

## NEDOPORUČITELNÉ „DOPORUČENÉ POSTUPY“

### ● 1 CO JSOU „DOPORUČENÉ POSTUPY“ A KAM JE ZAŘADIT?

Doporučené léčebné postupy či standardy dobré praxe (v angličtině „guidelines“) patří k nástrojům zajišťování a rozvoje kvality odborných služeb („quality assurance“). Jsou cenným prostředníkem mezi výzkumem a praxí. Jejich hlavním cílem je pomoc profesionálům i pacientům v rozhodování o vhodných intervencích za určitých specifických okolností, např. při určité zdravotní události či jejích komplikacích. Pomáhají však také veřejným činitelům, administrátorům a klinickým manažerům v plánování služeb a zajištění prostředí pro dobrou praxi (Selbstmann et al., 1997; Kalina, 2000). V neposlední řadě jde také o učicí texty; dobře zpracované „guidelines“ jsou oporou vzdělávání studentů i pokročilejších adeptů odbornosti.

K hlavním požadavkům na solidní standardy dobré praxe patří široká expertní báze a vědecká průkaznost. Např. nedávno publikované Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence (WHO, 2008) zdůrazňují, že doporučení „jsou založena na systematickém přehledu dostupné literatury a na konzultacích se širokým okruhem odborníků.“ Podobně uvádí soubor britských „guidelines“ zpracovaných Britskou psychologickou společností a Královským kolegiem psychiatrů (NICE, 2008), že se na práci podílel rozsáhlý tým odborníků, zástupců veřejnosti a technického personálu a výsledkem jsou „doporučení pro klinickou praxi odvozená z nejsoučasnejších a robustních důkazů klinické a nákladové efektivity“.

Nemýlíme se, když z toho usuzujeme, že guidelines“ mají v zahraničí vysokou prestiž, důvěryhodnost a jsou obvykle jakýmsi vysvědčením vyspělosti odborné obce.

Jinak však v naší zemi. „Vás kdyby učít chtěli všichni svatí, zda všimnou si jich Češi paličatí“, chtělo by se citovat Nerudu. Ale všimnou, dobře si všimají, jenže jen někteří a ke škodě věci nikoliv právě ti, kteří nám doporučené postupy vytvářejí, konkrétně nikoliv MUDr. Karel Nešpor, CSc., jako autor Doporučených postupů v léčbě návykových poruch a patologického hráčství.

### ● 2 CESTY K ZABLOUDĚNÍ

#### ● 2 / 1 Koncepce a systém

Problematika závislostního okruhu se odehrává v trojúhelníku, jehož jedním vrcholem je vnější chemická substance, návyková látka<sup>1</sup>, druhým vrcholem člověk, lidská bytost v bio-psycho-socio-existenciální celistvosti, a třetím vrcholem prostředí ve smyslu Batesonovy ekologie mysli (Bateson, 1972).<sup>2</sup>

I když se člověk vůči návykové látce také nějak vztahuje emočně a behaviorálně, nejpodstatnějšími interakcemi na této spojnici trojúhelníku jsou interakce biochemicko-neurobiologické, působení vnější substance na receptory a transmytery v mozku. Tyto interakce jsou vysoce specifické pro jednotlivé typy návykových látek, jiné u opioidů, jiné u stimulantů, jiné u alkoholu či nikotinu. Každý krok, jímž se od této spojnice vzdalujeme, však znamená úbytek specifčnosti a přibývání společného, až konečně na spojnici mezi psycho-socio-existenciálním rozměrem člověka a „ekologií mysli“ nenacházíme takřka nic specifického, co by se dalo vztáhnout k chemickému vzorci té či oné návykové látky.

Jinými slovy: pokud stojíme před úkolem zpracovat „guidelines“ pro celý závislostní okruh, je plně oprávněné pojednat striktně odděleně pro jednotlivé typy návykových látek téma zvládnutí akutní intoxikace a odvykacího syndromu i téma cílené farmakoterapie (viz např. Dvořáček, 2003; Bayer, 2003). Ale pokud dál pokračujeme v takto vymezených koridorech, dostáváme se do úzkých. V oblasti matchingu, párování potřeb a intervencí, tj. v doporučených volbách určitého typu péče (ambulantní, stacionární, nemocniční, rezidenční ...) rozhodují už jiné faktory, více společné jednotlivým skupinám návykových látek, např. intenzita závislosti, pohotovost k akutní intoxikaci, odvykacímu syndromu či relapsu, přítomnost somatických či psychických komplikací a „toxicita“ původního prostředí pacienta (viz

1/ Chemický vzorec návykové látky je u tzv. nelátkových závislostí či závislosti na procesu, jako je patologické hráčství nebo internetová závislostní porucha.

2/ Chemický vzorec je návykové látky je u tzv. nelátkových závislostí či závislosti na procesu, jako je patologické hráčství nebo internetová závislostní porucha, nahrazen emočně behaviorálním vzorcem, který spouští neurobiologické děje v mozku obdobně jako zvenčí přiváděná chemická substance.

např. indikační manuál Americké psychiatrické asociace, in Kalina, 2008). A v oblasti psychosociálních intervencí už vůbec nic specifického pro opioidy, stimulancia či alkohol neplatí. Museli bychom v každé guideline pro každý typ návykové látky i pro patologické hráčství buď poctivě zopakovat více méně totéž, nebo to nějak chaoticky rozstrkat do příhrádek a k tomu přiřazovat zdůvodňující literární odkazy.

MUDr. Nešpor zvolil bohužel tuto nejhorší možnost. Někteří obrazová schémata, jimiž doprovází texty svých doporučených postupů, sice svědčí o tom, že je se systémem uvažováním aspoň obeznámený, ale texty – a o texty jde – to nereflktují ani v nejmenším. Drží se přísné specifikace podle typů návykových látek; není divu, že jsou nejsilnější (nebo nejméně slabé) právě v oblasti zvládnání akutní intoxikace a léčby odvykacího syndromu (v oblasti, kterou můj kolega a spolukomentátor MUDr. Petr Jeřábek, Ph.D., výstižně nazývá „emergentní adiktologie“), a ještě u farmakoterapie závislostí, ale dál vzniká chaos. Takto vestavěná koncepční vada pak přímo ovlivňuje další problémy jím doporučených postupů.

Zkuste si organizovat šatník a prádelník ne podle typů a účelu, ale podle barev – logicky se vám jedna modročerná ponožka ocitne v zásuvce s modrou podprsenkou a druhá s černou čepicí na lyže a budete nuceni bíločerný svetr náhodně umístit v zásuvce „černé“ nebo „bílé“ a hledat pro to vědecký důkaz, nebo ho rozstříhnout a hledat vědecky opodstatněné využití pro dvě půlky svetru. Přibližně takto Nešporovy doporučené postupy dopadají.

## ● 2 / 3 Struktura a vnitřní konzistence

Jednotlivé sekce „doporučených postupů“ mají určité vnitřní členění. Zkusil jsem si vypsát názvy odstavců, které se v jednotlivých sekcích vyskytují, a seřadit je takto:

- Komentář k diagnóze
- Prevence a rizikovost
- Léčba akutní intoxikace
- Léčba odvykacích stavů
- Časná a krátké intervence
- Svěpomoc
- Ambulantní léčba/léčba obecně (farmakoterapie, psychosociální intervence)
- Ústavní léčba
- Mírnění škod
- Léčba komplikací

Možná by to byla slušná osnova „doporučeného postupu“, kdyby byla dodržována a přiměřeně naplňována. Každá sekce má však více méně jinou strukturu a jiný obsah. To vede ke zcela nelogickému vypadávaní některých témat. Např. komentář k diagnóze se vyskytuje pouze u těkavých látek, důležitá oblast prevence a rizikovosti je uvedena pouze u benzodiazepinů a částečně u patologického hráčství (jako by jinde nebyla prevence potřebná a neexistovaly rizikové skupiny).

Všimějme si však především „typicky lékařských“ témat. Trhliny jsou i v oddílech, které jsou vcelku nejlépe zpracované: „léčba akutní intoxikace“ není zařazena všude, ačkoliv jde o téma velmi důležité pro lékařskou praxi (znovu připomínám systematické zpracování u Dvořáčka, 2003). Dokonce i léčba odvykacích stavů, jediný okruh problematiky, který je pokryt téměř úplně, má obdobné projevy vnitřní nekonzistence jako všechno ostatní: např. u pervitinu a THC se popisují příznaky, u ostatních látek nikoliv. Rovněž léčba psychických a somatických komplikací je pojednána nedůsledně. Co se týče psychických komplikací, není ani zmínka o alkoholických psychózách (viz např. Popov, 2003). Somatické komplikace jsou uváděny pouze u těkavých látek, i když by měly být uvedeny i u alkoholu (viz např. Popov, 2003). Rovněž nitrožilní užívání opiátů a stimulancií (pervitin) vede k řadě somatických komplikací (viz např. Minařík a Řehák, 2008), o nichž zde není ani zmínka. Časná a krátké intervence zcela chybí u opiátů a pervitinu. Obsah takto nazvaných odstavců, stejně jako odstavců s názvy souvisejícími nějak s léčbou, si zaslouží samostatnou pozornost.

Za zmínku stojí ještě to, že MUDr. Nešpor, podporovatel a propagátor svépomocných skupin v ČR, jim překvapivě přiznává nějaký význam pouze u alkoholu a zcela pomíjí existenci podobných trendů v oblasti patologického hráčství i užívání opiátů a stimulancií, ačkoliv se k podpoře léčebných cílů využívají ve světě stejně efektivně jako AA. A zcela na okraj: tvrzení, že „pro terapeuta je předání (svěpomocného) manuálu nebo odkazu na něj krátkou intervencí“ je velmi sporné a zjednodušující jak svěpomoc, tak krátké intervence. Terapeut musí svěpomoc facilitovat, ať jde o využívání manuálu či o zapojení do svépomocných skupin (viz např. Nowinski, in Rotgers, 1999).

## ● 2 / 3 Konzistence obsahu

Z tohoto hlediska si budeme všimát především odstavců o časných a krátkých intervencích, psychosociálních intervencích a léčbě obecně.

Co se týče časných a krátkých intervencí, jedná se o v literatuře poměrně dobře zpracované menu postupů, které vycházejí ze schématu obvykle nazývaného „kolo změny“ (Prochaska a diClemente) a používají techniky motivačních rozhovorů a různé techniky behaviorální (viz např. Vermeulen et al., 2004). MUDr. Nešpor to zná, také o tom psal. Zde však tuto důležitou oblast zpracovává nedbale a inkoherentně. Celkem u všech skupin návykových látek vyjmenovává tyto postupy:

*Posilování motivace, poradenství a doporučení abstinovat, kognitivně-behaviorální terapie, svěpomocné tištěné materiály, modifikace životního stylu, vyhýbání se rizikovému prostředí, telefonická pomoc, uzavření terapeutického kontraktu, krátká intervence na úrovni rodiny.*

Zcela bezdůvodně má však u každé skupiny jiný výběr, u benzodiazepinů cituje jako efektivní pouze to, že „lékař

poradí benzodiazepiny postupně vysadit“, a jak už jsem řekl, u opiátů a pervitinu toto téma chybí vůbec.

Totéž se ve větší míře opakuje v odstavcích pojednávání o léčbě ambulantní, případně o léčbě obecně. Tyto partie tvoří nejchaotičtější část Nešporova souboru od názvu po obsah.

Dozvídáme se např., že princip stupňovité péče se doporučuje u alkoholu, ačkoliv je používán u závislostí obecně (když už se jedná o principy léčby, měly by být zmíněny i jiné, např. matching); naopak u alkoholu není doporučena léčba v terapeutické komunitě. Zcela opominutá je léčba duálních diagnóz, ačkoliv řada uváděných bibliografických odkazů pojednává právě o této skupině pacientů.

Co se týče psychosociálních intervencí, celkem u všech skupin návykových látek vyjmenovává MUDr. Nešpor tyto postupy:

*Práce s motivací, kognitivní restrukturační, desenzitizační ve fantazii, kognitivně-behaviorální terapie, skupinová terapie, rodinná terapie, jiné formy psychoterapie, terapie „bez přívlastků“, contingency management, nácvik sociálních (asi dovedností), zvládání prevence recidiv, úprava životního stylu, relaxační techniky, postupy mírnící úzkost a posilující sebedůvěru, poskytnutí relevantních informací, poradenství.*

Stejně jako u časných a krátkých intervencí jsou tyto přístupy nelogicky rozhozeny do doporučených postupů u různých skupin návykových látek, takže zcela bezdůvodně se u každé skupiny doporučuje něco jiného. Základní chyba Nešporovy koncepce – chybění obecného přístupu tam, kde je na místě – pak vede k docela velkým nesmyslům.

Stejně jako u časných a krátkých intervencí však ani v tomto případě není zásadně prokázáno, že by u určité skupiny návykových látek fungovala jiná sestava psychosociálních intervencí než u jiných – více méně pravý opak je pravdou. Vědecké zdůvodnění Nešporova bezdůvodného přístupu je obtížné hledat; autor to však přesto činí za cenu svérázného zacházení s literárními odkazy. Tím ovšem ohrožuje důvěryhodnost „evidence-based“ přístupu.

## ● 2 / 4 Průkaznost účinnosti, práce s literárními odkazy

Levy (2009) dovozuje, že není vědecky prokázáno, že v léčbě závislostí účinkuje to, co je vědecky prokázáno. Více než 50 % úspěšnosti je nutno přičíst na vrub faktorům, které nejsou předmětem výzkumu. Tímto problémem jsem se zabýval jinde (Kalina, 2009). Zde pokládám za nutné zdůraznit: tím spíše je třeba vědecky prokazatelný a prokázaný segment účinnosti důkladně a nepochybnitelně zpracovat, aby, jak uvádí výše citovaný britský zdroj (NICE, 2008), byla doporučení pro klinickou praxi odvozená z nejsoučasnějších a robustních důkazů klinické a nákladové efektivity.

Nešporův výběr z literatury, o který opírá „evidenci“, je značně problematický. Chci upozornit na řadu markant-

ních nedostatků, které značně zpochybňují hodnověrnost jeho doporučení.

- Z domácí literatury cituje Nešpor převážně sebe a své spolupracovníky (patřím k čestným výjimkám, objevuji se tam dvakrát). Přitom je známo, že autorovy práce nemají charakter prací potvrzujících účinnost postupů; odvolává se v nich na jiné zdroje. V doporučených postupech však tyto nepřímé odkazy neuvádí – zcela v rozporu se solidní citační praxí, podle které literární odkaz musí být dohledatelný a ověřitelný.
- Nešpor zcela pomíjí dvě velké kolektivní monografie, které zde vyšly: Kalina a kol., 2003 (42 autorů včetně Nešpora) a Kalina a kol., 2008 (19 autorů) anebo práci Popova (2001, in Raboch a Zvolský).
- Některé citované práce jsou staré 23 či 26 let, což je pro současnost téměř nepřijatelné.
- Některé evidenční odkazy nepochybně prokazují účinnost určité metody u uživatelů určité skupiny návykových látek, ale lze najít jiné práce i jiné „guidelines“, které ji prokazují či doporučují i u jiných skupin; tam je však autor neuvádí, čímž je doporučený postup zkreslen.
- Některé evidenční odkazy jsou širšího rázu, ale uvádějí se pouze u jedné skupiny návykových látek, nikoliv u těch ostatních; tím je doporučený postup opět zkreslen.

Příklad ze sekce „Těkavé látky“ – odkazy zdůvodňující účinnost rodinné terapie, KBT a práce s motivací, právě zde a nikde jinde:

*Becker, S. J., Curry, J. F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. J. Consult. Clin. Psychol., 76(4):531–43.*

- Některé evidenční odkazy pojednávají o něčem značně nebo zcela odlišném, než by měly dokládat.

Příklad v sekci Pervitin – stimulancia: „Bellack a spol. (2002) použili s dobrými výsledky posilování motivace, contingency management, nácvik sociálních a relevantní informace včetně zvládání prevence recidiv. Evidence B.“

... a o čem je ta práce:

*Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. Arch. Gen. Psychiatry, 63(4):426–32.*

Příklad za všechny: jako průkaz účinnosti terapeutických komunit Nešpor cituje práci Moral et al., 2004 – v seznamu literatury je uvedeno:

*Morral, A. R., McCaffrey, D. F., Ridgeway, G. (2004). Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youths entering phoenix academy or alternative probation dispositions. Psychol. Addict. Behav., 18:257–268.*

Už porozumění názvu ukazuje, že práce pojednává o něčem zcela jiném. „Community-based treatment“ nemá nic společného s terapeutickou komunitou. Naopak, jsou to

nerezidenční postupy probíhající v občanské komunitě. A Phoenix Academy a probace samozřejmě také nejsou léčbou v pravém smyslu slova. Přitom práce o účinnosti léčby v TK jsou dost frekventované, jen v té knížce, kterou MUDr. Nešpor laskavě zmiňuje (Kalina, 2008), jich cituji celý balík ...

Opominuté zdroje: Nešpor zcela pomíjí významné zdroje evidence-based přístupů, jako jsou portály a monografie NIDA, NIAA, EMCDDA, Cochrane Collaboration a současné podrobně zpracované „guidelines“ publikované WHO, Evropskou unií nebo britskými institucemi.

Tak jak je to s tím „robustním základem“?

### ● 3 HODNOCENÍ

Na závěr se pokusím zhodnotit „doporučené postupy“ MUDr. Karla Nešpora podle kritérií, která by měly naplňovat.

1/ Pomoc profesionálům i pacientům v rozhodování o vhodných intervencích: pro profesionály by snad mohly být užitečným tahákem v oblasti emergentní adiktologie, jinde spíše „zabloudítkem“ než „vodítkem“; pro pacienty důvodem ke zmatku a stížnostem.

2/ Pomoc veřejným činitelům, administrátorům a klinickým manažerům v plánování služeb a zajištění prostředí pro dobrou praxi: zřejmě přinesou nedůvěru k oboru a představují riziko pro financování služeb.

3/ Učící potenciál: pro tento účel nevhodné, i když lze použít některá schémata z obrazového doprovodu.

4/ Vědecká průkaznost: nejsou seriózně zakotveny v odborné literatuře.

5/ Široká expertní báze: jde o nekonzultovaný výtvar jednotlivce, který výhrady nepřijímá, což by kdekoliv jinde ve světě bylo nemožné.

Pokud sesterská Psychiatrická společnost ČLS JEP Nešporovy „doporučené postupy“ v této podobě a tímto postupem vzniklé přijme, autorizuje a publikuje (což se nejspíš stane), půjde o politováníhodnou skutečnost.

Musíme se toho ujmout sami.

V Praze dne 12. 2. 2010

Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

člen výboru SNN ČLS JEP

## LITERATURA / REFERENCES

- Bateson, G. (1972). *Steps Toward an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. Internetové stránky: [http://www.nta.nhs.uk/areas/clinical\\_guidance/clinical\\_guidelines/default.aspx](http://www.nta.nhs.uk/areas/clinical_guidance/clinical_guidelines/default.aspx) [ 2010-02-10].
- Dvořáček, J. (2003). Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek. In: Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 5/6. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Hassen, C. (2008). *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*. Brussels: European Commission, Directorate General for Health and Consumer Protection. Internetové stránky: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/documents/drug\\_treatment\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf) [ 2010-02-10].
- Kalina, K. (2000). *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha: Inverze/Sananim.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. 1. a 2. díl. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita – obecný model a uplatnění v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2009). Drogy, mýty a politika – o sexu nemluvě. *Adiktologie, 9, Supplementum*, p. 36–45.
- Levy, M. S. (2009). It isn't all about evidence-based practice. *Counsellor, Vol. 10, No.2* (April 2009). <http://www.counselormagazine.com> [2009-08-27].
- Minařík, M., Řehák, V. (2008). Somatické komplikace a komorbidita. Kapitola 6. In: Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- NIDA (2000). *Principles of Drug Addiction Treatment – A Research-Based Guide*. NIH Publication No. 00-4180. Washington D.C.: NIDA/NIH. Internetové stránky: [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov) [ 2010-02-10].
- NICE (2008). Drug Misuse. Psychosocial interventions. *National Clinical Practice Guideline No. 51*. London/Leicester: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists for National Institute for Health & Clinical Excellence.
- Popov P. (2001). Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. et al., *Psychiatrie*. Galén, Praha.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Selbstmann, J. (ed.) (1997). *Guidelines for Health Care Practice*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vermeulen, E., Osseman, D., Buisman, W. (Eds.) (2004). *Medical education in substance use management*. Amsterdam: European Addiction Training Institute/Jellinek.
- WHO (2008). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse.