

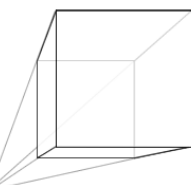
Perspektive:

ALKOHOL

Osebna, zdravstvena in socialna sprejemljivost odvisnosti od alkohola? - In vendar jo je možno učinkovito zmanjšati in zdraviti

UREDNIKA: Maja RUS MAKOVEC
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Uvodna beseda urednice Perspektiv na temo alkohola	50
Epidemiološki pogled na porabo alkohola in odvisnost od alkohola v Sloveniji	51
Zasvojeni z alkoholom v ambulantni družinskega zdravnika	52
Vpliv alkohola na delavca in njegovo delazmožnost.....	52
Odvisnost od alkohola v luči socialnega dela.....	53
Posledice uživanja alkohola – pogled (senzibilizirane) psihiatrinje	54
Nekaj refleksij, ki so jih so-kreirale različne perspektive strokovnjakov	55
LITERATURA.....	57



Uvodna beseda urednice Perspektiv na temo alkohola

Sindrom odvisnosti od alkohola je z razvojem nevroznanosti in znanj iz genetike/epigenetike pridobil naravo dobro definirane duševne motnje. Raziskovalne ugotovitve pa kažejo, da nevroznanstvene informacije in razumevanje odvisnosti od alkohola kot bolezen možganov (1) izven ozkega strokovnega kroga ne zmanjšujejo stigme te motnje, kot so si predstavljali vodilni raziskovalci. Z alkoholom zasvojeni pacienti so pogosto in disproportionalno marginalizirani, in sicer tako v fazi aktivne zasvojenosti kot v obdobju stabilne remisije. Podeljena stigmatizacija med samimi pacienti, svojci in zdravstvenim sistemom predstavlja eno večjih ovir za zdravljenje, onemogoča odkrito komunikacijo in iskanje možnosti zdravljenja (2). Gre za paradoksnu situacijo: velika socialna zaželenost pitja alkohola veča tveganje za razvoj odvisnosti, hkrati pa se zasvojenim ljudem zaradi prepričanj v zvezi z odvisnostjo od alkohola otežuje dostop do zdravljenja. Ta razkorak je toliko bolj neproduktiven, ker je zdravljenje odvisnosti že dolgo dokazano dobro zdravljiva motnja (3); zdravljenje je enako, ali celo bolj učinkovito kot pri drugih kroničnih nenalezljivih boleznih, kot so diabetes, arterijska hipertenzija in astma. Videti je, da je potrebno posebej nasloviti tisto "nekaj več" – čustven odziv in prepričanja, ki jih vzbuja v okolici vedenje zasvojenega človeka, posebej, če je vpletena ljubljena družbena psihotropna snov.

Bistvo odvisnosti od alkohola ni le v nevrobioloških možganskih spremembah, ampak tudi v spremljajočem neprilagojenem vedenju, torej gre za "bolezen možganov in socialnih odnosov" (4), in prav neprilagojeno vedenje zasvojenega človeka, če ne razumemo organskega dela te motnje, prispeva k moraliziranju glede alkoholne odvisnosti. Ljudje, odvisni od alkohola, torej potrebujejo tako omejitvev neprilagojenega odvisniškega vedenja kot zdravljenje. To je v pomoč njim in okolici. Kdo je za kaj odgovoren? Zdravstvo je odgovorno za lahko dostopno, dobro organizirano, na dokazih sloneče zdravljenje odvisnosti (5). Ob neprilagojenem vedenju zasvojenega človeka pa gre tudi za pravne in socialne aspekte, ki nimajo vedno zveze z medicino. Zato ni prav, da medicina prevzema nase morebitne odločitve, ki jih morajo izpeljati druge stroke in civilna družba. Prav tako pa odvisnost ne nastane v vakuumu, ampak v nekem socialnem kontekstu. V slavnem članku v reviji Science, kjer je opisano, da je odvisnost bolezen možganov, avtor Leshner zapiše tudi, da se ta možganska bolezen razvija in izkazuje v socialnem kontekstu, ki je izjemno pomemben (6). Torej socialno okolje, ki spodbuja pitje alkohola, prispeva k odvisnosti in odgovarja za znižanje tega vpliva (in ne zdravstvo).

Pri odvisnosti od alkohola se prepletajo različne ravni človeškega funkcioniranja, kot so nevrobiološka, somatska medicinska problematika, psihiatrična, psihološka, duhovna, socialna, politična ... Zaradi kompleksnosti in potencialno čustveno nabite problematike je prav posebej pomembno, da zmoremo v profesionalnem kontekstu o odnosu do alkohola in odvisnosti od alkohola razpravljati sine ira et studio – brez jeze in nepristransko, predvsem pa multidisciplinarno.

V tokratni refleksiji glede odvisnosti od alkohola smo usmerjeni predvsem v zdravstveno raven, v spodbudo, da postanemo zaposleni v zdravstvu bolj proaktivni v prepoznavanju problematike odvisnosti od alkohola in v intervencah, ki vodijo k zdravljenju, ob tem pa zmoremo razmejiti, kateri del odgovornosti sodi k zdravstvu in kateri ne. Izkušene strokovnjake iz različnih zdravstvenih kontekstov, ki poglobljeno razumejo svojo stroko, smo prosili, naj povzamejo sporočilo o odvisnosti od alkohola in možnih intervencah iz njihove strokovne perspektive.

Barbara Lovrečič in **Mercedes Lovrečič** (Nacionalni inštitut za javno zdravje) sta prikazali epidemiološke podatke v zvezi z uživanjem in odvisnostjo od alkohola: čeprav naj se ne bi dalo na enak način primerjati posameznika in družbe, se ob njuni informaciji nehote spomnimo, da je eden od znakov sindroma odvisnosti na individualni ravni, da zasvojen človek pije alkohol še nadalje, čeprav mu je dokazano, da mu škodi. Na družbeni ravni ostajamo ob tem epidemiološkem pregledu v samospraševanju, le kako preslišimo na dokazih sloneče argumente, da meje v uživanju alkohola ščitijo družbo in posameznika, še prav posebej pa mlade. **Marko Kolšek** (Katedra za družinsko medicino, MF UL) dolga leta prenaša svoje znanje in izkušnje na družinske zdravnike in druge zdravstvene delavce, med drugim tudi kako prepoznati in razumeti problematiko alkoholne zasvojenosti v ambulanti družinske medicine in v družbi. Opozori, da motnja ni vezana le na enega človeka-pacienta, ampak prevzame tudi družinske odnose. Razloži nam, da družinski zdravnik ni le opazovalec zanikanja odvisnosti pri pacientih in njegovih družinskih članih, ampak je nasprotno proaktiven in motivacijski v celem spektru odnosa do alkohola. **Alenka Franko** (Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, KC LJ) deluje v tistem delu zdravstva, ki je odgovoren za zaščito ne samo pacientov, ampak tudi delovnega mesta in udeležencev v prometu – to pa so ravno tista področja, kjer se poleg družine najbolj izkazuje vedenjski neprilagojeni del odvisnosti od alkohola. Informira nas, kako postopati, ko se izkazuje tveganje, da alkohol vpliva na varnost pri delu, hkrati pa ima stroka MDPŠ (Medicine dela, prometa in športa) še pomembno preventivno perspektivo, saj ima možnost vstopati v delovne institucije in promovirati zdrav življenjski in delovni stil glede

alkohola. **Klara Škvarč Kirn** (Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana) predstavlja socialno delo kot del zdravstvenega konteksta. Ta perspektiva vnese izkušnje, koliko sistematske in dolgotrajne psihosocialne pomoči je potrebno ponuditi najbolj stigmatiziranim in socialno najbolj ranljivim pacientom; čeprav uspeh ni takoj viden, brez tega vložka ni upati na spremembo psihosocialnega funkcioniranja. Socialno delo v zdravstvu je občutljivo na potrebe različnih subpopulacij pacientov, vnaša koncept opolnomočenja oziroma razumevanja pacientov tudi z upoštevanjem njihovih virov moči. Posebej pomembna vloga pa je v povezovanju zdravstvenega in socialnega konteksta. **Mirjana Radovanovič** (Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana) opozori na specifična znanja, ki jih promovira psihiater, ki zdravi paciente z odvisnostjo od alkohola. Paciente je potrebno razumeti kot heterogene, zato se oblikujejo individualizirani načrti zdravljenja, ob tem je potrebno biti pozoren na eventualne spremljajoče psihopatološke fenomene. Posebno pozornost posveti načinu intervjuja glede odvisnosti od alkohola, ki zakoliči zaupanje skozi ustrezno empatičen odnos ali pacienta odvrne od zaupnosti. Tak pristop je posebej pomemben tudi v luči destigmatizacije.

Maja Rus Makovec

V nadaljevanju je opisano, kako so sodelujoči strokovnjaki predstavili problematiko odvisnosti od alkohola iz svojega konteksta:

Epidemiološki pogled na porabo alkohola in odvisnost od alkohola v Sloveniji

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Alkohol se glede na škodo, ki jo povzroča posamezniku in drugim, uvršča na prvo mesto človeku najbolj škodljivih drog (7, 8). Poznamo 60 bolezni ali zdravstvenih stanj, ki jih povzroča alkohol in več kot 200 zdravstvenih stanj, kjer je alkohol eden od dejavnikov tveganja (9). Mednarodna agencija za raziskovanje raka (International Agency for Research on Cancer – IARC) je alkohol (acetaldehid, etanol in alkoholne pijače) uvrstila v prvo skupino snovi, ki so rakotvorne za človeka (10–13). Alkohol je toksičen, teratogen in zasvojljiv.

Evropska regija¹ (ER) Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki vključuje Slovenijo, se sooča z najvišjo porabo alkohola na svetu, problematičnimi pivskimi navadami ter največjim bremenom bolezni in umrljivosti, ki so posledica škodljive rabe alkohola, breme umrljivosti pripisljivo raku v povezavi z alkoholom močno presega svetovno povprečje (14, 15). V Evropi se 10 % vseh primerov raka pri moških in 3 % vseh primerov raka pri ženskah pripisuje alkoholu (14).

V ER SZO v zadnjih tridesetih letih beležimo trend upadanja porabe alkohola, kljub temu pa je poraba alkohola več kot dvakrat višja od svetovnega povprečja. Po podatkih SZO ima Slovenija v obdobju 2004 – 2014 višjo registrirano porabo alkohola v litrih čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, v primerjavi z ER SZO in v primerjavi z EU (16), tudi zdravstveno breme zaradi škodljive rabe alkohola v Sloveniji je posledično večje v primerjavi z mednarodnimi povprečji. Po podatkih SZO starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi izbranih alkoholom pripisljivih vzrokov v svetu, v EU in v Sloveniji v zadnjih desetletjih upada, vendar je Slovenija vseskozi nad povprečjem EU in ER SZO, tako pri moških kot pri ženskah. Po umrljivosti zaradi izbranih² alkoholom pripisljivih vzrokov se Slovenija z 90,95 smrtmi na 100.000 prebivalcev uvršča na 6. mesto med državami EU za Litvo, Latvijo, Madžarsko, Romunijo in Estonijo. Umrljivost zaradi teh izbranih vzrokov smrti je povsod višja med moškimi v primerjavi z ženskami (16). Po podatkih SZO se Slovenija po

starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi kronične jetrne ciroze uvršča nad povprečje EU in ER SZO, tako pri moških kot pri ženskah. Po starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi kronične jetrne ciroze je Slovenija na 4. mestu za Romunijo, Madžarsko in Litvo (16).

V Sloveniji je v letu 2016 znašala registrirana poraba alkohola 10,5 l litra čistega alkohola na vsakega prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let (17), kar dvakrat presega mejo 5 litrov čistega alkohola na prebivalca, medtem ko finančna škoda zaradi posledic v državi presega koristi od prodaje alkohola (9, 18). Za Slovenijo je značilna visoka poraba in velika dostopnost do alkohola, strpen odnos družbe do alkohola in opijanja v javnosti ter problematične pivske navade (16, 18). Leta 2016 je v Sloveniji, v starosti med 25 in 74 let, 10,7 % ali okrog 148.000 prebivalcev alkohol pilo čezmerno, 47,2 % ali okrog 651.000 prebivalcev pa se je visoko tvegano opilo vsaj enkrat v zadnjem letu (17). Problematične pivske navade sčasoma lahko vodijo v razvoj sindroma odvisnosti od alkohola, bolezen možganov in resno medicinsko stanje. V Sloveniji ne razpolagamo z registrom ali podatkovno bazo, kjer bi bili zbrani podatki oseb s sindromom odvisnosti od alkohola, podatkov o številu vseh oseb s sindromom odvisnosti od alkohola v Sloveniji tako ni na voljo. Spremljamo lahko primere zdravljenj oseb s sindromom odvisnosti od alkohola, ki se za zdravljenje odločijo. Nezdravljen sindrom odvisnosti od alkohola lahko zaradi ponavljajoče izpostavljenosti alkoholu pripomore k obolenju drugih organov in sistemov. Leta 2016 je v Sloveniji zaradi bolezni in stanj, ki so stoodstotno pripisljive alkoholu, v povprečju vsakih 10 ur umrla vsaj ena oseba (skupno 826 oseb, 686 moških in 140 žensk) (vir NIJZ). Te smrti predstavljajo le del bremena umrljivosti in ne vključujejo npr. smrti zaradi vožnje pod vplivom alkohola, samomorov ali umorov, povezanih z alkoholom ter bolezni, kjer je alkohol le eden od vzrokov; breme umrljivosti zaradi alkohola je tako veliko večje kot ga rutinsko spremljamo.

¹ Evropska regija Svetovne zdravstvene organizacije vključuje države EU, države kandidatke za članstvo, Norveško in Švico.

² Pri izbranih alkoholom pripisljivih vzrokih smrti so vključeni naslednji vzroki: rak grla in požiralnika, sindrom odvisnosti od alkohola, kronična jetrna bolezen in ciroza, vsi zunanji vzroki.

Zasvojeni z alkoholom v ambulanti družinskega zdravnika

Marko Kolšek, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerza v Ljubljani

Zdravnik družinske medicine se lahko srečuje s svojimi pacienti od njihovega otroštva, ko so odrasli ali v starosti. Ker je alkohol tako močno vpet v našo kulturo, se s problemi, neposredno ali pa posredno povezanimi s pitjem alkohola, srečuje vsakodnevno. Tovrstnih težav ljudje neredko ne »priznajo« niti sebi, ne svojim bližnjim, pa tudi svojemu zdravniku ne: večje, ko so težave, bolj jih skušajo prikriti. Podobno takšne težave prikrivajo tudi družinski člani pacientov, ki pijejo na škodljiv način ali pa so z alkoholom zasvojeni (19). Če zdravnik ciljano ne sprašuje o pitju alkohola in morebitnih težavah, povezanih s tem, pri posamezniku ali v njegovi družini, bo pogosto pri svojih pacientih ugotavljal le razne telesne ali duševne težave, ki v bistvu lahko izvirajo iz pitja alkohola (npr. nespečnost, utrujenost, motnje razpoloženja, depresija, bolečine v želodcu, razbijanje srca, težave s prebavo, glavobol ...) (19, 20, 21), saj ni nobenega specifičnega testa, ki bi na hitro in preprosto razkril težave, povezane s pitjem alkohola. Ko se izkaže, da gre pri pacientu ali pri pacientovem partnerju za alkoholizem, je pravzaprav že veliko zamujenega. Takrat lahko zdravnik z ustreznim pristopom pripomore k odločitvi za zdravljenje, ki vključuje tako bolnika, zasvojenega z alkoholom, kot tudi njegovega partnerja ali celotno družino (22). Če pa odnosi v alkoholikovi družini postanejo tako zverženi, da družina postane nefunkcionalna ali alkoholik ostane

celo brez nje, mu lahko s sodelovanjem z drugimi službami v družbi skuša pomagati na kak drug način.

Da bi se dolgoročno izognil čim večjemu številu takšnih poznih oz. »prepoznih« ukrepanj, se zdravnik družinske medicine s celostnim pristopom poleg kurative usmerja med drugim tudi v preventivo. Z aktivnostmi celotnega svojega strokovnega tima sistematično sprašuje paciente tudi o njihovih pivskih navadah (23), poudarja pomen odgovornega odnosa do alkohola, ki ni hrana ali običajna tekočina za gašenje žeje (24). Osvešča svoje paciente o škodljivem vplivu pitja alkohola že v nosečnosti, med dojenjem, vplivu pivskih navad staršev in otrokovih mladostniških vrstnikov na kasnejši otrokov odnos do alkohola (25). Pri pacientih, ki pijejo na tvegan način, lahko – vsaj pri nekaterih – z ustreznimi motivacijskim pristopom prispeva k njihovi odločitvi za zmanjšanje pitja in s tem prepreči morebitne škodljive posledice pitja in kasnejši razvoj zasvojenosti. Tudi pacientom, ki že imajo kakršnekoli škodljive posledice zaradi pitja, lahko pomaga pri njihovi odločitvi za manj tvegano vedenje (26).

Za še večji uspeh pri zmanjševanju škode, ki jo povzroča pitje alkohola, in s tem postopnem zmanjševanju števila ljudi, ki trpijo zaradi lastnega alkoholizma ali alkoholizma njihovih bližnjih, morajo svoje prispevati tudi drugi deležniki v družbi: različne službe in organizacije, mediji in seveda tudi politika.

Vpliv alkohola na delavca in njegovo delazmožnost

Alenka Franko, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Zloraba alkohola lahko pomembno vpliva na delavca in na njegovo delovno zmožnost, saj zmanjša delovno storilnost, pri opravljanju dela se pojavljajo napake, delavci pogosto izostajajo z dela, zlasti po vikendih in počitnicah, pojavljajo se konflikti s sodelavci in nadrejenimi. Za delavce, ki zlorabljajo alkohol, so značilne pogoste poškodbe pri delu, invalidnost, večja umrljivost, kar pa ima ekonomske posledice za samega delavca, delovno organizacijo in družbo kot celoto (27–29).

Zloraba alkohola ni združljiva z učinkovitim in varnim opravljanjem dela. Posebej problematični poklici oz. delovna mesta so: vozniki motornih vozil oz. vožnja v službene namene, zdravstveni delavci, policisti, vojaki, varnostniki, delavci v nuklearni elektrarni, delo v

območju ionizirnega sevanja, delo na višini in pod zemljo, delovna mesta, kjer obstaja večja nevarnost mehanskih poškodb, poškodb z električnim tokom ali izpostavljenosti kemičnim snovem, delovna mesta, ki zahtevajo pozornost in koncentracijo (27–28, 30).

Prepoved dela pod vplivom alkohola, drog in drugih substanc v Sloveniji ureja Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur.l. RS 43/2011) v 51. členu, v katerem je navedeno, da delavec ne sme delati ali biti na delovnem mestu pod vplivom alkohola, drog ali drugih prepovedanih substanc. Delodajalec ugotavlja stanje po postopku in na način, določen z internim aktom, ter mora odstraniti z dela, delovnega mesta in iz delovnega procesa delavca, ki je delal ali je bil na delovnem mestu pod vplivom psihoaktivnih snovi (31).

Specialisti medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) se z zlorabo alkohola srečujemo pri delavcih v okviru predhodnih, usmerjenih obdobjih 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 zlorablajo 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).

Odvisnost 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, recidvirajo 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 zmožogel 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 specifikke 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 zelenih 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 zelenih 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 vozniških 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« pogojev 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 pripravljene 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 pripravljene 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 intervenciji 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 ekzekutivnih 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 nevroplastični, torej lahko z ustrezno stimulacijo (abstinencija, psihoterapija, 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

spodbuja empatičnost do drugih ljudi, oziroma se spodbuja zmožnost odzivnosti na socialnem delu možganov. Z večjo občutljivostjo do drugih ljudi si povečajo zmožnost za dolgoročno okrevanje.

Kdo naj zdravi od alkohola zasvojenega ljudi? Ta se izkazuje v veliki heterogenosti. Ljudje so lahko zasvojeni malo, srednje ali zelo močno oziroma so njihove nevrobiološke spremembe različno intenzivne. Zasvojenost se razvije lahko že v mladih letih z drugimi eksternalizirajočimi motnjami (na primer motnje v nadzoru impulzov), ali kasneje v življenju pri ljudeh, ki so marsikaj dosegli, z več internalizirajočimi motnjami (na primer depresija) (49). Sindrom odvisnosti se lahko izkazuje tudi pri tako imenovanih funkcionalnih zasvojenih ljudeh: na prvi pogled delujejo "v redu", na čustvenih odnosih ali pri vrednotah pa je prepoznati subtilne posebnosti zaradi odvisnosti. Če zasedajo vplivne položaje, so včasih direktna ovira za bolj konstruktiven odnos do alkohola in zasvojenosti.

Pri zasvojenih ljudeh, ki nimajo klinično pomembnih sočasnih duševnih motenj (najpogosteje gre za razpoloženske motnje, motnje v nadzoru impulzov, čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo, psihoorgansko motnjo, posttravmatske motnje ipd.), v obravnavi zadostujejo psihosocialne intervence, ki so na razpolago izven medicinskega sistema. Gre na primer za Anonimne alkoholike in razna društva, ki naslavljajo načine za reševanje odvisnosti. Za odvisnost ob klinično pomembnih motnjah pa je indicirano strokovno psihoterapevtsko in psihiatrično zdravljenje v ambulantnih in hospitalnih programih v medicinskem kontekstu. V klinični psihiatrični kontekst tipičnega psihiatričnega oddelka pa sodijo le psihiatrični zapleti odvisnosti od alkohola, kot so resna odtegnitvena stanja z zapleti ter psihotična in psihoorganska stanja zaradi alkohola.

Terapevti, ki sodelujejo v psihosocialni obravnavi, se dobro zavedajo, da je bistvo obravnave odvisnosti najprej dejanska sprememba vedenja (50). V tem so lahko odlični pomočniki. Praviloma pa nimajo znanja in izkušenj, kako nasloviti prej omenjene sočasne duševne motnje. To ni nikakršen problem – saj to tudi ni njihova naloga, če se tega zavedajo in napotijo zasvojenega v zdravstveni sistem. Ko se le-ti uredijo, se lahko vrnejo nazaj v prejšnjo psihosocialno pomoč, po potrebi pa vzporedno obiskujejo še psihiatra ali psihoterapevta s področja odvisnosti.

Psihoterapevti, čeprav imajo opravljene vse formalnosti svojega izobraževanja, ki niso seznanjeni z odvisnostjo, lahko postanejo nehote vzdrževalci odvisnosti. V odvisnosti ni primarni cilj uvid – nekateri pacienti zelo dobro poznajo svoj problem z odvisnostjo, a se ne čutijo zmožne, da bi ga obvladali. Poznati je torej potrebno vedenjske strategije, kako

obvladati odvisniško vedenje. Uvid pri odvisnosti pogosto pride za spremembo vedenja in ne obratno.

Ni za pozabiti, da lahko nekateri ljudje tudi samoozdravijo. Približno 25 % z alkoholom zasvojenih ljudi izkusi dolgotrajno ali celo stalno remisijo brez uporabe kakršnegakoli zdravljenja (51, 52). Samoozdravitve brez zunanje podpore (po naravni poti) se izkazujejo pri ljudeh, ki niso preveč biološko zasvojeni, ki so vpeti v pomembne medosebne odnose (družina, služba), so proaktivni in so doživeli zaradi svojega pitja hude občutke krivde in sramu. Ne zanikajo jih in zaradi njih ne pijejo več, ampak jim pomenijo ta mučna občutja zelo močno spodbudo k abstinenci in močni spremembi življenjskega stila. Nekateri programi izven medicinskega sistema vključujejo predvsem ljudi z veliko zmožnostjo samoozdravitve. Medicinski sistem je dolžan zdraviti najbolj zasvojenega in najbolj ranljivega pacienta, posebej s sočasnimi duševnimi in telesnimi stanji, in ki lahko dosežejo polno, ali pa le delno remisijo. Intenzivno zdravljenje v medicinskem sistemu mora zato v obravnavo odvisnosti vključevati multidisciplinarno strokovnjake.

Vendar je troje skupna filozofija vsem oblikam obravnave in zdravljenja odvisnosti od alkohola: 1. v končni meri se vsak pacient zdravi sam in je soodgovoren za svoje spremembe. Nihče ne more namesto njega abstimirati in prebolevati občutkov krivde ter oblikovati aktivnejšega življenjskega sloga z bolj vedrim razpoloženjem. Do tega cilja pa vodijo zelo različne poti, različni programi in različno intenzivna zdravljenja; 2. zasvojen človek se težko zdravi, če se ne poskuša spremeniti tudi njegova bližnja okolica (samski ljudje pa lahko nadomestijo primanjkljaj družinske podpore tako, da se dobro povežejo z neko skupino zdravljenecov); 3. skupno vsem programom obravnave in zdravljenja, ne glede na obliko in intenziteto, pa je duhovna in etična plat zdravljenja odvisnosti. Odvisnost ni samo vedenjska, socialna, nevrobiološka in psihiatrična organska motnja, ampak nujno sproža filozofska eksistencialistična (samo)spraševanja, dileme o odgovornosti, krivdi, sramu in razmišljanja o možnosti spremembe in odpustanja (53). V končni meri je v vsako obravnavo/zdravljenje odvisnosti vpeta narativa o psihološkem in medosebnem trpljenju ter odrešitvi.

Sedaj pa eno od dveh vprašanj, ki si jih ne znam prav odgovoriti: kako to, da razni terapevti iz socialnega konteksta, skupine samopomoči, terapevti iz zdravstvenega konteksta in predstavniki nevladnih organizacij z veseljem, zaupanjem, tovariško in z veliko lahkoto ne sodelujejo med seboj? Smo takorekoč edini, poleg dobro zdravljenih pacientov in njihovih družin, ki razumemo, za kaj gre pri tej stigmatizirani motnji. Logično se zdi, da bi si morali biti

v medsebojno pomoč. Moja izkušnja je, da v mojem profesionalnem okolju komaj čakamo, da lahko napotimo naše zdravljenca v kakovostne podporne skupine izven zdravstva. Brez te podaljšane obravnave imajo namreč malo možnosti, da bodo lahko vzdrževali tisto, kar so dosegli v intenzivnem zdravljenju. Hipoteze, zakaj je tako, so različne. Pričujoč prispevek je dal idejo, da bi bilo vse te terapije iz različnih kontekstov za povprašati, kje so ovire sodelovanju in kako bi jih skupaj lahko preseгли. Ovira, ki se je s tako anketo verjetno ne bo dalo preseči, je morebitna prisotnost zelo izražene osebnostne lastnosti dominantnosti/narcizma pri kakšnih terapijah (kar pa velja za vsa strokovna področja).

Drugo vprašanje se povezuje z družbenimi normami, mediji, politiko. Res ne da ravni posameznika primerjati z družbenimi procesi, a vendar da misliti članek z naslovom, ki ga je napisala kolegica, ki je utirala pot slovenske alkoholologije v mednarodne perspektive, in sicer ali je lahko cela dežela zasvojena z alkoholom (54)? Če se poigravamo s to metaforo, potem smo morda strokovnjaki s področja odvisnosti nepopolno razumeli svojo družbeno vlogo.

Dolžnost stroke je, da argumentirano prikaže vso škodo in kratkovidnost odločitev, ki podpirajo prekomerno uživanje alkohola. Klic k odgovornosti,

tudi osebni, je nujen, in mora biti resen, a dostojen. Pa vendar, morda smo na družbeni ravni spregledali potrebo po dodatni vzporedni ravni našega delovanja. Na individualni ravni vemo, da samo bolezenski pritisk praviloma ne zadostuje za spremembo, ampak je potrebno biti s tem človekom tudi zelo sprejemajoč, zanimiv, podporen, vzbujati upanje ipd. Na družbeni ravni torej stroka potrebuje, poleg opozarjanja na škodo, tudi stalno aktivnost v vzbujanju upanja za spremembo, dostopnosti obravnave, de-stigmatizaciji zdravljenja in obravnave, na temelju medčloveškega povezovanja in solidarnosti. Na preventivni ravni prikazovati življenje brez alkohola na privlačen način, tudi s pomočjo popularnih vzornikov, ki bi se lahko aktivirali na tem področju. Skratka, ne biti le tisti, ki opozarja na škodo, ampak biti čim bolj zanimiv, prijeten, dostojen, sodelujoč sogovornik v podpori svobode do življenja brez odvisnosti od alkohola in drugih psihotropnih snovi.

Veselim se možnosti razvijanja dobrega kolegialnega sodelovanja vseh tistih, ki pomagamo zasvojenim ljudem in skupnega iskanja načinov, kako bomo poleg strokovnih analiz in klicev k družbeni odgovornosti tudi čim bolj zanimivi za družbene procese. Pred časom je že bila, na primer, ena taka dobra izkušnja za mlade z akcijo Z glavo na zabavo (55).

LITERATURA

1. Steenbergh TA, Runyan JD, Daugherty DA, Winger JG. Neuroscience exposure and perceptions of client responsibility among addictions counsellors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2012; 42: 421–8.
2. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors* 2007; 32 (7): 1331–46.
3. Mc Lellan AT, O'Brien CP, Lewis DL, Kleber HD. Drug Addiction as a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and evaluation. *JAMA* 2000; 248: 1689–95.
4. Koo, GF, Le Moal M. Addiction and the Brain Antireward System. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 29–53.
5. Miller PM. Evidence-Based Addiction Treatment. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London etc.: Elsevier, 2009.
6. Leshner A. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* 1997; 278: 45–7.
7. Nutt DJ, King LA & Phillips LD Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376: 1558–65.
8. van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology* 2015; 29(6): 655–60.
9. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - An overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817–43.
10. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Personal Habits and Indoor Combustions. Volume 100 E. A Review of Human Carcinogens International Agency for Research on Cancer (2012).
11. Coglian VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, Ghissassi FEI et al. Preventable exposures associated with human cancers *J Natl Cancer Inst* 2011; 103(24): 1827–39.
12. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V et al. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007, 8(4): 292–3.
13. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, Espina C et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol* 2016; 45: 181–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.011>.
14. World Health Organization Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks World Health Organization, Geneva: World Health Organization, 2009.
15. World Health Organization, Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.
16. Lovrečič B, Lovrečič M. Zdravstvena problematika alkohola v Sloveniji. *Isis* 2017; XXVI (11): 32–7.
17. Podatkovni portal NIJZ [spletna stran na Internetu]. Pridobljeno 1.12.2017 s spletne strani: https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px_language=sl&px_db=NIJZ+podatkovni+portal&rxid=7b7c04fd-5f8b-4dc0-80fe-21ff1ae5efb7.

18. Lovrecic B, Lovrecic M. Alkohol: čezmerno pitje alkohola in visoko tvegano opijanje NIJZ, CINDI - in print.
19. Vidič-Hudobivnik P. Zdravje svojcev alkoholikov po vključitvi v strukturiran program pomoči za obvladovanje problematike alkoholizma v družini Al-Anon. [specialistična naloga] Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2014.
20. Kersnik J, Poplas-Susič T, Kolšek M, Švab I. What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *J Int Med Res* 2009; 37: 1561–9.
21. Rugelej J. Pot samouresničevanja. Ljubljana: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski; 2000.
22. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
23. Kolšek M. O pitju alkohola : priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; 2011.
24. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N et al. No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
25. Kolšek M. Pogostnost pitja alkohola in pivske navade osnovnošolcev v Sloveniji: doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 2000.
26. Kaner E, Beyer F, Dickinson H, Pienaar E, Campbell F et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, 2:CD004148.
27. Ames GM, Grube JW, Moore RS. The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empirical study. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 37–47.
28. Marques PR. Levels and types of alcohol biomarkers in DUI and clinic samples for estimating workplace alcohol problems. *Drug Test Anal* 2012; 4: 76–82.
29. Takeshita T. Prevention of alcohol-related health harm in the workplace. *Ind Health* 2017; 55: 403–5.
30. Franko A. Psihoaktivne snovi na delovnem mestu = Psychoactive substances in the workplace. V: Ratkajec T (ur.). Psihoaktivne snovi na delovnem mestu. 1. natis. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje medicine dela, prometa in športa. 2016; 5–12.
31. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Ur. list RS 2011; 43.
32. Spanagel R. Alcoholism: a systems approach from molecular physiology to addictive behavior. *Physiol Rev* 2009; 89: 649–705.
33. Nielsen MB, Gjerstad J, Frone MR. Alcohol Use and Psychosocial Stressors in the Norwegian Workforce. *Subst Use Misuse* 2017; 14: 1–11.
34. Maslow, AH. Motivation and personality, Harper & Brothers. 1954.
35. Čačinovič Vogrinčič G. Koncept delovnega odnosa v socialnem delu. *Socialno delo*, 2002; 41, 2: 91–6.
36. Addy PH, Radhakrishnan R, Cortes JA, D'Souza DC. Comorbid Alcohol, Cannabis, and Cocaine Use Disorders in Schizophrenia: Epidemiology, Consequences, Mechanisms, and Treatment. *Focus J Lifelong Learn Psychiatry* 2012; 10: 140–53.
37. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154: 1–13.
38. Paris J. Prescriptions for the Mind - A Critical View of Contemporary Psychiatry. New York, NY: Oxford University Press, 2008.
39. Čebašek-Travnik Z. Slovenia: alcohol today—could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–4.
40. Stahl SM. Essential Psychopharmacology - Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2013.
41. Pregelj P, Kores-Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Zihel S, Gregorič-Kumperščak H, Kravos M (ur.). Psihatrija. Ljubljana: Psihatrična klinika, 2013
42. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 105–12.
43. National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA). Missed Opportunity: National Survey of Primary Care Physicians and Patients on Substance Abuse. New York, NY: CASA, 2000.
44. Schuler MS, Puttaiah S, Mojtabai R, Crum RM. Perceived barriers to treatment for alcohol problems: a latent class analysis. *Psychiatric services* 2015; 66 (11): 1221–8. doi:10.1176/appi.ps.201400160.
45. Prochaska JO. Enhancing Motivation to Change. V: Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz RS (ur.). Principles of Addiction Medicine 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2009: 745–55.
46. Moyers T, Miller W. Is Low Therapist Empathy Toxic? *Psychol Addict Behav*. 2013 Sep; 27(3): 878–84.
47. Valmas M, Mosher Ruiz S, Gansler D et al. Social Cognition Deficits and Associations with Drinking History in Alcoholic Men and Women. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38 (12): 2998–3007.
48. Clapp P, Sanjiv VB, Hoffman PL. How Adaptation of the Brain to Alcohol Leads to Dependence. *Alcohol Research & Health* 2008; 31 (4): 310–39.
49. Maisto S, Connors G, Dearing R. Alcohol Use Disorder. Cambridge, MA: Hogrefe, 2007.
50. Radovanovič M, Rus-Makovec M. A temporal profile of pro-abstinence-oriented constructs from the modified theory of planned behavior in a Slovenian clinical sample of treated alcoholics – an 18-year follow-up. *Zdr Varst* 2018; 57 (1): 10–6. doi: 10.2478/sjph-2018-0002.
51. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction* 2005; 100: 281–92.
52. Russell M, Peirce RS, Chan AW et al. Natural Recovery in a community-based sample of alcoholics: Study design and descriptive data. *Substance Use and Misuse* 2001; 36: 1417–41.
53. Uusitalo S, Salmela M, Nikkinen J. Addiction, agency and affects – philosophical perspectives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2013; 30 (3), 33–50. DOI: 10.2478/nsad-2013-000.
54. Čebašek-Travnik Z. Alcohol today - could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–4. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01565.x.
55. Soglasje k aktu o ustanovitvi ustanove: Fundacije "Z glavo na zabavo", spodbujanje zdravja polnega življenja, stran 7864. Uradni list RS 62/2000.