

POMEN PREPOZNAVANJA IN UKREPANJA ZDRAVNIKA PRI TVEGANEM IN ŠKODLJIVEM PITJU ALKOHOLA

Helena Gantar Štular

ALKOHOL JE NAJPOGOSTEJŠA ZLORABLJENA PSIHOAKTIVNA SNOV....

V zahodni kulturi, katere del smo tudi mi, ima alkohol tradicijo socialno sprejemljive droge; večina ljudi, ki ga pije, zaradi tega nima težav (14). To je eden od vzrokov, da je njegova negativna stran težje prepoznavna in v družbi še težje sprejemljiva.

Zaradi svojega anksiolitičnega, stimulativnega in anestetično-amnestičnega delovanja je alkohol najpogosteje zlorabljen psihoaktivna snov (PAS), tako v svetu kot pri nas. Njegovi učinki na človeka so lahko kratkoročno pozitivni (občutek sproščenosti, dobrega razpoloženja, telesne moči, spolne privlačnosti), kratkoročno negativni (zaspanost, potrnost), dolgoročno pozitivni (le ob preudarnem pitju) in dolgoročno negativni, ki jih vidimo kot telesne, duševne in družbene posledice (1). Sožitje alkohola in človeka spremlja torej tudi ena izmed možnih posledic, to je okvara zdravja oz. telesne posledice.

Obstaja povezava med porabo alkohola v določeni populaciji in obsegom problematike, ki jo povzroča. Slovenija je med državami z najvišjo porabo alkohola na prebivalca, zato problematika, povezana s čezmerno rabo alkohola, predstavlja resen zdravstveni in družbeni problem (4). Trend porabe čistega alkohola na prebivalca, ki so ga izračunali strokovnjaki Inštituta za varovanje zdravja na podlagi porabe alkohola v obdobju od leta 91 do 96, je za leto 2000 znašal okrog 12 litrov. To nas uvršča med države z velikim tveganjem za razvoj posledic škodljivega pitja in odvisnosti od alkohola (19). Za dosego cilja SZO »Zdravje za vse do leta 2000« bi morali v Sloveniji porabo čistega alkohola na prebivalca na leto zmanjšati na 6,9 litrov (10). Smo ena redkih držav, kjer alkoholna problematika še narašča. Večina držav zahodne Evrope, kjer že izvajajo alkoholno politiko, zajeto v Evropski listini o alkoholu, beleži za 12 % zmanjšano porabo alkohola in z njo povezanih posledic (18).

Rezultati statističnih raziskav v državah zahodne Evrope in ZDA kažejo, da obstaja vzročna povezava med letno količino popitega alkohola na prebivalca in obolevnostjo za določenimi boleznimi (kot tudi statistično pomembni povezavi med porabo alkohola in splošno umrljivostjo in umrljivostjo za določenimi boleznimi) (4). To potrjuje tudi ugotovitev, da je v ambulantah splošne/družinske medicine med vsemi obiski 20-50% pacientov, ki imajo težave zaradi škodljivega pitja alkohola. V bolnišnicah, zlasti na oddelkih za poškodbe in bolezni prebavnega trakta, je ta odstotek lahko še višji. Tako govorijo tuje raziskave, domačih zaenkrat še nimamo (4,9). Angleški Royal College of General Practitioners svetuje, da pomislimo na možnost škodljive rabe alkohola, kadar imamo pred sabo bolnika z zvišanim krvnim pritiskom, ponavljajočimi se poškodbami in nesrečami, nespecifičnimi težavami gastrointestinalnega trakta, pogostimi izostanki z dela, simptomi anksioznosti in depresivnosti (9). American Family Physician pa med subtilne pritožbe, ki zahtevajo presojo tudi glede zlorabe alkohola, uvršča tudi glavobol, utrudljivost, kratkotrajne prehodne izgube spomina, fetalni alkoholni sindrom, nevropatije itd. (tabela 1) Prvi znaki pretiranega pitja so lahko tudi socialni problemi, kot so konflikti v družini, ločitve, izguba dela, prometne nesreče, zaporne kazni itd (1,5).

Ti pacienti iščejo zdravniško pomoč zaradi drugačnih težav kot pacienti, ki so že odvisni od alkohola. Zato zdravniki potrebujemo dodatno znanje in spretnosti, da te težave pravilno prepoznamo, ocenimo in ukrepamo (1).

...ALKOHOLIZEM PA NAJPOGOSTEJE SPREGLEDANA BOLEZEN.

Iz prakse vemo, da je za zdravnika pogovor o pitju alkohola s pacientom v večini primerov tabu tema, podobno kot pogovor o težavah v spolnosti ali razmišljanju o smrti. Takemu pogovoru in postavljanju dodatne diagnoze se kljub jasnim posledicam radi izognemo (9). S študijami so ugotovili, da je vzrok temu nezadovoljivo znanje o diagnostiki težav, ki jih povzroča alkohol, kot tudi negotov ali negativen odnos zdravnika do odvisnosti od alkohola kot bolezni in do odvisnih kot bolnikov.

Študija Univerze John Hopkins iz Baltimora je tako ugotovila, da so zdravniki, ki so bili v času študija deležni obsežnejših izobraževalnih programov s področja odvisnosti, bolje prepoznavali boleznimi odvisnosti in bolje ukrepali. »Spregledanost« te bolezni je bila torej manjša. Zanje je bil značilen tudi boljši odnos zdravnik – odvisni bolnik (4). Spremembe je mogoče doseči po obeh poteh: več praktičnega znanja vodi do bolj pozitivnega odnosa do odvisnih, in obratno, bolj pozitiven odnos vodi do bolj poglobljenega znanja.

Z več študijami so pokazali, da je dobro izpeljanemu postopku, ki je vključeval diagnostiko škodljivega pitja in odvisnosti od alkohola ter uporabo večščin kratkih zgodnjih intervencij, sledilo 40 % zmanjšanje uživanje alkohola med pivci, ki še niso odvisni, ter pogostejše odločitve za zdravljenje odvisnosti med že odvisnimi (5).

Pri nas je na tem področju še velik primanjkljaj. V dodiplomskem izobraževanju in specializacijah je temu namenjenih le malo ur, izjema je specializacija iz družinske medicine, v podiplomskem izobraževanju pa vrzel do sedaj skromno pokrivajo dve konferenci Medicina odvisnosti in Šola za promocijo zdravja, preventivo in zdravstveno vzgojo.

TVEGANO PITJE, ŠKODLJIVO PITJE IN ODVISNOST OD ALKOHOLA

Sodobna obravnava problematike, povezane z rabo alkohola, vključuje presejalne tehnike, določanje mej tveganega in škodljivega pitja in diagnostiko odvisnosti (11). NIAAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism) razvršča čezmerne pивce v rizične, problematične in odvisne (5). MKB 10 pa pod F10.1 uvršča škodljivo pitje alkohola, ki ustreza problematičnemu pitju, pod F10.2 pa odvisnost od alkohola.

Tvegano (rizično) pitje alkohola pomeni, da oseba pije alkohol na način, ki prinaša večje tveganje za nastanek škodljivih posledic, ne moremo pa jih še ugotoviti. Za moške je rizična količina alkohola več kot 14 meric tedensko, oz. več kot 4 merice ob eni priložnosti. Ženske pijejo rizično, če tedensko spijejo več kot 7 meric in ob eni priložnosti več kot 3 merice alkohola. Ker pa pacienti povedo ponavadi manj, kot v resnici popijejo, zdravnik lahko definira za rizične pивce tiste, ki imajo vsaj en pozitiven odgovor na vprašalniku CAGE (5). Pri uporabi testa AUDIT bi take osebe, kjer obstaja veliko tveganje za nastanek medicinskih in socialnih posledic zaradi pitja alkohola, dosegle 8 ali več točk (1).

Pitje z malo stopnjo tveganja je različno definirano, odvisno od starosti, spola, zdravstvenega stanja in države, v kateri živi. Slednje se nanaša na razmerje moči med strokovnjaki za odvisnost in lobijem proizvajalcev alkoholnih pijač, ki ima velik vpliv na politiko vlade do rabe alkohola.

Pri nas je pitje z malo stopnjo tveganja za moške ne več kot 2 merici alkohola na dan in ob eni priložnosti pitja ne več kot 4 merice; za ženske pa ne več kot eno merico alkohola na dan in ne več kot 3 ob eni priložnosti. Enaka količina velja za starejše od 65 let. »Slovenska merica« vsebuje 10 g alkohola, kar je približno 1 dcl vina, 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žganja. Te količine »varnega pitja« alkohola ne veljajo za mladoletne obeh spolov, nosečnice in

ženske, ki to načrtujejo, doječe matere, osebe odvisne od drugih PAS, paciente, ki jemljejo zdravila z interakcijo z alkoholom in za paciente po poškodbah glave, z epilepsijo, duševnimi boleznimi, boleznimi jeter, trebušne slinavke in sladkorno boleznijo. Zanje velja pravilo absolutne abstinence (1).

Za preudarno pitje alkohola je poleg »varnih meja« popitega alkohola potrebno upoštevati, da se ne pije v času duševne stiske, ne na pritisk drugih oz. proti svoji volji in ne pred opravljanjem odgovornih del (1,3).

Nikomur pa ne moremo napovedati, da ne bo postal odvisen od alkohola, četudi bo upošteval zgornje meje, ker stopnjo tveganja za razvoj odvisnosti določajo tudi individualni dejavniki, ki jih z današnjimi metodami še ni moč zanesljivo ugotavljati (1).

Kakršnokoli zdravnikovo priporočanje uživanja alkoholnih pijač »za zdravje« je nestrokovno in tvegano početje (1). Študije o ugodnih učinkih alkohola na zdravje so v primerjavah abstinentov z zmernimi pivci metodološko oporečne, ker so med abstinenti upoštevani tudi bivši čezmerni pivci z možnimi ireverzibilnimi okvarami zdravja. Brez škode lahko upoštevamo priporočilo g. Hansa Embalda, direktorja Programa za zlorabo snovi SZO, ki pravi, da obstajajo tudi drugi načini za zmanjševanje tveganja za nastanek kardiovaskularnih bolezni: opustitev kajenja, več telesne aktivnosti, manj mastne hrane itd. Za tiste, ki ta priporočila že upoštevajo, je le malo verjetnosti, da bi svoje tveganje lahko še dodatno zmanjšali z zmernim pitjem alkohola (13).

Škodljivo pitje alkohola (problematici pivci) povzroča pivcu okvare zdravja, bodisi telesne (okvara jeter) ali duševne (depresivna epizoda), ne glede na količino in vzorec pitja, nima pa še znakov odvisnosti. Z raziskavami so potrdili, da se tveganje za telesne posledice zaradi pitja alkohola strmo zvišuje pri popiti količini 14 do 27 meric na teden za moške in 7 do 13 meric za ženske (13). Na vprašalniku CAGE imajo ti pacienti več pozitivnih odgovorov, ni pa nujno, bistvene so okvare zdravja (5). To so problematični pivci, ki imajo razen okvar zdravja običajno še socialne probleme: družinske, partnerske, v službi, z vzgojo otrok itd. Na testu AUDIT imajo zagotovo več kot 8 točk (1).

Glavna značilnost odvisnega pitja alkohola je kompulzivnost, ki se kaže v nezmožnosti obvladovanja pitja, tako glede začetka in konca pitja kot tudi količine popitega alkohola; v težjem obvladovanju želje po pitju; v porabi časa za pitje (nabava, iskanje možnosti, skrivanje, treznenje itd.) na račun zanemarjanja drugih dejavnosti; v vztrajanju pri pitju kljub škodljivim posledicam. Spremenjena toleranca in abstinenčni sindrom ob prekinitvi pitja kažeta na prisotno telesno odvisnost. Diagnozo postavimo, če so v preteklem letu bili hkrati prisotni vsaj trije od naštetih simptomov (5,1).

Manjša »domača« raziskava, v katero je bilo vključenih 1620 oseb moškega spola, starih od 20 do 55 let (polovica od njih je imela svoj vinograd), je pokazala, da jih je 5 % pilo alkohol na tvegan način, 6,2 % pa je imelo že znake škodljivega pitja alkohola. Škodljivo pitje je bilo ugotovljeno v starostni skupini od 42 do 50 let, tvegano pitje pa v mlajši starostni skupini (12).

DIAGNOSTIČNE METODE, KI SO NA VOLJO SPLOŠNEMU-DRUŽINSKEMU ZDRAVNIKU

Tvegano pitje, škodljivo pitje in odvisnost od alkohola so pogosto kontinuum iste bolezni, če se med »potjo« ne zgodi sprememba, bodisi da jo naredi pacient sam, bodisi da mu pri tem pomagajo »pomembne« osebe iz njegovega življenja, med njimi je lahko tudi njegov zdravnik.

Splošni ali družinski zdravnik lahko pri svojih pacientih že zelo zgodaj posumi, da gre za možnost posledic tveganega ali škodljivega pitja. Spodbudno je spoznanje, da s primernim pristopom (diagnostični in motivacijski postopek) lahko vpliva na zmanjšanje ali opustitev pitja alkohola pri pacientih, ki še niso odvisni od alkohola, odvisnim pa pomaga, da se odločijo za zdravljenje (4). Več študij zgodnjih in kratkih intervencij zdravnika za zmanjšanje pitja pri še ne odvisnih pivcih je pokazalo, da je zdravnikovi intervenciji sledilo do 40 % zmanjšanje pitja (5,20) in s tem zmanjšanje nevarnosti za nastanek težjih posledic.

V diagnostičnem postopku sta pomembni dobra anamneza in heteroanamneza glede pivskih navad in vedenj, posledic pitja in familiarne obremenjenosti. Pogovor o pitju alkohola pomaga prepoznati paciente, ki pijejo tako, da jim alkohol škoduje, bodisi da že imajo dokazljive posledice ali pa še ne (4). Če vprašanja o rabi alkohola postanejo del naše rutine, jih bomo lažje postavljali mirno in empatično. Izkazalo se je, da je zelo primerno vprašanje za vse paciente: »Ali pijete alkoholne pijače, kot so vino, pivo ali žganje?« Pri pacientih, ki pijejo, nadaljujemo z vprašanji o pogostosti pitja, običajni količini in največji količini popitega alkohola ob eni priložnosti: »Koliko dni v tednu v povprečju pijete alkoholne pijače?«, »Koliko meric alkohola popijete običajno na tisti dan, ko pijete?«, »Koliko meric ste popili tisti dan v preteklem mesecu, ko ste popili največ?« (5,11).

Strokovnjaki priporočajo, da taka vprašanja postavljamo vsem pacientom vsaj enkrat v letu, na primer ob prvem obisku v letu ali pa takrat, ko odkrivamo dejavnike kroničnih nenalezljivih bolezni, ali ko predpišemo novo zdravilo, ali ob aktualnih bolezenskih težavah. Priporoča se uporaba vprašalnika o rabi alkohola (za pacienta), ki je zanesljiv pripomoček za

prepoznavanje tudi že tveganega pitja in omogoča primerjavo (11). Za oba vprašalnika (CAGE, AUDIT), ki se priporočata, pa velja, da je iskrenost odgovorov večja do takrat, ko oseba misli, da je z njenim pitjem alkohola vse v redu in kadar je odnos med pacientom in zdravnikom obojesmerno spoštljiv in sprejemajoč, ne glede na vrsto bolezni.

Pri kliničnem pregledu smo pozorni na subtilne znake, kajti v zgodnjih fazah zlorabe nam telesni pregled da malo znakov, ki tudi niso specifični. Pogosto je lahko le zmerno povečan pritisk (5). Klinični postopek AUDIT (za zdravnika) nas usmerja v točkovno oceno konjunktivalne injiciranosti, sprememb vaskularizacije kože, tremorja rok, tremorja jezika, povečanosti jeter, dodana je še ocena vrednosti γ GT in vprašanja o poškodbah po 18. letu. Seštevek 5 točk ali več potrdi sum, da gre za škodljivo pitje alkohola (5).

Med laboratorijskimi izvidi je običajno povečana vrednost MCV. Pogosto ugotavljamo tudi anemijo, med testi jetrne funkcije pa povečan AST in ALT, direktni in indirektni bilirubin. Zanesljiva biološka markerja škodljive rabe alkohola (60g alkohola na dan), ki traja že daljše časovno obdobje, sta CDT (Carbohydrate-deficient transferin) in metanol, ki pa se še ne določata rutinsko.

Kadar pride pacient v ordinacijo opit, moramo posumiti, da gre že za dlje trajajoč problem pitja alkohola (5). Za postavitev diagnoze odvisnosti od alkohola moramo anamnezo in heteroanamnezo dopolniti še z vprašanji o prisotnosti vedenjsko-kognitivnih fenomenov odvisnosti od alkohola (5,9).

S trajanjem pitja se telesne posledice prekomerne rabe alkohola stopnjujejo in postanejo bolj razpoznavne. Najpogosteje ugotavljamo hepatitis, cirozo, karcinom jeter, gastritis, ulkusno bolezen, akutni in kronični pankreatitis, karcinom v ustih, grlu in požiralniku, diabetes, miokardiopatije, hipertenzijo, hiperholesterolemijo, debelost, podhranjenost, disfunkcije hematopoetskega sistema, nevropatije, miopatije, neplodnost, spolne disfunkcije, okvare ploda, avaskularno nekrozo glavice femurja, atipično reakcijo na zdravila in še druge (1,5). Telesne posledice v tej fazi razvoja SOA spremljajo običajno tudi psihiatrične in socialne posledice. (tabela 1)

KAKO NAJ UKREPA ZDRAVNIK

Ugotovljene posledice zahtevajo ukrepanje zdravnika, ne glede na to, ali gre za tvegano ali škodljivo pitje ali odvisnost od alkohola. Pomembno je, kako se bomo pogovorili s pacientom, da ga ne bomo potiskali v smer obramb zanikanja ali zmanjševanja oziroma mu jih okrepili, če so že prisotne. Nestrokovno bi bilo tudi, da bi zdravnik s svojim odzivom, zaradi lastnih strahov ali prepričanj, posledice zmanjševal ali jih olupševal, in tako odlašal s potrebnimi

spremembami. S tem bi nehote »vodil« pacienta v smer razvoja ireverzibilnih okvar. Več uspeha bomo imeli, če bomo ostali hkrati realni in empatični in se izogibali soočanju oz. nekonstruktivnemu konfliktu (9). Že prvi pogovor o pitju alkohola pri problematičnem pivcu naj bo začetek motivacijskega postopka, s katerim pomagamo pacientu k spremembam.

Paciente, ki so odvisni od alkohola, usmerimo v specializirane programe zdravljenja oziroma v specialistične ambulante za zdravljenje odvisnosti (4,5). Za te paciente je edina možnost, ki lahko pripelje do izboljšanja zdravja, popolna abstinenca. Ta je indicirana tudi za nosečnice in doječe matere, čeprav še niso odvisne, za paciente, ki jemljejo zdravila z interakcijo z alkoholom, za paciente s komorbidno telesno ali duševno boleznijo in za paciente, ki imajo za seboj neuspešne ponavljajoče poizkuse zmanjševanja pitja alkohola (1,5).

Če je diagnoza glede odvisnosti negotova in/ali so pacienti odklonilni do zdravljenja ali nadaljnjega svetovanja, se odločimo za čakanje, pogovor s svojci ali le spremljanje. Ni napak poizkusiti z dvigom motivacije, da obiše skupino samopomoči.

Pri pacientih, ki še niso odvisni od alkohola, pijejo pa rizično ali pa imajo tudi že posledice, je to priložnost za uporabo tehnik kratkega strukturiranega svetovanja za zmanjšanje pitja pod rizično mejo ali opustitev pitja alkohola (4,5).

Seznamimo jih s pravili, ki omogočajo ohraniti zmerno pitje. Za samodiagnostiko oz. izključitev odvisnosti pa je priporočljiva vsaj polletna abstinenca (3). Dogovorimo se za spremljanje spreminjanja pivskega vedenja.

MOTIVACIJSKI POSTOPEK

je ena od kratkih strukturiranih intervencij, ki pomaga, da se pri pacientu doseže hitra sprememba v pogledu na lasten (bolezensko) spremenjen odnos do pitja alkohola in posledic ter notranja motivacija za bolj zdrav način življenja, to je zmanjšanje pitja ali abstinenco (7,6). Uporablja se tudi kot način svetovanja za spremembo življenjskega stila pri problemih s področja prehrane, telesne dejavnosti in kajenja (15). Sestavila sta ga Miller in Rollnick na osnovi spoznanj Prochaska in DiClementeja o procesu spreminjanja pri človeku (6). (shema 1)

Izkušnje potrjujejo izsledke študij, da redko kateri pacient pride k zdravniku z jasno prošnjo za pomoč pri opuščanju pitja alkohola. Ugotovili so, da je bilo med pacienti na zdravljenju odvisnosti od alkohola 29% nezainteresiranih za spremembo, 45 % jih je bilo do spremembe ambivalentnih, 26 % pa pripravljenih, da spremenijo pivsko vedenje (5).

Pri pacientih, ki še niso pripravljeni na spremembo in jo odklanjajo (faza prekontemplacije), je možna intervencija le pogovor o njihovem pivskem vedenju in posledicah oz. povezavi med njima. Če pacient pokaže vsaj nekaj ambivalence do nadaljevanja pitja oz. do spremembe pivskih navad, jo moramo okrečiti. Večinoma morajo pacienti ambivalenco še razviti in pri tem mu zdravnik lahko pomaga tako, da povečuje njegovo zaznavo neskladnosti med tem, kje je (posledice), in tem, kje bi želel biti (boljše, bolj zdravo življenje). Pacient podvomi, če pitje alkohola vendarle ni njegov problem (faza kontemplacije). Če pacientu zavedanje posledic pitja pravilno približamo, izzovemo v njem krizo, ustvarjalno frustracijo, ki mu omogoči odločitev za spremembo (7).

Ugotovili so, da nekateri pacienti sami s kritičnim razmišljanjem o posledicah pitja alkohola uspejo zmanjšati svoje pitje. Če še niso odvisni, je mogoče, da jim vzdrževanje te spremembe ne povzroča težav (3,5). Zdravnik torej lahko z vzpodbujanjem takih razmišljanj pomaga pacientu k odločitvi za bolj zdrav življenjski stil, ki vključuje pitje pod rizično mejo ali abstinenco (5).

V fazah odločitve za spremembo in izvajanje spremembe je pomembno iskanje alternativnih oblik vedenja, ki prinašajo zadovoljstvo, jasen cilj, realen načrt (15). V fazi vztrajanja pri spremembi je pomemben podporen odnos bližnjih oseb in skupin, kot so Anonimni alkoholiki in klubi zdravljenih alkoholikov.

Spodrsrljaj (relaps) je pogost pojav in ne kaže, da je intervencija propadla (5). Ni pa neizogibni del postopka. Glede na raziskave je približno eni petini pacientov, ki so se odločili za spremembo pivskega vedenja, dovolj le enkrat preiti krog procesa spreminjanja od začetne do vzdrževalne faze. Ob vzdrževanju motivacije se jih ob spodrsrljaju veliko vključi ponovno v proces spreminjanja (8).

Motivacijski postopek je torej možna pomoč pacientom, ki so rizični pivci, ali pa tistim, ki že imajo telesne ali duševne posledice, niso pa še odvisni, da zmanjšajo svoje pitje pod rizično mejo. Pacientom, ki pa so odvisni od alkohola, pa z njim lahko pomagamo k odločitvi za vključitev v zdravljenje odvisnosti. Cilj motivacijskega postopka je, da pacient razvije lastne razloge za spremembo, ker je le tako verjetno, da jo bo tudi vzdrževal (5,7). Bolj direktiven pristop je nujen le pri pacientih s hudimi zdravstvenimi ali socialnimi posledicami ali pri nosečnicah, ki pijejo. Nujno je takojšnje informiranje na objektivni, ne na osebni način. Na primer: »Pitje alkohola lahko poškoduje plod na tak način...« Informacija je najbolj učinkovita, če je naslonjena na vsebino, ki pacienta najbolj skrbi (5).

Motivacijski postopek je večšina, ki se je naučimo. (tabela 2) Njegova uporaba pri pacientih s problemom pitja alkohola je odvisna ne le od znanja, ampak tudi od prepričanja zdravnika o posledicah škodljivega pitja alkohola

in o odvisnosti kot bolezni. Če verjame, da bo z napotitvijo na zdravljenje zadal pacientu »zadnji udarec« ali da se bo s pogovorom o posledicah pitja pred pacientom osmešil ali ga morda užalil ali pa ga je strah kritične presoje lastnega odnosa do alkohola, in ne verjame, da bo pacientu z motivacijskim postopkom pomagal in mu ponudil priložnost za reševanje njegovega življenja, ga ne bo uporabil, ampak bo odlašal, kar pa pomeni stopnjevanje posledic in slabšanje prognoze (8).

MEDICINA ODVISNOSTI IN ALKOHOLNA POLITIKA

Terapevtski pristopi za pomoč problematičnim pivcem predstavljajo najpomembnejši napredek na področju obravnave težav, povezanih z alkoholom (1). Za pravočasno in učinkovito prepoznavanje bolezenskega procesa škodljivega pitja alkohola, ki poteka počasi, več let, je pomembno tudi neposredno sodelovanje vseh zdravnikov (in drugih zdravstvenih delavcev) različnih specialnosti, ki se pri svojem delu srečujejo s posledicami škodljivega pitja. Ob psihiatrih in zdravnikih splošne in družinske medicine so najpogosteje to specialisti interne medicine, kirurgije, nevrologije, ginekologije, pediatrije, medicine dela, onkologije, ortopedije,...(17).

Ta koncept združevanja posameznih vej medicine z namenom, da se poveča dostopnost in učinkovitost prepoznavanja in zdravljenja odvisnosti, prihaja iz ZDA. Tam deluje Združenje za medicino odvisnosti (ASAM) že okrog 50 let, pred 11 leti pa je na njegovo pobudo medicina odvisnosti postala medicinska specialnost. ASAM si prizadeva širiti znanje o škodljivi rabi, škodljivem pitju in odvisnosti med vsemi zdravniki, ne le med tistimi, ki zdravijo odvisne od PAS (20). Eno najpomembnejših sporočil v zadnjem času je bilo sporočilo o odvisnosti kot bolezni možganov (17,16).

Medicina odvisnosti se postopoma uveljavlja tudi pri nas. Tako bo prihodnje leto že III. Konferenca o medicini odvisnosti. Izobraževanje zdravnikov različnih specialnosti iz področja odvisnosti podpira pričakovanja za izboljšano občutljivost zdravnikov za prepoznavanje pacientovih težav, povezanih s škodljivim pitjem alkohola, in strokovno primerno odzivanje nanje. To pa je le en segment delovanja za zmanjšanje posledic škodljive rabe alkohola v naši družbi. Sprejetje in udejanjanje alkoholne politike po zgledu zahodnoevropskih držav bi lahko pripeljalo do postopnega zmanjševanja alkoholne problematike na nacionalnem nivoju tudi pri nas.

ZAKLJUČEK

Kritično prepoznavanje zgodnjih telesnih (duševnih in socialnih) posledic škodljivega pitja alkohola daje splošnemu in družinskemu zdravniku in zdravnikom drugih specialnosti možnost zgodnejšega vključevanja v diagnostiko pacientovega spremenjenega odnosa do alkohola in za primernejše ukrepanje. Z uporabo kratkih strukturiranih intervencij za zmanjšanje pitja in/ali vključitev v zdravljenje je možno zmanjšati posledice škodljivega pitja alkohola. Motivacijski pristop ima prednosti pred konfrontacijskim. Zato je potrebno izboljševati nivo znanja s področja odvisnosti in odnos do pacientov z odvisnostjo med vsemi zdravniki. Zmanjšanje posledic škodljive rabe alkohola si lahko obetamo po izkušnjah drugih držav zahodne Evrope tudi s sprejetjem in izvajanjem alkoholne politike.

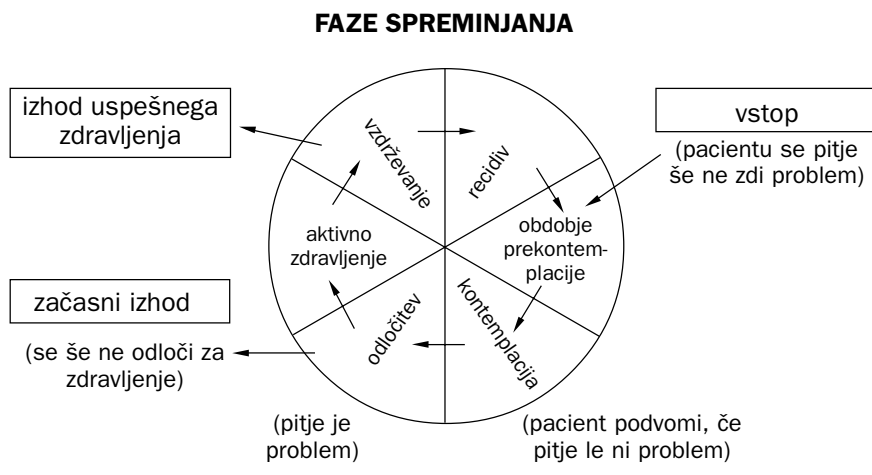
DODATEK

Tabela 1: Posledice zlorabe alkohola ali odvisnosti; Vir: American Family Physician (Sandra K. Burge, F. David Schneider)

SISTEM	ZGODNJE POSLEDICE	KASNE POSLEDICE
bolezen jeter	povečane vrednosti j. encimov	zamaščena jetra, alkoholni hepatitis, ciroza
bolezen pankreasa		akutni pankreatitis, kronični pankreatitis
bolezni KVS	hipertenzija	kardiomiopatija, aritmije, infarkt
bolezni GIT	gastritis, gastroezofagealni refluks, diareja, ulkusna bol.	ezofaginalne varice
bolezni živčnega sistema	glavobol, amnezije, periferne nevropatije	al. abstinenčni sindrom, konvulzivni napadi, Wernickejeva encefalopatija, demenca, cerebralna atrofija, periferna nevropatija, kognitivni deficiti, motnje motorike

SISTEM	ZGODNJE POSLEDICE	KASNE POSLEDICE
motnje reprodukativnega sistema	fetalni alkoholni sindrom, okvare ploda	seks. disfunkcija, amenoreja, anovulacija, zgodnja menopavza, spontani splavi
novotvorbe		neoplazme jeter, glave, pankreasa in ezofagusa
psihiatrična komorbidnost	depresija, anksioznost	afektivne motnje, anksiozne motnje, antisocialna osebnost
kršitve zakona	prometni prekrški, vožnja v opitosti	prometne nesreče, nasilništvo pretepi
zaposlenost	zamujanje, bolniški stalež, nezmožnost koncentracije, upad sposobnosti	nesreče, poškodbe, izgube zaposlitev, nezaposlenost
družinski problemi	konflikti, nedisciplinirani otroci, zanemarjanje odgovornosti, socialna izolacija	ločitev, zloraba partnerja in otrok, izguba starševstva
posledice na otrocih	prevelika odgovornost, preboji agresije, umikanje, nezmožnost koncentracije, šolski problemi, soc. izolacija	težave z učenjem, vedenjski problemi, čustvene motnje

Shema 1: Spreminjanje vedenja po Di Clementeju



FAZE SPREMINJANJA	STANJE PRIPRAVLJENOSTI PACIENTA	INTERVENCIJA ZDRAVNIKA	POGOSTOST KONTROLE
PREDKONTEMPLACIJA	- ne razmišlja o problemu pitja alkohola, nima želje za spremembo	- izraža »strinjanje o ne strinjanju« s pacientom o posledicah njegove rabe alkohola - v naslednjih srečanjih ponovno na kratko izrazi svojo zaskrbljenost zaradi njegove rabe alkohola - čakaj na pripravljenost pacienta za spremembo	- glede na potrebe zaradi drugih bolezni oz. vzdrževanje zdravja
KONTEMPLACIJA /premišljanje, preudarjanje/	- sprejema, da je morda pitje alkohola problem, ki mu povzroča težave, ampak je še ambivalenten glede svoje spremembe	- predstavi rezultate vprašalnikov za ugotavljanje odvisnosti, tveganega ali škodljivega pitja, kot tudi rezultate laboratorijskih izvidov - izogibaj se konfrontaciji, ne uporabljaj DEATH*, zaupaj v učinkovitejšo uporabo SOAPE* pri posredovanju diagnoze	- načrtuj naslednje obiske v ambulanti za pogovore o odvisnosti vsake 3-4 mesece - ponudi pogovor z družino
ODLOČENOST	- prepričan je, da problem zagotovo obstaja in da mora nekaj narediti	- pojasni pacientu, kakšne možnosti ima in kaj lahko naredi - dogovorita se o načrtu zdravljenja - upoštevajta pozitivne in negativne izkušnje iz preteklih poizkusov	- pogostejši obiski, na 2-3 tedne prvi mesec, lahko tudi dlje časa

FAZE SPREMINJANJA	STANJE PRIPRAVLJENOSTI PACIENTA	INTERVENCIJA ZDRAVNIKA	POGOSTOST KONTROLE
AKCIJA	- pripravljen za začetek spreminjanja vedenja	- podpri in opogumi ga v spremembah- abstinenci ali upoštevanju pravil glede pogostosti in količine popitega alkohola, bolj zdravem življenjskem stilu - pomagaj z napotitvijo k specialistu za odvisnost - opogumi sodelovanje družine - razmisli o potrebni pomoči z zdravili - posvetuj se z osebjem terapevtskih programov	- tedensko ali štirinajstdnevno
VZDRŽEVANJE	- vgrajuje vedenjske spremembe v vsakodnevno rutino	- opogumljaj uspehe - pogovarjaj se s pacientom o težavah in problemih - vzpodbujaj vključevanje v AA ali KZA - vzpodbujaj jemanje zdravil - opazuj pojavljanje znakov grozečega spodrsaljaja - izvajaj rutinske toksikološke teste in γ – GT, če je to indicirano	- v začetku mesečno, nato lahko bolj poredko, glede na stanje pacienta
SPODRSLAJ	- povrne se nazaj v fazo kontemplacije ali predkontemplacije	-nadaljuje z zlorabljanjem alkohola - nadaljuz z optimističnim glasom - vzpodbujaj vrnitev v fazo odločitve, akcije ali vzdrževanja - pomagaj nadaljevati zdravljenje oz. ponoven poizkus ozdravitve pacienta in družine	- najprej pogosto, nato glede na novo stopnjo pacientove pripravljenosti

Dodatek k tabeli 2: Priporočila za posredovanje diagnoze tvegane, škodljive rabe in odvisnosti od alkohola pacientu

<p>POMAGA uporaba *SOAPE</p>	<p>NE POMAGA /pasti/ uporaba * DEATH</p>
<p>S - Support /podpora/ : Uporabljamo fraze, ki krepijo terapevtski odnos: ->Skupaj morava delati na tem problemu« ->Skrbi me za vas, stal vam bom ob strani!«</p>	<p>D - Drinking / pitje/ : Ne pogovarjamo se o podrobnostih glede pitja, čeprav pacient to želi. Pogovor z opitim pacientom ni koristen!</p>
<p>O - Optimism /optimizem/ : Pomaga jasno, optimistično sporočanje, zlasti pacientom z negativno izkušnjo. Pomagajo fraze: ->Nihče ne zasluži bolečine in ponižanja te bolezni!« ->Zdravljenje pomaga! Poizkusiva!« ->Do sedaj ste se borili sami. S pomočjo vam bo šlo bolje!«</p>	<p>E - Ethiology /vzrok/ : Ne pogovarjamo se še o stresih, depresiji, in podobnem, kar je vplivalo v preteklosti, ampak le o postavljanju diagnoze in zdravljenju, podobno kot kadar gre za hipertenzijo.</p>
<p>A - Absolution /odveza/ : Občutek sramu, krivde vzdržuje pacienta v krogu odvisnosti. Zdravnik ga lahko prepriča, da je to bolezen in ne napaka, in da je zdravljenje možno.</p>	<p>A - Arguments /prepiranje/ : S pacientom se ne prepiramo. To slabi terapevtski odnos; bolje ga je preiti s izražanjem simpatije, spoštovanja in podpore.</p>
<p>P - Plan /načrt/ : Fraze, ki pomagajo: ->Veliko stvari vam lahko pomaga pri ozdravitvi! Poglejva skupaj!« ->Želim, da resno razmislite o abstinenci, ki vam edina lahko izboljša zdravje!« ->Dobro bo, za začetek, da nadaljujete s tistim, kar ste v preteklosti že dosegli dobrega!«</p>	<p>T - Threats /grožnje/ : Uporaba groženj, večanje sramu, krivde, s stani zdravnika ne pomagata, ampak sta »toksični« za dober odnos in možnost spremembe. Če bi to pomagalo, bi bila odvisnost samoozdravljiva.</p>
<p>E - Explanatory model /razlaga diagnoze/ : Pomembno je spoznati pacientov pogled na to bolezen /kot pri drugih boleznih/ in mu pomagati k sprejemanju bolj terapevtskega modela. Dobre fraze so lahko: ->Poizkušali ste si pomagati s svojo močno voljo, kaj ko bi dodali tej močni volji še zdravljenje?« ->To je bolezen, kjer pomaga medicina in zdravljenje, in ne moralna slabost!«</p>	<p>H - Hedging /poniževanje/ : Poniževanje pacienta ne govori za verodostojnost zdravnika. »Strinjanje o ne strinjanju« s pacientom v fazi predkontemplacije je bolj terapevtski pristop kot biti dvomljiv in neprepričljiv pri posredovanju diagnoze pacientu</p>

1. Čebašek-Travnik Z.: Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi; Tomori M, Zihlerl S. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta, 1999: 137-168.
2. ICD 10, Clasification of Mental and Behavioral Disorder, Clinical description and diagnostic guidelines. Geneve: WHO, 1995: 70-83.
3. Zihlerl S. Kako se upremo alkoholu. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1989: 151-170, 21-33.
4. Čebašek-Travnik Z. Izobraževanje splošnih zdravnikov za delo s problematičnimi pivci. Zdravstveni varstvo 1996; 35: 157-159.
5. Burge SK, Schneider D. Alcohol-Related Problems: Recognition and Intervention. American Family Physician, The American Academy of Family Physicians, Jan. 1999
6. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing; preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991
7. Janša D.: Motivacijski postopek pri zdravljenju odvisnih od alkohola. Specialistična naloga. Psihiatrična bolnica Begunje, 1997
8. Rus M. Zdravljenje sindroma odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Strokovno srečanje slovenskih in hrvaških psihiatrov, Kranjska gora, 2000
9. Čebašek-Travnik Z. Načela zdravljenja odvisnosti od alkohola. Diagnostika sindroma odvisnosti. Strokovno srečanje slovenskih in hrvaških psihiatrov, Kranjska gora, 2000
10. Hovnik-Keršmanc M. Raba alkohola in negativne posledice na zdravstvenem stanju prebivalcev Slovenije. 2. Slovenska konferenca o medicini odvisnosti, Bled, okt. 1998
11. Čebašek-Travnik Z. Prepoznavanje tveganega načina pitja. ISIS, maj 1999: 90-91.
12. Slejko L.: Tvegano in škodljivo pitje. ISIS, marec 2000: 52.
13. Čebašek-Travnik Z. Ali si z alkoholom lahko izboljšamo zdravje? ISIS, marec 1997: 82-3.
14. Auer V. Drugačen pogled na prepoved alkohola v ZDA. ISIS, feb. 2000: 84.
15. Maučec-Zakotnik J. »Helping People Change«, ISIS, feb. 1997: 44-6.
16. Čebašek-Travnik Z. Odvisnost je bolezen možganov. ISIS, feb. 1999: 34-5.
17. Čebašek-Travnik Z. Medicina odvisnosti- Novosti iz ASAM. ISIS, feb. 1998: 47-8.
18. Čebašek-Travnik Z. Piti ali ne piti, to je zdaj vprašanje..., ali kaj bo Evropa naredila z alkoholom. ISIS, dec. 1998: 39-40.
19. Čebašek-Travnik Z. Evropa in alkohol. ISIS, jul. 1997: 25-6.
20. Čebašek-Travnik Z. Alkohol je predramil Evropo - bo tudi Slovenijo? ISIS, jan. 2000: 89-91.