

Specialisti medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) se z zlorabo alkohola srečujemo pri delavcih v okviru predhodnih, usmerjenih obdobjnih in drugih usmerjenih zdravstvenih pregledov. V anamnezi delavca povprašamo o odnosu do pitja alkohola, koliko alkohola popije in kako pogosto, boleznih, poškodbah pri delu in zunaj dela, prisotnosti psihopatoloških fenomenov. Na zlorabo pomislimo pri pogostih poškodbah pri delu in zunaj dela. Z zlorabo alkohola so povezane bolezni, kot so akutni in kronični pankreatitis, ciroza jeter, vnetje želodca, epilepsija, diabetes, debelost, miokardiopatije, karcinom ustne votline, grla, in požiralnika, neplodnost, psihične motnje, poslabšanja prej prisotnih bolezni. Pogosto dobimo heteroanamnestične podatke delodajalca, ki pa jih moramo jemati z veliko mero previdnosti. Pomembni so tudi objektivni podatki, ki jih dobimo pri pregledu vse razpoložljive zdravstvene dokumentacije. Pri kliničnem pregledu delavcev, ki zlorabljajo alkohol, mnogokrat opazimo neurejenost, rubeozo obraza, podhranjenost, tahikardijo, blago povišan krvni tlak, povečana jetra, nevrološke znake kot so tremor rok ali motnje ravnotežja, posledice po različnih poškodbah

ter vedenje, ki kaže na psihične motnje. Na zlorabo alkohola nam kažejo tudi rezultati laboratorijskih preiskav: zvišane vrednosti S-AST (aspartat aminotransferaza), S-ALT (alanin-aminotransferaza), S-gama GT (gama-glutamil transferaza), CDT ("Carbohydrate deficient transferin"), v hemogramu MCV ("Mean Corpuscular Volume"). Delavca, pri katerem sumimo na zlorabo alkohola, napotimo na pregled k alkoholologu, psihologu ter po potrebi k ostalim specialistom. V končni fazi je ocena delazmožnosti v pristojnosti specialista MDPŠ, ki poleg telesnega in duševnega funkcijskega zdravstvenega stanja delavca, upošteva tudi obremenitve, škodljivosti in zahteve na delovnem mestu (28–30, 32).

Za uspešno reševanje problema zlorabe alkohola bi bilo smiselno v podjetja uvesti programe promocije zdravja, ki bi vključevali interdisciplinarni pristop s konstruktivnim sodelovanjem specialistov MDPŠ, adiktologov, psihologov in drugih specialistov (27, 29–30, 33).

Ovisnost od alkohola v luči socialnega dela

Klara Škvarč Kirn, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Prva asociacija ob pisanju prispevka na imenovano temo, ki se mi je pojavila, je večno vprašanje: je bila prej kura ali jajce? Ali odvisnost od alkohola nastane kot posledica mnogoterih socialnih stisk posameznikov, njihovih družin in skupnosti, ali je odvisnost od alkohola vzrok za socialne stiske le-teh? Oboje drži kot kažejo klinične izkušnje pri delu s pacienti, kot jih imenujemo v kontekstu zdravstvene obravnave, oziroma uporabniki, kot jih imenujejo kolegi, socialni delavci v kontekstu centrov za socialno delo in drugih vladnih ter nevladnih organizacij.

Socialni problemi, ki so lahko vzrok ali posledica odvisnosti, zajemajo zelo širok spekter: finančne stiske, težave v medosebnih odnosih, nezaposlenost, stanovanjska problematika, izkušnje nasilja na obeh spektrih (kot žrtve in storilci), težave na delovnem mestu ter v prometu, vključujoč vse posledice ter še mnoge druge. Vse socialne stiske, običajno v kombinaciji še z drugimi, na primer osebnostnimi dejavniki, lahko pripeljejo posameznika do blaženja le-teh z najbolj dostopno psihotropno snovjo naše družbe – alkoholom. Ponavljanje tega vzorca pa seveda v odvisnost. Odvisnost sama po sebi povzroča nastanek ali poglobljanje socialne problematike posameznika oziroma njegove družine. Zato je zelo pomembno, da razumemo odvisnost kot širok pojem in našo

strokovno nalogo, da ob obravnavi odvisnosti skupaj s pacientom načrtujemo tudi pomoč pri urejanju njegove socialne problematike. Moja klinična izkušnja pri delu z odvisnimi na Enoti za zdravljenje odvisnih od alkohola, ki deluje v okviru Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, je pokazala, da so posamezniki, ki so iskali in prejeli največ pomoči s strani socialne delavke na oddelku, prognostično imeli najslabši izid zdravljenja. Dolgo časa sem to napačno interpretirala in se tudi čisto človeško v sebi spraševala kako to, da ravno ljudje, v katere vložim največ truda, recidivirajo ali opustijo program zdravljenja. Pa toliko smo jim ponudili! Sčasoma sem le prišla do zaključka, da je slabši izid pri teh posameznikih ravno zato, ker brez vidnih sprememb na področju urejanja socialne problematike, izrazito težko napredujejo na drugih področjih svojega življenja. Karikirano rečeno; če nimamo kje spati ali jesti, se težko ukvarjamo s svojo samopodobo. To ugotovitev je v teoretičnem kontekstu podal že Maslow s svojo hierarhijo potreb (34). V kontekstu zdravljenja odvisnosti od alkohola bi to pomenilo, da če niso zadovoljene osnovne potrebe pacienta, ni realno pričakovati, da bo zmožel abstinenco, ki je zanj, kot odvisnega posameznika, zelo zahtevna.

Imamo tudi različne skupine ljudi (seveda pa tudi različne ljudi znotraj vsake skupine), ki so odvisni ter so glede na to vezani tudi različni socialni problemi. Izhajajoč iz specifičnosti posameznih skupin (in posameznika) v praksi socialnega dela načrtujemo svoje intervence. Kot primer naj navedem le dve skupini; na eni strani mladostnike in pa starostnike na drugi. Seveda imata obe starostno popolnoma različni skupini s svojimi značilnostmi vsaka specifične zaplete zaradi odvisnosti in kot posledico tudi različne socialne probleme. Prva skupina, torej mladostniki, na področju šolanja, odnosov z vrstniki in učitelji, na področju odnosov s starši oziroma znotraj družine. Starostniki se lahko srečujejo z neurejeno bivanjsko problematiko, zaradi potrebne pomoči za skrb zase s strani tretje osebe in morda izgubo prijateljske socialne mreže – izhajajoč iz odvisnosti, kot tudi izhajajoč iz njihove starosti.

Temeljno vodilo pri socialnem delu, pa naj si bo v medicinskem ali socialno varstvenem kontekstu pomoči, je krepitev moči (opolnomočenje). Koncept krepitve moči nam omogoči, da se srečujemo z ljudmi tam, kjer so, in se jim pridružimo v njihovem jeziku in z njimi potrjujemo njihove talente, želje, cilje, spretnosti (35). In ker izhajam iz zdravstvenega konteksta, ob uporabi MKB (Mednarodne klasifikacije bolezni) vedno znova pomislim, da bi potrebovali še MKP (Mednarodna klasifikacija potencialov), kajti ravno viri moči so tisti na katere lahko skupaj s

pacientom »naslonimo« njihov trud za vnos spremembe v svoje življenje. Imam to srečo, da izhajam iz delovnega okolja, kjer strokovnjaki vseh poklicnih profilov dajemo velik poudarek na pacientove potenciale in vire moči ter na ta način podpiramo njihov napredek.

In kje se prepleta socialno delo na psihiatriji s socialnim delom v socialnovarstvenih institucijah? Poudarila bi pomen sodelovanja med obema sistemoma. Usmeritev v zdravljenje s strani strokovnjakov iz socialnovarstvene sfere je lahko ključen dejavnik pri odločitvi posameznikov za vnos želenih sprememb. Prav tako podpora tekom zdravljenja pacienta ter, zaradi dejstva, da je odvisnost kronična bolezen, spremljanje po zdravljenju, običajno v obliki vključitve v skupino za podporo pri abstinenci – mnoge o(b)stajajo v okviru socialnega skrbstva. Po končanem zdravljenju pa je vloga socialnih delavcev v lokalni skupnosti ta, da spremljajo paciente/uporabnike v nadaljnjem prizadevanju in nadgradnji želenih sprememb ter seveda z njimi načrtujejo ukrepe ob morebitnem poslabšanju same bolezni (zdrs, recidiv).

Zaključujem z ugotovitvijo moje klinične prakse, da si posamezniki z reševanjem ali obvladovanjem svoje socialne problematike ob podpori in sodelovanju s socialnim delavcem, hkrati zagotavljajo stabilnejšo pot iz primeža odvisnosti od alkohola.

Posledice uživanja alkohola – pogled (senzibilizirane) psihiatrinje

Mirjana Radovanović, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Epidemiološki podatki dokazujejo, da so posledice uživanja alkohola v Sloveniji pogoste ter pomenijo veliko breme in strošek za družbo (več o tem je v prispevku o epidemiologiji). Pri pacientih z duševnimi motnjami je klinično pomembno uživanje alkohola (škodljiva raba ali že odvisnost) ena najpogostejših sočasno potekajočih motenj (36, 37). Težave zaradi uživanja alkohola same po sebi so zelo heterogene, v kombinaciji z drugimi psihopatološkimi fenomeni pa je ta raznolikost še dodatno poudarjena.

Klinična praksa ter znanstvena in strokovna literatura vedno znova opominjata na pomembnost dobre anamneze, kamor sodijo tudi vprašanja o rabi alkohola. Način spraševanja je razlog za bodisi dialog, ki vodi v pridobivanje relevantnih podatkov in odprti pogovor o vlogi alkohola v življenju pacienta, bodisi v blokado in še večjo tabuizacijo in stigmatizacijo tematike uživanja alkohola (38). Pacienti namreč dobro vedo, da je uživanje alkohola do neke mere zelo sprejemljivo vedenje v slovenskem okolju (Slovenija

velja za »mokra kultura«), od nekje dalje pa gre za nesprejemljivo obliko vedenja (39). Od posameznika je odvisno, kje je ta meja. Če pacient zdravnikova vprašanja doživi kot kritiko svojega vedenja ali celo kot zavrnitev na ravni osebnosti, potem bo pacient nezavedno prilagodil svoje odgovore lastni oceni o tem, kaj želi zdravnik slišati in kaj naj pacient odgovori, da ne bo sprožil pri zdravniku »slabega« mnenja o sebi. V nekaterih situacijah pacienti zavestno zamolčijo podrobnosti o svoji rabi alkohola, ker se bojijo konkretnih neugodnih posledic, denimo usmeritve v zdravljenje odvisnosti ali neugodnega mnenja glede voznških sposobnosti ipd.

Psihiatri smo tisti, ki moramo razumeti logiko naših pacientov. To nam pomaga tudi pri vprašanjih o pozitivnih in negativnih posledicah uživanja alkohola. Čim bolj natančna slika o vlogi alkohola pri pacientu nam pomaga narediti individualizirani načrt obravnave, neodvisno od tega, ali je raba alkohola glavni problem ali ne. Zdravljenje je odvisno od realnih