



LEČENJE ALKOHOLIZMA

Prof. dr Borislav Đukanović, prim. dr Milutin Nenadović

Lečenje i rehabilitacija alkoholičara su dugotrajni procesi. Praktično im je nemoguće odrediti trajanje, a kriterijumi uspešnosti proističu iz terapijskog koncepta i manje ili više verifikovanog terapijskog iskustva. Kompleksnost lečenja alkoholizma proizilazi iz nerazjašnjenosti njegove etiologije za koju se samo pouzdano može reći da je multifaktorska. Dok je dinamika nastanka toksikomanskih simptoma alkoholizma dobro opisana (8) mnogo je manja saglasnost o dominantnim etiološkim činiocima (ili grupama činilaca) alkoholizma. Posleratna istraživanja su nesumnjivo pokazala da alkoholizam etiološki nije jedinstven fenomen, kako s pravom primećuje Edwin Lemert, već se pre može govoriti o različitim etiološkim tipovima alkoholizma (26). Znatna šarolikost terapijskih konceptata i metoda je, pre svega, posledica šarolikosti objašnjenja etiologije alkoholizma. Problem odnosa etiologije i terapije alkoholizma mogao bi biti predmet obimne studije, ali ćemo se ovom prilikom zadovoljiti samo pomenutom konstatacijom. Svakako se samo nedovoljnim poznavanjem etiologije alkoholizma ne mogu objasniti relativno česte izmene terapijskog koncepta. Tokom ovog veka možemo razlikovati tri vremenska perioda kojima je teško odrediti vremenske koordinate, ali koji se radikalno razlikuju u odnosu profesionalaca, a i šireg javnog mnjenja, prema alkoholizmu.

Prvi bismo mogli nazvati prednaučnim. On se karakteriše jednim izrazito moralističkim stavom, u okviru koga se alkoholizam posmatra kao lični porok, a ličnost alkoholičara kao skup moralno najnepoželjnijih osobina.

U drugom periodu, koji je bar u Jugoslaviji vezan za prve posleratne decenije, alkoholizam se definisao prema konceptu preuzetom iz somatske medicine — kao simptom poremećene ličnosti, te kao svaka druga bolest zahteva lečenje. Evaluacija uspeha lečenja se zasnivala skoro isključivo na saniranju medicinskih simptoma bolesti, a prvenstveno jednog — apstinencije, dok su socijalni simptomi bili u drugom planu. Dominantne su bile individualne psihoterapijske metode. Međutim, terapijski uspesi su bili veoma nesrazmerni uložnim naporima. Očigledno da je trebalo redefinisati koncepte lečenja i rehabilitacije alkoholičara. Da li je traženje novih puteva lečenja alkoholičara proizilazilo iz kvalitativno novih saznanja o etiologiji? Svakako ne. Razloge više treba tražiti u donekle izmenjenoj socijalnoj fenomenologiji alkoholizma koja je u značajnoj meri izmenila tradicionalnu predstavu o alkoholičaru. Zapravo, još na pretoksikomanskom nivou je veliki

broj alkoholičara ispoljavao brojne psihosocijalne probleme koji su, po pravilu, i obimom i težinom nadmašivali somatske i psihijatrijske. Postalo je očigledno da primenom klasičnog medicinskog modela lečenja ostaju po strani brojni socijalni problemi alkoholičara i, što je važnije, i brojni psihosocijalni problemi članova alkoholičareve porodice, radne sredine, rodbine i dr.

Ako se ne može efikasno delovati na nedovoljno jasne uzroke može se delovati na posledice. Pod uticajem tih saznanja o značajno izmenjenom tradicionalnom konceptu alkoholizma kao bolesti primarno i sekundarno poremećenih porodičnih, profesionalnih, rodbinskih i drugih socijalnih relacija terapijski fokus se naročito u poslednje dve-tri decenije radikalno premešta na socijalno okruženje alkoholičara, a pre svega na porodicu i radnu sredinu (3, 12, 27, 13, 14, 15). Grupa je u primarnom terapijskom fokusu, a kao značajna (ne obavezno i najznačajnija) karika grupnog lanca je i sam alkoholičar. Evaluacija prvih rezultata lečenja tokom 50-ih i 60-ih godina bila je veoma ohrabrujuća. Nova strategija se umesto prema nesigurnom kauzalnom modelu orjentisala prema grupi kao sistemu ili kao delu sistema, dakle, pošla je od funkcionalizma kao najšireg teorijskog okvira. Taj okvir se samo implicitno naslućivao. U ovim uvodnim napomenama nije nam moguće, a to nije ni svrha ovog poglavlja, elaborirati teorijsko-epistemološke osnove grupe terapije uopšte, i njene aplikacije na grupne metode u lečenju alkoholizma. To bi i u sumarnom vidu zahtevalo veliki prostor. Iznećemo samo jednu napomenu. Funkcionalizam kao teorijski pravac treba bitno razlikovati od funkcionalne analize koja je od njega šira i ateorijska. Funkcionalna analiza, kao i uzročna, je „misaona tačka posmatranja i analiza sa koje se vidi određeno polje ili oblast naučnih problema” (9), ali ne i druga polja. U tom smislu, ona je samo jedan od mogućih naučno-epistemoloških pristupa. Komplementarna je uzročnoj, ali se jedna na drugu na mogu svoditi.

Funkcionalna analiza je najšira osnova epistemološkog utemeljenja grupnih metoda i sistemskog pristupa kao njihovog najsintetičnijeg i saznajno najplodnijeg ishodišta. Funkcionalna analiza nije suprostavljena klasičnom shvatanju uzročnosti već mu je, kao što smo pomenuli, komplementarna. Međutim, funkcionalna analiza je pogodnija onda kada je priroda uzročnosti određenih pojava veoma složena i nedovoljno razjašnjena. Kada su uzročno-posledične veze toliko isprepletene da ih je često teško, ako ne i nemoguće, postojećom naučno-metodološkom aparaturom diferencirati funkcionalna analiza nam je „zamena” za uzročnu jer se mi tada zadovoljavamo ispitivanjem funkcionalne (smislene) povezanosti segmenta sistema sa sistemom i vice versa. Opravdanje za tu „zamenu” pruža nam i sledeća tačna konstatacija: „...uzročna i funkcionalna analiza međusobno se tesno prepliću i dopunjuju, da se 'mešaju' u tolikoj meri da ih je često teško razlikovati. Ali sama ta činjenica da se dopunjuju ne isključuje, nego, naprotiv, pretpostavlja da se ona logički razlikuje kao dva misaona i empirijska postupka koji imaju specifične naučne ciljeve” (34, str. 62).

Sistemska teorija je saznajno najplodniji okvir za razumevanje alkoholizma kao bolesti poremećenih interpersonalnih relacija u primarnim društvenim grupama u kojima alkoholičar svakodnevno participira, među tim grupa-

ma, ali i među drugim društvenim grupama, te na nivou globalnog društva (15, 45). Najzad, grupne metode lečenja inspirisane sistemskim pristupom, dale su izvanredne terapijske rezultate.

U ovom prikazu terapije alkoholizma nastojaćemo da sumarno iznesemo osnovne terapijske metode, kako one koje su imale i imaju određeno mesto u kompleksnom procesu lečenja alkoholizma, tako i one koje se sa manje ili više valjanim utemeljenjem smatraju metodama izbora (porodična terapija i dr.). Terapijsko iskustvo uči da su pojedine od ovih metoda imale nekada veći, a nekada manji značaj u terapijskoj strategiji, već zavisno od faze i od specifičnih kliničkih obeležja alkoholizma. Zato ih u tom kompleksnom i dugotrajnom procesu pre možemo shvatiti kao komplemetarne nego nastojati da ih konfrontiramo. U najširem značenju grupne metode su stožerne, dok su individualne više pripremne za njihovu primenu.

U terapijskoj praksi egzistira veliki broj terapijskih metoda i tehnika, naročito kada je reč o grupnim metodama. Nama je ovom prilikom moguće izneti samo one bitnije. Pre toga je neophodno ukazati na osnovne ciljeve i principe lečenja, kao i na organizaciju terapijskog procesa.

CILJEVI, PRINCIPI I ORGANIZACIJA LEČENJA ALKOHOLIZMA

Ciljevi, principi i organizacija lečenja su u neposrednoj vezi sa prihvaćenim konceptom alkoholizma. Međutim, kako s pravom primećuje Despotović, ni u jednom terapijskom modelu ne postoji potpuna podudarnost između teorijskog koncepta i njim inaugurisanog terapijskog modela (8), što je i razumljivo. Razloge, pre svega, treba tražiti u činjenici da su teorijski koncepti alkoholizma, koji uključuju multifaktorsku etiologiju, nejednako operacionalizovani u različitim segmentima, a posebno su nedovoljno operacionalizovane strukturalne i funkcionalne veze između grupe etioloških činilaca alkoholizma. Zato se često dešava da zagovornici jednog terapijskog koncepta koriste i one terapijske metode koje inauguriše drugi, manje ili više suprostavljeni ili manje ili više komplementarni terapijski koncept. Međutim, raznovrsnost ciljeva, principa, organizacionih modela, te metoda i tehnika u lečenju alkoholizma ne moramo samo tretirati kao izraz terapijske nerazvijenosti. Zbog već pomenutog nedovoljnog razumevanja etiologije alkoholizma terapijski modeli nastaju, menjaju se, dopunjuju ili sužavaju ili pretežno na osnovu terapijskog iskustva ili evaluacije određenog terapijskog modela. Sa stanovišta terapijske uspešnosti traže se optimalne terapijske kombinacije. Češće se terapijski model naknadno, manje ili više uspešno, nastoji povezati sa određenim teorijskim konceptom nego što se iz njega izvodi. Put je više induktivan nego deduktivan. Sa usavršavanjem terapijskih modela stalno su rasli zahtevi u pogledu ciljeva lečenja; terapijski principi su se kristalizovali, a organizacione šeme i metode terapije postajale diferenciranije i sadržajnije bogatije. No, tokom poslednjih decenija kristalizovali su se i neki zajednički elementi kao opšteprihvaćeno terapijsko iskustvo.

Apstinencija se iz po sebi razumljivih razloga postavlja kao ključni cilj i neophodan uslov ostvarenja svih ostalih terapijskih ciljeva. Dužina nepreki-

dne apstinencije se određuje arbitrarno — od godinu dana (Savić), dve godine (Stojiljković) do 5 godina. Zanimljivo je porediti ciljeve lečenja na početku razvoja alkohološke službe u nekadašnjem Institutu, a sada Zavodu za bolesti zavisnosti u Beogradu. Godine 1965. pod uspešno lečenim alkoholičarima smatrani su oni „... koji u svom kontinuiranom dispanzerskom lečenju u toku od dve godine nisu načinili nijedan recidiv“; „poboljšani“ su oni koji su kontinuirano lečeni najmanje dve godine, a pri tome su imali najviše dva do tri kratkotrajna recidiva (najduže do 15 dana) i „neuspešno lečeni“ su oni koji su odustali od lečenja ili imali česte recidive (41). Više od četvrt veka kasnije terapijski ciljevi su znatno ambiciozniji. Uspešno lečeni su oni koji pored apstinencije postignu dobru medicinsku, porodičnu i profesionalnu rehabilitaciju, čije porodice dobro funkcionišu u svim aspektima porodičnog života. Očekuje se da uspešno lečeni alkoholičar usvoji nove, zrelije obrasce ponašanja u društvu.

Ciljevi lečenja u savremenom kompleksnom multidisciplinarnom tretmanu alkoholizma koji se sprovodi u beogradskom Centru za porodičnu terapiju Instituta za mentalno zdravlje su još ambiciozniji. Okosnica ovog tretmana je interakcijski model porodične terapije alkoholizma. Ciljevi tretmana su slični onima u Zavodu. Pored apstinencije, poboljšanja psihičkog i fizičkog zdravlja sa pozitivnim promenama alkoholičarskog ponašanja, zahteva se poboljšanje porodične situacije, profesionalne efikasnosti i socijalne adaptiranosti. Pri tome, valja zapaziti da se očekuje da porodica funkcioniše iznad proseka sredine i socijalnog sloja kome pripada (16).

Kao i ciljevi i principi proizilaze iz prihvaćenog terapijskog modela, manje ili više utemeljenog u određenom širem teorijskom konceptu. Ciljevi i principi su u velikoj meri jedinstveni i za bolnički i za vanbolnički tretman alkoholizma. Dok je alkoholizam shvatan kao pretežno medicinski problem, principi lečenja su bili slični onima koji su važili za svaku drugu bolest. Terapijski naporu su primarno bili usmereni prema uklanjanju adiktivnog sindroma, te saniranju somatskih i psiholoških poremećaja. U savremenim principima lečenja uvažavaju se dostignuta saznanja o progredijentnoj i multifaktorskoj etiologiji bolesti. U tom smislu jedan od ključnih principa je multidisciplinarnost jer alkoholizam ugrožava sve sfere življenja — biološku, psihološku i socijalnu. Zato je terapijski pristup nužno multidisciplinarn (16). Obzirom da je alkoholizam bolest koja dovodi do poremećaja u užim i širim društvenim grupama princip sveobuhvatnosti je takođe jedan od ključnih terapijskih principa, jer je, iz navedenih razloga, pored alkoholičara u lečenje neophodno uključiti i članove porodice i ključne ličnosti iz socijalne mreže.

Dugotrajni prealkoholičarski staž i alkoholičarski stil života sekundarno menjaju ličnost u svim životnim sferama, a najviše u psiho-socijalnoj, te je očekivano da je saniranje tih problema kontinuirano i dugotrajno. Dugotrajnost i kontinuiranost su takođe jedan od principa lečenja (16). Gačić uvodi i princip intenzivnosti. On kaže: „Tretman je intenzivan, kako po tempu, tako i po dubini rada u odnosu na očekivane promene“ (16). Uz uvažavanje principa intenzivnosti po dubini promena, mogli bismo primetiti da i ovaj princip ima ograničeno vremensko trajanje na period aktivnog lečenja, koji

je osetno kraći od perioda uslovno nazvanog produžnog lečenja u kome se nastoji u dugotrajnom procesu stvoriti novi, zdraviji, adekvatniji modeli ponašanja alkoholičara, ali i članova njihovih porodica u užem i širem socijalnom okruženju, u čemu naročitu ulogu imaju sociorehabilitacione metode rada (klubovi lečenih alkoholičara i dr.).

Obzirom na prirodu alkoholne bolesti najbitniji preduslov uspešne organizacije lečenja je timski pristup. Pored psihijataru, psihologa, socijalnog radnika i medicinske sestre, već zavisno od programa i institucionalnih okvira u kojima se lečenje izvodi, učestvuju i drugi profesionalni profili: radni terapeut, defektolog, sociolog i dr. Izuzetno je važno da članovi tima pored dobre edukacije iz svoje oblasti temeljno poznaju i profesionalnu oblast ostalih članova tima, vezanu za alkoholizam (16). Edukacija na jedinstvenim osnovama je nužni uslov uspešnog timskog rada. Neophodno je da članovi tima budu jedinstveni u prihvatanju ne samo saznanjih okvira jednog terapijskog modela, već da intimno prihvataju i praktično sprovedu određene metode inaugurisane tim modelom, što često nije podjednako slučaj sa svim članovima tima.

Pored profesionalnih timova u savremenim komunalnim programima lečenja i rehabilitacije alkoholičara uključuje se široka mreža paraprofesionalnih kadrova, bez kojih se uspešna rehabilitacija i resocijalizacija alkoholičara ne može ni zamisliti. Evalucioni rezultati istraživanja Bejljeve ukazuje da uz dobro osmišljen program rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara u lokalnoj zajednici paraprofesionalni kadrovi postižu veće uspehe nego profesionalni timovi (1). Uspešnost Hudolinovog opštinskog programa u prevenciji, lečenju, rehabilitaciji i resocijalizaciji alkoholičara u velikoj meri duguje jednoj takvoj paraprofesionalnoj mreži, dobro integrisanoj u institucionalni sistem lečenja, čiji su stožerni elementi klubovi lečenih alkoholičara (23). Česta dilema koja se u vezi sa uključivanjem paraprofesionalnih kadrova postavlja je pitanje koliki stepen autonomnosti ovi kadrovi mogu da imaju u odnosu na institucionalni sistem lečenja. Van svake sumnje je da je edukacija ovih kadrova iz oblasti alkohologije preduslov njihovog uključivanja. Među tim, američka iskustva su pokazala da velika hijerarhizacija i subordinacija od strane profesionalnih institucija nad ovim kadrovima ima više negativni nego pozitivni učinak, naročito u domenu rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara, u čemu je inače njihov najveći doprinos. Ako se ima u vidu da su rehabilitacije i resocijalizacije procesi koji u ukupnom tretmanu alkoholizma najduže traju onda se negativni efekti nastojanja ka subordinaciji i krutoj institucionalnoj povezanosti paraprofesionalnih za profesionalne kadrove tek mogu naslutiti.

Institucionalna mreža za lečenje i rehabilitaciju alkoholičara veoma se razvila poslednjih dve-tri decenije. Tome je u velikoj meri doprinela promena terapijskih modela lečenja. Danas se alkoholičari pretežno leče u vanhospitalnim ustanovama (dispanzeri, savetovališta i dr.). U klubovima, koji su u početku bili jedna od ključnih institucionalnih osnova za rehabilitaciju alkoholičara, uključene su i druge terapijske metode, tako da oni, kao npr. u Hrvatskoj, zauzimaju glavnu poziciju u procesu lečenja i rehabilitacije alkoholičara.

Hospitalni tretman alkoholičara se odvija u specijalizovanim ustanovama (specijalizovana odeljenja za alkoholičare pri psihijatrijskim institucijama ili izdvojeno od njih, na psihijatrijskim odeljenjima bolnica). Sve se više razvijaju i prelazni oblici između hospitalnih i vanhospitalnih uslova (dnevne bolnice, vikend lečenje i dr. — 16). U bolnice se upućuju oni alkoholičari kod kojih je teško uspostaviti apstinenciju i koji imaju teža organska i psihijatrijska oštećenja, posebno alkoholičari sa alkoholnim i drugim psihozama. Hospitalno i vanhospitalno lečenje su tako funkcionalno povezani da se alkoholičari posle saniranja ozbiljnih somatskih, neuroloških i psihijatrijskih oštećenja prevode na vanhospitalni tretman. U vanhospitalnim uslovima je moguće sprovoditi sve savremene metode lečenja i rehabilitacije alkoholičara. Pokazalo se da je vanhospitalni tretman adekvatniji i daleko ekonomičniji od hospitalnog. Osim toga što je u vanhospitalnim uslovima moguće primeniti gotovo sve savremene metode lečenja kao i u hospitalnim, izuzev onih specifično vezanih za hospitalni tretman, vanbolničko lečenje ima nesumnjive prednosti jer se alkoholičari leče ne isključujući se iz svojih porodičnih, profesionalnih i društvenih uloga, što je za njih posebno važno obzirom da, kao što smo na početku pomenuli, najveći broj alkoholičara ima najozbiljnije probleme u psihosocijalnoj sferi. Na taj način se odvija najprirodnije i najefikasnije rehabilitacija i resocijalizacija alkoholičara. Makoliko bile dobro organizovane, rehabilitacija i resocijalizacija alkoholičara u stacionarnim uslovima, one nikada ne mogu da se približe onima u prirodnim uslovima kada se lečenje odvija bez prekida sa svakodnevnim životnim okruženjem. To je, svakako, jedan od osnovnih razloga da se u savremenim modelima lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara sve više brišu institucionalne granice i u vanbolničkim uslovima lečenja i sve više ukupni tretman alkoholizma deprofesionalizuje, svedoči se na brojne forme samopomoći kroz razne vidove grupnog rada. Pored već klasičnih udruženja Alcoholic Anonimus, u SAD se razvila i široka mreža Al-Anon i Al-Atten grupe, kao i brojnih drugih paraprofesionalnih udruženja, koja imaju veoma značajne uloge u rehabilitaciji i, naročito, resocijalizaciji alkoholičara. Ove grupe i udruženja deluju na manje-više autoterapijskim principima i manje ili više su nezavisne od institucionalnih okvira lečenja i rehabilitacije.

METODE LEČENJA

Kao što smo već ranije pomenuli, u različitim modelima lečenja evidentna je različita zastupljenost pojedinih terapijskih metoda. Obim, dužina trajanja, raznovrsnost primene je u funkciji značaja određene metode, ili grupe metoda, za uspeh tretmana. Manje je značajno da li se određena metoda ili grupa metoda primenjuje u hospitalnim ili vanhospitalnim uslovima.

Hudolinov terapijski model kompleksnog lečenja i rehabilitacija alkoholičara uključuje sledeće terapijske metode:

1. intervju i motivacija za lečenje (I);
2. verbalizacija i predstavljanje bolesnika (I i II);

3. edukacija (I i II);
4. resocijalizacija (I);
5. individualna psihoterapija (I i II);
6. grupna psihoterapija (I i II);
7. obiteljska terapija (I i II);
8. rehabilitacija (I i II);
9. terapijska zajednica (I i II);
10. klub liječenih alkoholičara (II) (13).

U porodici se praktikuju sledeći postupci:

1. edukacija (I i II);
2. psihoterapija (I i II);
3. resocijalizacija (II);
4. klub liječenih alkoholičara (II) (13).

U užoj radnoj sredini se sprovode sledeći terapijski postupci:

1. edukacija (I);
2. savjetodavna psihoterapija (I);
3. osnovni klub liječenih alkoholičara (II) (13).*

Sistemska model kompleksne intenzivne kombinovane porodične terapije alkoholizma, koji se sprovodi u Centru za porodičnu terapiju Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, je centriran na različite metode i tehnike porodične terapije alkoholizma i terapiju socijalne mreže. U ovom nesumnjivo originalnom sistemskom pristupu klasične metode imaju pripremnu ulogu za primenu sistemskog modela porodične terapije koji je po rezultatima evaluacije dr Gačića dao najbolje rezultate (15, 16).

U beogradskom Zavodu za bolesti zavisnosti pored metoda individualne i grupne psihoterapije, porodične terapije, naročito su zastupljene različite individualne i grupne socioterapijske metode, kao i programi rehabilitacije i resocijalizacije u lokalnoj zajednici (u industriji, saobraćaju, uslužnim delatnostima), te programi prevencije. U tom smislu oni su u izvesnim aspektima komplementarni sistemskom modelu intenzivne kombinovane porodične terapije alkoholizma koji se sprovode u Centru za porodičnu terapiju alkoholizma Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu.

Terapijski model koji se sprovodi u Institutu za neurologiju, psihijatriju i mentalno zdravlje Medicinskog fakulteta u Novom Sadu sadrži sve bitne elemente savremenih modela lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara. Taj program sadrži sledeće terapijske postupke:

- a) medikamentozna terapija;
- b) grupna i individualna psihoterapija;
- c) lečenje u terapijskoj zajednici alkoholičara;

* Pored svakog postupka u zagradi je data faza lečenja u kojoj se odgovarajući postupak primenjuje.

- d) edukacija;
- f) radna i rekreativna terapija;
- g) produžno lečenje i rehabilitacija u klubu lečenih alkoholičara;
- h) uključivanje porodice alkoholičara u terapijsku aktivnost putem edukacije, medikamentoznog lečenja, psihoterapeutskog tretmana i rada u klubovima lečenih alkoholičara;
- j) aktivnost vezana za edukaciju radne sredine iz koje oboleli potiče.*

MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA

Terapija alkoholičara u savremenim uslovima timskog terapeutskog rada kombinovanjem više terapijskih metoda neizostavno podrazumeva medikaciju. Biološka terapija se primenjuje u lečenju akutne i hronične intoksikacije alkoholom i njenih posledica po analogiji sa drugim poznatim intoksikacijama (van Dijk). Specifičnog leka, kojim bi se mogao lečiti alkoholizam, nažalost nema, mada se u literaturi ponekad opisuju takve mogućnosti (8, 4, 22, 35). Alkoholičarima u tretmanu treba davati lekove, iako oni često imaju strogo gledano farmakoterapijski, samo sekundarnu ulogu čak do suportativne uz primenu drugih metoda lečenja.

Primena lekova neophodno je da bude uvek pod kontrolom lekara u koga alkoholičar ima poverenje. Nedopustiva je medikacija bez znanja kao i predhodnog pristanka alkoholičara (8, 29, 39).

U svim ustanovama, stacionarnog i dispanzersko-ambulantnog tipa, koristi se medikamentozna terapija alkoholičara, bilo kao osnovna ili suportativno, što je strogo uzevši i opravdano ali uz istovremenu primenu i drugih metoda tretmana. Činjenica je da većina alkoholičara tretman u ovim ustanovama ne započinje svojom voljom. To znači da primena i pravilno sprovođenje medikamentozne terapije ima ozbiljnih i objektivnih poteškoća od samog početka lečenja, pogotovu ako se lečenje započinje po prethodnom, opravdano ili ne, oduzimanju samovlasti bolesnika.

Prihvaćen je i u praksi se sprovodi redosled primene medikamenata u terapiji alkoholizma (8, 22, 28, 35). Za potvrdu je dovoljna činjenica da se medikacija ustaljeno započinje takozvanom detoksikacijom, a dalje sledi manje više šematska primena pojedinih supstanci.

Vitaminska terapija i detoksikacija

Ustaljen je postupak takozvane „detoksikacije” u trajanju 1–2 nedelje bilo da se lečenje započinje u stacionarnoj ili vanbolničkoj ustanovi. U navedenom periodu se parijetalno aplikuju polivitaminska terapija (vitamini grupe B i Ascorbit) sa glukozom. Sledeći savremena medicinska saznanja vitaminska terapija je opravdana u svim slučajevima dokazane pojedinačne

* Citat je uzet iz sinopsisa „Kompleksna terapija alkoholizma” pok. prim. Damjana Savića, mr. sci. med.

vitaminske karencije, ali i adekvatno dozirana od slučaja do slučaja, kao i u stanjima nutritivne karencije.

Detoksikacija u lečenju alkoholičara je opšteprihvaćen i „poznat” i svima „razumljiv” termin a strogo uzevši sa naučno-stručnog aspekta netačan i bez smisla. Terminološki „detoksikacija” bi imala smisla ako se sprovodi u prvim satima dok je bolesnik pod toksičnim uticajem neposredno konzumiranog alkohola, odnosno kada se laboratorijski u krvi bolesnika može utvrditi visok gradijent alkohola. Ipak davanje tečnosti, pospešivanje metaboličkih procesa može pomoći otrežnjenje, samo to još uvek nije detoksikacija u pravom smislu te reči pa makar bila primenjena dok je bolesnik u napitom stanju.

Sredstva koja izazivaju intoksikaciju u kontaktu sa alkoholom

Tetraetiltiuramidisulfid je hemijska supstanca poznata pod imenom Antabus za koju su Danci Hald, Jansen i Jacobson ustvrdili još 1947. godine da ako se jednom uzme onemogućava potrošnju alkohola. Ova supstanca pod imenom (Aversan, Abstiny, Cronetal, Tetidis itd.) bila je u primeni veoma rasprostranjena kako u hospitalnoj tako i dispanzerskoj administraciji lekara, a i danas je obavezna u mnogim ustanovama u lečenju alkoholičara. Poznat je test sa Antabusom, izvodi se samo u bolnicama, kada se izazove intenzivna i veoma opasna i neprijatna reakcija trovanja u bolesnika. Klinički tok intoksikacije je dramatičan praćen najpre porastom a zatim padom krvnog pritiska, vegetativnim znacima, lupanjem srca, gušenjem, glavoboljom, mukom, gađenjem i povraćanjem sa pretećim letalnim ishodom, ukoliko se često ne interveniše, zbog kompromitovanja kardijalne i respiratorne funkcije.

Antabus nije ipak sredstvo za lečenje alkoholizma uprkos velikim očekivanjima kliničara u ranijim decenijama, između ostalog opisane su i Antabusne psihoze u ovako lečenih. Ipak, pozitivna svojstva antabusa treba ceniti i u savremenom tretmanu alkoholičara a to su: a) Alkoholičar uključen u kompleksni tretman u antabusu ima sredstvo potrebnog samopouzdanja; b) objektivno, neko vreme uzimanja antabusa bolesnik nema potrebu da pije što odlaže rani recidiv i ima značaja u kompleksnom tretmanu i c) Antabus se može davati u manjim dozama godinama.

Slično delovanje Antabusa ima Flagyl, Chloramphenicol, Temposil i Carbo Animalis.

Lekovi trankvilizirajućeg, anksiolitskog i sedativnog dejstva

Sedativi su manje više neophodni u lečenju alkoholnog sindroma. Najčešće se koriste benzodiazepini (Apaurin, Bensedin), Nitrazepam-Mogadon, Fluzepam i skorije Midazolam-Flormidal. Nije retka i potreba administriranja Prazinea i Nozinana.

Anksiolitici i trankvilizeri (ranije uglavnom Meproamat) Lexilium, Tranex, Nobrium, Lexaurin, Demetrin i brojni drugi, neophodni su u otklanjanju inhibišuće neprijatne napetosti koja prati alkoholni sindrom. Navedeni lekovi (obe grupe) su i u funkciji prevencije nastajanja težih poremećaja sklada mentalnog funkcionisanja u pravcu psihoze, paranoidne strukturacije i interpretativnih psihotičnih ispoljavanja, kao i depresivnosti težeg stepena.

Neuroleptici i antidepresivi

Tretman alkoholičara ponekad počinje iz razloga akutno nastale psihotičnosti kao posledica alkoholizma. Najdrastičnija alkoholna psihoza je delirijum tremens čiji je ishod često letalan. Otkriće Distraneurina (Heminevri-na) među psihofarmacima je po značaju odmah iza Levopromazina i zapravo je lek izbora u lečenju delirijum tremensa bilo u infuzionoj primeni kao 0,8% rastvor ili peroralno.

Kako se u okviru alkoholnog sindroma mogu razviti i psihotične epizode ili stanja sa slikom paranoidnih psihoza i depresija, a česte su i alkoholne halucinoze to se prema psihijatrijskom nalazu administriraju u bolnicama ili dispanzerski psihofarmaci iz grupe „Tardžet“ neuroleptika — Moditen, Lyogen, Largactil, zatim Vivalan, Leponex, Eglonyl Forte a 200 mg, Melleril, Orap-Forte itd.

Ostala simptomatska medikacija tokom lečenja alkoholizma

Izražen alkoholni sindrom prate mnogi poremećaji od metaboličkih, preko disfunkcije pojedinih organa i sistema organa do karencije vitamina, belančevina i poremećaja metabolizma masti. Prema dijagnostikovanim poremećajima u terapiju se uvode metaboliti, vitamini, rastvori aminokiselina i elektrolita, kalijum, Caps. Essentiale, antibiotici i brojne druge supstance prema utvrđenim indikacijama i u potrebnim dozama. Alkoholizam je svaka-ko kompleksni psiho-mediko-socijalni poremećaj te medikoterapija u kompleksnom tretmanu alkoholičara ima značajno mesto, ali i stalno menjanje i usavršavanje, kao i ostale metode primenjivane u tretmanu alkoholizma.

INDIVIDUALNA PSIHOTERAPIJA

Individualna psihoterapija je u savremenim programima lečenja dopunska, pripremna metoda, a ne metoda izbora. Kao glavnu metodu je češće koriste terapeuti tradicionalnog usmerenja. Međutim, ona nije izgubila svoje mesto i ulogu ni u najsavremenijim terapijskim programima. Individualna psihoterapija se na početku lečenja češće sprovodi sama za sebe nego kasnije. Pogodna je u fazi motivacije alkoholičara za prihvatanje lečenja i sticanja uvida u bolest. Međutim, ona se kod jakih specifičnih neurotičnih otpora

alkoholičara koristi komplementarno sa grupnom psihoterapijom, u terapijskoj zajednici, klubu lečenih alkoholičara (25), kao dopunska metoda.

Individualna psihoterapija nije metoda izbora zbog znatno veće racionalnosti i ekonomičnosti nego, kako s pravom primećuje dr Lang, zbog toga što su rezultati individualne psihoterapije bili znatno više obeshrabrujući nego grupne. Recidivantnost alkoholičara lečenih individualno — psihoterapijskim metodama je bila znatno veća. U individualnoj psihoterapiji nije moguće uvesti socijalizirajuće elemente, kao i mnoge druge procedure (edukaciju i dr.) koje su veoma značajne za ukupan uspeh tretmana. Osim toga, jaki otpori alkoholičara u individualnoj psihoterapiji i pojačana anksioznost terapeuta učinili su individualnu psihoterapiju dopunskom metodom drugim metodama lečenja i kod alkoholičara sa primarnom ili sekundarnom neurotskom nadgradnjom. Svakako da je u prošlosti velika neuspešnost individualne psihoterapije uveliko doprinela izvesnom nihilističkom stavu psihijatara prema mogućnosti lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara.

Individualna dubinski, psihoanalitički orijentisana psihoterapija se izuzetno retko primenjuje, a kratka analitički orijentisana češće. Usmerena je na emocionalne probleme i sa njima povezano ponašanje alkoholičara. Nasuprot dubinski orijentisane individualne psihoterapije u tretmanu alkoholičara se mnogo više koriste površinske psihoterapijske metode (suportativna, sugestivna, larvirana sugestija, ventilacija, terapija odnosom, terapija uvidom i dr.).

Suportativna terapija podrškom podrazumeva podršku terapeuta ako je pacijent zatraži. Podrška je efikasnija ukoliko postoji sličnost sa osobama koje su tu podršku pacijentu pružale. Veoma je važno da u ovoj vrsti terapije terapeut bude dosledan svojim stavovima, kao i da postoji uskladenost između verbalnog iskaza i pratećeg afektivnog odnosa terapeuta. Suportativna terapija se relativno najčešće primenjuje u sklopu savetodavne procedure alkoholičara i članova porodice i, kasnije, kada je zbog otpora alkoholičaru potreban dodatni individualni tretman.

Efikasnost primene sugestivnih metoda zavisi od transfernog odnosa. Ukoliko je taj odnos pozitivan stalni edukativni stav terapeuta ima sugestivna svojstva, pa i persuazija nema prijemčivost zbog racionalnog terapeutovog tumačenja već zbog sugestibilnosti koju terapeut ima prema pacijentu na osnovu pozitivnog emocionalnog odnosa i prihvaćenosti od strane pacijenta.

Nakon prvog intervjua i dobrog prihvatanja u prvom kontaktu, lišenog osude i moralisanja, ovim metodama se može umanjiti anksioznost, osećanje krivice, ambivalentnost i stvoriti makar početni uvid u probleme alkoholičara, a time i početna motivacija za lečenje.

GRUPNE METODE LEČENJA

Iz već ranije navedenih razloga grupne metode lečenja su metode izbora. Alkoholičari koji dolaze na lečenje po pravilu su anksiozni, sa niskom frustracionom tolerancijom, slabim Egom, slabim ili nikakvim uvidom u svoju bolest, sa teško poremećenim porodičnim interakcijama i komunikaci-

Anksiolitici i trankvilizeri (ranije uglavnom Meprobat) Lexilium, Tranex, Nobrium, Lexaurin, Demetrin i brojni drugi, neophodni su u otklanjanju inhibišuće neprijatne napetosti koja prati alkoholni sindrom. Navedeni lekovi (obe grupe) su i u funkciji prevencije nastajanja težih poremećaja sklada mentalnog funkcionisanja u pravcu psihoze, paranoidne strukturacije i interpretativnih psihotičnih ispoljavanja, kao i depresivnosti težeg stepena.

Neuroleptici i antidepresivi

Tretman alkoholičara ponekad počinje iz razloga akutno nastale psihotičnosti kao posledica alkoholizma. Najdrastičnija alkoholna psihoza je delirijum tremens čiji je ishod često letalan. Otkriće Distraneurina (Heminevri-na) među psihofarmacima je po značaju odmah iza Levopromazina i zapravo je lek izbora u lečenju delirijum tremensa bilo u infuzionoj primeni kao 0,8% rastvor ili peroralno.

Kako se u okviru alkoholnog sindroma mogu razviti i psihotične epizode ili stanja sa slikom paranoidnih psihoza i depresija, a česte su i alkoholne halucinoze to se prema psihijatrijskom nalazu administriraju u bolnicama ili dispanzerski psihofarmaci iz grupe „Tardžet“ neuroleptika – Moditen, Lyogen, Largactil, zatim Vivalan, Leponex, Eglonyl Forte a 200 mg, Melleril, Orap-Forte itd.

Ostala simptomatska medikacija tokom lečenja alkoholizma

Izražen alkoholni sindrom prate mnogi poremećaji od metaboličkih, preko disfunkcije pojedinih organa i sistema organa do karencije vitamina, belančevina i poremećaja metabolizma masti. Prema dijagnostikovanim poremećajima u terapiju se uvode metaboliti, vitamini, rastvori aminokiselina i elektrolita, kalijum, Caps. Essentiale, antibiotici i brojne druge supstance prema utvrđenim indikacijama i u potrebnim dozama. Alkoholizam je svaka-ko kompleksni psiho-mediko-socijalni poremećaj te medikoterapija u kompleksnom tretmanu alkoholičara ima značajno mesto, ali i stalno menjanje i usavršavanje, kao i ostale metode primenjivane u tretmanu alkoholizma.

INDIVIDUALNA PSIHOTERAPIJA

Individualna psihoterapija je u savremenim programima lečenja dopunska, pripremna metoda, a ne metoda izbora. Kao glavnu metodu je češće koriste terapeuti tradicionalnog usmerenja. Međutim, ona nije izgubila svoje mesto i ulogu ni u najsavremenijim terapijskim programima. Individualna psihoterapija se na početku lečenja češće sprovodi sama za sebe nego kasnije. Pogodna je u fazi motivacije alkoholičara za prihvatanje lečenja i sticanja uvida u bolest. Međutim, ona se kod jakih specifičnih neurotičnih otpora

alkoholičara koristi komplementarno sa grupnom psihoterapijom, u terapijskoj zajednici, klubu lečenih alkoholičara (25), kao dopunska metoda.

Individualna psihoterapija nije metoda izbora zbog znatno veće racionalnosti i ekonomičnosti nego, kako s pravom primećuje dr Lang, zbog toga što su rezultati individualne psihoterapije bili znatno više obeshrabrujući nego grupne. Recidivantnost alkoholičara lečenih individualno — psihoterapijskim metodama je bila znatno veća. U individualnoj psihoterapiji nije moguće uvesti socijalizirajuće elemente, kao i mnoge druge procedure (edukaciju i dr.) koje su veoma značajne za ukupan uspeh tretmana. Osim toga, jaki otpori alkoholičara u individualnoj psihoterapiji i pojačana anksioznost terapeuta učinili su individualnu psihoterapiju dopunskom metodom drugim metodama lečenja i kod alkoholičara sa primarnom ili sekundarnom neurotskom nadgradnjom. Svakako da je u prošlosti velika neuspešnost individualne psihoterapije uveliko doprinela izvesnom nihilističkom stavu psihijatara prema mogućnosti lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara.

Individualna dubinski, psihoanalitički orijentisana psihoterapija se izuzetno retko primenjuje, a kratka analitički orijentisana češće. Usmerena je na emocionalne probleme i sa njima povezano ponašanje alkoholičara. Nasuprot dubinski orijentisane individualne psihoterapije u tretmanu alkoholičara se mnogo više koriste površinske psihoterapijske metode (suportativna, sugestivna, larvirana sugestija, ventilacija, terapija odnosom, terapija uvidom i dr.).

Suportativna terapija podrškom podrazumeva podršku terapeuta ako je pacijent zatraži. Podrška je efikasnija ukoliko postoji sličnost sa osobama koje su tu podršku pacijentu pružale. Veoma je važno da u ovoj vrsti terapije terapeut bude dosledan svojim stavovima, kao i da postoji uskladenost između verbalnog iskaza i pratećeg afektivnog odnosa terapeuta. Suportativna terapija se relativno najčešće primenjuje u sklopu savetodavne procedure alkoholičara i članova porodice i, kasnije, kada je zbog otpora alkoholičaru potreban dodatni individualni tretman.

Efikasnost primene sugestivnih metoda zavisi od transfernog odnosa. Ukoliko je taj odnos pozitivan stalni edukativni stav terapeuta ima sugestivna svojstva, pa i persuazija nema prijemчивost zbog racionalnog terapeutovog tumačenja već zbog sugestibilnosti koju terapeut ima prema pacijentu na osnovu pozitivnog emocionalnog odnosa i prihvaćenosti od strane pacijenta.

Nakon prvog intervjua i dobrog prihvatanja u prvom kontaktu, lišenog osude i moralisanja, ovim metodama se može umanjiti anksioznost, osećanje krivice, ambivalentnost i stvoriti makar početni uvid u probleme alkoholičara, a time i početna motivacija za lečenje.

GRUPNE METODE LEČENJA

Iz već ranije navedenih razloga grupne metode lečenja su metode izbora. Alkoholičari koji dolaze na lečenje po pravilu su anksiozni, sa niskom frustracionom tolerancijom, slabim Egom, slabim ili nikakvim uvidom u svoju bolest, sa teško poremećenim porodičnim interakcijama i komunikaci-

jama, sa teškim problemima na poslu ili su pred otkazom. Pri svemu tome, nemaju gotovo nikakav realistični uvid u navedene probleme. Složenim sistemom manipulacija i odbrambenim neurotičnim mehanizmima nastoje tu stvarnost negirati, minimizirati. Realnost doživljavaju kao preteću i neprijateljsku, kao elementarnu prirodnu nepogodu od koje se u stacionaru ili dispanzeru valja skloniti dok ne prođe. Upravo se kroz razne vidove grupne terapije najbrže i najefikasnije suočavaju i sa svojom bolešću i sa ukupnom realnošću. Identifikacijom sa grupom i grupnim Ego-idealom alkoholičar stiče osećanje pripadnosti, sigurnosti, zaštite što mu je najviše nedostajalo. Međutim, grupe istovremeno proširuje i jača Ego-granice; ona je jedini pravi, prirodni okvir konfrontacije alkoholičara sa realnošću, dakle jedini mogući put resocijalizacije. Gačić to s pravom posebno ističe: „Grupa definiše realnost, prepoznaje i demaskira neadekvatnost članova, brže i lakše se ruše otpori i odbrane jer alkoholičar bolje podnosi konfrontaciju koja dolazi od njemu sličnih. Drugim rečima, to znači da se stvarnost u grupi maksimalno objektivizira (Reality therapy) što stvara uslove za nalaženje zajedničkih najboljih rešenja, odnosno za terapijsku promenu. Grupa stalno deluje i kao kontrola članova, pruža gratifikacije, nagrađuje i kažnjava i tako stalno doprinosi i unapređuje socijalni razvoj, odnosno sazrevanje svojih članova” (16). Dakle, grupe tangira upravo one sfere koje su alkoholizmom naročito oštećene emocionalno-afektivnu i socijalnu.

Grupne metode u lečenju alkoholizma obuhvataju veoma široku lepezu, počev od analitičkih grupa, u kojima se ide dublje u interpretaciju i gde je grupna dinamika samo deklanširajući faktor emocionalnih i afektivnih problema alkoholičara do različitih socioterapijskih grupa (klubovi lečenih alkoholičara i dr.).

Grupna psihoterapija alkoholičara se može sprovoditi u svim institucionalnim uslovima (dispanzerskim, stacionarnim, dnevnim bolnicama i dr. Iz postojeće literature češće su opisivana iskustva sa grupnom psihoterapijom u stacionarnim uslovima. Inače, nagli razvoj grupne psihoterapije u lečenju alkoholizma je vezan za posleratni period, upravo sa ranije iznesenim izmenama terapijskog koncepta, o kojima je bilo reči u uvodnom delu ovog poglavlja.

Direktivna grupna psihoterapija se najčešće primenjuje u radu sa alkoholičarima. Direktivna psihoterapija je pretežno edukativnog karaktera. Na grupnim sastancima se razrađuju različiti aspekti alkoholne bolesti, od etiologije alkoholizma do lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara.

Inspiraciono – represivnom metodom sa interakcijskim smerom (8) postiže se jačanje pozitivnih grupnih, a preko njih i individualnih emocionalnih stavova i ponašanja, smanjuju emocionalni otpori, anksioznost, povećava tolerancija, jača osećanje pripadnosti i sigurnosti pojedinaca u grupi, izgrađuju realni planovi za rehabilitaciju i resocijalizaciju. Zahvaljujući svemu tome jačaju ne samo racionalni, nego i emocionalni uvid u probleme povezane sa alkoholizmom i u sam alkoholizam.

Često se kao indikator diferencijacije između psihoterapijskih i socioterapijskih grupa uzima veličina grupe, pa se ističe da psihoterapijske grupe

broje do 30 članova, a socioterapijske su veće. Ova podela je artificijelna, jer u velikim grupama ima psihoterapijskih elemenata, a u malim socioterapijskih. Međutim, što je grupa manja (do 10 članova), to je, po pravilu, homogenija i sa više elemenata klasičnog psihoterapijskog pristupa. Srednje psihoterapijske grupe u lečenju alkoholičara predstavljaju optimalno rešenje (do 20 članova).

U psihoterapijskim grupama alkoholičara lako se uspostavljaju pozitivni transferni odnosi, psihodinamika i komunikacija su intenzivni, što omogućava jaku grupnu identifikaciju sa Ego-idealom terapeuta. Terapeut se više bavi usmeravanjem komunikacije ka pozitivnim stavovima, grupnim modelima ponašanja, nego što ulazi u dublju interpretaciju grupnih transfernih i kontratransfernih relacija. Njegova je uloga veoma značajna u korekciji stavova i ponašanja članova grupa stalnim suočavanjem sa realnošću, po principu „ovde i sada”. U tom cilju se najčešće koriste dve vrste tehnika: going around (hod u krugu) i stvaranje konstruktivnog uvida ili traženje alternativnog rešenja.

Going around tehnika se često koristi kada se jave jaki otpori. Pojedinačnim izjašnjavanjem članova (u krugu) stvara se svojevrсно grupno ogledalo u kome se na kraju pojedinac koriguje i grupa se još više učvršćuje u pozitivnom stavu.

Traženje alternativnog rešenja je put da se umesto direktne konfrontacije terapeuta sa racionalizacijama članova grupe nude alternativna rešenja koje grupa na kraju prihvata i pojedinac se koriguje (8).

Kao što smo rekli, klasična grupna psihoterapija se rede koristi, uglavnom u malim homogenim grupama okupljenim oko nekog specifičnog neurotičnog fenomena (impotencije, frigidnosti i dr.).

Optimalna veličina terapijskih grupa je do 20 članova. One su obično otvorenog tipa. Zatvorene terapijske grupe omogućavaju bolje planiranje grupnog procesa i racionalniju raspodelu grupnih potencijala. Međutim, ulazak novih članova u grupu osvežava i daje podstrek grupnoj dinamici i obogaćuje grupno iskustvo u otvorenim grupama. Zatvorene grupe posle izvesnog vremena zapadaju u kognitivnu prazninu i stereotipnost grupnih emocionalnih obrazaca, što ulazak novih članova redovno razbija.

Trajanje grupne psihoterapije je 3 do 6 meseci, a učestalost sastanaka jedan do tri nedeljno u trajanju 1,5 do 2 sata. Učestalost sastanka i njihov broj, a i trajanje pojedinih sastanaka, uslovljeni su i vrstom grupne psihoterapije. Svakako da je i ukupno vremensko trajanje i učestalost edukativnih grupa znatno kraće nego trajanje porodičnih terapijskih grupa.

Otvorenost grupe ne samo prema alkoholičarima nego i prema bliskim osobama iz njihovog socijalnog okruženja od suštinskog je značaja za ostvarenje rehabilitacionih i resocijalizacionih ciljeva grupe.

Postoje brojne metode grupne terapije alkoholizma. Neke još nisu stekle široku primenu u lečenju alkoholičara, gde pre svega mislimo na različite biheviorističke metode.

Većina alkoholičara kao i članova njihovih porodica, te članova uže socijalne mreže, imaju veliko praktično iskustvo sa alkoholnom bolešću, ali i veoma iskrivljenu sliku o stvarnim uzrocima i posledicama alkoholizma. Odnos alkoholičarskog užeg okruženja diktiran je uverenjem da je alkoholna zavisnost defekt volje i karaktera pojedinca. Represivni postupci supruge i rodbine koji trebaju da ojačaju jedno i drugo prirodno ostaju bez rezultata. Zato je preduslov uspešnog lečenja alkoholičara njihova temeljna edukacija, kao i bliskih osoba iz alkoholičareve socijalne mreže.

Edukaciju sprovodi terapijski tim u grupama do 20 članova. Sastoji se od predavanja sa diskusijom o ključnim aspektima alkoholne bolesti (definicija alkoholizma, vrste i faze, uzroci i posledice alkoholizma, somatske, psihičke, socijalne, porodične i profesionalne, lečenje alkoholičara, klub lečenih alkoholičara, prevencija alkoholizma).

Edukativne grupe deluju ili u okviru terapijske zajednice u stacionarnim uslovima ili u dispanzeru kao poseban vid grupnog rada. Edukacijom se postiže sticanje ne samo kognitivnog, nego delimično i emocionalnog uvida u bolest. Edukativni sastanci održavaju se svakodnevno u trajanju do mesec dana, posle čega učesnici polažu ispit iz alkoholizma i dobijaju svedočanstva o završenom kursu. Uspešno lečeni, dobro educirani alkoholičari mogu postati nezamenljivi paraprofesionalni kadrovi i učestvovati kao članovi tima u grupnim socioterapijskim aktivnostima.

PORODIČNA TERAPIJA ALKOHOLIZMA

Najznačajniji napredak u posleratnom lečenju alkoholizma dostignut je sa primenom različitih tehnika porodične terapije. Iako je porodična terapija u širem smislu metoda grupne terapije alkoholizma, ona je u svakom slučaju specifična grupna terapijska metoda. Njena posebnost ne proizilazi iz primene nekih potpuno novih grupnih terapijskih tehnika jer se u porodičnoj terapiji koriste postojeće grupne psihoterapijske i socioterapijske tehnike, doduše u novim konstelacijama. Ta specifičnost, pre svega, proizilazi iz jedinstvenog karaktera porodice kao bio-psiho-socijalne grupe u kojoj se većina pojedinaca nalazi tokom najvećeg dela života i u kojoj zadovoljava najveći broj immanentno ljudskih potreba. Ove činjenice određuju i specifičnu poziciju porodične terapije u grupnim metodama lečenja alkoholičara. Međutim, iz toga je pogrešno zaključiti da je alkoholizam porodična bolest (5, 18, 19). Kao što smo u uvodnom delu istakli, alkoholizam etiološki nije jedinstven fenomen i verovatno je da ima mnogo više osnova za tvrdnju da se može izdvojiti poseban porodični etiološki tip alkoholizma, što je direktno ili indirektno pokazano primenom različitih metodoloških pristupa i korišćenjem inventara varijabli i bio-psihološkog (47, 48, 49), ali i sociopsihološkog reda (9).

Ranih 50-ih godina Whallenova je zapazila da alkoholičarski brakovi funkcionišu u karakterističnim neurotičnim komplementarnim spregama

(46), te da je alkoholizam samo simptom poremećenih bračnih relacija. Specifične strukturalne karakteristike porodica shizofrenih pacijenata bile su u kliničkim studijama opisane znatno ranije. Brojna klinička iskustva, kao i sociopsihološka istraživanja tokom 50-ih i 60-ih godina manje ili više su potvrđivali osnovne nalaze Whallenove (o tome detaljnije — 9, 15). Zapazilo se da je bračno-porodična kriza izazvana alkoholizmom najsloženiji i najteži oblik krize koji porodicu uopšte može zadesiti. Empirijski rezultati dobijeni na nezavisnim i vrlo diferentnim uzorcima alkoholičara u inostranim i domaćim istraživanjima (detaljnije — 9, 15), konvergiraju u pravcu saznanja o dubokim strukturalnim poremećajima porodičnog života alkoholičara (konfuzija i siromaštvo bračno-porodičnih interakcija i komunikacija, neadekvatna i atipična distribucija porodičnih uloga i autoriteta, opšta emocionalna konfuzija, neadekvatni identifikacioni modeli roditelja, sociopatske manifestacije u porodici i obilje neurotskih i sociopatskih fenomena kod dece), ali i specifičnim psihopatološkim i socio-patološkim porodičnim šemama preko kojih se alkoholizam transgeneracijski reprodukuje (9, 15).

U takvim porodicama alkoholizam postaje simptom poremećenog porodičnog sistema. Alkoholičar kao identifikovani pacijent je samo jedan, ne obavezno najslabiji segment tog sistema. U terapijskom fokusu je pre svega porodica, a pacijent samo kao jedan njen deo. Samo restrukturacijom porodičnog sistema na novim zdravim osnovama moguće je postići punu rehabilitaciju i resocijalizaciju alkoholičara i stvoriti osnovu za trajnu apstinenciju. Čitava porodična grupa, ili neposredno ili preko bračnoga para, je pacijent i u tome je kvalitativna razlika porodične terapije u odnosu na grupne, a pogotovu individualne psihoterapijske metode.

Treba odmah pomenuti da su terapijska iskustva išla znatno ispred nastojanja da se pruže valjana teorijska objašnjenja za primenu novih terapijskih koncepata i tehnika, što se može reći i za porodičnu terapiju uopšte (33). Možda je nešto preoštru kritičku opasku izrekao Steinglass u zaključnim razmatranjima svog kritičko-bibliografskog pregleda o porodičnoj terapiji alkoholizma, ali ona nije lišena osnova ako se pomenuta diskrepanca ima u vidu: „Naš pregled postojeće literature ostavlja nas sa osećanjem uzdržanog optimizma o primenjivanju tehnika porodične terapije u lečenju alkoholizma. Mada se svaka studija koju smo pomenuli završava oduševljenim izveštajem koji podstiče veću primenu porodične terapije, takode je vrlo jasno da postoji vrlo malo sigurnih dokaza u ovom pogledu koji dokazuju ili efikasnost same porodične terapije nasuprot uobičajenih formi terapije i lečenja alkoholizma” (40). No, pored ovih Steinglassovih u osnovi tačnih zapažanja, savremeni programi lečenja i rehabilitacije alkoholičara se ne mogu zamisliti bez uključivanja tehnika porodične terapije alkoholizma.

Tokom poslednje dve decenije zapažen je vidni napredak u konceptualizaciji, izgradnji teorijskih koncepcija i odgovarajućeg pojmovnog aparata. To je bilo itekako nužno jer je ogromnu šarolikost terapijskih iskustava i tehnika rada trebalo povezati u manje-više jedinstven pojmovno-kategorijalni aparat. Tome je svakako doprinelo i sprovođenje temeljnih empirijskih istraživanja u 70-im i 80-im godinama, uz korišćenje rafiniranih i sintetičnih

istraživačkih metoda nego što je to bilo sa studijama 50-ih i 60-ih godina koje su se uglavnom zasnivale na sintetičkom prikazu kliničkog iskustva.

Don Jackson sredinom 60-ih godina uvodi pojam homeostaze, pod kojom podrazumeva patološku ravnotežu porodičnog sistema i iznosi aksiome porodičnih komunikacija. Haley raspravlja o odnosu komunikacije i moći (15). Virginia Satir razrađuje pojam identifikovanog pacijenta i koncept maturacije, Bowenova analizira nediferencirane mase porodičnog Ega, koncept diferencijacije skale Ja, analizu porodične projekcije, multigeneracijski proces transmisije, proces sibilin pozicije (braće i sestara), koncept trougla (detriangulacije — 15). Minuchin se u svojoj strukturalnoj terapiji porodice primarno orijentiše na transformaciju porodične strukture, Boszormenyi-Nagy diferencira intergeneracijsku i intrageneracijsku porodičnu dinamiku u okviru jedinstvenog koncepta intergeneracijske porodične terapije, dok je Framo unco još finije dinstinkcije, ističući da su intrapsihičko i transakcionalno različiti entiteti (15). Zuk razrađuje koncept trijade i ulogu terapeuta kao posrednika između društva i porodice (15). Najzad, transakcionalna analiza predstavlja svojevrstan spoj sistemskog, u osnovi funkcionalističkog pristupa i psihoanalize.

Već ovi sumarni pojmovni inventar pokazuje da je iako *ex post facto* u porodičnoj terapiji izgrađen pojmovno-teorijski i metodološki okvir za razumevanje i objašnjenje tehnika porodične terapije i da je ona postala trajni i moćni terapijski arsenal. Ako bismo pokušali izdvojiti dve osnovne linije tog razvoja onda se one kreću u širenju terapijskog polja sa bračne dijade ka sistemskom pristupu u kome se i porodica shvata kao deo, iako najvažniji, šireg sistema socijalne mreže. Druga tendencija je nastojanje da se jasnije pojmovno razgraniče i terapijski operacionalizuju strukturalna obeležja tako proširenog terapijskog polja koji u savremenim koncepcijama čini užu socijalnu mrežu. Bilo bi veoma pogrešno verovati kako je ovo proširenje samo kvantitativno. Novi kvalitet je u tome što se delovanjem na socijalnu mrežu, čiji je porodica samo jedan deo, nastoje ostvariti promene.

U ovoj vrsti terapije je potpuno napušten kauzalni terapijski model i zamenjuje se funkcionalno-strukturalnim. Sine qua non terapijske promene je razgradnja patoloških homeostatskih mehanizama i izgradnje novo strukturalnog i funkcionalnog jedinstva porodičnog sistema na zdravim porodičnim obrascima i aranžmanima.

Osnovne metode porodične terapije su: združena zajednička porodična terapija (Conjoint family therapy); terapija multiplog udara (Multiple impact therapy); multipla porodična terapija (Multiple family therapy); terapija mreže (Network therapy) i dr. (15).

U porodičnoj terapiji, kao i u svakoj od pomenutih metoda, koriste se različiti pristupi — od grupne psihoterapije u užem smislu do grupne socioterapije. Ciljevi porodične terapije su znatno ambiciozniji od pomenutih grupno-terapijskih metoda. Obzirom na ranije pomenute karakteristike krize u alkoholičarskim porodicama, pored apstinencije, porodične i profesionalne rehabilitacije alkoholičara očekuje se restrukturacija porodičnog života na novim, zdravijim osnovama. Oni podrazumevaju kvantitativno i kvalitativno poboljšanje bračno-porodičnih interakcija i komunikacija, adekvatnu distri-

buciju porodičnih uloga i odlučivanja među bračnim partnerima, dobru socijalnu povezanost između porodice i socijalnog sistema, razvijanje novih zajedničkih porodičnih interesovanja i aktivnosti u okviru porodice i van nje, saniranje neurotičnih poremećaja, poremećaja navika i ponašanja kod dece. Gačić ističe da posle lečenja alkoholičarski porodični sistem treba da funkcioniše iznad prosečnog za taj socijalni sloj.

Terapijski ciljevi su se proširivali i postajali sve ambiciozniji sa proširivanjem terapijskog koncepta i terapijskog polja interesovanja u okviru porodice i van nje. Ali, bez obzira na to da li su oni šire ili uže postavljeni, uvek se polazi od postulata da nema trajne apstinencije i uspešne porodične i profesionalne rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara bez bazičnih pozitivnih promena u porodičnom sistemu i socijalnoj mreži, koji su, kao što smo naveli, u terapijskom fokusu.

Jedan savremeni integralni model porodične terapije alkoholizma se sprovodi u Centru za porodičnu terapiju Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, te ćemo u glavnim crtama prezentirati.

Alkoholičarski brak i porodica i socijalna mreža iz užeg socijalnog okruženja alkoholičara su tokom godina izgradili mehanizme održavanja, o čemu dr Gačić kaže: „... ceo sistem je poremećen, disfunkcionalan, a ispoljeni poremećaj, simptom, u ovom slučaju alkoholizam, samo je „okidač” u sistemu, pa kao takav doprinosi održanju patologije sistema. Samim tim, *postojanje simptoma je uslov da se sistem održi u patološkoj ravnoteži, koja je veoma čvrsta i rezistentna na terapijske napore*” (podvukli B. Đ. i M. N.). Dakle, promena sistema (socijalne mreže) uslov je uspešnog lečenja alkoholizma. Ovu konstataciju podržava i distinkcija na „mokri” i „suvi” porodični alkoholičarski sistem. Porodični alkoholičarski sistem i socijalna mreža su disfunkcionalni na svim nivoima. Sistem i mreža se održavaju patološkim homeostatskim mehanizmima i komplementarnim neurotskim aranžmanima između svih članova, negde jače negde slabije. Ogromna rezistentnost porodičnog sistema i socijalne mreže na promene održava se i kada se uspostavi apstinencija ukoliko terapijskom intervencijom nisu centrirane na menjanje celokupnog sistema. Dakle, između „mokrog” i „suvog” alkoholičarskog sistema u osnovi ne postoje suštinske razlike. U tome treba i tražiti neefikasnost klasičnih medicinskih modela lečenja i rehabilitacije alkoholičara koji su sasecali korov, a ostavljali njegov koren. Sav terapijski napor je bio usmeren na uspostavljanje apstinencije i rešenje nekih aktuelnih somatskih, psiholoških i socijalnih tegoba alkoholičara, dok je disfunkcionalni sistem ostajao manje više netaknut. Osnovno pitanje je kako razbiti ogromnu rezistentnost sistema? Da li sačekati jake spoljne stresne situacije koje mogu da dovedu sistem na ivicu dezintegracije, pa da su članovi sistema prinuđeni da traže terapijsku intervenciju (npr. često fizičko nasilje alkoholičara zbog čega su supruge i deca prinuđeni da ga napuste ili da traže terapijsku pomoć ili napuštanje alkoholičara od strane supruge zbog čega je on „spreman” na terapijsku pomoć da ne bi izgubio suprugu i decu i sl.). Da li terapeut mora namerno da isprovocira krizu. Druga alternativa je češća. Zbog čega? U disfunkcionalnom sistemu tokom vremena raste tolerancija na stresove, između ostalog i zbog njihovog čestog ponavljanja. Sa svakom novom stre-

snom situacijom se usložnjavaju, učvršćuju, cementiraju patološki odbrambeni mehanizmi sistema, tako da često imamo paradoksalnu situaciju — čak ni kumulativni stresovi porodični sistem ne razbijaju već učvršćuju njegovu disfunkcionalnu ravnotežu. To nam objašnjava zbog čega se alkoholičarski brakovi i porodice, uprkos kumulativne krize, čak ređe raspadaju nego oni u nealkoholičarskim porodicama.

Terapijsko provociranje krize moguće je koordiniranim dejstvom komplementarnih terapijskih intervencija (stalna konfrontacija članova sistema sa realnošću, reetiketiranje, pridruživanje terapeuta jednom članu sistema u datom momentu, primena komunikacionih tehnika, te, najzad provociranje paradoksalnog obrta kada je sistem izuzetno rezistentan i dr. — 16).

U Centru za porodičnu terapiju Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu program intenzivne kombinovane porodične terapije alkoholizma se sprovodi u tri faze: 1. pripremno-orijentaciona faza; 2. faza intenzivne-porodične terapije i 3. rehabilitaciono-stabilizaciona faza (16). Osnovni postulat programa je postojanje istovetnog programa lečenja i za alkoholičara i za porodicu jer i alkoholičar i porodica su u razvoju bolesti prešli sličan put, te i lečenje mora biti jedinstveno (16).

U pripremnoj fazi se angažuju članovi porodice i socijalne mreže da alkoholičara motivišu za lečenje. Uglavnom se počinje sa „mokrim“, a u savetovalištu i sa „suvim“ alkoholičarskim sistemom. U dispanzerskim uslovima se počinje od uzimanja porodične, životne i alkoholne anamneze, rutinskih laboratorijskih, internističkih pregleda, EEG i sl., a zatim se aplicira detoksikaciona, polivitaminska terapija i psihofarmaci, kao i Tetidis u toku sledećih godinu dana 10 do 40 mg. dnevno.

Na sastanku članova porodice i mreže (5 do 10 osoba koje čine supruga, rođak, rukovodilac, psiholog, socijalni urednik i dr.) „dijagnostikuju“ se glavni porodični i profesionalni problemi u cilju aktiviranja zdravih pozitivnih snaga članova mreže na lečenju, uz multifokalno delovanje terapeuta na alkoholičara i svakog člana mreže, pri čemu se počinje od alkoholičara kao identifikovanog pacijenta (16). Tada se sa članovima porodice i socijalne mreže formuliše terapijska strategija — „tri šta“: šta je problem, šta je cilj terapije i šta je rešenje problema.

Na prvo pitanje „šta je problem“ nastoje se identifikovati i demaskirati patološka ponašanja i faktori održavanja alkoholizma primenom terapijskih intervencija (re-etiketiranja i dr.).

Na drugo pitanje „šta je cilj terapije“ ističu se bitni terapijski zahtevi (apstinencija, promena ponašanja, kao i promena komunikacija, interakcija i uloga u mreži). Dakle, promena celokupne mreže u cilju prihvatanja nove, zdravije životne filozofije bez alkohola.

Najzad, na pitanje „šta je rešenje problema“ sklapa se neka vrsta terapijskog ugovora, formira terapijski sistem koji pored alkoholičara obuhvata porodičnu i socijalnu mrežu i terapeuta.

U drugoj intenzivnoj fazi lečenja formiraju se intenzivne porodične grupe (8 do 10 bračnih parova) koje svakodnevno rade 3 časa, u dva navrata po 1,5 čas. One obuhvataju mali terapijski tim, alkoholičare i njihove supruge, a traju šest nedelja, za koje vreme su i alkoholičar i njegova supruga na

bolovanju. Ključni događaji u ovoj fazi su: informativno predstavljanje, period prilagođavanja, „medeni mesec“, ispit, analiza lečenja, veliko predstavljanje, te rezimei lečenja i plan rehabilitacije.

Informativno predstavljanje, prilikom koga alkoholičar iznosi opšte podatke, porodičnu i alkoholnu istoriju, akutne probleme u vezi sa pijenjem i razloge dolaska na lečenje, a supruga, pored opštih podataka i stav prema alkoholizmu muža, služi učvršćivanju stava o grupnoj pripadnosti na osnovu zajedničkog problema.

U periodu prilagođavanja bračni partneri usvajaju terapijske zadatke, uče se jasnom, otvorenom komuniciranju uz stavljanje akcenta na „ovde i sada“, učestvuju u edukaciji o problemima alkoholizma i porodice i saznanja nastoje da praktično sprovedu u organizaciji svakodnevnih kućnih aktivnosti.

Period otrežnjenja — „medeni mesec“ stvara nekritički optimizam, uverenje da problema više nema, što je velika opasnost da se nastavi po starim disfunkcionalnim šemama, te je neophodno njihovo razbijanje konfrontacijom sa realnošću i primenom naizmeničnih frustracija, po principu vruće — hladno.

Posle dve nedelje oba partnera polažu ispit iz alkoholizma pred grupom. Ispit je test uključenosti para u porodičnu grupu i test same grupe. Analiza lečenja podrazumeva kritičku valorizaciju rezultata, a ta analiza se obavlja i svakog dana uz isticanje iskrsljanih problema u prethodnom danu. Terapijski zadaci su jasno, konkretno formulisani, visoko postavljeni, ali realni.

Veliko predstavljanje je predstavljanje celokupnog alkoholičarskog sistema, a obuhvata alkoholičara, suprugu i značajne ličnosti iz porodične i socijalne mreže. Alkoholičar detaljno iznosi životnu istoriju, sa posebnim akcentom na faze pijenja, istoriju bračno-porodičnog života, posledice pijenja i dr. Supruga detaljno iznosi svoju životnu istoriju, sa posebnim naglaskom na period života sa alkoholičarem, pri čemu je naročito važno sagledati mehanizme održavanja alkoholizma i sl. Dr Gačić na sledeći način definiše ciljeve velikog predstavljanja: „... sagledavanje alkoholne zavisnosti i, uporedo, razvoje alkoholičarskog ponašanja i komplikacije u okviru porodične i socijalne mreže, tj. *zajednički bilans ranijeg života celog sistema i odluka o budućem načinu života: staro ili novo* (loše dobro — podvukao B. G.). Alkoholičar i njegova okolina imaju paralelan zajednički put ponašanja, manevre i taktike koji održavaju status quo: smanjenje potreba, emocionalno udaljavanje, rivalizovanje, preuzimanje svih porodičnih uloga, tj. omogućavanje pijenja” (16).

Neuspeh predstavljanja dovodi u pitanje opstanak para u grupi, te zahteva dodatne timske analize neuspaha, udarnu seansu sa kompletnom socijalnom mrežom, pomoć drugih parova i dr.

Na kraju ove faze se daje rezime lečenja uz prisustvo porodične i socijalne mreže, sa rekapitulacijom bitnih karakteristika alkoholne anamneze, toka lečenja sa krizama i otporima, te se zajednički donosi konkretan i jasan program rehabilitacije za godinu dana koji podrazumeva poboljšanje porodičnih komunikacija, adekvatnu raspodelu porodičnih uloga, zdravstve-

nu, profesionalnu, rehabilitaciju i resocijalizaciju u širem značenju, pri čemu članovi mreže u tom pogledu dobijaju precizna zaduženja.

Rehabilitaciono-stabilizaciona faza je treća završna faza koja se odvija u multiplim grupama od 10 do 12 bračnih parova jednom nedeljno u toku godine dana. Bitna razlika u odnosu na prethodne je da se ova faza odvija uz svakodnevne životne porodične aktivnosti i porodica je mnogo odgovornija za vlastito funkcionisanje.

U ovoj fazi se u kontekstu spoljne socijalne realnosti nastale pozitivne promene nastoje učvrstiti i još više produbiti, što nije lako jer se tada često javljaju grupni porodični otpori, a grupa mora da bude senzibilisana da ih brzo otkriva i demaskira, da izbegne vraćanje, uspostavljanje „suvog“ alkoholičarskog sistema.

Pod uslovom da recidiv, iznenadne hospitalizacije i dr. nisu bitnije poremetili terapijski plan, posle godinu dana vrši se rezime programa porodične terapije u skladu sa terapijskim ugovorom na početku lečenja. Po završetku parovi se mogu uključiti u porodični klub koji uglavnom ima naglašenu rehabilitaciono-resocijalizacionu funkciju.

Na kraju, valja istaći da je uloga terapeuta u ovom lečenju veoma aktivna. O tome dr Gačić kaže: „Terapeut elastično primenjuje odgovarajuću terapiju i taktiku, aktivira, stimuliše, usmerava i evaluiira mrežu. On mora da „nadmanipulira“ članove koji eskiviraju. On postavlja visoke, ali realne zahteve i zadatke, koje dozira u skladu sa mogućnostima mreže, uočava i razvija njihove potencijale do maksimuma, postavlja pravila ponašanja” (16, str. 143). Svi ovi vrlo složeni zadaci treba da konvergiraju osnovnom cilju: promeni vrlo restriktivnih, rigidnih modela ponašanja porodice i socijalne mreže, a to je svakako najteži i najmukotrpniji zadatak koji od terapeuta, pored temeljnog poznavanja socijalne psihijatrije, zahteva snalažljivost, entuzijazam, spontanost, optimističnost i zrelu ličnost sa sadržajnim i harmoničnim bračno-porodičnim životom.

Terapeut ima koterapeuta suprotnog pola, koji ne mora biti (i obično nije) istih profesionalnih kvalifikacija i edukacije i manji koterapijski tim koji uključuje saradnike različitih profesionalnih usmerenja (mladi lekar, psiholog, socijalni radnik, defektolog, medicinska sestra i dr.). Međutim, za uspešnu saradnju je izuzetno važno da mini terapijski tim intenzivno saraduje na osnovu zajedničke doktrine porodične terapije i iz nje operacionalizovanog programa koji su svi članovi tima temeljno proradili i intimno prihvatili.

SOCIOTERAPIJA ALKOHOLIZMA

Društveni činioци su važan konstitutivni elemenat etiologije alkoholizma. Njihov uticaj je nesumnjivo slojevit. Snažna socijalna osujećenja društvenih grupa i čitavih slojeva indukuju jake interpersonalne i intrapsihičke tenzije koje se, pored ostalog, razrešavaju i prekomernom potrošnjom alkoholnih pića. Osim ovog gotovo fizički vidljivog i vremenski ograničenog uticaja užeg društvenog determinizma na etiologiju prekomernog pijenja i alkoholizma, znatno su rafiniraniji oni nepovoljni stresogeni uticaji koji delu-

ju na nivou globalnog društva i koji, po pravilu, imaju znatno duže dejstvo na celu društvenu strukturu ili na pojedine njene segmente. Takvi prolongirani stresovi nastaju kao posledica nagle sociokulturne evolucije sa ogromnim migratornim kretanjima unutar i van zemlje, izmene proizvodnih i pravno-političkih struktura, sukobe anahroničnih i savremenih oblika socijalne organizacije, rasnih, etničkih, verskih sukoba, nezaposlenosti, socijalno-ekonomskih kriza, ratova i dr. Oni neminovno produkuju brojna socijalno-patološke pojave sa kojima je alkoholizam povezan brojnim uzročno-posledičnim odnosima. Sve takve prolongirane stresogene situacije utiču na javljanje jakih anomičnih raspoloženja u pojedinim, a nekada i u svim socijalnim slojevima. Kolektivna anomična stanja i raspoloženja se smatraju veoma prijemčivim za povećanje potrošnje alkoholnih pića (10).

Obično je dejstvo užeg društvenog determinizma povezano sa nepovoljnim stresogenim situacijama na nivou globalnog društva i obe grupe uzročnih činilaca deluju kumulativno. Prva grupa deluje manje više direktno izazivajući jaku intrapsihičku i interpersonalnu tenziju, a druga posredno izazivajući snažna anomična raspoloženja. Intenzivne kolektivne tenzije i anomičnost se smatraju kao najznačajniji precipitirajući činioci u razvoju ekscesivnog pijenja i alkoholizma (10). Uporedni podaci o potrošnji alkoholnih pića tokom, četvrt veka (od 1950. do 1975) pokazuju znatno veći porast potrošnje alkoholnih pića, a konsekvantno tome i alkoholizma, u društvima koja su u posleratnom razvoju bila izložena stresovima na nivou globalnog društva ili jednog njegovog dela a koje smo ranije pomenuli (10).

U vrednosno-normativnim sistemima većina savremenih društava, izuzev onih budističkog i islamskog kulturnog kruga, za alkoholna pića se mnogo češće vezuju pozitivni nego negativni društveni stereotipi, počev od onih vezanih za zdravlje i muževnost do hedonističkih. Postoji ogromna društvena tolerancija prema pijenju alkoholnih pića i veoma mala prema alkoholizmu, što je u osnovi duboko licemerno. Modeli običajnog pijenja su direktno uzročno uplivisani društvenim stereotipima, dok u nastanku alkoholizma sociokulturni činioci imaju posredno iako veoma značajno mesto. Međutim, još su značajnije posledice alkoholizma koje su u fenomenologiji alkoholizma i kvantitativno i kvalitativno najzastupljenije. Svest o velikom značaju sociopsiholoških, socioloških i sociokulturnih činilaca u etiologiji, simptomatologiji i prevenciji alkoholizma sugerisala je neophodnost izmene terapijskih koncepata u pravcu uvođenja grupnih metoda i tehnika u lečenju putem kojih efikasno možemo uticati bar na one nepovoljne socijalne činioce iz neposrednog socijalnog okruženja alkoholičara. Različiti socioterapijski metodi u lečenju alkoholizma su u funkciji socijalizacije alkoholičara, s jedne strane, a s druge sa ovim metodama nastoje stvoriti optimalni uslovi za lečenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju, pre svega u užem socijalnom okruženju alkoholičara. U osnovi je reč o komplementarnim ciljevima socioterapije.

Valja napomenuti da je neke grupne socioterapijske metode više moguće razlikovati od psihoterapijskih u didaktičkom smislu nego u realnoj terapijskoj praksi jer svaki grupni odnos ima i elemente psihoterapijskog, bar kada je reč o užim grupama u sociološkom značenju ovog pojma, i vice

versa. Razlika je relativno nejasna i moglo bi se reći da su socioterapijske sve one metode u kojima se nastoji postići bolje socijalno funkcionisanje pojedinaca ili kojima se nastoje stvoriti adekvatni mikrosocijalni uslovi za takvo funkcionisanje.

Despotović sve socioterapijske metode deli na tri velike grupe:

1. terapija društvom (zajednicom) — milieu terapija;
2. grupna socioterapija;
3. socioterapija u širem značenju (8).

Ovom prilikom ćemo pretežno nastojati da opišemo one socioterapijske metode koje su više ustaljene i prihvaćene u savremenim programima tretmana alkoholizma, dok će o drugima biti više uzgredno reći.

Terapija sredinom je relativno novija socioterapijska metoda. Pod ovim pojmom se podrazumeva neposredna okolina, društvena i fizička (8). Prome-nama defavorizirajućih socijalnih i drugih činilaca u neposrednoj okolini alkoholičara utiče se na jačanje ličnosti samog alkoholičara. Ova metoda u osnovi polazi od jednog sociokulturološkog koncepta po kome je ličnost u određenoj meri proizvod društva i kulture. Ako je ekonomska i profesionalna pozicija alkoholičara izuzetno teška nemoguće je očekivati uspešno lečenje dok se te izuzetno nepovoljne stresne situacije ne razreše. Očigledno je da ova terapijska metoda zahteva jedan deo terapijskog polja, obično spoljnog situacionog karaktera, te je komplementarna drugim grupnim psihoterapijskim metodama. Makoliko da alkoholizam nastaje i kao reakcija na spoljne stresne situacije on je još više problem celokupne ličnosti i kad se jednom toksikomanski simptomi razviju onda bolest ima i svoj autonomni tok, u kome se složena socijalna simptomatologija i sekundarno nadgrađuje.

Terapijska zajednica

Terapijska zajednica je socioterapijska metoda u kojoj se celokupni institucionalni okvir lečenja (stacionarni ili dispanzerski) organizuje na takav način da omogućava alkoholičarevo emocionalno i socijalno sazrevanje. Terapijsku zajednicu sačinjava celokupno osoblje bolnice u kojoj se nastoji da socijalna organizacija i funkcionisanje ustanove u što većoj meri održava odnose u spoljnoj, realnoj društvenoj zajednici. Ona, dakle, održava socijalno funkcionisanje realnih društvenih primarnih grupa. Time se nastoji da se u što većoj meri realizuje društvena dimenzija terapijskog postupka i da se alkoholičar stalno konfrontira se realitetom sličnim onom u spoljnoj sredini u cilju rehabilitacije i resocijalizacije, budući da većina alkoholičara pre dolaska na lečenje ispoljava duboku socijalnu otuđenost i živi u svojevrsnom socijalnom vakumu.

Osnovni organizacioni princip funkcionisanja terapijske zajednice je puna demokratskost odlučivanja. Pored pacijenta i terapijskog osoblja u radu terapijske zajednice učestvuju i planovi porodica pacijenata.

Po svom obimu ona predstavlja veliku socioterapijsku grupu. Na dnevnim sastancima se uz angažovanje svih članova raspravljaju svi problemi, počev od problema dežurstva, radnih aktivnosti, ekscesivnih situacija do pitanja prijema i otpusta bolesnika i problema u saradnji zajednice sa spoljnom sredinom. Međutim, svaki pojedinac može samoinicijativno izneti i vlastite probleme ili probleme drugih članova uz očekivanje da se za njih nađe rešenje. Osim maksimalnog uključivanja pacijenata u odlučivanje o svim pitanjima života i rada terapijske zajednice, nastoji se da pacijenti budu angažovani na obavljanju najrazličitijih aktivnosti i uloga i da ih savesno obavljaju, što je za njihovu rehabilitaciju i resocijalizaciju, sticanje samopouzdanja, samopoštovanja, te socijalno i emocionalno sazrevanje izuzetno važno.

Kruta formalizacija i hijerarhizacija najveća su opasnost za ostvarenje proklamovanih socioterapijskih ciljeva i znatno pasiviziraju pacijente. Budući da alkoholičarski stil života dovodi do duboke socijalne alienacije, terapijska zajednica je najbolja terapijska forma za stalno testiranje alkoholičara socijalnim realitetom. Doslednošću, principijelnošću i dejstvom velike grupe terapijska zajednica pacijenta brzo, efikasno i često veoma bolno konfrontira sa realnošću.

Uloga terapijskog osoblja i voditelja je težnja da ostvari principijelno i demokratsko odlučivanje, a da spreče nametanje autoritarnog rukovođenja i podvajanje grupe. Njihov je cilj da grupne komunikacije i odlučivanje sa sebe prebace na grupu. U tom smislu oni su prvi jednakima. Da bi to ostvarili terapijski tim i voditelj moraju da budu zrele ličnosti, sa velikom elastičnošću i senzibilitetom za socijalne komunikacije.

Terapijska zajednica mora biti veoma otvorena prema drugim socioterapijskim grupama i prema bliskom socijalnom okruženju, jer se na taj način ostvaruje njena najbitnija terapijska funkcija — društvena dimenzija lečenja. U velikoj socioterapijskoj grupi kao što je terapijska zajednica naročito je izražena opasnost od normativizma, formalizacije, i prevelike pasivnosti jednih, odnosno prevelike aktivnosti drugih članova, polarizacije u kriznim situacijama i težnji da se od konfrontacije sa velikom grupom potraži zaštita u svojoj užoj grupi i dr. Sve te opasnosti voditelj i terapijski tim moraju brzo da uočavaju i efikasno razrešavaju.

Terapijska zajednica ima ogromni značaj u prihvatanju i stvarnoj motivaciji alkoholičara za lečenje, jer ga stalno i direktno konfrontira sa njegovim otuđenim socijalnim aranžmanima, manipulacijama i neadekvatnim obrascima ponašanja, ali mu pruža i zaštitu, sigurnost i jača samopouzdanje. Ona je, sem toga, nezamenljivi okvir rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara, pogotovu u bolničkim uslovima. Valja pomenuti da je edukativna dimenzija u terapijskoj zajednici alkoholičara naglašenija nego u drugim psihoterapijskim grupama.

Terapijska zajednica u dispanzerskim uslovima ima socijalno-organizacione karakteristike terapijske zajednice u stacionarnim uslovima, ali i određene nesumnjive prednosti jer su bolesnici uključeni u svakodnevne porodične i profesionalne aktivnosti, a time stiču veće samopouzdanje, samopoštovanje i sigurnost nego oni u stacionarnim uslovima. Terapijska zajednica u

problemima, životnim istorijama i iskušenjima u postapstinencijalnom periodu.

Obzirom na brojne polivalentne socijalne relacije članova kluba i užeg i šireg socijalnog okruženja klub ima veliku ulogu u prevenciji alkoholizma i motivaciji alkoholičara za lečenje.

Uloga terapeuta u klubu je nenametljiva i usmeravajuća u onim slučajevima kada se jave krizne situacije. Terapeut u klubu mora da ispoljava veliku toleranciju, nenametljivost, demokratičnost i sociabilnost, ali i principijelnost u razrešavanju kriznih situacija.

Najčešće opasnosti u radu kluba su: polarizacija među članovima, težnje pojedinih članova za dominacijom, stvaranje grupa ili pojedinaca koji nastoje da ostvare određene privilegije ili steknu sekundarne koristi iz socioterapijskih aktivnosti formalizacija i stereotipnost u obavljanju klupskih aktivnosti pri čemu se gube osnovni socioterapijski i rehabilitacioni kvaliteti ove socioterapijske zajednice.

Težnja da se klub institucionalizuje kao posebna forma lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije alkoholičara, da se pretvori u svojevrсни pokret, krije mnogo više negativnih nego pozitivnih efekata.

Klub je stožerna socioterapijska metoda u fazi produženog lečenja, koje traje najduže (najmanje 2 godine), ali koja je, makoliko važna, samo deo ukupnog procesa lečenja, rehabilitacije i resocijalizacije, te mora biti stručno vođena i koordinirana terapijska aktivnost u okviru ukupnog tretmana alkoholizma.

Na kraju ovog poglavlja u lečenju alkoholičara valja istaći da sve dosada razmatrane terapijske metode imaju univerzalnu primenu na alkoholičarsku populaciju, zavisno od institucionalnih okvira i mogućnosti. Zbog toga što alkoholna bolest tokom višegodišnjeg perioda značajno niveliše i unificira individualne razlike i ponašanja u početku lečenja primenjuju se slične terapijske metode, ali tokom lečenja treba razraditi i specifičnu terapijsku strategiju za svakog alkoholičara kad god je to moguće, jer te individualne razlike izlaze na površinu tokom terapijskog procesa.

LITERATURA

1. Bailey, M. B.: Alcoholism and family casework; theory and practice, 162, p.p., New York, V + 162. Greater New York, 1968.
2. Beckman, L. J., Amaro, H.: Personal and Social Difficulties Faced by Women and Men Entering Alcoholism Treatment, Journal of Studies on Alcohol, 47: 135 – 145, 1986.
3. Bowen, M.: Family therapy and family group therapy. In: Kaplan, J. H., Sadock, S. O.: Comprehensive group psychotherapy. The & Wilkins Company, Baltimore, 1971.
4. Brown, S. A.: Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after a one-year follow-up, Journal Stud. Alcohol 46: 304 – 308, 1985.
5. Burns, C.: Alcoholism – the family disease. New Zeland med. jour. 79: 748 – 755, 1974.

6. Corringan, E. M.: *Alcoholic Women in Treatment*, In Cook, D. Fewell, C. and Riolo, J. eds. *Social Work Treatment of Alcohol Problems*. NIAAA – RUCAS Alcoholism Treatment Series. Rutgers Center of Alcohol Studies, 1986.
7. Corringan, E. M., Anderson, S. C.: *Black Alcoholic women in treatment*, *Focus Women* 3: 49 – 58, 1982.
8. Despotović, A., Ignjatović, M., Fridman, V.: *Alkoholizam. Etiologija, klinika, lečenje, prevencija*. Institut za dokumentaciju zaštite na radu, Niš, 1978.
9. Đukanović, B.: *Alkoholizam i porodica*. „Privredna štampa”, Beograd, 1979.
10. Đukanović, B.: *Alkoholizam*, „Naučna knjiga”, Beograd, 1979.
11. Edwards, G.: *The Treatment of Drinking Problems: A Guide for the Helping Professions*. London: Grant Mc Intyre Ltd. 1982.
12. Esser, P. H.: *Conjoint Family Therapy for Alcoholics*. *Brit. jour. addict.*, 6: 177, 1968.
13. Esser, P. H.: *Evaluation of family therapy with alcoholics*. *Brit. jour. addict.* 66 (4): 251 – 255, 1971.
14. Esser, P. H.: *Conjoint family therapy with alcoholics – a new approach*. *Brit. jour. addict.* 64: 275 – 286, 1970.
15. Gačić, B.: *Porodična terapija alkoholizma*. „Rad”, Beograd, 1978.
16. Gačić, B.: *Alkoholizam, bolest pojedinca i društva*. Zavod za izdavačku delatnost „Filip Višnjić”, Beograd, 1985.
17. Gerald, M. Cross, Charles W. Morgan, Al J. Mooney, III, Carolyn A. Martin and John. A. Raftier: *Alcoholism treatment: A TEN-YEAR Follow Up Study*, *Alcoholism*, Vol. 14 Supp 2, 1990, 165 – 169.
18. Glatt, M. M.: *Alcoholism – a family illness*. In: Glatt, M.: *The alcoholic and the help the needs*. „Priory Press Ltd.”, London, 1972.
19. Goodwin, D. W.: *Is alcoholism hereditary? A review and critique*. *Arch. gen. psychiat.* 25: 545 – 549, 1971.
20. Holmila, M.: *Wives, Husbands and Alcohol*. Helsinki, Finnish Foundation For Alcohol Studies, 1988.
21. Hudolin, V.: *Klubovi liječenih alkoholičara*, Biblioteka za psihijatriju i bolesti ovisnosti, Jumena, Zagreb, 1982.
22. Hudolin, V.: *Ovisnost o alkoholu i drugi alkoholom izazvani poremećaji*, *Psihijatrija, Medicinska knjiga*, Beograd – Zagreb, III, prerađeno i dopunjeno izdanje, str. 674 – 717, 1986.
23. Hudolin, V.: *Alkoholizam*. „Jumena” Zagreb, 1979.
24. Kapetanović-Bunar Emina: *Alkoholizam – život na dva kolosijeka*, *Globus – Zagreb*, 1985.
25. Lang, B.: *Psihoterapija i terapijska zajednica alkoholičara*. „Jumens”, Zagreb, 1982.
26. Lemert, E. M.: *Dependency in married alcoholics*. *Quart. jour. stud. on alc.* 23: 590 – 609, 1962.
27. Meeks, D. E., Kelly, C.: *Family therapy with the families of recovering alcoholics*. *Quart. jour. stud. on alc.* 31 (2): 399 – 413, 1970.
28. Mijušković, N., Fligić, M.: *Lečenje alkoholičara, spasavanje ili pružanje pomoći*, *Alkoholizam*, 22 (1 – 2), 66 – 69, 1988.
29. Milovanović, D.: *Klinička psihofarmakoterapija*, Ljubljana, 1972.
30. Mosra L. Plant: *Women and Alcohol*, Department of Psychiatry, University of Edinburgh United Kingdom, World Health organization, Regional office for Europe, EUR/HFA target 17, 1990.
31. Murphy, W. D., Coleman, E., Hoon, E., Scott, C.: *Sexual Dysfunction in Treatment in Alcoholic Women*. *Sexuality and Disability* 3: 240 – 255, 1980.

32. Nenadović, M.: Značaj premorbidnog alkoholizma za ishod kompletnog ishemičkog cerebrovaskularnog insulta, *Alkoholizam* 22 (3–4), 45–50, 1988.
33. Orford, J. F., Guthrie, S.: Coping behaviour used by wives of alcoholics; a preliminary investigation (Abstr.). *Int. congr. alc. alcsn., Proc.* 28th, vol. 1: 97, 1968.
34. Popović, M.: Problemi društvene strukture. „Naučna knjiga”, Beograd, 1988.
35. Poro, A.: Enciklopedija psihijatrije, Nolit — Beograd, 1990, 28–39.
36. Rosett, H. L., Weiner, L., Edelin, K. C.: Treatment Experience with Pregnant Problem Drinkers, *Journal of the American Medical Association*, 249: 2029–2033, 1983.
37. Schuckit, M. A.: Biological vulnerability to alcoholism, *J. cons. clin. Psychol.* 55: 301–309, 1987.
38. Smart, R. G.: Female and Male Alcoholics in Treatment: Characteristics at intake and Recovery Rates. *British Journal of Addiction* 74: 275–281, 1979.
39. Solms, H.: Alkoholisme te pharmacodependance, *Journees medicosociales romanes*, Geneve, 1968.
40. Steinglass, P.: Family therapy in alcoholism. In: Kissin, B., Begleiter, H.: *The biology of alcoholism*, vol. 4, „Plenum Press”, New York, 1975.
41. Stojiljković, S., Despotović, A., Krstić, S., Žižić, V.: Rezultati lečenja 8000 bolesnika od alkoholizma. *Alkoholizam* 5 (2–3): 96–100, Beograd, 1965.
42. Sutker, P. B., Tabakoff, B., Goist, K. C.: Acute Alcohol Intoxication, Mood States and Alcohol Metabolism in Women and Men. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 18, Suppl. 1: 349–354, 1983.
43. Vesel, J.: Mogućnost ambulantnog lečenja alkoholičara sa posebnim osvrtom na grupnu psihoterapiju, *Doktorska disertacija*, Beograd, 1977.
44. Vesel, J.: Klasifikacija i dijagnostika alkoholizma, *Inovacije znanja iz neuropsihijatrije*, Niš, 1982, 159–172.
45. Vuletić, Z.: Deca alkoholičara. „Dečije novine”, Gornji Milanovac, 1988.
46. Whallen, T.: Wives of alcoholics. Four types observed in a family service agency. *Quart. jour. stud. on alc.* 14: 632–641, 1953.
47. Winokur, G. & al.: Family history studies. IV Comparasion of male and female alcoholics. *Quart. jour. stud. on alc.* 29: 885–891, 1968.
48. Winokur, G., Pitts, F. N.: Affective disorders. VI. A family history of prevalence, sex difference, and possible genetic factor. *Jour. psychiat. res.* 3: 113–123, 1965.
49. Winokur, G., Reich, T., Rimmer, J., Pitts, F. N. Alcoholism. III Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. *Arch. gen. psychiat.* 23: 104–111, 1970.

SUICIDOGENI ZNAČAJ ALKOHOLIZMA

Alkoholizam i alkoholisanost imaju veliki suicidogeni značaj u smislu facilitativnog dejstva na sam čin samoubistva i poseban favorizujući uticaj na suicidalno ponašanje alkoholičara. Proučavajući pojavu suicida u Vojvodini Kapamadžija je ustanovio da je alkoholizam jedan od značajnih faktora koji doprinose tako visokoj stopi samoubistva u nas. Od 2.281 izvršenog samoubistva u toku šest godina, 722 ili 31,6% su izvršili alkoholičari, a 33,4% bilo je u alkoholisanom stanju. Toksikomani su izvršili samoubistvo u alkoholisanom stanju u 31,3% slučajeva, a nealkoholičari u svega 11,1%.

Učešće alkoholičara u izvršenim suicidima prikazano je u tabeli 23.

Tabela 23.

Mesto	Broj registr. alkoholičara	Broj izvrš. samoubistava	Učešće alkohola u %
Subotica	6.050	766	41,4
Novi Sad	7.100	462	28,2
Pančevo	1.212	264	28,8
Zrenjanin	2.500	329	26,8
Sremska Mitrovica	—	304	26,7
Sombor	2.785	156	17,5

U subotičkom regionu, gde postoji visoka stopa samoubistva procentualno učešće alkoholičara je veoma visoko (41,4%). Alkoholičari u nas izvršavaju ili pokušavaju samoubistvo uglavnom mehaničkim sredstvima pri čemu vešanje stoji na prvom mestu. Ukoliko pribegavaju otrovima, onda su to u Vojvodini većinom insekticidi. Pošto alkoholizam prema nekima (Menninger) sam po sebi predstavlja neku vrstu hroničnog, protražiranog suicidalnog ponašanja moguće je shvatiti zašto su autodestruktivni impulsi često u njih prisutni i zašto se njihovi pokušaji samoubistva moraju uvek ozbiljno tretirati bez obzira u kakvom obliku se manifestovali. Visok procenat pokušaja samoubistva nađen je i u ispitivanom uzorku od 200 izvršenih samoubistava na teritoriji SAPV u toku 1973. i 1974. godine. Broj alkoholičara je u ispitivanom uzorku iznosio oko 50% od čega su većina bili toksikomani. Žmucova je u Ljubljani među 1.031 muških suicidanata, našla 45% alkoholičara, dok je alkoholisanih bilo čak 59,6%. U Budimpešti je samoubistvo među alkoholičarima šest puta češće, nego u ostaloj populaciji. Svi izneseni podaci dobijaju poseban značaj kada se ima u vidu da posle Slovenije, Vojvodina ima

najveću stopu samoubistva u zemlji. U Jugoslaviji se indeks samoubistva (broj izvršenih samoubistava u toku godine na 100.000 stanovnika) kreće oko 14–15. Međutim, dok je taj indeks na Kosovu 2,5, Makedoniji 4,7, SR Bosni Hercegovini 7,4, u Sloveniji je 29,5, a u Vojvodini 27. Susedna Mađarska ima indeks samoubistva 33,1, dok Zapadni Berlin 43,6. Još uvek nije u dovoljnoj meri razjašnjeno zašto Mađarska, Austrija, Slovenija i Vojvodina, kao zemlje panonskog bazena imaju posle zapadnog Berlina, najvišu stopu samoubistva u svetu. Iako Meerloo iz mnogo razloga smatra da „mi nikada nećemo uspeti da zahvatimo sasvim duboko do konačnih uzroka samoubistva” savremena suicidologija gleda na suicid kao na pojavu multifaktorijelnog reda. Najčešće se radi o kumulaciji više faktora među kojima pored svesnih ima i nesvesnih motiva čovekovog ponašanja. Alkoholičara često nekompletna porodica priprema za samoubistvo, depresivna stanja reaktivnog ili endogenog reda favorizuju suicidalne podsticaje, a konflikt sa samim sobom i okolinom uz pomoć alkohola doprinose realizaciji suicidalnog čina.

UTICAJ ALKOHOLA NA KRIMINALITET

U kompleksnom razmatranju štetnih posledica zloupotreba alkohola od velikog je interesa njegova korelacija sa socijalno-patološkim pojavama kao što su kriminalitet, prostitucija, skitnjačenje, prosjačenje, maloletnička delikvencija i pojave hazarda. Kriminolozi s pravom smatraju da alkohol ima direktan i indirektan uticaj na kriminalno ponašanje pojedinaca, koje može biti manifestovano u različitim vidovima. Prekršajna praksa pokazuje da alkohol stimuliše razne vrste prekršaja među kojima se ističu nasilničko ponašanje, učestvovanje u tučama, omalovažavanje moralnih, nacionalnih i patriotskih osećanja građana, prenošenje lažnih vesti, narušavanje javnog reda i mira, upotreba vatrenog oružja protivno propisima i ometanje službenih lica i organa u vršenju njihovih funkcija, kao i učestvovanje u saobraćaju pod uticajem alkohola. Dugogodišnji alkoholizam neminovno dovodi do socijalne dezintegracije ličnosti i često do kriminalnog načina života. Mnogobrojna ispitivanja su pokazala da postoji povezanost između alkoholizma i zločina. Tako je utvrđena veza između stanja kriminaliteta i proizvedene količine alkoholnih pića u zemlji. U godinama dobrih berbi grožđa i voća u svim zemljama je registrovan povećan broj kriminalnih dela. Statistike pokazuju da na kraju nedelje u dane vikenda raste broj ovih dela, koja se pretežno dešavaju na mestima uživanja alkoholnih pića. Prema nekim pokazateljima 52% dela razbojništva se dešava pod uticajem alkohola, a 100% neplaćanja alimentacije vezano je za alkoholičare, kao i dela silovanja incestnog reda. Od 1946. do 1972. godine na teritoriji SAPV presuđeno je 927 krivičnih dela ubistva. Od ovog broja 698 je bilo izvršenih dela, a 229 u pokušaju. Čak 80% izvršilaca ovih dela je bilo u alkoholisanom stanju. Prema dokumentaciji Sudsko-psihijatrijskog odeljenja u Novom Sadu 53% izvršilaca krivičnih dela ubistva bilo je pod uticajem alkohola. Komparacije radi navodimo podatak da je u SSSR 70% i u Švedskoj 85% ubistava izvršeno pod dejstvom alkohola.

U Francuskoj je kod 50% svih ubijenih osoba konstatovana određena koncentracija alkohola u krvi, što je shvatljivo kada se zna, da lica u alkoholisanom stanju sa svojim impulzivnim reagovanjem izazivaju izgrede u kojima i sami gube živote. U nešto starijim podacima na području Beograda utvrđeno je da je 76% ubica i njihovih žrtava u vreme izvršenja dela bilo pod uticajem alkohola, a 24% njih su bili alkoholičari sa toksikomanskim karakteristikama. Kao motiv ubistva kod alkoholičara se u 38,8% može uočiti ljubomora. U nastupima sumanute ljubomore pojedini psihički izmenjeni alkoholičari se agresivno ponašaju prema svojim ženama. Poznato je da uvek treba misliti na sumanutu ljubomoru kada alkoholičar ubije svoju suprugu, pogotovo ako se to dogodi na brutalan način. Pedeset procenata svih ubistava i pokušaja ubistava, koji se dogode u porodičnom krugu, vrše alkoholičari. Alkoholisani često vrše nenamerne ili namerne paljevine i razne imovinske delikte. Pojedini alkoholičari neretko vrše isplate čekova bez pokrića, kao i druge malverzacije, pronevere i druge vidove privrednog kriminala. Umesto zaključka treba istaći da je ukupan broj krivičnih dela učinjenih pod uticajem alkohola u Vojvodini u stalnom opadanju, što se može videti u tabeli 24.

KRIVIČNA DELA UČINJENA POD UTICAJEM ALKOHOLA U SAP VOJVODINI U PERIODU 1975–87. GODINA

Tabela 24.

Godine	1975.	1976.	1977.	1978.	1979.	1980.	1981.	1982.	1983.	1984.	1985.	1986.	1987.
Ukupan broj krivičnih dela učinjenih pod uticajem alkohola	2542	2313	2072	1969	2215	2119	2113	2315	2390	2424	2270	2144	2079
Od toga:													
Ubistva	38	25	13	18	16	20	22	10	24	18	12	16	11
Ubistva u pokušaju	37	21	9	21	23	14	7	8	18	18	12	17	13
Teške telesne povrede	145	117	113	109	149	152	95	134	150	143	135	119	98
Silovanja	39	35	28	28	42	28	36	17	28	28	19	24	25
Silovanja u pokušaju	38	49	30	26	32	27	19	23	25	25	22	21	25
Krade	309	257	262	257	480	517	507	540	579	528	501	500	440
Teške krađe	253	249	213	201	201	182	232	266	267	313	294	306	219
Teške krađe u pokušaju	27	25	18	23	42	38	18	40	28	59	93	53	34
Razbojništva	58	52	40	31	26	32	39	36	39	61	38	21	48
Razbojništva u pokušaju	7	3	4	3	3	1	—	1	1	5	—	2	1

Razbojničke krađe	5	3	3	3	—	8	2	1	7	2	2	4	1
Razbojničke krađe u pokušaju	2	1	1	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—
Teški slučajevi razbojničke krađe i razbojništvo	3	4	4	2	2	—	4	1	3	4	4	—	5

UTICAJ ALKOHOLIZMA NA RADNU SPOSOBNOST I PRODUKTIVNOST RADA

Višestruko negativno dejstvo alkoholizma i alkoholisanosti na produktivnost, apsentizam, traumatizam i mentalnu klimu u radnoj organizaciji često nije u dovoljnoj meri poznato pojedinim rukovodećim kadrovima u privredi i šire. U industriji niza zemalja rukovodioci ne pokazuju adekvatan interes za ovu problematiku, koja ima ne samo humani već i veliki ekonomski značaj. Na osnovu ispitivanja uzroka apsentizma 3.000.000 industrijskih radnika u SAD konstatovano je da je izostajanje sa posla najfrekventnija socijalna posledica alkoholizma. *V. Marsch* navodi da su periodi radne nesposobnosti alkoholičara četiri puta duži nego u radnika nealkoholičara, te da se alkoholizam u SAD nalazi na četvrtom mestu uzročnika apsentizma. Godišnje se u ovoj zemlji zbog alkoholizma i alkoholisanosti gubi 30 miliona radnih dana, dok se za saniranje socijalno-medicinskih posledica zloupotrebe alkohola ukupno izdvaja 43 milijarde dolara. Od te sume 20 milijardi se odnosi na izdatke za privremenu ili trajnu radnu nesposobnost, smanjenu produktivnost, povećani škart i drugo. Smatra se da značajan udeo u tome imaju alkoholičari u ranom stadijumu bolesti (prealkoholičari) koji se kao neizbežni pratioci industrije u savremenom svetu nalaze u svim profesionalnim grupama počev od pomoćnog osoblja do rukovodećeg kadra. Mnogi autori ukazuju da su prealkoholičari vrlo brojni među rukovodiocima u industriji ali da su zbog svog specifičnog položaja u stanju da dugo prikrivaju svoj alkoholizam. Neka istraživanja u SSSR-u su pokazala da se najveći broj (67%) zaposlenih alkoholičara nalazi u pretoksikomanskoj fazi alkoholne bolesti i da je 80% među njima remetilo radnu disciplinu i interpersonalne odnose uz izazivanje konfliktnih situacija u porodici i na javnim mestima. Iako ovakve osobe radna sredina ne smatra alkoholičarima detaljnija analiza pokazuje da baš takvi remete radnu atmosferu i da je njihov rad manje uspešan. Banšičkov i Koroljenko navode da je 90% svih neopravdanih izostanaka sa posla uslovljeno alkoholizmom i alkoholisanošću te da su ovi izostanci šest puta češći u alkoholičara nego u ostalih radnika. Lisicin tvrdi da su ekonomske štete zbog prekomernih bolovanja, neopravdanih izostanaka, smanjene produktivnosti i troškova lečenja u populaciji alkoholičara tri puta veće nego u ostalih. Podaci Observera i Maxwela takode pokazuju da alkoholičari izostaju sa posla tri puta češće i duže od ostalih, a izdaci za

njihovo lečenje su trostruko veći. U industriji Monpeljea apsentizam alkoholičara je 3–6 puta veći nego u nealkoholičara. Mnoga istraživanja u francuskoj industriji pokazuju da u pojedinim granama od alkoholizma boluje 13–15% zaposlenih. Berte je među 1100 radnika našao 16% alkoholičara i konstatovao da oni izazivaju 25% povreda i bolovanja. Ammar navodi da je alkoholizam u Bretanji više zastupljen među poljoprivrednim, građevinskim i pružnim radnicima nego među drugim profesijama. U rudarskom bazenu Loarc Bresard je utvrdio da rudari piju dnevno 1450 ccm vina, a službenici 444 ccm. Iako od alkoholizma mogu biti potencijalno ugroženi svi profili zaposlenih ipak je alkoholna bolest najfrekventnija među nekvalifikovanim i polukvalifikovanim kategorijama radnika.

Napred navedene konstatacije zapažene su u epidemiološkim istraživanjima i u našoj sredini. Poleksić je ispitujući prevalenciju alkoholizma kolumbijskih rudara našao da 75,75% opserviranih redovno pije, 21,2% pije pre ili u toku rada, 27% je izostajalo sa posla zbog zloupotrebe alkohola, a 25,1% ispitanika imalo ozbiljno poremećene porodične odnose. Slabljenje njihove profesionalne efikasnosti se ogledalo u vidu površnog izvršavanja radnih obaveza, slabog poštovanja radnih i drugih normi, ćutljivom raspoloženju sa češćim interpersonalnim konfliktima.

Alkoholičari u nas prosečno godišnje izostaju sa posla 80 radnih dana ili prema Šariću dva i po puta češće nego ostali. Hudolin ističe da alkoholičar oboleva u najproduktivnijoj dobi života i da je njegov radni vek skraćen za oko 10 godina. Smatra se da su kratkotrajni izostanci sa posla od dan-dva u 70% slučajeva u direktnoj ili indirektnoj vezi sa zloupotrebom alkohola. Izostanci sa posla su najčešći ponedeljkom, posle praznika ili nakon isplate ličnih dohodaka. Tegobe kojima pojedinci pravdaju te izostanke su neodređene i nedovoljno definisane pa se ovakva oboljenja često vode pod dijagnozom stomahnih oboljenja. Prema nekim podacima u nas se godišnje zbog bolovanja i drugih izostanaka gubi oko 25 miliona radnih dana. Pored toga, kod alkoholičara se može govoriti o prikrivenom izostajanju sa posla, kada je zaposleni na radnom mestu, a praktično ništa ne radi bilo zbog aktuelne alkoholisanosti ili mamurluka. Ove osobe sve češće zakašnjavaju na posao ili se u takvom stanju osećaju malaksalim, tromim i nedovoljno sposobnim za rad. Kod alkoholičara zbog neredovne i insuficijentne ishrane dolazi do pada opšte otpornosti organizma zbog čega su podložni drugim bolestima. Njihovo lečenje od interkurentnih bolesti je produženo. Tako je na primer, alkoholičaru za oporavak nakon operacije slepog creva potrebno i do dva meseca, a drugima, svega oko 20 dana. Radna efikasnost alkoholičara je reducirana i zbog njihove karakterne izmenjenosti. Takvi pojedinci su praktično bez inicijative na poslu, nezainteresovani za svoj rad, površni u izvršavanju radnih zadataka i sa tendencijom da omalovažavaju uspehe drugih. Izgubivši kontrolu nad alkoholom, oni gube osećaj odgovornosti prema radu i društvenim obavezama, što, pored ostalog, neminovno dovodi do njihove socijalne degradacije. Sve opisane karakteristike ukazuju na to da se zapravo radi o pravim bolesnicima i da je alkoholna bolest u njih već manifestna, a radna sposobnost zbog raznih oboljenja, poremećaja i povreda bitno smanjena. Najranije će doći do gubitka radne sposobnosti za

poslove sa većim zahtevima i većim angažovanjem mentalnih funkcija, zbog čega alkoholičari gube takve poslove i dobijaju jednostavnije.

Jedan od značajnih simptoma alkoholne bolesti jeste i česta promena radnog mesta i radne sredine. Veliki broj alkoholičara se zbog svog poremećenog ponašanja oseća ugroženim i nastoji da olakša socijalni status promenom radne sredine ili mesta boravka („geografsko bežanje”). Prema Poleksiću, u analiziranoj grupi od 500 alkoholičara svi su menjali radnu sredinu, a mnogi među njima odlazili su na slabije kvalifikovana i slabije plaćena radna mesta. U 12,4% ispitanika postojala je potpuna profesionalna degradacija. Pet i više puta menjalo je radna mesta 22% analiziranih. Savremena tehnika zahteva treznog čoveka u procesu svakog rada. Zna se da produktivnost rada rezultira iz više faktora, kao što su urednost i tačnost na poslu, sposobnost koncentracije, održanja pažnje, interes za rezultate rada, samoinicijativa, brzina reagovanja, ljubav prema radu, disciplinovanost i dobra koordinacija u radu. Međutim, konzumiranje alkoholnih pića izaziva suprotne efekte i sa dužinom alkoholičarskog staža poremećaji će biti sve manifestniji. Složenim mašinama i elektronskim uređajima ne može danas da rukuje dekoncentrisan, neoprezan, nezainteresovan, nedovoljno precizan i lako zamorljiv čovek kakav je zapravo svaki onaj koji sve češće dolazi alkoholisan na radno mesto. Ispitivanja vršena u novije vreme pokazala su da već koncentracija alkohola od 0,3 promila čini efekat rada slabijim. Što je rad složeniji to mu prisustvo alkohola više šteti. Pod uticajem malih doza alkohola remeti se koordinacija pokreta, slabi koncentracija pažnje, usporava se proces mišljenja i funkcije čula. Pripit čovek će se usled nedovoljno odmerenih pokreta i smanjene brzine reagovanja češće povređivati. U opštoj populaciji malo je poznata činjenica da mnogi industrijski gasovi koji se stvaraju pri radu potenciraju negativno dejstvo unetog alkohola, te usled toga i male količine alkohola remete funkcije centralnog nervnog sistema. Nasuprot tome, u pojedinim radnim sredinama može se čuti zabluda da se alkohol u organizmu ponaša kao zaštitno sredstvo, da dezinfikuje unutrašnje organe, da štiti od prašine, što pored ostalog u nekim granama hemijske industrije, u livnicama, u cementnoj industriji, doprinosi povećanoj potrošnji alkoholnih pića.

U cilju preveniranja alkoholisanja i alkoholizma u kolektivu neophodno je istaći značaj onih pojedinaca koji su u početnoj fazi alkoholne bolesti i koji samo povremeno konzumiraju alkoholna pića. Iako ovakve osobe radna sredine ne smatra alkoholičarima detaljnija analiza pokazuje da baš takvi remete normalne interpersonalne odnose i da je njihov rad manje uspešan. Proces rada u industriji je veoma složen i u realizaciji proizvodnih zadataka učestvuje veliki broj radnih ljudi. Ukoliko je industrijski kolektiv zdraviji i sa povoljnom mentalnom klimom, bez većeg broja alkoholičara to će i njegovo poslovanje biti uspešnije. Dovoljno je ponekada da u nekom pogonu ima samo jedan ili nekolicina osoba sklonih prekomernom konzumiranju alkohola pa da se radna atmosfera poremeti.

Iako su posledice zloupotrebe alkohola na produktivnost i interpersonalne odnose ozbiljne, veliki problem je i njegov uticaj na bezbednost rada. Povrede na radu se triput češće dešavaju onima koji na toksikomanski način konzumiraju alkoholna pića. Moris tvrdi, da se 60% povreda u Francuskoj događa pod uticajem alkohola. Prema ispitivanjima Grafa na 100 radnika alkoholičara dolazi godišnje 123 povrede, a na 100 nealkoholisanih samo 44. Mikov je u Novom Sadu ispitujući 600 povređenih radnika našao alkohol u krvi kod 36,90% ispitanih, od čega je 23,65% imalo veću alkoholemiju od 0,5‰. Među povređenima sa povišenom koncentracijom alkohola najbrojniji su bili nekvalifikovani radnici (54,2%). Težina povređivanja ispitivanih bila je direktno proporcionalna stepenu njihove alkoholisanosti. U većini studija na ovu temu nađena je statistički značajna korelacija između alkoholisanja, alkoholizma i povreda na radu, što je od velikog značaja u prevenciji profesionalnog traumatizma zbog kojeg se godišnje u našoj zemlji izgubi 5.700.000 radnih dana. Prema podacima Pokrajinskog registra o povredama na radu u SAPV se godišnje dogodi od 28–30.000 povreda na radu. Kao uzrok ovih povreda se najčešće navodi neadekvatan rad pojedinca.

Mada nema preciznih podataka o tome koliko je alkohol bio direktni prouzrokovac svih ovih povreda sigurno je da je njegov negativan uticaj i u našoj sredini veliki, a naročito u pojedinim granama privrede. Postoje zapažanja i statistički podaci koji pokazuju da ima profesija među kojima je zastupljen veći broj alkoholičara. Sa aspekta alkoholizma ova zanimanja se nazivaju kritičnim. U Dispanzeru za lečenje alkoholičara oko 10% bolesnika bilo je iz kategorije tzv. kritičnih zanimanja, a to su: konobari, moleri, zidari, komercijalisti, vozači, rudari, livci, trgovci, mesari i dr. Neosporno je da zanimanja i osobine radnog mesta mogu biti značajan faktor u evoluciji alkoholizma. Prema autoanemnestičkim podacima konobari obolevaju od alkoholizma zbog stalne ekspozicije alkoholnim pićima, noćnog rada i specifičnog dejstva kafanskog ambijenta. Od alkoholizma mogu biti ugroženi radni ljudi koji svakodnevno putuju iz okolnih mesta. Prinudeni da rano ustaju, a kasno doputuju kućama, stalno su neispavani, često se neredovno i nepotpuno hrane, što sve zajedno slabi njihove psihofizičke sposobnosti i dovodi do težih posledica, ukoliko postanu zavisni od alkohola. Ova grupa je potencijalno ugrožena od alkoholizma i zbog toga što u periodima kada čekaju svoj voz ili autobus određen deo vremena provode u bifeima i restoranima autobuskih ili železničkih stanica, tako da postoji mogućnost da se počnu navikavati na konzumiranje alkoholnih pića. Ukoliko takvi pojedinci nastave sa sve intenzivnijim konzumiranjem alkoholnih pića postoji potencijalna opasnost da će i bezbednost njihova rada biti ugrožena. Ova ugroženost će biti utoliko veća ukoliko je objektivna opasnost od povređivanja izraženija, kao što je to slučaj sa građevinarstvom, drvnom, metalnom, hemijskom, mesnom industrijom, rudarstvom i saobraćajem. Sigurno da u nas tanku nesreće određenu ulogu ima i sama ličnost povređenog sa svim svojim psihofizičkim i emocionalnim karakteristikama. Aleksander među crtama ličnosti, koje se sklone povređivanju ističe impulzivnost, a Moreno navodi

nepažnju, brzopletost, nespretnost, nemarnost, lakomislenost i površnost. Neke statistike pokazuju da su mladi radnici skloni češćem povređivanju zbog nedovoljne adaptacije na radne uslove, preteranog samopouzdanja, malog iskustva i nepoštovanja preventivnih mera zaštite. Među češće povređenim nalaze se i osobe koje brže motorno reaguju nego što su u stanju da svojim čulima percipiraju. Svaki čovek koji se nalazi u stanju napetosti, koji je frustriran od svog autoritativnog poslovođe može biti kandidat za nesreću. Zato je uloga poslovođe u stvaranju povoljne mentalne klime u kolektivu od izuzetnog značaja. Nedavno je iznesen slučaj jednog poslovođe, koji je svojim krutim i autoritativnim ophođenjem prema radnicima uslovio povećan broj izostanaka sa posla zbog bolovanja i povreda. Bilo je evidentno da je apsentizam u vreme njegove odsutnosti iz preduzeća bio po pravilu manji. Za razliku od ovakvih poslovođa jedan human, principijelan i dobronameran poslovođa ili neposredni rukovodilac može stvoriti povoljne i harmonične odnose među članovima radne grupe i doprineti smanjenju bolovanja, traumatizma i fluktuacije radne snage. Poslovođa mora kod svog radnika prvi uočiti eventualne unutrašnje konflikte, zabrinutost u vezi sa ličnim ili porodičnim problemima, kako bi mu mogao na najadekvatniji način pomoći i dati odgovarajući savet. U interesu dobrih interpersonalnih odnosa neposredni rukovodilac mora zauzimati pravičan odnos prema svima. Respektujući njihova mišljenja, mora biti iskren u pohvali i obziran pri kritici, te nepristrasan prilikom ocenjivanja uspeha svojih saradnika. Sve to na određen način doprinosi povoljnijoj mentalnoj klimi u kolektivu i nastojanjima da se u radu postigne ono što Francuzi nazivaju duhom sigurnosti.

OCENA RADNE SPOSOBNOSTI ALKOHOLIČARA

Radnu sposobnost alkoholičara determinišu dva faktora. Na prvom mestu je stadijum same bolesti i prisustvo različitih somatskih, psihičkih i socijalnih posledica alkoholizma veoma različito zastupljenih u obolelih. S druge strane, za obavljanje brojnih poslova potrebne su veoma različite psihofizičke sposobnosti. Poslovi se obavljaju u različitim uslovima i izazivaju različite fizičke i nervno-emocionalne napore. Imajući u vidu navedene činjenice, radnu sposobnost alkoholičara treba ceniti individualno. U početnim stadijumima bolesti alkoholičari su u većini slučajeva samo privremeno nesposobni za poslove svog radnog mesta, dok u kasnijim dolazi do trajnih psihičkih ili somatskih oštećenja koja dovode do smanjenja ili gubitka radne sposobnosti. Ne želeći da ništa shematizujemo navodimo samo okvirne stavove u oceni radne sposobnosti. Privremena nesposobnost za rad će postojati u nekoliko slučajeva.

U stanjima akutne etilisanosti ili u fazi mamurluka psihofizičke sposobnosti kako alkoholičara tako i nealkoholičara su reducirane tako da postoji potreba odstranjenja dotične osobe sa radnog mesta. To bi mogli da obave neposredni rukovodioci po prethodno utvrđenom postupku i u dogovoru sa nadležnim lekarom. U slučaju ponavljanja takvih pojava, ukoliko se radi o

bolesniku alkoholičaru, usloviti prihvatanje lečenja umesto disciplinske sankcije.

Alkoholičari u toksikomanskoj fazi mogu dobiti kraću poštedu za vreme detoksikacione terapije ukoliko su apstinencijalne smetnje jako izražene.

Oboljenja jetre i teži gastrointestinalni poremećaji zahtevaće konsultaciju interniste i kraće ili duže bolovanje u zavisnosti od nadenog stanja.

Karencijalni sindromi u toku alkoholizma zahtevaće kraće ili duže bolovanje zavisno od kliničke slike i od osobina radnog mesta.

U slučaju postojanja trajne nesposobnosti alkoholičara za obavljanje poslova svog radnog mesta neophodno je kompletno ispitivanje psihofizičkog stanja obolelog uz učešća specijalista potrebnih profila. Ukoliko su poslovi alkoholičara složeniji, sa većim zahtevima, praćeni većim naporima, to će nesposobnost za rad postojati i pri blažim promenama zdravstvenog stanja. Tako će psihičke promene već u ranoj fazi alkoholizma uticati na radnu sposobnost osoba koje obaljjaju poslove skopčane sa velikom materijalnom odgovornošću ili odgovornošću za ljudske života (pojedini poslovi u saobraćaju, obezbeđenju imovine i dr.). Sa progrediranjem psihičkih promena dolaziće do onesposobljavanja za sve veći broj poslova i na kraju do potpunog gubitka radne sposobnosti.

Somatske komplikacije alkoholizma, u zavisnosti od njihovog intenziteta smanjuju mogućnost podnošenja određenih fizičkih napora i/ili obavljanje poslova u uslovima koji mogu da doprinesu progrediranju prisutnih organskih oštećenja (poslovi za različitim hemijskim materijama i sl.). Polineuropatska oštećenja na donjim ekstremitetima ograničavaju radnu sposobnost za sve poslove vezane za stalno stajanja, hodanje, podizanje i nošenje tereta. Izrazit tremor prstiju otežava izvršavanje poslove za koje je neophodna fina motorika, itd.

U slučajevima alkoholne epilepsije radna sposobnost alkoholičara će biti bitno smanjena za brojne poslove, odnosno posojace nesposobnost za sve poslove pri obavljanju kojih bi mogao oboleti u slučaju gubitka svesti da ugrozi sebe ili druga lica ili da dode do veće materijalne štete.

Da bi mogla da se donese adekvatna ocena radne sposobnosti neophodno je poznavanje zahteva poslova, napora pri istim, uslova rada i mogućnosti njihovog delovanja na postojeće zdravstveno stanje obolelog. S obzirom da ovo područje spada u domen specijaliste medicine rada, pri definitivnoj oceni radne sposobnosti alkoholičara treba ga uključiti.

INVALIDITET ALKOHOLIČARA

Alkoholna bolest je relativno čest uzrok privremene ili trajne radne nesposobnosti. Hudolin ističe da alkoholičar u toku svog radnog veka gubi oko 10 godina radnog staža zbog prerane invalidnosti. Invalidnost u alkoholičara je najčešće uslovljena teškim oštećenjima svih vitalnih organa. Teške simptome somatskog propadanja po pravilu prati i psihička izmenjenost, koja se u ovih bolesnika može različito manifestovati, počev od karakterne promene do najtežeg stepena alkoholne demencije. Deset procenata alkoholo-

ličara oboleva od alkoholnih psihoza. Pošto je zbog reverzibilne psihičke alteracije, koja prati veliki procenat Korsakovljevih psihoza, hroničnih halucinoza ili alkoholnih paranoja, potreban dugotrajan tretman, najveći broj takvih bolesnika se oglašava trajno nesposobnim za rad. Atrofije mozga i teže forme encefalo-mijelo-polineuropatije sa slikom organskog psihosindroma ili demencije najčešće dovode do prerane invalidnosti. Zabrinjavajući je podatak da veliki broj alkoholičara sa ireverzibilnim oštećenjima dolazi pred invalidske komisije u najproduktivnijim godinama života, a da pre toga nisu bili ambulantno ili bolnički lečeni. To pokazuje da se sekundarna prevencija nedovoljno široko sprovodi i da se dijagnoza prekasno postavlja. Na invalidskim komisijama u SR Hrvatskoj, kod svakog petog pregledanog bolesnika konstatovana je alkoholna bolest bilo sama ili u kombinaciji sa drugim poremećajima. Za razliku od 1964. godine, kada je na ovim komisijama bilo pregledano svega 4,5% alkoholičara, 1973. god. taj procenat je porastao na 21,8%. Međutim, procenat invalida I kategorije u pomenutom 11 godišnjem periodu se smanjio gotovo za polovinu, a broj pregledanih bez dobijene kategorije se povećao sa 17,7% na 37,3%, što se može objasniti povoljnim efektima dugogodišnje preventivne aktivnosti u ovoj Republici. Najveći procenat invalidnosti zbog alkoholizma je konstatovan među zaposlenima u industriji i rudarstvu (34,2%), građevinarstvu (12%), zanatstvu (11,4%), saobraćaju (10,9%), poljoprivredi i ribarstvu (7%), trgovini i ugostiteljstvu (6,7%) itd.

U Novom Sadu na uzorku od 25.848 radnika bilo je 1.389 invalida rada među kojima je evidentirano 3,76% alkoholičara. Najveći procenat ove kategorije bolesnika registrovan je među zaposlenima u metalnoj industriji (6,47%) i građevinarstvu (4,37%).

U SAP Vojvodini je u periodu 1970—1985. godina invalidima rada prve kategorije proglašeno 85.462 radnika. Alkoholizam je kao uzrok invalidnosti kod njih konstatovan kao vodeća dijagnoza u 3089 (3,61%) slučajeva, a kao prateća u 1923. (2,25%) slučajeva. Po godinama se alkoholizam kao uzrok invalidnosti javlja u vodećim dijagnozama od 2,61% (1971) do 5,06% (1982), a u pratećim od 1,57% (1974) do 2,99% (1979). Najzastupljeniji je (3,75%) u osoba preko 50 godina života, a najmanji (0,01%) od 20—30 godina. Kao vodeća dijagnoza alkoholizam je nađen u 1.968 (96,08%) muškaraca i 121 (3,92%) žena, a kao prateća u 1854. (96,41%) muškaraca i 69 (3,59%) žena (tabela 25). U odnosu na pojedine regione u Vojvodini alkoholizam je kao uzrok invalidnosti javlja u dosta velikom rasponu i to u vodećim dijagnozama od 1,05 do 6,93%, a u pratećim od 0,53 do 3,92%. Kako u vodećim tako i u pratećim dijagnozama alkoholizam je najviše zastupljen u radnika opštine Sombor (6,93%, 3,92%), Subotice (6,72%, 3,07%) i Sente (6,56%, 3,66%), a najmanje u opštini Zrenjanin (1,05%, 1,18%), Pančevo (1,16%, 0,97%), Sremska Mitrovica (1,52%, 0,53%) i Vršac (1,55%, 2,03%) (tabela 26). Ovako niska zastupljenost alkoholizma kao uzroka invalidnost u pojedinim regionima se ne bi mogla objasniti samo malim brojem alkoholičara u tim sredinama, već je verovatno rezultat neadekvatnog rada zdravstvenih organizacija i invalidskih komisija.

**ALKOHOLIZAM KAO UZROK INVALIDNOSTI PREMA POLU I GODINAMA
STAROSTI ZA PERIOD 1970–1985. GODINE U SAP VOJVODINI**

Tabela 25.

Godina sticanja prava	Ukupan broj invalid. penzija	Alkoholizam kao vodeća dijagnoza				Alkoholizam kao prateća dijagnoza				Životna dob u %			
		Pol		Ukupan broj	%	Pol		Ukupan broj	%	20 do 30	31 do 40	41 do 50	Preko 50
		m.	ž.			m.	ž.						
1970.	2189	59	2	61	2,78	47	1	48	2,19	0,04	0,27	1,37	3,28
1971.	2408	58	5	63	2,61	69	3	72	2,99	0,04	0,41	1,91	3,23
1972.	2978	94	3	97	3,25	70	4	74	2,48	0,00	0,30	1,98	3,45
1973.	3355	93	4	97	2,89	84	6	90	2,68	0,02	0,59	2,11	2,83
1974.	2928	90	4	94	3,21	44	2	46	1,57	0,00	0,51	1,57	2,69
1975.	3504	114	7	121	3,45	64	3	67	1,91	0,00	0,28	1,99	3,08
1976.	4196	138	4	142	3,38	107	3	110	2,62	0,02	0,16	2,24	3,57
1977.	4968	185	8	193	3,88	105	5	110	2,21	0,06	0,16	2,11	3,76
1978.	5819	205	6	211	3,62	145	2	147	2,52	0,01	0,10	1,83	4,19
1979.	6120	249	9	258	4,21	172	11	183	2,99	0,01	0,19	2,14	4,85
1980.	7013	288	12	300	4,27	174	6	180	2,56	0,01	0,28	1,93	4,60
1981.	6753	310	16	326	4,82	191	8	199	2,94	0,00	0,19	2,45	5,12
1982.	6632	322	14	336	5,06	193	3	196	2,95	0,04	0,18	2,50	5,29
1983.	7777	214	11	225	2,89	132	3	135	1,73	0,02	0,15	1,55	2,89
1984.	9142	246	7	253	2,76	128	6	134	1,46	0,02	0,14	1,33	2,73
1985.	8242	273	7	280	3,39	113	3	116	1,40	0,00	0,10	1,46	3,22
Ukupno:	85462	2968	121	3089	3,61	1854	69	1923	2,25	0,01	0,21	1,87	3,75

**ALKOHOLIZAM KAO UZROK INVALIDNOSTI U SAPV PO OPŠTINAMA U
PERIODU 1970–1985. GODINA**

Tabela 26.

Opština	Ukupan broj invalidskih penzionera	Dijagnoza alkoholizma kao:							
		Vodeća				Prateća			
		Pol		Ukupno		Pol		Ukupno	
		m.	ž.	broj	%	m.	ž.	broj	%
Apatin	2095	101	4	105	5,01	76	3	79	3,77
Bačka Palanka	2885	95	4	99	3,43	79	3	82	2,84
Bačka Topola	2344	101	8	117	4,99	57	1	58	2,47
Bečej	1472	54	6	54	3,66	43	1	44	2,98
Kikinda	5039	278	4	282	5,59	188	5	193	3,83
Kula	2453	101	4	105	4,28	68	2	70	2,85
Novi Sad	16759	510	25	535	3,19	325	11	336	2,00

Odžaci	1586	45	1	46	2,90	24	3	27	1,70
Pančevo	6378	71	3	74	1,16	60	2	62	0,97
Senta	1829	116	4	120	6,56	65	2	67	3,66
Sombor	5855	391	15	406	6,93	218	12	230	3,92
Subotica	10586	679	33	712	6,72	314	11	325	3,07
Sremska Mitrovica	5818	87	2	89	1,52	29	2	31	0,53
Vrbas	3848	141	5	146	3,79	86	5	91	2,36
Vršac	4960	75	2	77	1,55	89	2	91	2,03
Zrenjanin	11555	115	7	122	1,05	133	4	137	1,18
Ukupno:	85462	2968	121	3089	3,61	1854	69	1923	2,25

ALKOHOL I BEZBEDNOST SAOBRAĆAJA

U celom svetu saobraćajni traumatizam poprima epidemijske karakteristike. Svetska zdravstvena organizacija upozorava da je povećana potrošnja alkohola uslovlila porast saobraćajnog traumatizma u celom svetu i da je posebno ugrožena mlada generacija čiji predstavnici izazivaju oko 50% udesa pod uticajem alkohola. Direktor odeljenja za prevenciju akcidenata SZO JONES ističe da bi se suzbijanjem alkoholisanosti kao faktora rizika u saobraćaju mogao značajno smanjiti broj saobraćajnih udesa. Akcidentogeni značaj alkoholisanosti u saobraćaju izražavan je od pojedinih autora različitim procentima učestalosti. Istraživanja na Indijana univerzitetu pokazala su da se i do 40% saobraćajnih nesreća može dovesti u vezu sa zloupotrebom alkohola. Samo u toku jedne godine alkoholisani vozači su u SAD prouzrokovali 800.000 saobraćajnih udesa sa 28.000 poginulih i materijalnom štetom od oko 8 milijardi dolara. Četrdeset procenata poginulih pripada starosnoj grupi između 16 i 24 godine. Statistike pokazuju da su Amerikanci za 85 godina motorizacije izgubili u saobraćaju više ljudi nego u svim ratovima u kojima su za to vreme učestvovali. Pearson je u Australiji konstatovao da je među poginulima u saobraćaju 39,4% imalo koncentraciju alkohola u krvi veću od 1‰, a 24,3‰ veću od 2‰. Haddon je među poginulima u saobraćajnim nesrećama pronašao da je 47% bilo pod uticajem alkohola. Prema izveštaju saobraćajne policije u Parizu je 60% nesreća sa fatalnim ishodom izazvano usled upotrebe alkohola. U Kanadi su Schmidt i Smart našli da je 49% poginulih na putevima bilo pod dejstvom alkohola, dok je Spriggs u Engleskoj konstatovao da su poginuli posle 22 časa u 50% slučajeva bili u alkoholisanom stanju. Podaci iz Norveške pokazuju da je 50% teško povređenih vozača nastradalo u udesima izazvanim pod uticajem alkohola. Za Austriju se navodi podatak da je 29% svih saobraćajnih udesa prouzrokovano alkoholom. U Švajcarskoj je broj poginulih 1987. godine u odnosu na prethodnu povećan za 15%, dok je istovremeno 40% vozačkih dozvola oduzeto zbog vožnje pod dejstvom alkohola.

Jokanović smatra da se u nas alkohol kao rizik faktor nalazi u 24 – 33% svih udesa, a Poleksić navodi podatak da je u Beogradu zbog alkoholisanosti izazvano 23% udesa. Međutim, mnogi autori procenjuju da i do 40%

saobraćajnih udesa izazivaju vozači pod uticajem alkohola, što znači da je broj nesreća prouzrokovanih alkoholom po pravilu veći od onog koji se navodi u službenim statistikama. Poznato je da nesreće prouzrokovane alkoholisanošću vozača spadaju u najteže, kako po broju žrtava, tako i po pričinjenoj materijalnoj šteti. Marinac i Dautović su analizom 1240 težih saobraćajnih udesa u Zrenjaninu našli da je smrtni ishod pet puta bio češći u udesima koje su izazvali alkoholisani amateri sa koncentracijom od 0,5‰, odnosno 10,85 milimola alkohola u krvi nego gde su vozilima upravljali trezni vozači. Kod koncentracija alkohola od 0,51–1,5‰ smrtnost je bila čak 8 puta veća nego kod trezvenih vozača amatera. Pri ovakvim koncentracijama alkohola kod vozača profesionalaca, smrtnost je bila i do 10 puta veća nego među treznim vozačima.

Kakav je uticaj alkohola na bezbednost saobraćaja u SAP Vojvodini vidi se iz tabele 27. u kojoj su prezentirani podaci o saobraćajnim nezgodama sa nastradalim licima u desetogodišnjem periodu.

SAOBRAĆAJNE NEZGODE U SAPV POD UTICAJEM ALKOHOLA SA NASTRADALIM OSOBAMA U PERIODU OD 1977–1988. G.

Tabela 27.

Godina	Ukupan broj saobraćajnih nezgoda	Nezgode pod uticajem alkohola		Nastradale osobe u nezgodama pod uticajem alkohola sa % u odnosu na ukupan broj nastradalih			
				Povređeni		Poginuli	
		Broj	%	Broj	%	Broj	%
1977.	5004	886	17,71	1219	17,96	99	19,45
1978.	5188	917	17,68	1157	17,14	147	23,94
1979.	4689	715	15,25	1012	16,15	82	14,54
1980.	4107	816	19,87	1095	20,42	81	18,45
1981.	4326	838	19,32	1171	18,69	99	20,25
1982.	4201	986	23,47	1365	25,40	124	26,00
1983.	4171	1128	27,04	1434	26,32	130	29,47
1984.	4254	1111	26,11	1425	25,86	118	26,57
1985.	4278	1009	23,59	1342	24,55	105	22,53
1986.	4555	1104	24,23	1439	24,73	110	25,86
1987.	4705	1148	24,40	1478	24,64	116	26,36
1988.	4642	1044	22,49	1353	22,94	98	21,73

U Vojvodini, u dvanaestogodišnjem periodu (1977–1988. godina), učešće alkohola kao riziko faktora u saobraćajnim nezgodama bilo je najmanje (15,3%) 1979. godine, zatim je raslo, dostiglo najveći nivo (27,7%) 1983. godine i ponovo neznatno padalo. Pozitivna kretanja se zapažaju u 1988. godini, u kojoj je od ukupnog broja nesreća sa nastradalim licima pod uticajem alkohola bilo izazvano 1044, sa 98 poginulih i 1353 lakše i teže povređenih osoba. Više od polovine alkoholisanih prestupnika su vozači

motornih vozila, uz napomenu da su najbrojniji vozači putničkih vozila (55 – 60%) dok se učešće profesionalnih vozača kreće od 3,5 – 4%. Alkoholisani vozači su u naseljenim mestima izazvali 67,70% udesa, a van naselja 32,30%. Noću se u Vojvodini zbog alkohola izazove oko 33% udesa. Vozači pod dejstvom alkohola imaju poremećaje adaptacije na svetlo i tamu i na zaslepljenost. Smatra se da oko 15% saobraćajnih udesa nastaju noću usled zaslepljenosti vozača. Značajan je podatak da najveći broj nezgoda, kako noću, tako i danju, izazivaju alkoholisani vozači amateri mlađeg uzrasta od 25 do 34 godine starosti (40,22%).

Može se očekivati da će godišnja potrošnja od oko 1.500.000.000 litara u zemlji, ili oko 150.000.000 litara alkoholnih pića u Vojvodini, i nadalje uticati na saobraćajni traumatizam. Takvu potrošnju uslovljava njegova velika dostupnost, široka mreža prodaje, razni običaji, njegovo euforizirajuće dejstvo, savremeni način života i ponajčešće zablude o alkoholnim pićima koje su prisutne u opštoj populaciji i koje usporavaju menjanje navika među učesnicima u saobraćaju. Tako je među pojedinim vozačima prisutno uverenje da pivo nije štetno i da ne ugrožava bezbednost vožnje, pa se kao takvo često u letnjim mesecima konzumira u cilju „osveženja”. Takav pogrešan stav prema pivu, koje kao alkoholno piće ima i određen sedativni efekat, pored ostalog je doprineo da se potrošnja piva nakon rata poveća za oko 16 puta. Pošto smo danas gotovo svi učesnici u saobraćaju, velika potrošnja alkohola verovatno će i nadalje usloviti određenu prisutnost alkoholisanih vozača na našim saobraćajnicama.

Mada se alkoholisanost češće sreće kod vozača-amatera, jedno ispitivanje među profesionalnim vozačima je pokazalo da su pojedinci među njima još uvek potencijalno ugroženi alkoholom (tabela 28).

NAVIKA UZIMANJA ALKOHOLNIH PIĆA MEĐU PROFESIONALNIM VOZAČIMA

Tabela 28.

Način pijenja	Broj vozača	%	Broj udesa po jednom vozilu
Ne pije	190	31,46	2,0
Pije povremeno i umereno	364	60,27	1,79
Pije svakodnevno i umereno	33	5,46	2,29
Pije svakodnevno i povremeno se opija (pretoksikomanska faza)	17	2,81	4,35
Ukupno:	604	100,00	

Poslednja grupa vozača iz ove tabele se praktično nalazila u pretoksikomatskoj fazi i razumljivo je da je broj udesa po jednom vozaču (4,35) najveći. Od 414 vozača žestoka pića je pilo 160 vozača (38,89%), 150 (36,23%) pije mešano sva pića, pivo pije 64 (15,46%), vino i pivo 25 (6%), dok samo vino pije 15 vozača (3,6%). Za najveći broj anketiranih karakteristično je da alkoholna pića konzumiraju u svom slobodnom vremenu, tako da je u kolektivu gde rade alkoholisanost za volanom retka pojava.

Iako su se ranije profesionalni vozači nalazili među kritičnim profesijama koje su ugrožene alkoholom, situacija je poslednjih godina povoljnija. Možda i zato što su selekcije i preventivne mere doprinele ranom otkrivanju alkoholičara i blagovremenom započinjanju odgovarajućeg tretmana. Praćenje profesionalne aktivnosti vozača sklonih alkoholu ukazuje na to, da oni nisu potpuno sposobni za savremeni, sve frekventniji saobraćaj. U Zavodu za alkoholizam od 290 lečenih vozača, 93,3% počinilo je prosečno po 10 prekršaja i krivičnih dela ugrožavanja saobraćaja. Broj udesa i prekršaja od strane vozača nealkoholičara prosečno je tri puta manji. I radni vek vozača sklonih alkoholu je kraći, pa najveći broj među njima, pre ili kasnije, mora da napusti svoju profesiju, gubi radno mesto ili prerano odlazi u invalidsku penziju. Na pojedinim komisijama 15% takvih vozača se proglašava invalidskim penzionerima. Grupa vozača koja se nalazila u pretoksikomanskoj fazi prosečno je godišnje izostajala sa radnog mesta oko 2 1/2 meseca, a posebno su kod ove grupe bili evidentni kratkotrajni izostanci sa posla po dan, dva. Njihovi izostanci sa posla, zbog produženog dejstva alkohola u vidu mamurluka, najčešće su bili ponedeljkom, posle praznika ili nakon isplata ličnih dohodaka.

Jedan broj udesa ispitivani su izazvali u stanju mamurluka usled zakašnelog dejstva alkohola, a značajan procenat nesreća nastao je pod uticajem malih doza alkohola. Statistike pokazuju da su od svih saobraćajnih udesa prouzrokovanih alkoholom najbrojniji oni u kojima je utvrđeno da su vozači bili pod dejstvom malih količina alkohola. Prema Smitu, iz Kanade, opasnost za vožnju je dvostruko veća kod alkoholemije od 0,3‰. Holcomb iz Čikaga, tvrdi da je rizik vožnje za vozača sa koncentracijom alkohola u krvi do 1‰ tri puta veći nego u trezvenih vozača, dok Gerchov smatra da je jedina bezbednosna granica 0,0‰ alkohola u krvi. Mikalački je, pri analizi sto presuda iz domena ugrožavanja javnog saobraćaja, kod 73,5% predmeta našao da je alkoholisanost izvršilaca bila u relativno niskim vrednostima od 0,5–1,0‰. Između mnogih eksperimenata navodimo onaj koji pokazuje negativno dejstvo malih doza alkohola na bezbednost vožnje. Sproveden je na taj način što je Šternić na grupi od 70 vozača, pre i posle popijene dve čašice rakije, izvršio ispitivanje reakcionog vremena, koordinacije pokreta i pažnje uz probnu vožnju. Praktično su svi ispitivani vozači imali alkoholemiju manju od 0,5‰, odnosno ispod granice koju Zakon toleriše. Reakcija ovih vozača na svetlosne i akustične signale bila je značajno produžena, a koordinacija pokreta i pažnja oslabljena. U vožnji nakon uzimanja pomenute količine alkohola polovina vozača je vozila znatno slabije i sa više grešaka.

Utvrđivanje alkoholemije i procena stepena alkoholisanosti

Najpouzdanija metoda za utvrđivanje alkoholisanosti je utvrđivanje koncentracije alkohola u krvi i u urinu. Njena egzaktnost je utoliko veća ukoliko je razmak u vremenu između saobraćajnog udesa i uzimanja uzorka krvi manji. Ukoliko je protok vremena veći, utoliko se moraju vršiti odgovarajuće korekcije polazeći od poznatih formula resorpcije i eliminacije alko-

hola iz organizma. Izračunavanje koncentracije alkohola u krvi vrši se po Widmarkovoj formuli uz primenu koeficijenta raspodele alkohola u telu (za muškarce 0,68 i 0,55 za žene) i indexa pada koncentracije alkohola u krvi u toku jednog časa, koji iznosi 0,1‰ do 0,2‰. Kod alkoholičara ovaj index se povećava do 0,2 promila, dok se pri kraju eliminacije može smanjiti i do 0,1 promil. U sudsko-medicinskoj praksi, poštujući pravne norme po kojima „in dubio pro reo” uvek treba primeniti ono što je najpovoljnije za okrivljenog, uzima se da je faktor eliminacije 0,1 promil na čas.

Ako je krv uzeta u fazi resorpcije, onda će alkoholemija biti veća u času uzimanja uzorka nego u trenutku udesa, dok će u fazi eliminacije biti niža. Krv uzeta kratko vreme po završetku resorpcije može još i u intervalu od 1 do 2 časa pokazati vrednost jednaku onoj u trenutku dovršene resorpcije. Ukoliko nije uzet uzorak urina, pa nije moguće zaključiti u kojoj je fazi uzeta krv, preračunavanje se ne može vršiti već će se iskazati samo koncentracija u času uzimanja krvi. Pri koncentraciji alkohola od 0,2 promila ne mogu se vršiti nikakva preračunavanja unatrag, jer ta vrednost ne predstavlja siguran dokaz egzogenog alkohola u krvi.

Koncentraciju alkohola u krvi u trenutku izazivanja udesa moguće je utvrditi ako nam je poznata alkoholemija konstatovana nekoliko časova posle incidenta uz pomoć sledeće formule:

$$A = C + B \times t$$

gde je: A — alkoholemija u trenutku udesa

C — alkoholemija u vreme vađenja krvi

B — koeficijent eliminacije alkohola 0,1 na čas

t — vreme u časovima od udesa do uzimanja uzorka krvi

Ilustracije radi navodimo primer iz sudske prakse kada je vozač u 14 časova izazvao saobraćajni udes, a u 18 časova mu je uzeta krv. Nađena je koncentracija alkohola od 1,2 promila, koju treba korigovati po navedenoj formuli: $A = 1,2 + 0,1 \times 4 = 1,6$ promila ili 34,8 mol/l. Ponekad se od veštaka traži izračunavanje alkoholemije ako je poznata količina konzumiranog alkohola, a uzorak krvi nije uzet. Iako egzaktan odgovor na takvo pitanje nije moguće dati jer nam često nije poznata koncentracija pića, tačna doza i drugo, ipak, se koncentracija alkohola u krvi može približno odrediti pomoću formule

$$C = \frac{A}{P \times r} - B \times t$$

gde je: A = količina konzumiranog alkohola u gramima

P = telesna težina u kilogramima

C = koncentracija alkohola u promilima

r = 0,68 (za žene 0,55) koeficijent raspodele alkohola u telu

B = 0,1 promila — faktor eliminacije u toku 1 časa

t = vreme proteklo od udesa u časovima

U jednom sudskom slučaju traženo je utvrđivanje koncentracije alkohola u vreme izazivanja udesa koji se dogodio u 23 časa. Poznato je da je okrivljeni vozač popio 6 čašica vinjaka ili 118 grama čistog alkohola u

vremenu od 15–16 h, te da je njegova telesna težina 80 kg. Pomoću formule izračunato je sledeće:

$$C = \frac{118}{80 \times 0,7} - 0,1 \times 6 = 1,5\text{‰} \text{ ili } 32,7 \text{ mol/l}$$

Procena stepena alkoholisanosti ne može se vršiti isključivo na osnovu dobijene koncentracije alkohola u krvi. Potrebno je u okviru individualne procene svakog pojedinačnog slučaja imati u vidu i niz drugih elemenata, kao što su: naviknutost na konzumiranje alkohola uzimanje hrane, stanje umora, meteorološki uslovi, zdravstveno stanje, posebno posledice od ranije, eventualne traume glave, stanje normalnog vida, stereovida, sposobnost adaptacije na zaslepljenost, razgovor sa saputnikom, pušenje cigarete, frekventnost saobraćaja, klizavost na putu, brzina vozila itd. Prema tome, osim određenih koncentracija alkohola moraju postojati i drugi znakovi vozačke nesposobnosti. Kod nižih vrednosti alkoholemije i sticaja niza nepovoljnih uslova na kolovozu veštak u pojedinim slučajevima može zaključiti da je lak stepen alkoholisanosti imao uticaja na nastanak saobraćajnog udesa, ali da taj uticaj nije bio presudan. Usled pijenja većih doza alkohola opadaju psihofizičke sposobnosti vozača do te mere da ni najsposobniji vozač nije u stanju da bezbedno upravlja svojim vozilom. Ta nesposobnost za vožnju može se javiti i kod vozača sa alkoholemijom od 0,5‰ i nižom od ove ako je frekventnost saobraćaja velika, ili ako su meteorološki uslovi izrazito nepovoljni (prolom oblaka, magla, klizav put).

Uopšte se može reći da u domenu saobraćajnih udesa alkoholemija ima daleko upotrebljiviju vrednost i značaj nego što je to slučaj kod drugih delikata. To je uslovljeno patofiziološkim dejstvom alkohola na CNS, na reakciono vreme, funkcije čula i složene intelektualne funkcije, koje determinišu ponašanje u saobraćaju. Ako je neko pri jednom deliktu imao 1,3‰ alkohola u krvi, onda veštaci samo na osnovu tog podatka ne mogu zaključiti koliko je bio alkoholisan niti koliko je to uticalo na činjenje dela, ali ako je za upravljačem motornog vozila imao 1,3‰ alkohola u krvi, onda se sa sigurnošću može tvrditi da je takva alkoholemija imala bitnog uticaja na njegove psihofizičke sposobnosti za bezbednu vožnju. Mnogi autori, među kojima Stereva i Nežencev s pravom ističu, da je precizno utvrđivanje stepena alkoholisanosti veoma odgovoran i težak posao. Hudolin navodi da se sigurna dijagnoza alkoholisanosti, prema mišljenju Turnera, Selesnika, Hofmana, može postaviti tek pri vrednostima alkoholemije većim od 2‰. Schwartz i Widmark smatraju da je ta vrednost 2,5‰, dok Newman, Jacobson, Ljiljenstrand tvrde da su sigurnu dijagnozu alkoholisanosti svih ispitanika mogli utvrditi tek kod koncentracije alkohola od 3‰. Ljiljenstrand iznosi podatak da je sedam lekara ispitivalo 700 alkoholisanih vozača i procenjivalo manifestne kliničke znakove pri različitim koncentracijama alkohola u krvi. Što je alkoholemija bila veća, to je klinička slika bila manifestnija. Tek kod 3‰ sigurna dijagnoza alkoholisanosti je postavljena u svih 100% ispitivanih. Za razliku od ovih podataka Hudolin smatra da kod povremenih potrošača alkoholnih pića i onih koji konzumiraju manje količine alkohola već kod koncentracije od 1‰ se u gotovo 100% slučajeva nalaze pozitivni testovi

kao znaci manifestne alkoholisanosti. Kod pretoksikomana i toksikomana ta je granica pomerena prema većim koncentracijama alkohola u krvi.

Znaci lakog stepena alkoholisanosti javljaju se već pri koncentraciji alkohola od 0,5‰ i to nakon konzumiranja samo 2 čašice rakije ili 3 del vina. Stanje nاپitosti lakšeg stepena (od 0,5–1,5‰) karakteriše se znacima motorne razdražljivosti u vidu pojačanog impulsa za govorom, povišenim psihomotilitetom i sklonosti agresivnim aktima. Pošto viši centri kontrole slabe, ponašanje se spušta na niži nivo reagovanja. Kod koncentracije alkohola od 1,5–2,5 promila nastaje stadijum srednjeg stepena alkoholisanosti, gde su pomenuti simptomi manifestniji, a koordinacija pokreta, posebno automatizovanih pokreta i koncentracija pažnje znatno poremećeni, uz evidentno slabljenje shvatanja. Kod još većih koncentracija (2,5–3,5‰) nastupa teži stepen alkoholisanosti sa znacima psihomotorne paralize, uz izražene smetnje hoda i govora, pojavu dvoslika, poremećaja opažanja. Međutim, alkoholemija iznad 4 promila dovodi do poremećaja rada vitalnih organa u vidu kompromitovanog disanja, pada krvnog pritiska i zapadanja u komatозno stanje koje se može završiti letalno.

Uticaj alkohola na funkcije CNS i čula

Ispitivanjem distribucije etilnog alkohola utvrđeno je da se u CNS on nalazi u pet puta većoj koncentraciji nego u ostalim tkivima, s tim što je najviša nađena u moždanoj kori, a najmanja u beloј supstanci. Pod uticajem alkohola remeti se normalno funkcionisanje centralnog nervnog sistema, otežava izvršavanje volјnih, refleksnih i automatizovanih pokreta.

Mali mozak je posebno izložen toksičnom dejstvu alkohola. Pošto je mali mozak, pored unutrašnjeg uha, jedan od najvažnijih centara za održavanje ravnoteže, to je razumlјivo zašto se alkoholisani nesigurno kreću. Vozač sa oštećenom ravnotežom je nesposoban za vožnju. Motociklisti su posebno osetljivi i na najmanji poremećaj ravnoteže, koji neminovno dovodi do krivudave vožnje i po pravilu se završava padom. I koordinacija pokreta se odigrava posredstvom malog mozga. Kod napitih osoba ta skladnost pokreta je poremećena. Evidentan je poremećaj u sinergičnoj saradnji između raznih grupa mišića, zbog čega pokreti nisu skladni po vremenu, brzini i intenzitetu.

Na centralni nervni sistem alkohol deluje depresivno. Znaci privremene razdraženosti javljaju se usled paralize viših inhibitornih centara. Zavisno od strukture ličnosti i količine uzetog alkohola javiće se različite psihičke promene na planu vladanja pijanog, ispolјavanja emocija i nagonskih stremljenja. Najčešće je alkoholisan čovek u početku povišenog raspoloženja, „otkočen” i nedovolјno kritičan. Zbog nekritičnosti, podcenjuje opasnost na druumu i precenjuje svoje sposobnosti. Potencijalna opasnost lake priπitosti u vozača se sastoji u lažnoj predstavi o svojim sposobnostima i mogućnostima sopstvenog vozila. Prepreke i opasnosti izgledaju im beznačajne, lakomisleni su i puni samopouzdanja. Usled slabljenja mehanizama kočenja pod uticajem alkohola se češće nego inače javljaju regresivne reakcije, uz neodgovorno i asocijalno ponašanje. Neretko se alkoholisani vozač ponaša do te mere

bezobzirno, kao da je sam na putu, zaboravljajući pri tome da je upravljanje motornim vozilom socijalni čin, što podrazumeva prilagođavanje sopstvene vožnje važećem režimu saobraćaja. Takvi se u vožnji ponašaju pogibeljno, prebrzo voze, prelaze pune linije, nepropisno pretiču, seku krivine i u njih ulaze sa manje obazrivosti. Pošto su im rasuđivanje i pažnja oslabljeni, a misaoni proces usporen, nisu u stanju da blagovremeno predvide sve opasnosti na putu.

U pripitom stanju neko vreme mogu biti očuvani automatizovani pokreti vozača, koji su dovoljni da se pod redovnim okolnostima obavlja vožnja. Ali, pri prvoj većoj i iznenadnoj opasnosti kada treba brzo i adekvatno reagovati, doći će do izražaja sve slabosti o kojima smo govorili. Razumljivo da će navedeni poremećaj biti utoliko manifestniji što koncentracija alkohola u krvi vozača bude veća. Pri tome, mora se imati u vidu, da će ponašanje vozača pod alkoholom umnogome biti uslovljeno njegovom strukturom ličnosti i da je ono prema tome individualno. Neki će već i u stanju lakog alkoholisanosti biti „otkačeni”, nekritični, drugi svadljivi, potencijalno agresivni, a treći tromi, dremljivi, malaksali, bezvoljni itd. Osim toga, male doze alkohola utiču na funkciju čula, tako da alkoholemija od svega 0,4‰ slabi oštrinu vida, sa 0,6‰ uočljivi su poremećaji funkcije bulbomotora i raspoznavanja boja, zatim slabljenje stereovida, sužavanje vidnog polja i povećana podražljivost vestibularnog aparata. Prema nekim autorima čak koncentracija alkohola od 0,2‰ može učiniti vozača nepodobnim za vožnju u složenim uslovima frekventnog saobraćaja. Kod većih koncentracija alkohola pored poremećene funkcije bulbomotora mogu se registrovati smetnje adaptacije na svetlo i tamu i na zaslepljenost. Ovaj defekt može učiniti vozača nesposobnim za vožnju u sumrak i pri slabom osvetljenju. Ispitivanjem pomoću adaptometra, odnosno niktometra mogu se otkriti ti poremećaji u vozača sklonih alkoholu. Usporeno prilagođavanje na zaslepljenost neretko je na našim drumovima bilo uzrok udesima. Alkoholisanom vozaču potrebno je dvostruko više vremena da bi se prilagodio na zaslepljenost farova vozila iz suprotnog pravca. Smatra se da se 15% udesa noću događa usled zaslepljenosti vozača. Za bezbednost vožnje u noćnim i dnevnim uslovima od velikog značaja su slabljenje oštrine vida, suženje vidnog polja i smetnje stereovida, koje se kod alkoholisanih vozača često javljaju. Alkoholemija od 1,2‰ značajno remeti stereovid, što prilikom preticanja može biti fatalno.

U okviru opšteg produženja reakcionog vremena odnosno „psihičke sekunde” reakcije na optičke i zvučne signale je znatno produžena. Pod „psihičkom sekundom” podrazumevamo vreme koje protekne od momenta kada vozač svojim čulima zapazi neku opasnost na drumu pa do preduzimanja odgovarajuće radnje. Po nekim ispitivanjima to vreme traje od 0,20 do 1 sekunde. Međutim, na trajanje psihičke sekunde utiče više činilaca kao što su psihofizička konstitucija, zamor, koncentrisanost pažnje, vremenske prilike i alkoholisanost vozača. Reakciono vreme zavisi i od toga da li se prepreka javila na drumu iznenada, ili se mogla očekivati. Ukoliko je iznenadnost praćena afektom straha, vreme reagovanja će biti još više produženo. Kod plašljivih osoba to produženje iznosi i pune dve sekunde. Sa aspekta bezbednosti saobraćaja to je mnogo, jer vozilo pri brzini od 60 km prede u toku

jedne sekunde 167 metara, a u toku dve sekunde prešlo bi dvostruko više — 33,4 metara. Ako bi ovaj vozač uz to bio alkoholisan, opasnost bi bila veća. Reakciono vreme na svetlosne draži pti alkoholemiji od 1,5 promila je dvostruko produženo zbog smetnji vida i drugih momenata. Usled pripitosti vozača i njegovi postupci u kritičnim situacijama će biti neadekvatni i sa više grešaka izvedeni. Često se alkoholisanom dogodi da umesto kočnice pritisne pedal gasa i obrnuto. Pomenuto produženje reakcionog vremena usloviće i produženje zaustavnog puta. Zaustavni put je put koji vozilo pređe od trenutka kada je vozač uočio opasnost na drumu do momenta kada se vozilo zaustavilo. Ukoliko je brzina veća, utoliko je duži kočioni, odnosno zaustavni put. U toku psihičke sekunde pri brzini od 80 km, vozilo će preći 22,2 metara, pri brzini od 100 km 27,8 metara. Razdaljina koju vozilo pređe u toku „psihičke sekunde” izračunava se po formuli $S = \frac{V}{3,6}$ gde je V brzina.

Put kočenja zavisiće od brzine vozila i koeficijenta trenja točkova i kolovoza, a koji zavisi od vrste, vlažnosti i drugih osobina puta. Na suvom asfaltnom kolovozu kočioni put pri brzini od 60 km biće 28,3 m, pri 80 km 50,2 m, a pri brzini od 100 km čak 78,7 metara. Znači da bi zaustavni put pri brzini od 60 km bio $28,3 + 16,7 = 45$ metara, a pri brzini od 80 km 72,4 metra. Zaustavni put vozila, kojim bi upravljao alkoholisani vozač bio bi značajno duži kada se ima u vidu da je npr. reakciono vreme na gornjoj granici lakog stepena alkoholisanosti dvostruko produženo zbog navedenih smetnji vida i drugih momenata.

Psihometrijskim ispitivanjima je dokazano da trezan vozač vidi saobraćajni znak na razdaljini od 140 m, alkoholisan na 118 m, a mamuran tek na 100 metara. Ovaj podatak ukazuje na to da alkoholisani vozač ne predstavlja opasnost po bezbednost saobraćaja samo u fazi akutne alkoholisanosti već i kasnije, u stanju mamurluka. Sindrom mamurluka (Hangover syndrome), koji je opisan u Indiji još pre 2500 godina, karakteriše se poremećajem koordinacije pokreta, produženjem reakcionog vremena, smanjenom koncentracijom pažnje i sposobnošću adekvatnog procenjivanja saobraćajne situacije. Mamurluk je praćen opštom malaksalošću, nauzejom, vomitusom, vrtoglavicama, nistagmusom, bledilom, osećanjem žeđi, glavoboljom i drugim polimorfnim tegobama. Glavobolje su pulzirajućeg reda i verovatno su uslovljene bolnom dilatacijom intra i ekstrakranijalnih krvnih sudova. U patogenezi sindroma mamurluka značajnu ulogu ima akumulacija acetaldehida, retencija kalijuma, hiperaktivnost vestibularnog aparata, povećanje mlečne kiseline, gastrointestinalna iritacija, a Courville i Lolli smatraju da su mogući tranzitorni poremećaji hepatičnih funkcija i pojava cerebralnog edema. Na poremećaj u cerebelarno-vestibularno-vizuelnom sistemu u toku ovog sindroma ukazuju već navedeni simptomi, kao što su vrtoglavica, ataktični fenomeni, motorna inkoordinacija, nystagmus itd. Kada se konstatuje da je sindrom mamurluka praćen i psihičkim manifestacijama u vidu anksioznosti i depresivnosti, onda je logično saznanje da mamuran vozač nije sposoban za bezbednu vožnju.

Velika društvena opasnost alkoholisanosti u saobraćaju uslovlila je formiranje odgovarajućeg stava u krivičnom zakonodavstvu i u pravosudnoj praksi. Iako je alkoholisani vozač u medicinskom smislu privremeno duševno poremećen, ipak je prema krivičnom zakonu krivično odgovoran. Vožnja u napiutom stanju u sudskoj praksi se uzima kao otežavajuća okolnost. Član 12. st. 3 KZ, SFRJ, koji se odnosi na krivična dela izvršena pod uticajem alkohola i drugih opojnih sredstava, jasno kaže da je učinilac krivično odgovoran ako se upotrebom alkohola, droga ili na drugi način dovede u stanje u kome nije mogao shvatiti značaj svog dela i upravljati svojim postupcima, ako je pre nego što se doveo u to stanje delo bilo obuhvaćeno njegovim umišljajem ili je u odnosu na krivično delo kod njega postojao nehat. Čak i u slučajevima gde alkoholisani vozač nije direktni krivac za udes sud njegovu napiotost uzima kao otežavajuću okolnost, jer se pretpostavlja da bi trezan svojim postupcima možda doprineo izbegavanju saobraćajne nesreće. Član 152 Zakona o osnovama bezbednosti saobraćaja SFRJ na putevima glasi:

„Vozač ne sme da upravlja vozilom u saobraćaju na putu, niti da počne da upravlja vozilom, ako je pod dejstvom alkohola.

Smatraće se da je pod dejstvom alkohola lice koje se analizom krvi i urina, ili kojim drugim naučnim metodama merenja količine alkohola u organizmu, utvrdi da mu sadržina alkohola u krvi iznosi više od 0,5‰ (10,9 mol/l) ili kod kog se, bez obzira na sadržinu alkohola u krvi, stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znake alkoholne poremećenosti.

Ne sme da uzima alkoholna pića ni da otpočne upravljanje vozilom ako u organizmu ima alkohola ili ako pokazuje znake alkoholne poremećenosti:

1. vozač motornog vozila kategorije C ili D dok upravlja vozilom te kategorije;
2. vozač vozila kojim se vrši javni prevoz — dok tim vozilom vrši javni prevoz;
3. vozač vozila kome je upravljanje vozilom osnovno zanimanje — dok upravlja vozilom vršeći poslove ovog zanimanja.”

Ukoliko se vozači budu pridržavali pravila da pre i za vreme vožnje ne uzimaju alkoholna pića neće doći u situaciju da ugroze sebe i druge. Posebno amateri moraju da budu obazrivi ako računaju na zakonom dozvoljenu granicu od 0,5 promila alkohola u krvi, jer to predstavlja najopasniju klopku za svakog vozača u koju svakog trenutka može upasti. Za profesionalne vozače nema nikakvih dilema, jer oni prema zakonu ne smeju uzimati ni najmanje količine alkohola. Svi vozači bi te zakonske propise trebali da prihvate. Pojedini alkoholisani vozači u protivnom mogu krivično odgovarati po čl. 161 KZ SAPV, koji glasi:

„1. Ko upravlja motornim vozilom pod dejstvom alkohola ili drugih omamljujućih sredstava, i ako je usled toga očigledno nesposoban za bezbednu vožnju, i time tako ugrozi saobraćaj na putevima da dovede u opasnost život ili telo ljudi ili imovinu većeg obima, kazniće se zatvorom do tri godine.

2. Ko delo iz stava 1. ovog člana učini iz nehata, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.”

To znači da po ovom članu može biti kažnjen zatvorom do 3 godine svaki vozač, koji upravlja vozilom pod uticajem alkohola i zbog toga dovede u opasnost život ili imovinu drugih učesnika u saobraćaju prouzrokujući nezgodu sa manjom materijalnom štetom, koja ne predstavlja krivično delo iz čl. 159 KZ. Posebno treba istaći, da po čl. 161 KZ SAPV alkoholisani vozač može krivično odgovarati i biti kažnjen i u slučajevima kada ne izazove udes, a potencijalno dovede u opasnost nečiji život ili telo ili imovinu većeg obima pod dejstvom alkohola.

Krivičnim zakonom SAPV (čl. 162 KZ) predviđena je krivična odgovornost odgovornog lica ako izda nalog za vožnju vozaču, koji je zbog alkoholisanosti nesposoban za bezbedno upravljanje vozilom. Organi SUP-a su prema zakonu dužni da na licu mesta oduzmu vozačku dozvolu vozaču koji je pod uticajem alkohola. U duhu novih propisa i sudije za prekršaje najavljuju sankcije prema alkoholisanim vozačima.

Izdvojeno inkrimisanje krivične odgovornosti za ugrožavanje javnog saobraćaja usled omamljenosti predstavlja novinu u našem krivičnom zakonodavstvu. U čl. 161 KZ SAPV propisana je krivična odgovornost za onog ko upravlja motornim vozilom pod dejstvom alkohola ili drugih omamljujućih sredstava. Bitna obeležja tog dela su:

1. upravljanje motornim vozilom pod dejstvom alkohola ili drugog omamljujućeg sredstva;
2. očigledna nesposobnost za bezbednu vožnju i
3. ugrožavanje javnog saobraćaja na putevima čime se dovodi u opasnost život ili telo ljudi, ili imovina većeg obima. Pod drugim omamljujućim sredstvima podrazumevaju se droge i druge psihoaktivne supstance, odnosno lekovi.

Sudska praksa mora da utvrđuje sadržinu pojma „očigledna nesposobnost za bezbednu vožnju”, jer je to, zapravo, novi pojam u našem zakonodavstvu. Među pravnicima zastupa se mišljenje da se pod tim pojmom shvata nesposobnost pri kojoj vozač nije u mogućnosti da adekvatno reaguje ni u najjednostavnijim situacijama, odnosno da drži pravac, da dži dovoljno bezbedno odstojanje, da se na vreme zaustavi. Ima mišljenja da se ta očigledna nesposobnost ne može određivati samo na osnovu alkoholemije. Ona bi se morala utvrđivati i na osnovu celokupnog ponašanja vozača neposredno pre i posle izvršenog krivičnog dela. Ima autora koji misle da bi trebalo smatrati očigledno nesposobnim za vožnju sve one kod kojih je alkoholemija iznad 1,0–1,2‰.

Što se tiče posledice krivičnog dela iz čl. 161 KZ to je konkretna opasnost po život ili telo ljudi, ili imovinu većeg obima. Zauzet je stav da se pod imovinom većeg obima ima smatrati imovina čija vrednost prelazi 50.000 dinara. Za ovo delo bi mogao da odgovara onaj vozač koji vozi po

levoj strani kada mu u susret dolazi drugo vozilo, pa ono skretanjem sa kolovoza izbegne nesreću.

U sudskoj praksi najčešći pokušaji negiranja uzimanja alkohola su sledeći:

1. izjavljuju da su neposredno pre udesa popili izvesnu količinu alkohola;
2. da su u cilju smirenja popili izvesnu količinu alkohola (alibi konjak);
3. da je uzorak krvi uzet na nepropisan način;
4. da je pre udesa uzimao veće količine šećera ili grožđa;
5. da je radio u podrumskim ili nekim drugim prostorijama gde ima para alkohola.

Međutim, u sudskom postupku se najčešće dokaže da sve ove primedbe nemaju nikakvog osnova. Što se tiče problema u vezi sa hemisko-toksikološkom analizom oni se uglavnom sastoje u činjenici što se paralelno sa uzorkom krvi ne uzima uzorak urina, zatim što često nedostaju datumi uzimanja materijala i tačno vreme događaja, visina i težina ispitanika. Potrebno je s toga obezbediti epruvete, odnosno uzimanje uzorka krvi i urina, a formulare na odgovarajući način popuniti. Primedba pojedinaca da je možda uzorak krvi uzet na nepropisan način u najvećem procentu ne stoji i može se kao neosnovana odbaciti. Čak i da se dogodi greška prilikom brisanja tupferom natopljenim alkoholom porast alkoholemije može biti minimalan (od 0,05—0,1‰).

Ponekad se prigovara psihijatrima da su njihovi nalazi nedovoljno određeni i jasni. Postoje situacije kada veštak nije u stanju zbog nedostataka činjenica da pruži sudu deciderano mišljenje. Za sud se radi o situaciji *non liquet*. Znači i pored najbolje volje i primene posebnog stručnog znanja ili umeća nemoguće je dati precizan odgovor, ili ga je moguće dati u varijantama. Međutim, saznanja iz alkohologije, posebno iz metabolizma alkohola, se sve više proširuju, tako da takvih situacija ima vrlo malo. Ako veštak na sudu proceni neuropsihijatrijski status okrivljenog, ako isključi ili potvrdi privremeno ili trajno duševno oboljenje, privremenu duševnu poremećenost ili zaostao duševni razvoj, ako isključi ili potvrdi patološko napito stanje ili stanje komplikovanog pijanstva, obavio je značajan deo svoje obaveze. Drugi deo njegove obaveze sastoji se u proceni stanja alkoholisanosti, u proceni njegovih psihofizičkih sposobnosti, posebno u momentu udesa, te kakva je bila njegova sposobnost da shvati zabranjenost radnje sedanja za upravljač motornog vozila u alkoholisanom stanju.

Uloga unutrašnje kontrole i preventivni rad

Unutrašnja kontrola u radnim organizacijama koja se bavi javnim prevozom sastavni je deo sistema društvene samozaštite. Propisima je predviđeno da stalnom unutrašnjom kontrolom budu obuhvaćene sve mere počev od prijema vozača, preko praćenja psihofizičkih sposobnosti pa do svakodnevnog

nog kontrolisanja eventualne alkoholisanosti, čime se može postići veći stepen bezbednosti ljudstva i imovine.

U jednoj saobraćajnoj radnoj organizaciji, zahvaljujući normativnom regulisanju ove problematike i preduzimanja preventivnih mera za poslednjih 20 godina nije izazvan nijedan saobraćajni udes usled alkoholisanosti vozača. Preduzete mere su rezultirale i time da je procenat odgovornosti njihovih vozača u saobraćajnim nezgodama značajno manji. Praktično je ovaj kolektiv uspeo u nastojanjima, da alkoholisani vozač ne seda za upravljač motornog vozila. Važnu ulogu u pogledu suzbijanja alkoholisanosti na radnom mestu odigrala su donesena samoupravna akta: Pravilnik o radu posade vozila i Pravilnik o unutrašnjoj kontroli bezbednosti saobraćaja. Član 12. ovog drugog Pravilnika glasi:

„Odgovorna lica ne smeju dozvoliti da motornim vozilom upravlja vozač za kojega sa može zaključiti da zbog umora, bolesti, uticaja alkohola ili opojnih sredstava ili zbog psihičkog stanja u kojem se nalazi neće biti u stanju da bezbedno upravlja vozilom. Prilikom utvrđivanja alkoholisanosti, nad vozačem se mora upotrebiti hemijska ampula (sl. 2).



Sl. 2. Alkotest, a) pribor pre upotrebe (žuti reagens), b) pribor posle upotrebe (pozelenjeni reagens).

Ako vozač porekne nalaz utvrđen pomoću hemijske ampule, može se zahtevati, a uz prisustvo odgovornog lica koji je alkoholisanost utvrdio, da se izvrši odmah uzimanje krvi ili krvi urina radi analize na alkohol.

Vozač koji odbija da duva u hemijsku ampulu i odbije uzimanje krvi smatraće se da je pod uticajem alkohola.”

Alkotest, koji se u nas masovno primenjuje ima niz prednosti:

1. metoda je vrlo jednostavna, obavlja se za nekoliko minuta i može je vršiti svako priučeno lice;
2. ako je rezultat negativan ne treba uzimati krv na pretragu, čime se postiču odgovarajuće uštede;
3. ispitivanje alkoholisanosti se može izvršiti na putu, u krugu preduzeća, ili bilo na kom drugom mestu;
4. troškovi ove metode su niski.

Međutim, za primenu ove metode potrebna je saradnja ispitivanog. Između poslednjeg pijenja i ispitivanja mora da prođe najmanje 15 minuta, jer bi u protivnom ampulu mogla da pozeleni i pri najmanjim koncentracijama. Pozitivan nalaz alkokotesta nije dovoljan dokaz za donošenje sudske odluke. Samo negativan rezultat ima dokaznu moć da vozač nije alkoholisan.

Pravilnik o odgovornosti pomenute radne organizacije predviđa kao naročito tešku povredu radne dužnosti uživanje alkohola i drugih opojnih sredstava pre i za vreme rada. Suzbijanje alkoholizma i alkoholisanosti u ovom kolektivu je postala stvar celog kolektiva i svih društveno-političkih organizacija. Oni se sistematski angažuju za svakog člana kolektiva koji je sklon alkoholu, pokazujući pri tome puno razumevanje za njegove lične probleme.

Za vreme prethodnih i periodičnih sistematskih pregleda vozača pored kontrole celokupnog zdravstvenog stanja obraća se pažnja i na postojanje simptoma, koji bi mogli ukazivati na vozačevu sklonost ka konzumiranju alkohola. Znakovi početnog alkoholizma mogu pored ostalog biti sve češća zakašnjavanja na posao, povremena kraća bolovanja, gubitak interesa za rad, učestaliji konflikti sa putnicima ili sa predpostavljenima, jutarnje pijenje i slično. Što se takve osobe pre otkriju to će im pružena pomoć biti efikasnija. Broj vozača sklonih alkoholu biće sigurno manji ukoliko se sprovodi sistematski zdravstveno-prosvetni rad u cilju blagovremenog informisanja celokupnog saobraćajnog osoblja o opasnostima alkoholisanosti za volanom uz isticanje štetnosti i najmanjih doza alkohola. Veliki preventivni značaj imala je u pomenutom kolektivu zabrana točenja alkoholnih pića, uključujući i pivo, u krugu preduzeća, u restoranu društvene ishrane i na drugim mestima. Uz jačanje unutrašnje kontrole ostvarena je odgovarajuća saradnja sa organima bezbednosti saobraćaja i sudstva. Češće kontrole alkoholisanosti na našim putevima uvek su doprinosile prevenciji zloupotrebe alkohola među učesnicima u saobraćaju.

Zaključne napomene

- Prevencija saobraćajnih udesa usko je povezana sa organizovanim radom na suzbijanju alkoholisanosti u saobraćaju;
- mnogi autori smatraju, da 30% saobraćajnih udesa nastaje pod uticajem alkohola;
- poznato je da nesreće, prouzrokovane alkoholisanošću vozača spadaju u najteže kako po broju žrtava, tako i po pričinjenoj materijalnoj šteti;
- smrtnost u nesrećama izazvanim od strane alkoholisanih vozača je pet puta veća nego u drugim slučajevima. U pojedinim zemljama oko 40% osoba je poginulo u udesima nastalim pod uticajem alkohola;
- od svih saobraćajnih udesa prouzrokovanih alkoholom najbrojniji su oni u kojima je utvrđeno da su vozači bili pod dejstvom malih količina alkohola. Neki autori tvrde da alkoholemija od 0,3‰ uslovljava dvostruko veći rizik u vožnji;

— sa dve popijene čašice žestokog pića reakcija vozača na svetlosne i zvučne signale je značajno produžena, a greške u vožnji gotovo udvostručene;

— noćna vožnja uz alkohol je znatno zamornija i potencijalno opasnija pa su udesi noću češći zbog slabe vidljivosti, zaslepljenosti i pospanosti vozača. Smatra se da 15% saobraćajnih udesa nastaje noću usled zaslepljenosti vozača;

— za razliku od treznih i zdravih vozača alkoholisani vozači svojim načinom vožnje ometaju bezbednost saobraćaja. Oni su nekritični, precenjuju svoje sposobnosti i podcenjuju opasnost. Često voze prebrzo, ulaze u „makaze“, prelaze pune linije, nepropisno pretiču, seku krivine i ne poštuju prava prvenstva i pešake na pešačkim prelazima;

— velika društvena opasnost alkoholisanosti u saobraćaju uslovlja je formiranje odgovarajućeg stava u krivičnom zakonodavstvu i u pravosudnoj praksi. Vožnja u napitom stanju se u sudskoj praksi uzima kao otežavajuća okolnost, jer se pretpostavlja da bi trezan vozač svojim postupcima, možda, doprineo izbegavanju saobraćajnog udesa. Čl. 152 Osnovnog zakona SFRJ o bezbednosti saobraćaja na putevima izričito zabranjuje upotrebu alkohola profesionalnim vozačima, dok bi amateri trebali biti obazrivi ako računaju na dozvoljenu granicu od 0,5 promila alkohola u krvi. Među 100 osuđenih vozača 73% su izazvali udes pod dejstvom baš malih doza alkohola.

Koncentraciju od 0,5 promila alkohola preporučila je Svetska zdravstvena organizacija za amatere. Ova limitirajuća vrednost alkoholemije ozakonjena je u Švedskoj, Japanu i u našoj zemlji. U Mađarskoj se alkoholisanost ispod 0,8‰ kažnjava administrativno, a iznad ove koncentracije krivično. Mnogi autori u svetu i u nas se zalažu da propise treba menjati kako bi se i amaterima zabranila upotreba alkohola pre i u toku vožnje, jer Gerchow s pravom ističe da je jedina bezbedna granica 0,0‰ alkohola u krvi.

Prevenција alkoholisanosti u saobraćaju

1. U skladu sa stavovima Svetske zdravstvene organizacije danas se u svetu i u nas sve više ističe značaj organizovane brige građanina o samom sebi i svom zdravlju, kao i njegovom aktivnom učešću u zaštiti i unapređenju zdravlja. Smatra se da bi 25% bolesnika iz domena primarne zdravstvene zaštite moglo biti zbrinuto po principu samopomoći pod uslovom da budu na odgovarajući način educirani. Ovo ukazuje na veliki značaj blagovremenog informisanja omladine, građana i radnih ljudi o svim opasnostima, koje prate zloupotrebu alkohola i drugih psihotropnih supstanci.

2. Posebne zadatke ima mesna zajednica na selu pošto je stanovnik sela često istovremeno i proizvođač i potrošač alkoholnih pića. Pored toga, običajno pijenje je mnogo zastupljenije u seoskoj sredini, jer je podsticano tradicijama i običajima, kao i mnogim zbludama;

3. Škola ima veliki značaj u formiranju mlade generacije, jer svojom obrazovno-vaspitnom funkcijom pruža velike mogućnosti za pravilan razvoj mlade ličnosti i za preveniranje mentalnih poremećaja i socio-patoloških pojava kao što su alkoholizam ili sklonost čestom alkoholisanju. Znanja o

štetnom dejstvu alkohola po zdravlje i bezbednost saobraćaja trebalo bi prenositi u sklopu redovnih nastavnih predmeta ili pak u vidu aktivnosti pojedinih sekcija učenika;

4. U cilju organizovanog i sistematskog suzbijanja alkoholizma i alkoholisanosti preporučiti saobraćajnim i drugim radnim organizacijama osnivanje posebnih komisija koje bi sarađivale sa koordinacionim odborima, komisijama Crvenog krsta, zdravstvenim i drugim institucijama;

5. U skladu sa pozitivnim zakonskim propisima radne organizacije bi trebalo da donesu pravilnike o unutrašnjoj kontroli bezbednosti saobraćaja i o radu posade. Primenom tih pravilnika realizovaće se zakonska obaveza prema kojoj odgovorna lica ne smeju dozvoliti upravljanje vozilima vozačima koji su pod uticajem alkohola i drugih opojnih sredstava. U tom cilju potrebno je sprovoditi kontrolu sumnjivih vozača pomoću alkotesta. Ukoliko bi vozač odbio kontrolu pomoću alkotesta, smatrao bi se da je u alkoholisanom stanju. Uzimanje alkohola pre i za vreme vožnje u principu bi trebalo tretirati kao naročito tešku povredu radne dužnosti;

6. Zabraniti točenje svih alkoholnih pića, uključujući pivo, u krugu preduzeća, u restoranima društvene ishrane i na drugim mestima. Bilo bi za preporuku donošenje odluke o ukidanju služenja alkohola u svrhu reprezentacije;

7. Po mogućnosti sprečiti otvaranje ugostiteljskih objekata u neposrednoj blizini saobraćajne radne organizacije;

8. Vozače i druge radne ljude bi permanentno putem predavanja, filmova, prigodnih letaka, biltena trebalo informisati o štetnom dejstvu alkohola na bezbednost saobraćaja. Trebalo bi da listovi radnih organizacija u tom smislu odigraju najvažniju ulogu;

9. U zimskom periodu bi na prigodnim seminarima trebalo okupljati traktoriste i vozače i obučavati ih osnovnim pitanjima iz bezbednosti saobraćaja, a posebno ih upoznati sa posledicama alkoholisanosti u saobraćaju i u procesu rada;

10. U saradnji sa opštinskom komisijom Crvenog krsta organizovati tematske izložbe o štetnosti alkohola po zdravlje i bezbednost saobraćaja;

11. Uz jačanje unutrašnje kontrole u kolektivima potrebno je ostvariti bolju saradnju sa organima bezbednosti saobraćaja i sudstva. Češće kontrole alkoholisanosti na našim putevima bi doprinele prevenciji zloupotrebe alkohola među učesnicima u saobraćaju;

12. Zdravstvena i kadrovska služba trebale bi posebnu pažnju da posвете selekciji vozačkog kadra i počev od prethodnih pa preko periodičnih pregleda da blagovremeno otkrivaju osobe sklone alkoholu. U manjim mestima, gde ne postoji služba medicine rada preporučuje se da se jedan lekar educira za preventivno-kurativni tretman saobraćajnog osoblja;

13. Posebnu pažnju treba posvetiti rizičnim grupama među koje spadaju recidivisti u izazivanju saobraćajnih udesa i prekršaja;

14. Suzbijanje alkoholisanosti treba da postane interes celog kolektiva. Zato bi bilo poželjno da ovu problematiku organi samoupravljanja, sindikat i dr. u skladu sa svojim specifičnim uslovima poslovanja razmatraju jedanput godišnje, a po potrebi češće i to na osnovu izveštaja sopstvenih komisija.