polyneuropatie), aniž dochází k závislosti na alkoholu. Vzniká často při návykové nadměrné konzumaci alkoholu, která je běžná u určitých společenských skupin a která vede současně k narušování životosprávy a výživy až k nutriční deficienci. Abstinenci příznaky však se u tohoto druhu alkoholismu nevyskytují. U beta-alkoholiků můžeme konstatovat II., ale i III. vývojovou fázi.

Gama-alkoholismus se vyznačuje

1. zvýšením tkáňové tolerance na alkohol,
2. adaptací buněčného metabolismu,
3. abstinenci příznaky a obsedantní potřebou požívání alkoholických nápojů, tj. fyzickou závislostí na alkoholu,
4. ztrátou kontroly v pití.

Je to toxikomanický druh alkoholismu, charakterizovaný progresí od psychologické až k fyzické závislosti na alkoholu a produkující nejzávažnější problémy.

Delta-alkoholismus má první 3 rysy shodné s předchozím, avšak místo ztráty kontroly v pití lze spíše mluvit o neschopnosti abstinovat, nejsou výraznější abstinenci příznaky a zachována je schopnost kontrolovat požitá množství. Motivací nadměrného pití jsou opět zvyklosti určité společenské skupiny, není vyznačena nějaká pre-

alkoholická zvýšená vulnerabilita. Tento druh alkoholismu je rozšířen ve vinařských krajích, např. ve Francii. Zřídka dochází přitom ke změnám chování, typickým pro gama-alkoholismus; delta-alkoholik je zřídka opilý, ale také není nikdy zcela střízlivý.

Epsilon-alkoholismus je v Evropě označován jako dipsomanie, kvartální excesivní pití a je prozkoumán nejméně.

Na otázku, který z uvedených druhů alkoholismu považuje za chorobu per se, odpovídá Jellinek:

Alfa-alkoholismus je jen příznakem latentní poruchy. Ani beta-alkoholismus není ničím jiným než následkem dlouhodobého abuzu, který však nebyl výrazem patologické závislosti na alkoholu.

Adaptace celulárního metabolismu, zvýšená tolerance tkání na alkohol, abstinenci příznaky, vedoucí k obsedantnímu pití a ke ztrátě kontroly nebo neschopnosti nepít — to jsou patofyziologické změny analogické změnám při narkomaniích a toxikomaniích, vyvolaných jinými drogami. Za nemoc považuje tedy gama- a delta-alkoholismus, u epsilon-alkoholismu dnešní stav znalostí nedovoluje rozhodnout, zda jde jen o symptom jiné nemoci.

K ilustraci významu včasné diagnostiky alkoholismu u vojáků v základní službě z hlediska prevence mimořádných událostí a ohrožení kázně, jakož i z hlediska preventivně léčebných opatření mohou posloužit údaje uvedené v přehledu výsledků vyšetření 44 vojáků v základní službě v protialkoholní poradně Ústřední vojenské nemocnice (tabulka 2). Poradna působí teprve půl roku a některé útvary ji dosud málo využívaly. Jde proto o malý soubor, a nelze z něho vyvozovat víc než předběžné závěry pro charakterizování alkoholismu u vojáků v základní službě v našem spádovém území.

Většina vyšetřených byla již ve školním věku vychovávána v méně příznivém prostředí, tedy v jiném prostředí než v urovnaných rodinných podmínkách u vlastních rodičů. Ve věku po ukončení povinné školy je tento méně příznivý vliv prostředí vyjádřen ještě početněji, jen čtvrtina vyšetřených byla i v tomto období vychovávána v urovnaných rodinných poměrech. Rodinná zátěž alkoholismem byla zjištěna u 43,2 % vyšetřených. Většina vyšetřených byla již soudně trestána, nejčastěji pro násilné činy páchané pod vlivem alkoholu, druhé v pořadí četnosti jsou vojenské trestné činy, třetí jsou majetkové delikty a příživnictví. Čtvrtina souboru má v anamnéze suicidální pokus, páchaný většinou v ebrietě, a to bez zřetelnější závislosti na vývojové fázi alkoholismu (nelze ovšem vyloučit chybu malých čísel).

Polovina příslušníků souboru má neúplné základní školní vzdělání, většina má subnormní intelektové schopnosti, ojedinele jde i o vojáky s nadprůměrným intelektem.

Jellinkovu pojetí alkoholismu jako choroby odpovídá 52,3 % souboru (III. a IV. vývojová fáze), ve II. varovné fázi bylo 34,2 %. Z celého souboru bylo 13 vojáků přezkoumán uznáno za neschopné voj. služby, u žádného z nich však nebyla základní diagnóza alkoholismus. Z počtu neschopných voj. služby byli 4 ve II. fázi, 4 ve III. fázi a 5 ve IV. fázi alkoholismu.

Oblíbeným nápojem je u 93 % vyšetřených pivo. Nadměrné požívání alkoholických nápojů trvalo u většiny 3 roky a déle. Převážně ambulantní způsob vyšetření i průměrný věk nedovo-

Tab. 2

Přehled výsledků vyšetření 44 vojáků v základní službě vyšetřených v protialkoholní poradně ÚVN (září 1964 — březen 1965)

1. Věkové skupiny:	19 — 22 let:	34, tj. 77,3 %			
	23 — 30 let:	9, tj. 20,4 %			
	nad 30 let:	1, tj. 2,3 %			
2. Svobodných:	42 (95,4 %), ženatí	2			
3. Vzdělání:	vysokoškolské	1			
	střed. škola s maturitou	1			
	úplná základní škola	20			
	neúplná základní škola	22			
	zvláštní škola	—			
4. Intelektivní schopnosti (podle orientačního vyšetření)	nadprůměrní	3	— 6,8 %		
	průměrní	13	29,5 %		
	podprůměrní	25	56,8 %		
	nezjišťováno	3	6,8 %		
5. Zdravotní klasifikace „neschopen voj. služby“ byla stanovena u 13 z vyšetřených, nikdy však jako základní diagnóza nebyl alkoholismus.					
6. Vývojové fáze alkoholismu (podle Jellinka):					
E I (iniciální fáze)	6	13,5 %			
E II (prodromální fáze)	15	34,2 %			
E III (kruciální fáze)	14	31,8 %			
E IV (terminální fáze)	9	20,5 %			
7. Zátěž alkoholismem v rod. anamnéze	19	43,2 %			
přímo otec — alkoholik	15	34,2 %			
8. Výchovné prostředí			v dětství až 14 let		v období dospívání
Výchova vlast. rodiči					
v urovnaném prostředí	20			11	
v neurovnaném prostředí	10			7	
Výchova v neúplné rodině bez otce	3			2	
Výchova v neúplné rodině bez matky	2			1	
Výchova nevlastním otcem	2			1	
Výchova nevlastní matkou	1			1	
Rodiče rozvedeni	—			1	
Výchova u prarodičů	3			2	
Výchova mimo rodinu (dět. domov, internát)	2			17	
Nezjištěné podmínky výchovy	1			1	
9. Trestná činnost (podle soudních trestů podmíněných i nepodmíněných, pokud je vyšetřovaní přiznali) celkem z toho pod vlivem alkoholu					
Násilné činy	15			14	
Voj. trestné činy	6			3	
Dopravní delikty	4			3	
Majetkové delikty, příživnictví	5			5	
Sexuální delikty	2			1	
10. Suicidální pokusy: zjištěny u 25 % vyšetřených					
			Vývojová fáze v době vyšetření		
			E I E II E III E IV celkem		
Suicid. pokus v ebrietě	1	2	3	1	7
Suicid. pokus ve střízlivém stavu	1	—	2	1	4
11. Trvání abuzu alkoholu					
do 2 let	5	5	2	—	12
3—4 roky	—	10	10	4	24
5—9 let	—	—	2	3	5
10 let a déle nezjištěno	—	—	—	2	2
12. Oblíbený nápoj:					
Pivo	41, z toho 7 také kořalky				
Vino	2				
Kořalky	8, z toho 7 také pivo				
13. Na záchytné stanici bylo zadrženo 11 etyliků, z toho 5 opakovaně					

lují činit závěry u této skupiny z hlediska příznaků **chronického alkoholismu**, tj. alkoholismu s klinicky prokazatelnými škodami na zdraví závažného rázu, vyvolanými dlouholetým abuzem.

Postoj vyšetřených k návrhu protialkoholní léčby byl u většiny ambivalentní, u třetiny odmítavý. Ústavní odvykací léčbě se podrobilo 8 příslušníků souboru, z toho 4 recidivovali, ambulantní léčbě disulfiramem se podrobuje 12 vojáků, jejich abstinence nebyla dosud katamnesticky hodnocena pro krátkou dobu od zahájení léčby. Vojáci neschopní vojenské služby byli předáni do péče civilních poraden.

Při exploraci alkoholiků v poradně se osvědčuje postup vypracovaný na základě Jellinkovy koncepce vývoje alkoholismu a zkušeností dr. Skály, přednosty protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky Karlovy university. Před vlastní explorací je nutné znát obsah objektivních zpráv z bydliště i od útvaru, aby bylo možno přikročit po subjektivních údajích pacienta k upřesnění sporných údajů konfrontací s objektivními údaji, aniž sdělujeme jméno informátora. Omezíme se ovšem při prvním vyšetření na údaje, důležité k rozhodnutí, zda je protialkoholní léčení indikováno a zda je vhodné ambulantní nebo ústavní léčení, což ovšem znamená určit, o kterou vývojovou fázi jde. Přehled explorace alkoholiků je v tab. 3.

Určení vývojové fáze je vodítkem pro **volbu léčebného postupu**. V I. prealkoholické fázi jsou důležitá především výchovná opatření. V II. prodromální fázi zpravidla postačuje ambulantní léčba disulfiramem (Antaethyl) spolu s psychoterapií. K ústavní odvykací léčbě je vhodné přikročit i v II. fázi při aktivním kladném postoji u těch, jejichž ebriety jsou provázeny opakovaně agresivním nebo suicidálním jednáním. V III. kruciální fázi je ústavní odvykací léčba s využitím komplexního léčebného režimu většínou nutná, nezbytná pak ve IV. vývojové fázi.

Statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vyd. SZN 1960 rozeznává alkoholismus akutní, chronický a blíže neurčený, vše pod statistickou značkou 322, přičemž samostatné značky má jednak ebrietas simplex - 961, jednak alkoholické psychózy - 307. Rozlišování vývojových fází v rámci statistické značky 322 není tedy v rozporu se zásadami statistické klasifikace nemocí. Dosud často používaná diagnostická formulace „sklon k abuzu alkoholu“ odpovídá obsahově nejspíše I. prealkoholické fázi, „abusus alkoholu s návykem“ II. prodromální fázi. Zjistíme-li však ztrátu kontroly v pití, nelze vystačit s formulacemi, které nevyjadřují, že jde o nemoc se závislosti na alkoholu jakožto výrazem patofyziologických změn a nikoli jen o ha-

14. Léčba:	ambulantní antaetylová	14
	ústavní odvykací léčba s reflexní averzí	8
	psychoterapie, předání do péče OÚNZ	22
15. Postoj k návrhu odvykací léčby		
	aktivně kladný	5
	verbálně kladný, ambivaletní	24
	negativní, odmítavý	15

Tab. 3

Přehled explorace alkoholiků

Kromě běžného schématu psychiatrické explorace klademe při exploraci alkoholiků tyto dotazy:

1. RA: Byl otec nebo jiný příbuzný častěji opilý? Byl podroben protialkoholickému léčení? Bydlil v domácnosti nějaký jiný nadměrný piják? Vyráběly se doma alkoholické nápoje? Epilepsie?
2. Pracovní anamnéza: Pracoval v horkém provozu? Pil alkoholické nápoje v prac. době (svačiny)? Nečekal na autobusové aj. spojení pravidelně v hospodě? Profesionální abuzus (číšníci, zaměst. pivovarů, lihovarů, závozníci těchto podniků apod.). Dostával často zpropitné, měl příležitostné výdělky — melouchy? Střídal zaměstnavatele a proč? Byl na uhelné brigádě nebo jinde dlouhodobě internátně ubytován společně s nadměrnými pijáky, zúčastňoval se s nimi často pijáckých zábav?
3. V jakém věku prvně ochutnal alkoholický nápoj, při jaké příležitosti a jaký? Patřil doušek piva nebo vína k nedělnímu obědu již ve školním věku?
4. Kdy začal s pravidelným požíváním alkoholických nápojů, v jakém prostředí, jaký je oblíbený nápoj (přesně druh, stupňovitost piva)?
5. V jakém věku byl poprvé opilý? Jak často se opije? Jaké množství alkohol. nápoje potřebuje, aby měl náladu — byl podnapilý — opilý? Musí nyní vypít víc, aby byl podnapilý, než zpočátku, nebo snese méně než dříve?
6. Kdy měl prvně „okénko“ v opilosti nebo během požití většího množství alkohol. nápojů? Čeho se týkalo? Jak často měl „okénka“ v min. roce?
7. Stává se, že po první sklenici pocituje neodolatelnou touhu pít další („chytí slinu“)? Stává se, že přesto, že chtěl vypít 1—2 piva, zůstává v hospodě, pokud má peníze nebo pokud není zmožen pitím?
8. Pokusil se vydržet delší dobu bez pití? Jak dlouho vydržel? Pil někdy tajně? Pije alkohol také docela sám, mimo obvyklou hospodskou společnost? Schoval si někdy láhev doma nebo na pracovišti, aby mu na to nepřišli? V jaké společnosti pije — je mu jedno s kým? Přerušil s ním někdo styky pro pití?
9. Jak často byl opilý v posledních 2 měsících, kolik utratil za alkohol. nápoje měsíčně (včetně toho, co zaplatil za jiné)? Jaké problémy mu vznikají v důsledku pití (porušení voj. kázně, prac. morálky, bezpečnosti práce nebo dopravy, rodinné problémy, trest. činnost)? Kolikrát byl na záchyt. stanici? Byl již v protialkohol. poradně, byl léčen?
10. Motivace abuzu: konflikty pracovní, erotické, rodinné, společenský abuzus, pití v partě. Pije, aby dosáhl uvolnění napětí, ze vzteku, lítosti?
11. Chování v ebrietě: veselý, hlučný, agresivní, kriminální, smutný, plačtivý, spavý. Měl suicidální tendence v ebrietě? Provedl v souvislosti s pitím někdy čin ohrožující jiné osoby? Měl v souvislosti s pitím křeče nebo jiný záchvatový stav?
12. Vyskytly se někdy děsivé sny nebo představy, slyšel hrozivé hlasy? Je žárlivý, má pocit, že ho někdo pronásleduje?
13. Pil někdy dva dny, či déle? Jak časté měl absence v zaměstnání? Měl někdy po opilosti druhý den ráno roztřesené ruce? Ranní doušky? Pomočil se v opilosti? Odkdy nesnáší alkohol? Má časté zažívací obtíže?

Co dotazem sledujeme:

Možná hereditární zátěž, vliv prostředí na vývoj osobnosti.

Přechod od uzu k abuzu u osob, jimž je alkohol lehce dostupný, nebo u submisivních nevyzrálých osobností přejímajících pijácké zvyklosti okolí a kompenzujících pocity méněcennosti excesivním pitím.

Abusus v domácnostech výrobců vína, slivovice. Vznik vztahu k alkoholu jako k žádané hodnotě — kopie postoje rodičů nebo vychovatele.

Pátrat po skupinovém abuzu v partách mladistvých, trvání abuzu.

Upřesnit frekvenci abuzu, zda je tolerance na alkohol zvýšená, zda není intolerantní na alkohol.

Upřesnit vývojovou fázi, pozor na účelová „okénka“ při přestupcích a trestných činech.

Ztráta kontroly v pití jako symptom rozhodné fáze.

Autoakuzace, systém racionalizací, změny způsobu pití.

Sociální důsledky abuzu.

Náhled vlastní situace, postoj k odvykací léčbě.

Rozlišit racionalizace od objektivně zjištěného reaktivního nebo symptomatického abuzu.

Pátrat po abnormních reakcích na alkohol, patická opojenost, komplikovaná opojenost, alkoholické epilepsie, alkoholická hysterie.

Alkoholické psychózy.

Upřesnění terminální fáze, chronický alkoholismus.

bituální poruchy chování s větší nebo menší produkcí sociálních, kázeňských, popř. i kriminálních problémů pod vlivem alkoholu.

Bylo by proto žádoucí, aby se i mezi lékaři naší armády vžila Jellinkova terminologie a vymezení vývojových fází. Všechna psychiatrická pracoviště mají možnost ve spolupráci s hlavním lékařem provádět při vhodné indikaci ambulantní léčbu alkoholiků disulfiramem. Podmínkou

většího rozšíření ambulantní protialkoholní léčby v armádě je ovšem jednotná koncepce protialkoholní léčby, tak jak již byla formulována ve směrnících ministerstva zdravotnictví a spolupráce s veliteli léčených vojáků.

Literatura

- E. M. Jellinek, Phases of alcohol addiction, 1946.
 J. Skála, Alkoholismus, 1957.
 J. Skála, Organizace a metodika boje proti alkoholismu, 1957.
 The alcoholism complex — sborník Ch. D. Smithers-Foundation 1960.