

PRISTOP K PSIHOTERAPIJI ALKOHOLIZMA NA IDRIJSKEM

Ana Kavčič-Kumer

UDK/UDC 616.8-085.851:613.81

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH TO ALCOHOLISM TREATMENT IN IDRİJA

DESKRIPTORJI: alkoholizem; psihoterapija

DESCRIPTORS: alcoholism; psychotherapy

IZVLEČEK – Pričujoči prispevek želi predstaviti nekatere izkušnje sedemletnega dela na oddelku za zdravljenje odvisnosti od alkohola in drugih zasvojenosti v Psihiatrični bolnišnici v Idriji.

Vsebina teme je razdeljena na tri dele, ki so med seboj dinamsko povezani. Zbrani so podatki iz zgodovine alkoholizma v stari Idriji, obdelani nekateri vidiki odnosa psihiatrije do psihoterapije, zadnji del pa prinaša statistične podatke o delu s skupinami skozi sedem let izkušenj in so strnjeni v konkretna odstotkovna razmerja. Glede na vse številnejše definicije psihoterapije in glede na to, da univerzalna definicija ne more zajeti vseh specifičnosti posameznih metod, tehnik in usmeritev, je presoja o smotnosti uvajanja različnih psihoterapevtskih pristopov v prakso, prepuščena v prakso.

ABSTRACT – *The intention of the present contribution is to present the experience deriving from seven years' work on the unit for alcohol dependence and other addictions in the Psychiatric Hospital in Idrija.*

The contents of the theme is divided into three parts, which are dynamically intertwined. In the beginning, the data from the history of alcoholism in ancient Idrija are presented, followed by the discussion of some aspects of the relation of psychiatry towards psychotherapy; the last part brings some statistical data on group work, based on seven years' experience, presented in concrete percentage ratios. Considering more and more numerous definitions of psychotherapy, as well as the fact that a universal definition can not cover all the specificities of different techniques, methods and orientations, the judgement of the appropriateness of the introduction of different psychotherapeutic approaches into practice is left to the reader.

Zgodovina

V pričujočem prispevku želim predstaviti nekatere izkušnje sedemletnega dela na oddelku za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti v Psihiatrični bolnišnici v Idriji. Podatki in ugotovitve se opirajo predvsem na tisto izmed štirih skupin, v kateri sem vsa leta aktivno delovala.

Vsebino teme sem razdelila na tri dele, ki so med seboj dinamsko povezani – kako, v čem in koliko pa prepuščam bralcu v presojo. V prvem delu sem zbrala podatke iz zgodovine alkoholizma v stari Idriji, v drugem delu obdelala nekatere vidike oziroma odnos psihiatrije do psihoterapije v naših razmerah, v tretjem delu pa z nekaterimi statističnimi podatki zabeležila delo v skupini skozi sedem let izkušenj, ki so se strnile v določena odstotkovna razmerja.

Leta 1990 je minilo 500 let, odkar obstaja mesto Idrija. Ob tem jubileju je izšlo nekaj pomembnih strokovnih knjižnih izdaj, med katerimi velja opozoriti na izjemno strokovno delo pod naslovom »Zgodovina idrijskega zdravstva«. Knjigo je na osnovi arhivskih virov napisal dr. Jože Pfeifer, psihiater in dolgoletni zdravnik in

strokovnjak na Idrijskem in še posebej v Psihiatrični bolnišnici v Idriji. V zajetnem delu, ki se ukvarja predvsem s problemi merkurializma, je zbranih tudi mnogo podatkov s področja alkoholizma v stari Idriji.

V tem kontekstu naj omenim le nekatere, ki bodo ponazorili smeri razvoja alkoholizma v pretekli 500-letni zgodovini idrijskega zdravstva.

Najstarejši podatki v zvezi s čezmernim uživanjem alkohola v Idriji segajo že v prvo stoletje obstoja rudnika. Leta 1579 poroča rudniški upravitelj Ainkürn, da so idrijski rudarji vdani pijači.

Ko je v letih 1621–1627 zaradi uspešnega rudniškega poslovanja v Idriji zavladata relativna blaginja, so se hkrati razpasle tudi številne razvade, veliko nočnega popivanja in razgrajanja s pretepi.

Leta 1668, ko je Idrija imela približno 1500 prebivalcev, je bilo v naselju kar 26 gostiln. Dunajska dvorna komora, kateri je bil idrijski rudnik takrat neposredno podrejen, je v Idrijo pošiljala svoje komisarje in pri pregledu stanja leta 1697 določila, da smejo v Idriji biti le tri gostilne – njihovo število pa se je do leta 1720 zmanjšalo le na 12 gostiln. Kljub komisarjevim ukrepom v naslednjih letih rudarji niso manj pili. Ostaja pa dejstvo, da se je v preteklosti v Idriji poraba alkohola vedno višala in nižala vzporedno z uspešnim ali neuspešnim poslovanjem rudnika in s tem povezanim dvigom ali padcem življenjskega standarda prebivalstva. Vse to pa je pogojevalo vse večji nastanek in razvoj zasvojenosti. Življenjski način rudarjev, ki so že takrat praviloma delali le po 8 ur dnevno in so zato imeli razmeroma precej prostega časa, v primeri z okoliškimi kmeti, prebivalci ali drugimi delavci, ki so delali najmanj 10–12 ur in več dnevno.

V prvih dveh stoletjih obstoja Rudnika živega srebra je v aktih le redko omenjeno obravnavanje posameznikov zaradi njihovih alkoholnih razvad. Vse to se kasneje sporadično pojavlja in različno rešuje, tudi že z degradacijo ali odpustom z dela. Poročajo tudi, da je nadzorno osebje kar precej tolerantno do čezmernih pivcev; podobne ugotovitve veljajo žal še vedno v današnjem času.

Leta 1752 je rudniški ravnatelj Hauptmann predlagal dunajski dvorni oblasti, naj bi se izkupiček vinske kupčije uporabljal za izdatke zdravstva – nastavilo naj bi se poleg dosedanjega ranocelnika še akademsko šolanega zdravnika. Leta 1754 je Idrija dobila prvega akademika zdravnika dr. Joannesa Antoniusa Scopolija, svetovno znanega naravoslovca. Dobiček od vinske kupčije so razen za plačo zdravniku namenili še za stroške lekarne in za zdravila, ki so jih idrijski rudarji in njihovi svojci prejeli brezplačno; preostali denar so namenili za šolstvo, saj je že takrat v Idriji obstajala trirazrednica. Leta 1761 je dr. Scopoli izdal knjigo »O Idrijskem živem srebru«, v kateri je opisal tudi najpogostejše bolezni idrijskih rudarjev in menil, da je treba kaznovati tiste, ki so se zbirali na gostijah in v pivskih družbah in da je bolezen merkurializem huje prizadela pijance. Znano je, da so bila pred približno 200 leti nazaj mnenja o koristnosti in škodljivosti vina različna. Celo zdravstveni delavci si niso bili edini v mnenjih. Vsi razpravljalci pa so obsojali prekomerno uživanje alkohola.

Od leta 1785 do začetka 19. stoletja je idrijski rudnik izredno uspeval. Število delavcev se je podvojilo, proizvodnja se je dvignila od 140 ton Hg na 600–700 ton Hg letno. Nenaden vzpon ni prinesel za Idrijo le ugodnih posledic, ampak so se pokazale med drugim tudi posledice družbeno nesprejemljivih oblik uživanja alkohola in javni izgredi alkoholiziranih oseb, ter zvišanje uporabe alkohola.

Več zdravnikov v 19. stoletju – kirurg Layer, dr. Hafner, dr. Nager se prav tako niso mogli povsem sporazumeti glede alkoholizma pri idrijskih rudarjih. Vendar kritično pripomnijo, da Idrijčani že od mladih let v takratnem sociokulturnem okolju ob dejstvu, da stopajo v službo v rudnik s 15. ali 16. letom in že v odraščajoči dobi posegajo po alkoholu in tako hitreje propadajo. Leta 1846 je okrožno glavarstvo v Postojni zahtevalo od vseh pristojnih idrijskih organov, naj poročajo o tamkajšnjih socialnih in moralnih razmerah, ki vzbujajo pozornost oblastnih organov.

Konec 19. stoletja ali točneje leta 1875 dr. Jenko poroča, da je med rudarji veliko prebavnih bolezni, kar povzroča tudi slabo vino in čezmerno uživanje alkohola. Po letu 1897 je dunajsko ministrstvo odločilo, da je treba tudi v Idriji preganjati alkoholizem med delavci, notorične pivce pa odpuščati iz službe. Rudniška zdravnikinja naj bi večkrat predavala o škodljivosti alkoholizma; osnuje naj se društvo za boj proti alkoholizmu, pri čemer naj sodeluje tudi duhovščina. Nadrejeni organi idrijskega rudnika so se proti koncu 19. stoletja začeli intenzivno zanimati za zdravstveno zaščito pri delu in za higienske razmere v rudniških obratih. Leta 1897 je bil poslan z Dunaja v Idrijo na ogled ministrski svetovalec za zdravstvo dr. Karl Tinus. Na podlagi njegovih ugotovitev so bila rudniški direkciji naslednje leto poslana obširna navodila za izboljšanje razmer. Rudniška direkcija pa je tudi ugotovila, da je precej predlogov odveč, ker so bile zadeve urejene že pred inšpekcijo; tako na primer v Idriji tista leta že deluje društvo proti alkoholizmu.

Postavljajo se vprašanja, ali bi bilo danes kako drugače, če bi poslali v Idrijo ministra za zdravstvo, na primer iz republiškega centra.

Slednji podatek je zanimiv, saj kaže, da so se ob dotedanjih prisilnih ukrepih začele uveljavljati tudi metode poučevanja in prepričevanja. V to obdobje v Idriji segajo torej prvi začetki sodobnega zdravljenja alkoholizma.

O visokem številu alkoholikov med idrijskim delavstvom priča poimenski seznam 115 notoričnih pivcev iz leta 1907, kar pomeni, da je bil zasvojen vsak deseti delavec.

V nekdanji Idriji je prevladovalo vsesplošno mnenje, da prekomerno uživanje alkohola predstavlja predvsem moralno pregreho, ki jo je treba izkoreniniti iz moralnih, ne pa zdravstvenih razlogov. Razumljivo je, da so ob vsem tem ukrepi proti alkoholnim razvadam lahko imeli le začasen in navidezen učinek, zasvojenim alkoholikom pa niso koristili.

Pregled zgodovine idrijskega zdravstva dr. Jožeta Pfeiferja se zaključuje z opisom razmer v času pred prvo svetovno vojno. Obdobje od približno leta 1910 dalje v Idriji na področju alkoholizma še ni strokovno obdelano, vendar iz pripovedovanja starejših Idrijčanov zanesljivo sklepam, da so bili problemi prekomernega uživanja alkohola vseskozi aktualni. Pivske razvade so bile v 25-letnem italijanskem obdobju vsakodnevni pojav med rudarji in prebivalstvom nasploh. To je bilo le nekaj epizod oziroma fragmentov iz zgodovine stare Idrije.

Psihoterapija alkoholizma v Psihiatrični bolnišnici v Idriji

Današnja psihiatrična bolnišnica je v nekdanji italijanski kasarni, ki so jo začeli graditi leta 1929. Vojašnica je bila po kapitulaciji Italije septembra 1943 zanemar-

jena in je v prvih povojnih letih že močno razpadala. Šele po letu 1954 so jo začeli obnavljati in 7. aprila 1957 so ustanovili »Bolnišnico za duševne bolniki«. Podobno kot druge sorodne psihiatrične ustanove na Slovenskem je tudi današnja naša »Psihiatrična bolnišnica v Idriji« primer zavoda, ki je prisiljen delovati v prostorsko in higiensko ter miljejsko zasilnih in komaj zadovoljivih pogojih.

Sedaj pa je bolnišnica tradicionalno organizirana psihiatrična ustanova ob razvijajoči se ambulantni dejavnosti in dispanzerskem delu, zdravljenju alkoholizma in drugih odvisnosti, gerontopsihiatriji, adolescentni psihiatriji, forenzični psihiatriji in nevrofiziologiji. Tako je zapisano v planu za leto 1990. Ob vsej naštetih razvejani strokovni dejavnosti pa psihoterapija že vsa leta, odkar se v naši ustanovi uvaja, nima zagotovljenega in jasno opredeljenega oziroma definiranega mesta.

Leta 1968 je bil znotraj Psihiatrične bolnišnice organiziran alkoholološki oddelek, takrat še z bolniki z različnimi diagnozami. Nekaj let pozneje pa se je definitivno preoblikoval v oddelek za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti.

Sedaj oddelek šteje 45 postelj. Na zdravljenje prihajajo bolniki s celotne Primorske, od Kopra do zgornjega Posočja, nekaj je zdravljenecv iz Notranjske: Logatec, Cerknica, Vrhnika. Občasno pridejo tudi posamezniki iz Jesenic, Novega mesta, Ljubljane in še nekaterih drugih krajev na Slovenskem. Na oddelku delujejo štiri skupine. Iz tako imenovane motivacijske skupine prehajajo zdravljenecv prek triaže psihiatra oziroma vodje oddelka v tri aktivne odprte skupine.

Znano je dejstvo, da ni nobenega področja človeške patologije, kjer bi vladalo več zablod, zmede, neznanja, nejasnosti, zavestnih in podzavestnih odporov, kot je to na področju alkoholizma. Sindrom odvisnosti od alkohola je družben, družinski, individualen pojav.

Ob delu na področju alkoholizma pa se človeku še posebno globoko usidrajo prepričanja, da so minili časi vere v vsemogočno znanost, ki naj bi bila sposobna razrešiti vse probleme človeka in človeštva. Vsakodnevno delovanje pa zapuščča še naslednja spoznanja, da imajo vsa področja psihiatrije, alkoholologije ali tudi psihoterapije le splošno veljavne ugotovitve, ki se kljub veliki meri strokovnih potrditev in utemeljitev lahko v končni fazi le relativno vrednotijo. Osnovni razlog tiči v dejstvu, da se znanstvena spoznanja opirajo na določeno večinsko – povprečno raven ljudi, kar pa seveda pomeni, da se tem spoznanjem lahko do neke mere izmikajo posamične značajske in osebnostne poteze konkretnih zdravljenecv in sodelujočih svojcev v specifičnih spletnih življenjskih okoliščin.

Zato je razumljivo, da je terapija tako v fazi hospitalizacije, kot tudi v obdobju rehabilitacije zelo zapleteno, nikoli do kraja razjasnjeno iskanje tiste človekove identitete, ki lahko edina jamči za zazdravitev.

Poti iskanja omenjene identitete so polne križpotij in tudi možnih stranpoti. Na njih največkrat v skupinskem delu ni za vse enako veljavnih smerokazov, ampak so samo naznačena napotila, ki pa jih lahko pravilno razberejo šele osebnostno stabilen, izkušen ter izobražen terapevt in bolnik ob vzajemnem in iskrenem sodelovanju sobolnikov in svojcev.

Definicij psihoterapije je veliko. Univerzalna definicija je mogoča samo za ceno maksimalnega žrtvovanja specifičnosti posameznih metod, tehnik, usmeritev oziroma področij te dejavnosti.

Delo z zdravljenici s sindromom odvisnosti od alkohola je le občasno v fazi hospitalne obravnave zajemalo oziroma obsegalo vključevanje nekaterih redko uporabljenih posameznih elementov psihoterapevtskih tehnik. Zakaj? V letih spoznavanja teorije psihoterapije sem slišala toliko različnih razmišljanj različnih strokovnjakov, da si ne bi upala trditi, da je vse to možno uvajati v naših razmerah in pri naših zdravljenicah.

11-letno pridobivanje znanja na področju psihoterapije, ob »improviziranem« delovanju me je pripeljalo k razmišljanju, kako v naših pogojih in okvirih tradicionalne psihiatrije priti zdravljenecem bolnikom nasproti tudi z nekaterimi psihoterapevtskimi tehnikami ob njihovih številnih težavah in problemih.

V svojem sedmem letu delovanja v skupini zdravljenecv s sindromom odvisnosti od alkohola sem samostojno ali v terapevtskem paru sodelovala pri obdelavi oziroma zdravljenju 394 bolnikov. Osnovno načelo, ki je prevladovalo ob tem delu, je temeljno naravno spoznanje, da je v naravi pravilo le različnost, ne pa enakost.

Ob »improviziranem uvajanju« nekaterih psihoterapevtskih elementov v delo z zdravljenici so me konstantno usmerjala dejstva biološke determiniranosti posameznika, ob razvojnih obdobjih človekove življenjske poti, ter individualne vpetosti v družino, miljejskih dejavnikov in drugih vplivih, ki človeka osebno vkleščijo v nevrotični ali kako drugače formuliran razvoj.

Psihoterapevtsko dopolnjevanje izobraževanja mi je ob konkretnem delu zapuščalo nujnost neobhodne podrobne obravnave bolnikove predzgodovine oziroma tako imenovane usmerjene anamneze. Vse to pa je lahko le nekakšen uvodni del, hkrati pa tudi izhodišče za postavljanje ciljev in prioritetenih nalog v terapiji ali kasnejšemu obdobju rehabilitacije.

V naši skupini sem vseh sedem let ostajala edini stalni terapevt, medtem ko so vsi ostali prihajali in odhajali iz skupine ali oddelka.

Tako sem v sedemletnem delovanju imela priložnost sodelovati z dvema socialnima delavcema, s psihologom, psihiatrom in psihoterapevtom, zdravnikom specializantom ter v zadnjem času z zdravnico specializantko. Ob tem raznolikem sodelovanju različnih profilov zdravstvenih delavcev sem skozi leta dopolnjevala svoj transferni in kontratransferni odnos, kar sama sebi štejem kot dobršen del kapitala pretekle dobe mojega delovanja. Prav to večdimenzionalno pretakanje sporočil med sodelujočima terapevtoma in skupino ob posameznem zdravljenju, ko smo se uspeli zblíževati med vsakodnevnimi seansami skupinske dinamike, prav to se mi zdi, da je srž psihoterapije, ki se je sporadično, a živo in vztrajno vse pogosteje vpeljevala v terapijo.

Preden preidem na konkretno obdelavo statističnih podatkov, naj pojasnim, da področja alkoholizma ni mogoče nikoli do kraja izčrpati, ter da bi vsaka od naslednjih metod obravnave lahko samostojna tema za dolgoletno in poglobljeno raziskavo.

Interpretirati pa sem si dovolila le najočitnejše statistične podatke oziroma pokazatelje v posameznih tematskih sklopih. Ostalo prepuščam presoji, izzivu in komentarjem bralcev. V obliki dekurzov zato ostaja obdelanih in zapisanih okrog 300 anamnez zdravljenecv in heteroanamnez njihovih svojcev. Zbrani ostajajo številni sklopi podatkov, ki so deloma že obdelani, le urediti in izčistiti jih je še treba.

Naše izkušnje

Svoje sedemletno delovanje v skupini zdravljenec s sindromom odvisnosti od alkohola sem se odločila predstaviti s konkretno naslednjo vsebinsko zasnovno:

1. Razporeditev zdravljenec po starostnih skupinah.
2. Šolska izobrazba in kvalifikacija.
3. Razmerje med moško in žensko populacijo v obravnavani skupini.
4. Stanovska opredelitev v času zdravljenja.
5. Dolžina zakonskega staža pred vključitvijo v skupinsko terapijo.
6. Sodelovanje v procesu skupinskega zdravljenja.
7. Nekateri podatki procentualnega razmerja uspešnosti abstinentnega stanja zdravljenec v skupini Kluba za zdravljenje alkoholizma v Idriji, kjer delujem kot terapevt šesto leto.
8. Tipičen zdravljene obravnavane skupine.

Za objektivnejšo sliko podatkov bi bilo nujno imeti ob naši obravnavani skupini še vsaj eno ali še boljše obe obstoječi oziroma delujoči skupini na oddelku. To delo sedaj še ni evidentirano, zato primerjalna obdelava ni mogoča.

Starostne skupine

Od skupno 394 obravnavanih zdravljenec od januarja 1984 pa do aprila 1990 se je starostno obdobje bolnikov gibalo po naslednjih podatkih:

- v starosti 20–30 let se je zdravilo 90 bolnikov = 22,8%
- v starosti 30–40 let se je zdravilo 161 bolnikov = 40,8%
- v starosti 40–50 let se je zdravilo 113 bolnikov = 28,6%
- v starosti 50–60 let se je zdravilo 30 bolnikov = 7,6%

Takšna starostna struktura odgovarja podatkom iz literature oziroma trditvi, da je sindrom odvisnosti od alkohola najpogostejši v obdobju človekove zrelosti in največje produktivnosti, v obdobju med 30. in 40. letom.

Podatki kažejo, da je ta problem pereč žal tudi v obdobju med 20. in 30. letom življenja, ter še za spoznanje aktualnejši med 40. in 50. letom starosti.

Izobrazba

Nadalje sem obdelala podatke o šolski izobrazbi. Glede na izobrazbo sem vseh 394 obravnavanih zdravljenec razdelila na 6 kategorij:

- nepopolno osnovno šolo je imelo 143 bolnikov = 36,2%
- popolno osnovno šolo je imelo 88 bolnikov = 22,3%
- poklicno šolo je imelo 115 bolnikov = 29,1%
- srednjo šolo je imelo 36 bolnikov = 9,1%
- višjo šolo je imelo 7 bolnikov = 1,7%
- visoko šolo je imelo 6 bolnikov = 1,5%

Podatki kažejo, da je izobrazbena struktura zdravljenec, ki so se zdravili v naši skupini, relativno zelo nizka. Nujna bi bila obravnava celotnega števila sprejetih bolnikov na oddelku za zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola v Idriji, da bi se pokazalo realno objektivno stanje izobrazbene ravni zdravljenec. Obstoj poklicnih in drugih posebnih sposobnosti lahko bolniku olajša v življenju kompen-

ziranje njegovih težav, kot ga lahko posebne nesposobnosti ovirajo v življenju. Vse to pa se je jasno pokazalo pri individualnem konkretnem realnem stanju med obravnavo.

Verjetno pa se stanje izobrazbene strukture populacije nasploh na področju Primorske, od koder sprejema Psihiatrična bolnišnica Idrija večino zdravljenecv, odstotkovno približuje normalni izobrazbeni ravni prebivalstva teh krajev. Le malo zdravljenecv je spolnjevalo 12 Wolbergovih zahtev, ki morajo biti spolnjene za vključitev v psihoterapevtsko obravnavo.

Spol

Razmerje med moško in žensko obravnavano populacijo je bilo v naši skupini v sedmih letih naslednje: od 394 sprejetih zdravljenecv na oddelek za zdravljenje odvisnosti je bilo

349 moških zdravljenecv, se pravi 88,5% in

45 ženskih zdravljenek, se pravi 11,4%.

Nerazumljivo veliko je število sprejetih moških zdravljenecv v najustvarjalnejšem življenjskem obdobju. Moški so glede vsakdanjih življenjsko pomembnih opravil občutno bolj nebogljeni kot ženske in zato pri njih pogosteje pride do zasvojenosti in drugih osebnostnih dezintegracij.

Ženski sindrom odvisnosti od alkohola je še vedno bolj prikrit, moralno in etično s strani ustaljenih družbenih vrednotenj oziroma meril v naši sociokulturni skupnosti še vedno težje ali težko sprejemljiv.

Stanovska opredelitev

Stanovska opredelitev obravnavane skupine 394 zdravljenecv v zadnjih sedmih letih evidentira naslednja razmerja:

– v zakonski zvezi je bilo	209 bolnikov = 53%
– samskih je bilo	125 bolnikov = 31,7%
– ločenih je bilo	38 bolnikov = 9,6%
– v izvenzakonski skupnosti je živelo	16 bolnikov = 4%
– ovdovelih pa je bilo	6 bolnikov = 1,5%

Več kot polovica obravnavanih zdravljenecv je bila poročena. Vsi drugi pa so tudi najpogosteje živeli v kaki primarni ali sekundarni obliki družinskega ali zakonskega razmerja.

V vseh teh letih delovanja sta se vse pogosteje potrjevali dve temeljni predpostavki, na katerih sloni družinska terapija:

– da je družina zaključen sistem, v katerem se spremembe pri enem članu odražajo tudi na vseh drugih;

– da je lahko simptomatika ali psihopatologija enega člana družine le del širših psihodinamskih dogajanj v tem sistemu;

– le s spremembami v celotni dinamiki in funkcionalnosti družinskega sistema lahko pride do sprememb pri posameznem družinskem članu;

– razpravljati moramo o neizčrpnosti temi soodvisnosti.

Zakonski staž

Dolžina zakonskega staža pred vključitvijo v skupinsko terapijo: v tem primeru sem obdelala le 1988., 1989. in 1990. leto, kar šteje skupaj 89 parov oziroma zakoncev. Obdobja sem razdelila v skupine po letih:

- 1–5 let zakonskega staža imajo le 3 zdravljenca, kar je 3,3%
- 6–10 let zakonskega staža ima 14 zdravljenca, kar je 15,7%
- 11–15 let zakonskega staža ima 25 zdravljenca, kar je 28%
- 16 let in več zakonskega staža ima 47 zdravljenca, kar je 52%

Najvišje število zdravljenca, se pravi več kot polovica, spada v skupino prek 16 let zakonskega staža. Velika večina zdravljenca in sodelujočih svojcev je opisovala dolgotrajno kronificirano simptomatiko. Ta pa je trajala od najmanj 5 let v redkih primerih pa do 20 in več let. Sindrom odvisnosti od alkohola in osebnostna spremenjenost tako zdravljenca samega kot sodelujočih svojcev sta simptomatiko že tako vgradila v način življenja, da se je pod tem vplivom spremenil celotni sistem vsakodnevnega smisla in načina bivanja. Evidentno ostaja dejstvo, da je po dolgotrajnem zakonskem stažu v obdobju sindroma odvisnosti od alkohola težina boleznine vse huje fiksiran proces z malo možnosti dobre prognoze oziroma zazdravitve in uspešnosti rehabilitacijskega procesa.

Sodelovanje v procesu zdravljenja

V tej točki gre za pregled podatkov v zvezi z rednim tedenskim ali še pogostejšim sodelovanjem svojcev v procesu skupinskega zdravljenja. V sedemletnem obdobju je pri 394 zdravljencah v času 2–3-mesečne hospitalizacije sodelovalo naslednje število različnih sodelujočih:

- Za 216 zdravljenca so sodelovali zakonski partnerji, kar je 55%.
- V 52 primerih so sodelovali starši, največkrat mati, redkeje oče ali oba starša, to pa je 13%.
- Za 71 zdravljenca so sodelovali sorojenci, kar je 18%.
- V 13 primerih so za zdravljenca starše sodelovali otroci, kar je samo 3,3%.
- Delovne organizacije in različni prijatelji so redno tedensko sodelovali v 26 primerih, kar je 6,5%.
- V 17 primerih pa ni sodeloval nihče, kar je 4,3%.

Pojasniti moramo, da je možnih v najboljših pogojih le 13–15 obiskov v času 2–3-mesečne hospitalizacije. V kasnejšem obdobju pa ob kontrolnih pregledih ponavadi skušamo privabiti k sodelovanju vse tiste člane družinske ali delovne skupnosti, ki pomembno soodločajo v procesu terapije ali rehabilitacije. Delovne organizacije kličejo k sodelovanju zdravljenca sami, pogosto med terapevtskim procesom, odvisno od individualne potrebe zdravljenca.

Abstinenca

Nekateri podatki odstotkovnega razmerja uspešnosti abstinentnega stanja zdravljenca, ki so se zdravili v naši skupini ter obiskujejo Klub zdravljenih alkoholikov (KZA) v Idriji, kjer delujem šesto leto.

V tem primeru sem vzela za izhodišče le abstinenco, ki je kot edini skupni imenovalec lahko šele predpogoj za doseglo določene stopnje rehabilitacije.

Skozi obdelavo se je v sedemletnem obdobju steklo v naši skupini 46 zdravljenec iz področja mesta Idrije ter okoliških vasi ali naselij občine. Dvajset zdravljenec ostaja abstinentnih vse daljše ali krajše obdobje (od 7 let pa do več mesecev). Od 22 primerov recidivistov ali ponovnih pivcev so se prav vsi zdravili v bolnišnici najmanj dvakrat, nekateri, se pravi trije ali štirje primeri, pa tudi večkrat po več mesecev na drugih psihiatričnih oddelkih. Trije bolniki so umrli zaradi različnih posledic sindroma odvisnosti od alkohola. Vsi ti zdravljenec so bili po lastni želji vključeni v eno ali drugo delujočo skupino KZA v Idriji. Pri delu tako v bolnišnici kot tudi v KZA Idrija pa moramo upoštevati tudi dejstvo, da se tako zdravstveni delavci kot tudi zdravljenec med seboj relativno dobro poznamo oziroma poznajo in so zato naše medsebojne odgovornosti drug do drugega toliko večje in hkrati tudi težavnejše.

Mesto Idrija je majhno, stisnjeno v kotlino in strnjeno v gosto naseljenost. Medsebojno poznavanje namreč terja mnogo več strpnosti, požrtvovalnosti, kritičnosti in predvsem samokritičnosti za doseganje željenih, po možnosti čimbolj objektivnih ocen. Te pa naj služijo učinkoviti in trajnejši terapiji v odnosu do zdravljenec ter medsebojni pomoči med samimi zdravstvenimi delavci.

Vedeti je treba, da se tu na Idrijskem področju tako terapevti kot tudi zdravljenec medsebojno poznamo po življenjski predzgodovini v vse najgloblje pore posameznega in skupnega bivanjskega smisla časa in prostora.

Poznanstva segajo celo v rodovno sorodstveno vejo ali še več rodov nazaj.

Tipičen zdravljenec

Tipičen zdravljenec naše obravnavane skupine je bil nevrotično, psihosomatsko, disocialno ali kako drugače najpogosteje že primarno osebnostno moten, redkeje mejno psihotičen ali psihotičen. Večina bolnikov je absolvirala dolgo dobo ekscesivnega pitja v razponu od 15 do 20 let, ob redkejših poskusih nekaterih posameznikov s krajšimi periodami spontane abstinence. Na zdravljenje prihaja najpogosteje neposredno iz družine, delovne organizacije, kjer je dolga leta ali desetletja navidezno funkcioniral, kljub svojemu toksikomanskemu pitju. Pri sprejemu na zdravljenje je imel kompletno izražen sindrom alkoholne bolezni z vsemi karakteristikami alkoholnega obnašanja, pri čemer so osebnostne spremembe, družinski, profesionalni in socialni simptomi dominirali nad somatskimi. Na zdravljenje prihaja vedno pod pritiskom ključnih oseb iz svoje okolice in velikokrat akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja in predvsem zaradi tega spolnjuje formalno pripravljenost za zdravljenje.

Velika večina bolnikov je odraščala v klimi emocionalno slabih pogojev, ob neadekvatnih vzgojnih okoliščinah, kar je vsekakor negativno vplivalo na njihov zgodnji razvoj, socialno prilagajanje. Zato so bile poudarjene tudi pogoste različne težave v poznejših fazah življenja, kar je imelo ugodne pogoje za razvoj sindroma odvisnosti od alkohola.

Podatki iz osebne zgodovine zdravljenec so pokazatelji, ki potrjujejo zopet zgodnje nevrotične motnje ter težave v vseh naslednjih razvojnih fazah pred izbruhom sindroma odvisnosti od alkohola.

Zelo zanimiva je tudi ugotovitev, da je pomembno majhen odstotek zdravljen-
cev prišel na zdravljenje izključno iz družinskih razlogov, pod pritiskom družinskih
članov. Velika večina je prispela na zdravljenje pod pritiskom kombiniranih
dejavnikov: družina, delo oziroma delovna organizacija, zdravje, pri čemer pa sta
družina oziroma sorodstvo, zastopana skoraj v vsaki kombinaciji.

Sklep

Zdravstveni delavci občutimo zadoščenje, ko skozi leta opazujemo, da uspehi
po nekaterih psihoterapevtskih prijemih celo pri zapuščenih, dementnih ali hudo
osebnostno motenih zdravljenih rehabilitacijo vendarle obrnejo v pozitivno smer.

Menimo, da je uvid ali globalna doživljajska kategorija tisti ključni dejavnik, ki
vpliva na iztek zdravljenja in da je ob tem motivacija tista, ki vzdržuje bolnikove
intraprosihične, transpersonalne in interpersonalne napore.

Vprašanje, ali obstoji tipičen alkoholik, takoj zgubi svoj pomen, čim kvantiteto
in kvaliteto njegovega ega preučujemo od vseh njegovih mejnih oblik proti osnovni
osebnostni naravnosti: nevrotičnosti, psihotičnosti, disocialnosti, psihosomatski
bolezni, demenci ali katerikoli drugi psihopatološki motnji. Takrat alkoholik takoj
preneha biti »samo« alkoholik.

Literature o psihoterapiji je zelo veliko na razpolago, o skupinski psihoterapiji
alkoholizma pa razmeroma malo. Ena in druga pa imata posebno značilnost, da sta
bogati s teoretičnimi pojmi, zelo malo pa piše o tem, kako in kaj se v praksi dela
z zdravljenici.

Drugi, nič manj pomemben razlog izhaja iz tega, da psihoterapija sindroma
odvisnosti od alkohola v naši družbi ni dobila tistega mesta kot psihoterapija
nevroz ali psihoz. Pomembno mesto pripada tudi maksimalni frustracijski tole-
ranci, ki jo mora posedovati in pravilno strokovno uveljavljati terapevt, ki se
ukvarja z zdravljenici s sindromom odvisnosti od alkohola.

Večina psihiatrov se z alkoholiki ne želi ukvarjati, najpogosteje le diagnosticir-
ajo bolezen, zdravijo pa jo terapevti ali redkeje psihoterapevti. Potrebno je
precejšnje znanje za dobro strokovno delo, ki pa je družbeno manj vrednoteno,
malo cenjeno in še slabše plačano. Posebne vrste travmatizirajoče dejstvo je v tem,
da je samo abstinenca, in to dosmrtna, edini skupni imenovalec vsem zdravljenem
s sindromom odvisnosti od alkohola. Dober terapevt na področju alkoholizma
nima pozitivne konotacije.

Vsakodnevno delo nas sili zdaj in tukaj vedno znova spoznavati človeka
v človeku in razumeti to nejasno vlogo, ki je položena v človeka ter v njegovo
individualno in družbeno življenje.

Vzljubiti delo z zdravljenici s sindromom odvisnosti od alkohola pomeni ločiti
oziroma biti si v nujnosti življenja – edini; dopustiti svobodno razmišljanje,
usmerjanje in odločitve v primeru dvoma, ki obvladuje človeka, oziroma spoznati
bistvo njihovega duha ter jih ob vseh njihovih osebnostnih motnjah in posledicah
zasvojenosti dostojanstveno spoštovati.

Naj bo kakorkoli že, ali smo s tradicionalnimi psihiatričnimi ali pa sodobnimi
psihoterapevtskimi metodami na oddelku za zdravljenje odvisnosti v Psihiatrični
bolnišnici v Idriji dosegali takšne ali drugačne rezultate zdravljenja, pa ti rezultati
presenečajo marsikaterega nezaupljivega opazovalca, razveseljujejo pa nas vse, ki
smo kakorkoli povezani s tem problemom.

Strokovno utemeljena pa je tako tudi trditev, da je marsikateri sijaj v temi zdravljenčeve osebnosti vendarle zasvetil ob skupinski psihoterapiji sindroma odvisnosti od alkohola.

Literatura

1. Zihertl S. Kako se upremo alkoholu. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1989.
2. Žmuc-Tomori M. Klic po očetu. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1988.
3. Psihoterapija 14. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, 1986.
4. Požarnik H. Zakonski in družinski konflikti in njihovo zdravljenje. Ljubljana: DDU Univerzum, 1979.
5. Delevič Ž. Grupna psihoterapija alkoholizma. Beograd: Eksportpres, 1986.
6. Gačić B. Porodična terapija alkoholizma. Beograd: Rad, 1978.
7. Rogers C. Kako postati ličnost. Beograd: Nolit, 1961.
8. Pfeifer J. Zgodovina idrijskega zdravstva. Idrija: Mestni muzej, 1989.
9. Trstenjak A. Človek – bitje prihodnosti. Ljubljana: Slovenska matica, 1985.
10. Praper P (ur). Zbornik prispevkov 1. srečanja slovenskih psihoterapevtov Ljubljana: Psihoterapevska sekcija Slovenskega Zdravniškega društva, 1989.

NOVE NALOGE ZA MEDICINSKE SESTRE

Nove smeri razvoja v zdravstveni negi, skupaj z demografskimi in epidemiološkimi spremembami, zahtevajo vse več specialno izobraženih medicinskih sester. V zadnjem desetletju so se potrebe po negi izjemno razširile: zaradi skrajševanj hospitalizacije vse več starejših ljudi in pa kroničnih bolnikov potrebuje nego v svojem okolju.

Kljub naraščajočim zahtevam do medicinskih sester pa so njihovi poklicni položaj in delovni pogoji še marsikje izredno slabi; medicinske sestre imajo nizko plačo, prav tako nizek pa je tudi njihov družbeni ugled. Marsikje si tudi prizadevajo, da bi že tako in tako skromno število medicinskih sester še znižali, njihova delovna mesta pa zasedajo celo nemedicinsko izobraženi ljudje. Poleg tega se mladim dekletom v številnih deželah odpirajo drugačne poklicne perspektive, za fante pa ta poklic tako ali tako nikoli ni bil privlačen.

Dr. Miriam Hirschfeld, ki vodi globalni program za medicinske sestre pri Svetovni zdravstveni organizaciji, je na sestanku predsedstva Mednarodnega sveta medicinskih sester oktobra 1989 v Ženevi dejala: »Medicinske sestre si morajo po vsem svetu prizadevati za doseganje novih ciljev v svojem poklicu. Medicinske sestre morajo tako v razvitih kot nerazvitih deželah razviti nove načine dela, v luči problemov, ki jih prihašajo s seboj vse višja življenjska doba, aids in pa vse, kar spremlja umetno podaljševanje življenja.« Pri opisovanju prizadevanj Svetovne zdravstvene organizacije je dr. Hirschfeldova dejala, da morajo medicinske sestre sodelovati z drugimi profili strokovnjakov, ki so prav tako vključeni v sistem zdravstvenega varstva, saj si bodo le tako lahko zagotovile boljše delovne pogoje in učinkoviteje spolnjevale svoje naloge. Vse to pa seveda zahteva primerno izobrazbo in pa sodelovanje v raziskovanju, ker bodo medicinske sestre le tako lahko skrbele za izvajanje visoko kvalitetne zdravstvene nege, kar bo tudi izboljšalo podobo njihovega poklica. Le-ta bo zaradi večjega ugleda privlačen za več mladih deklet in fantov in medicinske sestre bodo tako v prihodnosti lahko ustregle naraščajočim potrebam družbe po preventivni, kurativni in rehabilitacijski zdravstveni negi ter zdravstveni negi kroničnih bolnikov in umirajočih. Med medicinskimi sestrami pa se krepí zavest, da je njihov poklic za posameznike, družine in družbo v celoti nepogrešljiv.