

ZAŠTO SU SE OVOG ČOVJEKA SVI ODREKLI U OBITELJI? WHY DID ALL FAMILY MEMBERS ABANDON THIS MAN?

Danijela Daus-Šebeđak¹

Sažetak

Danas je alkoholizam treća bolest suvremenog čovječanstva, u Hrvatskoj ima 6% ovisnika o alkoholu, a oko 15% muškaraca starijih od 20 godina prekomjerno uzima alkoholna pića. Prikazan je 65-godišnji pacijent, mjesec dana u mirovini, s teškim, neliječenim mnogostrukim psihičkim, fizičkim i socijalnim problemima uzrokovanim alkoholom. Tjelesne posljedice su često ozljeđivanje, prijelomi nadlaktice i kuka. Psihosocijalne posljedice su gubitak obiteljske kuće, odvojen život od žene koja živi povremeno kod kćerke, sin je razveden, često hospitaliziran na psihijatriji zbog PTSP-a i nije voljan primiti oca, troje unučadi od kojih su dvoje krenula „krivim“ putem i smješteni su u učenički dom, a unuka od 17 godina odustala je od škole. Njegov brat, sa senzomotornom afazijom nakon moždanog udara ga također ne može primiti u prigradsku kuću, koju iznajmljuje. Pacijent je prošlog ljeta zapušten spavao ispred ambulante te je uz insistiranje liječnika i prisilno hospitaliziran, zadržan „iz socijalnih razloga“ petnaestak dana na psihijatrijskom odjelu i potom udomljen.

Obiteljska medicina je idealna za liječenje poremećaja uzrokovanih alkoholom i barem jednako efikasna kao specijalizirana zdravstvena skrb. Još uvijek je prisutna stigmatizacija alkoholičara i posljedična društvena diskriminacija, što valja suzbijati antistigma programima.

Ključne riječi: alkoholizam, obiteljska medicina

Summary

Alcoholism is a major public health problem in modern society. There is 6% of alcoholics in Croatia while 15% of adult men drink excessively. A patient, 65-year-old alcoholic with severe, untreated multiple mental, physical and social problems is presented. Injuries such as fractures of upper arm and hip were frequent physical consequences. He lost his family home, separated from his wife, his son is divorced, frequently hospitalized for PTSD, and is not willing to accept his father to live with him. Three of his grandchildren undertook the wrong way in their lives (two of them were institutionalized, and a 17-year-old granddaughter abandoned school). His brother, with sensorimotor aphasia after a stroke, refused to accept him in his suburban house, which is currently rented. Last summer the patient was found asleep in front of the dispensary in a poor condition, and compulsorily hospitalized. After he spent 15 days in a psychiatric ward for “social reasons” the patient was placed in foster care.

Family medicine is ideal for the management of alcoholism. Interventions in reduction/cessation of heavy drinking in primary care are as effective as in specialized institutions. Stigmatization and consequential social discrimination of alcoholics is still present what is the reason for family doctors to implement antistigmatic programs.

Key words: alcoholism, family medicine

Danijela Daus Šebeđak, dr.med, specijalista Obiteljske medicine, Specijalistička ordinacija obiteljske medicine
Danijela Daus Šebeđak, Podvinje, trg Svetog Antuna 6

Uvod

Danas je alkoholizam treća bolest suvremenog čovječanstva, uz alkoholičara pati i nekoliko članova njegove obitelji. Istraživanja prekomjernog pijenja i bolesti povezanih s alkoholom su osobito bila intenzivna u drugoj polovici devedesetih godina. Ona su pokazala da u Hrvatskoj ima 6% ovisnika o alkoholu, a oko 15% muškaraca starijih od 20 godina prekomjerno uzima alkoholna pića¹. Sukladno prijavnim obrascima, smrtnost alkoholizma iznosila je 0,23%, a nakon revizija obrazaca čak 8,6%, što ga čini trećim uzrokom smrti u Hrvatskoj¹. Analiza uzroka smrti u malim sredinama, sa stalnim dugogodišnjim liječnikom, pokazuje drugačiju sliku. Daleko je veći udio alkoholizma, s time da je u mlađih osoba on drugi uzrok smrti, odmah iza malignih bolesti, a u starijih treći, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti². U Kanadi 2,6% populacije ispunjava kriterije za bolesti ovisnosti uzrokovanu alkoholom³. Samci, rastavljeni, ili udovci izloženi su većem riziku ovisnosti o alkoholu⁴. Učestalost kontakta s obitelji nije bila spolno povezana s rizikom pijenja. Učestalo druženje poklapalo se u oba spola s prevalencijom pijenja, no žene češće prijavljuju problematične pijance⁵.

U članku je prikazan slučaj pacijenta s teškim i neliječnim mnogostrukim psihičkim, fizičkim i socijalnim problemima uzrokovanim alkoholom.

Prikaz slučaja

Pacijent od 64 godine, otac dvoje djece, radio je kao električar do prije dvije godine, živio je u prigradskom naselju sa ženom od 65 godina, gdje u drugoj kući živi i njegov brat od 71 godine. Kod njega je povremeno živio do prije dvije godine, a ponekad bi stanovao i kod sina, u njegovom u stanu. Već je pred desetak godina, za vrijeme mog godišnjeg odmora, gotovo dva tjedna alkoholiziran spavao u trijemu ispred ambulante, pokriven prljavom dekom, uz skrb lokalnog tapetara, koji ga je često vodio da se okupa i nahrani u njegovoj

obližnjoj kući. Prije par godina ostao je bez kuće pod hipotekom. Kao majstor za uvođenje struje povremeno bi radio „na crno“. U veljači 2016. sa napunjenih 65 godina je ostvario pravo na minimalnu mirovinu. Supruga je uvijek bila kućanica pa nije ostvarila mirovinu. Primaju socijalnu pomoć, a sin i kći im novčano pomognu.

Dosadašnje bolesti: arterijska hipertenzija, gonartroza, glaukom (ne liječi se redovito). Kontakti sa zdravstvenom službom su uglavnom posljedice ozljeda i socijalnih problema. Podaci iz zdravstvenog kartona pokazuju višestruke ozljede, koje su nastale padovima, najvjerojatnije u alkoholiziranom stanju; 2009. Fractura colli humeri man. dx., Fractura ossis metacarpalis II man. dx. (povreda na radu); 2012. Fractura radii loco typico man. sin.; 2013. Fractura colli femoris dx. Sve ozljede su nastale padom, najvjerojatnije pod utjecajem alkohola. Stalno uzima diklofenak, tramadol, ramipril/amlodipin, povremeno diazepam te zolpidem. Nakon prijeloma kuka većinom je viđan na klupi, šutke pušeći i pijući pivo.

Klinički dojam nesređenog pacijenta, odaje miris po alkoholu; visok je, normalne tjelesne težine, crvena nosa, hoda s podlaktičnom štakom, po prsištu vidljivi spider nevusi. Potus negira, a heteroanamnestički se saznaje da pije dvije litre piva dnevno, uz druga alkoholna pića. Kardiopulmonalni nalaz uredan, RR 115/70 mm Hg, jetra rubno palpabilna. Iz laboratorija: MCV 102, AST 22, ALT 19, γ GT 59, GUK 5,2 mmol/l.

Preko Centra za socijalnu skrb pokušava se smještaj u udomiteljstvo. Prilikom telefonskog kontakta zajednički smo zaključili: „A gdje je tu obitelj? Pa to je nečiji otac, muž, brat?!“. Na direktne upite kada će otići u smještaj kod udomitelja, i ponude da uzme kruh koji sam za njega uplatila u pekari, odgovara „sutra“, sve je zapušteniji, sve lošijeg zdravstvenog stanja, ne da se uvesti na pregled, samo je pokazao ekskorijacije desnog stopala. Situacija je eskalirala potkraj ljeta, kad je pacijenta bilo teško probuditi i ostvariti kontakt, čak i pored bučnog rock koncerta u parku gdje je spavao. Zvane

su policija i hitna pomoć, rečeno je da se obavijeste sin i žena. Pacijent je odbio svaku vrstu pomoći. Osoba koja ga je trebala udomiti je odustala i više nije dolazila.

Brat koji živi u istom mjestu, nije se nikad ženio, pati od senzomotorne afazije nakon moždanog udara pa se teško sporazumijeva, a svoju trošnu kuću sada iznajmljuje. On i nećak se povremeno brinu o njemu. Kad je dolazio u ambulantu i vidio ga pokrivenog, nije niti riječi rekao meni i mojoj medicinskoj sestri. Ni jedan daljnji rođak se ne brine i ne pita za bolesnika. Na insistiranje liječnika, po ispisivanju naloga za prisilnu hospitalizaciju, pacijent je odvezen na psihijatrijski odjel opće bolnice, gdje je „iz socijalnih razloga i alkoholizma“ zadržan dva tjedna. Napokon je udomljen; dolazi s udomiteljem i uz zahvalni te pomalo šeretski pogled kaže: „Doktorice, znao sam da ćete me spasiti!“

Supruga dolazi nakon tjedan dana, čitavo vrijeme nije uopće pitala za svog supruga, već i za sebe traži potvrdu za udomiteljstvo. Zategnuta atmosferu sam prekinula usputnim komentarama - kako je suprug, i dobro da je zbrinut, na što je uslijedilo iznošenje kompletne obiteljske situacije u trajanju od nekih 45 minuta. Sin, kod koga su oboje živjeli, ima 41 godinu, rastavljen je (bivša supruga sada želi skrbništvo nad djecom radi novca koje će za njih dobivati, iako ih je napustila čim se rodilo najmlađe dijete) otišao je djevojci u Njemačku i zaključao komforan dvosobni stan, da ne troši režije. Pacijentova supruga je potom otišla kod 39-godišnje kćeri koja živi u blizini i s kojom se slaže, ali u dvosobnom stanu ima troje djece. Jedna unuka od 16 godina je socijalni problem, ima višekratne sukobe s policijom, smještena u učenički dom; drugi unuk ima 15 godina, također je u domu jer je ga je otac zlostavljao zaključavanjem u podrum kad je bilo hladno. Na upite zašto nije zvala i interesirala se za supruga odgovara da je bila jako umorna, i zabrinuta. Želi vaganje, jer misli da je od briga smršavila. Utvrđeno BMI 18,6. Najviše je zabrinuta jer joj prijete da će oduzeti

i najmlađeg unuka od 14 godina, koga je ona praktički odgojila. Također je iznijela podatak da su ona i suprug molili suprugovu sestru da ih smjesti u dvorišnu zgradu u kući gdje žive, i da bi tu bili sretni i zadovoljni. Istakla je da i pored svega ona nikada nije napuštala svog supruga, iako je vodila odvojeni život, a zadnje dvije godine su bili u stanu kod sina, s kojim se nisu slagali. Nikad se nisu obratili psihijatru radi liječenja od alkoholizma i prešutno su odobravali takvo stanje. Pred dvije godine je došla u ordinaciju i rekla da joj je suprug pao i da je najvjerojatnije slomio kuk. Otišla sam u kućnu posjetu i ustanovila frakturu kuka, te uputila na ortopedski odjel, na kojem je boravio gotovo mjesec dana, potom u Bizovačkim toplicama na rehabilitaciji. Nisam joj htjela stvarati osjećaj krivice, zapravo sam se osjećala revoltirano i zgroženo kompletnom situacijom, ali smo obadvije izrazile zadovoljstvo njegovim zbrinjavanjem - udomiteljstvom. Ponavlja da i pored svega ona nikada nije napuštala svog supruga. Nisu oni toliko stari i mogli bi imati relativno pristojan zajednički život.

Nastavak. Prošli tjedan, šetajući sretah mog pacijenta, hoda uz pomoć štake, noseći u ruci bocu od 2 l piva u vrećici. Pred Uskrs ove godine ponovo spava ispred ambulante. Kaže: „Ovaj puta me nećete vidjeti, ranije ću se pokupiti i otići“, ali ipak, nakon što je po hladnom vremenu prenoćio, promrznut, teško hoda, gladan i osamljen pristaje da ga se sanitetskim kolima odvede u bolnicu.

U mojoj ordinaciji, kao i u mnogim ambulantama OM ima još slučajeva teškog etilizma, poput pacijenta kojemu je cijelo selo odlučilo pomoći, ugraditi novu plastičnu stolariju i okrečiti kuću, samo je trebao otključati vrata, a njega nije bilo, jer je bio par kilometara dalje ispred trgovine i pio. Okrenuti glavu od ovakvih slučajeva? Nedavno me na stručnom sastanku kolega, za kog se inače zna da prekomjerno pije, pitao kad sam ga zamolila da mi natoči običnu vodu pitao: „A nećeš li ništa žestoko? Mora da si već popila na poslu?“ Sapiienti sat! Naravno da se obiteljski liječnik ne treba

uplitati u složene odnose, ali već i samo slušanje može pomoći u prosudbi nekih dvojbi te možda naći rješenje sukoba.

Rasprava

Uloga obiteljskog liječnika koji poznaje povjerenu mu populaciju, u ranom otkrivanju, liječenju i rehabilitaciji osoba koje pate od problema izazvanih alkoholom je neprocjenjiva. Obiteljska medicina je upravo zbog svojih karakteristika i potrebe koordinacije s drugim službama idealna za liječenje poremećaja uzrokovanih alkoholom, koji se smatra kroničnom bolešću, baš kao i dijabetes ili arterijska hipertenzija. Osobito je važna podrška („support“) u slučaju relapsa, zapravo mnogobrojnih ciklusa relapsa i remisija.

Ima kolega koji vrlo uspješno vode savjetovaništa za takve pacijente (Oršulić, Lončar). Skrb za alkoholičare u obiteljskoj medicini prema kanadskim autorima⁷⁻¹⁰ se sastoji od tri komponente: savjetovati sve osobe s rizičnim pijenjem i s poremećajem uzrokovanim alkoholom (postaviti ciljeve, rješavanje problema, praktični savjeti, propisati lijekove protiv konzumacije alkohola svim pacijentima s umjerenim do teškim alkoholom uzrokovanim poremećajem), povezati osobe s alkoholom uzrokovanim poremećajem s grupama podrške i službama za liječenje ovisnosti, savjetnicima, te liječiti ostale psihičke poremećaje.

Potrebno je ojačati suradnju s Centrom za socijalnu skrb, i s psihijatrima i postojećim klubovima liječenih alkoholičara (KLA) kako bi se ovaj problem osvijestio. Treba povećati probir („screening“) na poremećaje izazvane alkoholom i raditi kratke psihosocijalne intervencije kako bi se smanjilo unošenje etanola, kombinacijom pristupa usmjerenog pacijentu, profesionalcima i organizacijama te uključiti i liječnike i srednje medicinsko osoblje⁶. Obiteljskim liječnicima je potrebna pomoć u vidu Balintovih i „peer“ grupa da bi se lakše nosili s popratnim emotivnim opterećenjem, vezan uz taj rad.

Zaključak

Intervencije na razini primarne zdravstvene zaštite su u najmanju ruku jednako efikasne u suzbijanju alkoholizma kao i specijalizirana zdravstvena skrb, o čemu svjedoči obilna literatura³⁻¹¹. Upravo zbog dugotrajnosti skrbi obiteljskog liječnika, i zato što alkoholičari ne ostaju dugo u tretmanu specijaliziranih alkoholoških službi, pacijenti s blagim i umjerenim alkoholnim poremećajem trebaju ostati u domeni rada obiteljskog liječnika, a skrb se preporuča provoditi po unaprijed zacrtanom programu⁹⁻¹¹. Ako se pacijent i uputi u specijalizirane službe, LOM svakako treba ostati uključen u skrb za takve osobe. Još uvijek je prisutna stigmatizacija alkoholičara i posljedična društvena diskriminacija koja otežava njihovo liječenje, i protiv čega se treba boriti antistigma programima⁶⁻¹¹.

Literatura

1. Rapić M, Vrcić- Keglević M. Alkoholizam- zaboravljena dijagnoza u obiteljskoj medicini. *Med Fam Croat.* 2014;22(2):25-32.
2. Vidosavljević V, Vidosavljević M. Alkoholizam kao uzrok smrti u ruralnoj populaciji. U: Tiljak H, urednik. *Zbornik. XV. kongres obiteljske medicine.* Zagreb, 2008. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2008. Str. 218-23.
3. Weisner C. The provision of services for alcohol problems: a community perspective for understanding access. *J Behav Health Serv Res.* 2001;28:130-42.
4. Mikkelsen SS, Tolstrup JS, Becker U, Mortensen EL, Flensburg-Madsen T. Social network as predictor for onset of alcohol use disorder: a prospective cohort study. *Compr Psychiatry.* 2015;61:57-63.
5. Ferris J, Devaney M, Davis G, Mazerolle L. Reporting of problematic drinkers and the harm they cause: assessing the role of alcohol use, sex, and age of those affected by a problematic drinker. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2016;24:48-54.
6. Keurhorst M, van de Glind I, do Amaral-Sabadini N, Anderson P, Kaner E, Newbury-Birch D, i sur. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. *Addiction.* 2015;110:1877-900.

7. Rehm J, Anderson P, Mantney J, Shield KD, Sruzzo P, Wojnar M, i sur. Alcohol use disorders in primary health care: what do we know and where do we go? *Alcohol Alcohol*. 2015;[Epub prije tiskanja] [sažetak]
8. Klimas J, Henihan M, McCombe G, Swan D, Andersen R, Bury G, i sur. Psychosocial interventions for Problem Alcohol Use in Primary Care settings (PINTA). Baseline Feasibility Data. *J Dual Diagn*. 2015;11:97-106.
9. Spithoff S, Kahan M. Primarycare management of alcohol use disorder and at-risk drinking. Part 1: screening and assessment. *Can Fam Physician*. 2015;61:509-14.
10. Spithoff S, Kahan M. Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking: Part 2: counsel prescribe, connect. *Can Fam Physician*. 2015;61:515-21.
11. Spithoff S, Kahan M. Paradigm shift: moving the management of alcohol use disorders from specialized care to primary care. *Can Fam Physician*. 2015;61:491-3,495-7.