

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

možnosti ustanove. Smiselna je celostna obravnava pacientov, to pomeni sočasno zdravljenje vseh pacientovih duševnih motenj. Kadar to ni mogoče, je potrebno najprej nasloviti težave zaradi uživanja alkohola, saj je treznost »tehnični« pogoji za obravnavo drugih sočasno potekajočih motenj (40).

Vsi psihiatrični učbeniki – slovenski ni nobena izjema (41) – učijo, da morajo biti vprašanja o rabi alkohola

del intervjuja. Naša naloga je, da to postane vsakodnevna klinična rutina in s tem avtomatizem. Na ta način se bo zmanjšala stigmatizacija pacientov, ki uživajo alkohol na način, tvegan za njihovo zdravje (42). To bo izboljšalo verjetnost za pravočasno in ustrezno pomoč. V tem primeru ne bo več razlogov za ugotovitve, da ima skoraj polovica zdravnikov težave pogovarjati se s pacienti o rabi alkohola (43).

Nekaj refleksij, ki so jih so-kreirale različne perspektive strokovnjakov

Maja Rus Makovec, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Iz prispevkov strokovnjakov je razvidno, da je potrebno pri obravnavanju odvisnosti od alkohola na različnih ravneh med seboj usklajevati povsem različne intervence – od meja, prepovedi do empatične podpore in odpuščanja bolečih doživetij. Tak način zahteva toleriranje dvoumnosti (ta zmožnost je v psihiatriji in psihoterapiji posebej zaželen profesionalna lastnost), kar pomeni veliko miselnega in čustvenega napora. To se da razrešiti žal tudi tako, da se odločimo le za en pogled in pri njem vztrajamo (in smo zato premalo profesionalni).

Sama vidim kot najbolj pereči dilemi v aktualnem okviru, kako organizirati in porazdeliti pomoč za veliko heterogenost zasvojenih ljudi in njihovih družin ter kako bi strokovnjaki lahko prispevali k drugačnemu družbenemu pogledu na odvisnost od alkohola.

Če obravnavamo odvisnost skozi usodo posameznika, potem je za poudariti zmožnost preiti skozi pacientove odpore in ga motivirati za zdravljenje. Prof. Kolšek je izpostavil paradokso naravo odvisnosti: bolj kot so ljudje zasvojeni, bolj dokazujejo, da so "normalni" in da ne potrebujejo pomoči. Običajno pri drugih boleznih si bolni ljudje želijo, da bi dobili zdravstveno pomoč. Zato je potrebno natrenirati dostop do teh ljudi. Dokler je pitje alkohola pri zasvojenemu človeku ego-sintono (dokler zapaža več ugodja/nevrobiološke nagrade kot škode zaradi načina pitja alkohola) ni motiviran za zdravljenje. Pozornost se mu vzbudi, ko doživi neko vrsto meje oziroma neugodja pri njemu pomembni dejavnosti ali vrednoti (temu pravimo bolezenski pritisk): nekateri se odzovejo takrat, ko telesno zbolijo, ko imajo zelo hudo odtegnitveno stanje, ko zdravljenje zahtevajo družinski člani, ko zahtevajo ureditev stanja v službi, ali če izgubijo voziško dovoljenje. Nadalje so ljudje različno intenzivno pripravljeni na spremembo: tisti, ki so že v fazi aktivacije, imajo nižje odpore proti spremembi (in je z njimi veliko lažje sodelovati, ker si že želijo pomoči in so pripravljeni aktivirati se), tisti, ki so v fazi pre- ali kontemplacije, pa imajo visoke odpore

proti spremembi (in potrebujejo drugačen pristop kot prvi, predvsem v smislu motivacijskih postopkov) (44). Šele potem, ko zasvojen človek doživi neko mejo, nastopi zdravljenje, pri katerem pa je pristop prav nasproten temu, kako odločno je bilo potrebno postaviti mejo. Meta študije so dokazale, da sta konfrontacija in edukacija najmanj učinkoviti intervenci v zdravljenju. Najbolj učinkovite metode slonijo na motivacijskih pristopih in čim bolj izraženi empatičnosti do pacientov (45). Zakaj bi se sicer ljudje, ki se morajo spoprijeti z izgubami in škodo zaradi svoje motnje, želeli zdraviti in obstati v zdravljenju, če se s svojimi terapevti ne povežejo dobro in se ne počutijo sprejete? Empatija do zasvojenih pacientov je celo pomembnejša, kot na sploh v psihoterapiji (46). Empatija ne pomeni, da dajemo potuho ali da naredimo vse, kar pacienti hočejo od nas, ampak pomeni zavedanje o težavah, ki jih imajo pacienti ob soočanju z izgubami zaradi odvisnosti in pomanjkanju upanja, da so zmožni spremeniti se.

Tisti, ki zdravijo, niso sodniki, ne tožilci, ne odvetniki, ampak zdravijo: ne sodijo, ne kaznujejo in ne dajejo potuho, ampak pripravijo okoliščine, v katerih bo zasvojen pacient lahko napravil potrebne spremembe v kognitivnih procesih (največkrat ne gre le za motnje eksekutivnih funkcij, ampak tudi za specifično organsko moteno percepcijo in način razmišljanja, ki so mu nekoč v preveliki meri pripisali naravo psihološkega zanikanja), čustveni odzivnosti (desna hemisfera in limbične strukture so lahko pri zasvojenih z alkoholom pomembno manj odzivni na čustvene in socialne dražljaje) in da bo ustrezno uravnaval svoje vedenje (da bo zanj odvisniško vedenje postalo ego-distono, torej normativno in vrednostno tuje) (47). Na srečo so možgani nevropastični, torej lahko z ustrezno stimulacijo (abstinenco, psihoterapijo, telesno gibanje, učenje novih vsebin, podporni medosebni odnosi, določena zdravila), ki traja dovolj dolgo, pospešimo tvorbo novih funkcionalnih možganskih povezav (48). Pri odvisnih od alkohola v okrevanju se