

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U
OSIJEKU**

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Ivona Matijević

**LIJEČENJE ALKOHOLIZMA U
OKVIRU SUDSKIH MJERA**

Diplomski rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Ivona Matijević

**LIJEČENJE ALKOHOLIZMA U
OKVIRU SUDSKIH MJERA**

Diplomski rad

Osijek, 2017.

Rad je izrađen na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Osijek te u Klubovima liječenih alkoholičara Jug II, Tvrđa, Donji Grad i Retfala u Osijeku.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Ivan Požgain, prim. dr. med.

Rad ima 32 lista, 9 tablica i 2 slike.

Sadržaj

POPIS KRATICA.....	II
1. UVOD.....	1
1.1. Definicija alkoholizma	1
1.2. Klinička slika alkoholizma	1
1.3. Osobnost alkoholičara	2
1.4. Alkohol i nasilje.....	2
1.5. Sudske mjere.....	3
1.6. Postavljanje dijagnoze	4
1.7. Terapija alkoholizma	5
1.8. Recidivi i prevencija alkoholizma	7
2. CILJEVI RADA	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. Ustroj studije.....	9
3.2. Ispitanici	9
3.3. Metode	9
3.4. Statističke metode.....	10
4. REZULTATI	11
4.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	11
4.2. Alkoholizam	14
5. RASPRAVA.....	17
6. ZAKLJUČAK.....	21
7. SAŽETAK.....	22
8. SUMMARY.....	23
9. LITERATURA	24
10. ŽIVOTOPIS.....	30
11. PRILOZI	32

POPIS KRATICA

GGT – gama-glutamiltransferaza

AST-SGOT – aspartat aminotransferaza – serumska glutaminatoksaloctena transferaza

ALT-SGPT – alanin aminotransferaza – serumska glutamat-piruvična transaminaza

CDT – karbohidrat deficijenti transferin

MCV – prosječni volumen eritrocita (engl. *Mean Corpuscular Volume*)

DSM-V – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, revizija V (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

KLA – Klub liječenih alkoholičara

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

KBC – Klinički bolnički centar

MAST – michiganski test za otkrivanje alkoholizma (engl. *Michigan Alcohol Screening Test*)

GAF – cjelokupna procjena funkcioniranja (engl. *Global Assessment of Functioning*)

SWEMWBS – skraćena Warwick Edinburgh skala mentalnog blagostanja (engl. *Short Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale*)

1. UVOD

1.1. Definicija alkoholizma

Alkoholizam je definiran kao primarna kronična bolest s genetičkim, psihosocijalnim i okolišnim čimbenicima koji utječu na razvoj i manifestacije same bolesti. To je progresivna i fatalna bolest, karakterizirana nedovoljnom kontrolom nad pijenjem, preokupacijom pijenjem alkohola i konzumiranjem alkohola usprkos štetnim posljedicama (1). Dvije su varijable predložene za postavljanje dijagnoze alkoholizma: omjer dana u kojima je osoba konzumirala alkohol i dana kad je apstinirala te intenzitet pijenja koji je definiran kao ukupna konzumirana količina alkohola (u uncama apsolutnog alkohola) podijeljen s brojem dana u kojima je alkohol konzumiran (2).

1.2. Klinička slika alkoholizma

Klinička slika alkoholizma može se razgraničiti na tri polja: psihičko, somatsko i socijalno. Često se s alkoholizmom pojavljuje kronični organski moždani sindrom s demencijom, depresija, anksioznost, neurotički poremećaji, delirij, sumračna stanja (3), a uočena je i pozitivna korelacija između alkoholizma i zlouporabe drugih sredstava ovisnosti (4). Iako ne postoji specifično ponašanje alkoholičara, antisocijalni poremećaj ličnosti i hiperaktivnost najčešće su povezivani s alkoholizmom (5).

Psihijatrijske bolesti koje se mogu razviti kao posljedica alkoholizma su *delirium tremens*, alkoholna halucinoza, alkoholna ljubomora, Korsakovljeva psihoza i suicidalnost (6).

Pretjerana konzumacija alkohola djeluje razorno na brojne organske sustave, od kojih su najjače oštećeni gastrointestinalni trakt, hepatobilijarni sustav te centralni i periferni živčani sustav. Sama oštećenja živčanog sustava najčešće su uzrokovana deficijencijom vitamina B (3). Najčešće je mjesto oštećenja jetra, budući da ona provodi najveći dio metabolizma alkohola (7).

Alkoholizam se socijalno manifestira najvećim dijelom na radnom mjestu i u obitelji. Alkoholizam se lakše sakriva na radnom mjestu, stoga se njegove prve manifestacije očituju u obitelji u obliku gubitka obiteljske kohezije. Često su djeca ta koja najviše pate zbog zanemarivanja obiteljskih i roditeljskih dužnosti (3). Alkoholizam roditelja okarakteriziran je kao obiteljski stresor i razlog za roditeljsko zanemarivanje djece (8). Zbog tako stvorenih uvjeta u obitelji, uočena je i veća prevalencija psiholoških poremećaja u obitelji (9).

Pojava nasilja i agresivnosti u obitelji nije neuobičajena, a često je žrtva žena. Studija je pokazala kako je 27,3 % supružnika bilo pod utjecajem alkohola u trenutku počinjenja obiteljskog nasilja (10), a alkoholizam se sve češće navodi kao razlog rastave braka (11).

Djeca alkoholičara imaju statistički povišen rizik za uporabu alkohola i drugih sredstava ovisnosti, s paternalnim alkoholizmom kao dominantnim faktorom za predviđanje alkoholne ovisnosti potomaka (12). Pojavnost zlouporabe ili ovisnosti o psihoaktivnoj tvari između rođaka prvog koljena alkoholičara je 44 %, od čega se 80 % odnosi na zlouporabu ili ovisnost o alkoholu (13).

Kod muškaraca u Hrvatskoj uočena je značajna negativna korelacija između indeksa radne sposobnosti i dva diferencijalnodijagnostička upitnika za alkoholizam – CAGE i AUDIT upitnika (14).

Alkoholičari nisu prihvaćeni od strane radne skupine, jer su viđeni kao osobe koje površno odrađuju svoje zadatke, češće izostaju s posla, imaju slabe socijalne vještine, zapušteni su, iritabilni i razdražljivi (15). Alkoholizam je na radnom mjestu neprepoznat, ignoriran ili toleriran do trenutka kad negativne strane prevagnu, nakon čega nastupi otkaz (16).

1.3. Osobnost alkoholičara

Alkoholičarima se tijekom vremena mijenja osobnost. Počinju se brinuti samo o nabavci i konzumaciji alkohola. Gube interese koje su prije imali, ne mare za obitelj i posao. Postaju ravnodušni, agresivni i pretjerano razdražljivi, a alkohol postaje štit za obranu od zahtjeva stvarnosti. Nestaje sposobnost koncentracije, usmjeravanja misli i sabiranja. Javlja se abulija, izostaje gratifikacija, teško shvaćaju nove informacije, a gube stare. U konačnici dolaze do stadija dezinhibiranosti, impulzivnih reakcija, vrijeđanja i zlostavljanja drugih. Obično se javlja i zanemarivanje tjelesne higijene. Promjene osobnosti smatraju se nadogradnjom na već postojeće neuravnotežene crte ličnosti (7, 17).

Impulzivnost je definirana kao predispozicija za činjenje brzih, neplaniranih reakcija kao odgovor na unutarnje i vanjske stimuluse bez obzira na štetne posljedice tih reakcija (18), a tom su definicijom tada obuhvaćeni i alkoholičari koji nastavljaju konzumirati alkohol unatoč očitim negativnim posljedicama, što ukazuje na oštećene procese odlučivanja (19).

Razine anksioznosti, agresivnosti, neprijateljstva, odbojnosti te ljutnje više su kod pojedinaca ovisnih o alkoholu koji su u djetinjstvu bili fizički, emocionalno ili seksualno zlostavljani, svjedočili nasilju i zlouporabi supstanci (20, 21).

1.4. Alkohol i nasilje

Povezanost alkohola i nasilja objašnjava se hipotezom da osoba i u trijeznom stanju ima želju za agresijom, no koži realizaciju takvih ideja osjećajem krivnje. Kad alkohol otkloni osjećaj krivnje, agresija se oslobađa (22).

Na moguću bi se zlouporabu alkohola trebalo pomisliti kod osoba koje imaju više razine psihoticizma i ekstroverzije, a kod takvih bi osoba te karakteristike isto mogle ukazati na potencijalno počinjenje nasilnih kaznenih zločina (23).

Najteži oblici nasilja – ubojstva i silovanja – povezani su s pijanstvima. 60 do 70 % ubojica u trenutku čina ubojstva bilo je pod utjecajem alkohola (22), dok je kod silovanja, u 72 % slučajeva, u alkoholiziranom stanju bila ili žrtva ili počinitelj ili oboje (24). Pijanstvo olakšava otvoreno seksualno ponašanje, no zbog utjecaja alkohola na potenciju muškarca moguća je impotencija koja rezultira neuspjehom ostvarenja seksualnog čina, što zatim provocira agresiju (22).

Pod utjecajem alkohola, osobe s nižim kvocijentom inteligencije koje su prethodno počinile silovanje pokazuju viši stupanj seksualnog uzbuđenja, nepovezanog sa stimulacijom (25). Alkohol, uzrokujući kognitivnu disrupciju (poput pogriješno shvaćene namjere), potencijalno dovodi do nasilja, budući da osobe s nižom razinom inteligencije i u trijeznom stanju imaju manje mogućnosti razumijevanja situacija. To navodi na zaključak da je zlouporaba alkohola u kombinaciji s nižom inteligencijom u sinergiji s nasilnim ponašanjem (26).

Od ostalih krivičnih djela počinjenih pod utjecajem alkohola, česta su i ulična razbojstva i razbojstva nakon konzumacije, a počinitelji su obično mladi ljudi kojima je potreban novac (22).

Kazneni zakon smatra ubrojivim počinitelje koji su se svojom krivnjom i odlukama doveli u stanje u kojem nisu mogli shvatiti značenje svojeg ponašanja ili vladati svojim ponašanjem te propisuje kažnjivost za kaznena djela počinjena u takvom stanju (27).

1.5. Sudske mjere

Zakonske odredbe po kojima se izriču sigurnosne i zaštitne mjere obveznog psihijatrijskog liječenja, obveznog liječenja od ovisnosti i obveznog psihosocijalnog tretmana određene su Prekršajnim zakonom i Zakonom o zaštiti od nasilja u obitelji koji određuju zaštitne mjere, te Kaznenim zakonom koji određuje sigurnosne mjere.

U nasilje spada svaki oblik tjelesnog, psihičkog, spolnog ili ekonomskog nasilja. Zakon o zaštiti nasilja u obitelji ima za svrhu prevenciju, sankcioniranje i suzbijanje svih vrsta nasilja u obitelji uz ublažavanje posljedica već počinjenog nasilja pružanjem zaštite i pomoći žrtvi nasilja. Tu spadaju obvezni psihosocijalni tretman, zabrana približavanja žrtvi nasilja, zabrana uznemiravanja ili uhođenja žrtve, udaljenje iz stambenog prostora, obvezno liječenje od ovisnosti i oduzimanje predmeta koji je upotrijebljen u svrhu nasilja (28).

Prekršajni zakon definira zaštitne mjere kao postupke kojima se otklanjaju uvjeti koji omogućavaju ili potiču počinjenje novog kaznenog djela (29), a Pravilnik o načinu provedbe zaštitne mjere obveznog liječenja od ovisnosti toj definiciji dodaje aspekt da se nasilje počinilo pod utjecajem sredstva ovisnosti. Mjeru provodi terapijski tim zdravstvene ustanove putem individualnog terapijskog postupka izrađenog na temelju kliničke slike ovisnosti i dobre kliničke prakse, a trajanje je sukladno odluci suda do najduže godinu dana. Zdravstveni tim dužan je izvijestiti sud o datumu i mjestu početka liječenja, nedolasku na liječenje ili u slučaju procjene da redovito liječenje neće dovesti do promjene u ponašanju počinitelja (30).

Kazneni zakon navodi kako će Sud počinitelju kaznenog djela izreći sigurnosnu mjeru obveznog liječenja od ovisnosti ukoliko je počinitelj djelo počinio pod odlučujućim djelovanjem sredstva ovisnosti te ukoliko postoji opasnost da će zbog te ovisnosti u budućnosti počiniti teže kazneno djelo. Mjera se može izvršavati u jedinicama područne samouprave u djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, specijalnim bolnicama za psihijatriju te općim i kliničkim bolnicama s ustrojenim odjelom za psihijatriju, u drugim specijaliziranim ustanovama za liječenje ovisnosti ili terapijskim zajednicama. Maksimalno je trajanje mjere tri godine, a svakih šest mjeseci provjerava se postoje li i dalje uvjeti za počinjenje težeg kaznenog djela. Ukoliko su razlozi zbog kojih je mjera izrečena prestali, mjera može biti obustavljena od strane suca (27).

1.6. Postavljanje dijagnoze

CAGE upitnik jedan je od najkorištenijih brzih upitnika za provjeravanje ovisnosti o alkoholu. Sastoji se od četiri pitanja, a potvrđan odgovor na pojedino pitanje donosi po jedan bod. Što je zbroj bodova veći, smatra se da se radi o težoj ovisnosti o alkoholu, s tim da je zbroj bodova jednak ili veći od dva uputan na postojanje problema s alkoholom te je potrebno napraviti daljnje mjere obrade (31). Upitnik ima senzitivnost od 93 % i specifičnost od 76 % u

identifikaciji pretjeranog konzumiranja alkohola te senzitivnost od 91 % i specifičnost od 77 % u identifikaciji alkoholizma (32).

Tijekom psihijatrijskog intervjua bolesnik subjektivno izražava sljedeće osjećaje: minimalni poticaji na pijenje dovoljni su za početak pijenja, a pije od ranog jutra. Lošeg je raspoloženja, ima osjećaj krivnje, depresivne misli i samooptužuje se. Bezvoljan je, anhedoničan je, nema motivacije, smatra se nesposobnim za brigu o samom sebi, a samopouzdanje je nisko u kombinaciji s osjećajem podčinjenosti prema drugima. Vrlo burno reagira na optužbe pijenja, moguće i u obliku agresivnog ispada. Sposoban je u potpunosti negirati konzumaciju alkohola, unatoč vidljivim objektivnim znakovima i pozitivnoj heteroanamnezi.

Fizikalnim nalazom utvrđuje se alkoholni zadah, znakovi alkoholne polineuropatije, a oštećenje jetre se utvrđuje kliničkim pregledom i laboratorijskim nalazima (33).

Pojedine su laboratorijske pretrage učinkovite pri postavljanju sumnje na alkoholizam. Budući da se metabolizam alkohola najvećim dijelom provodi preko jetre, jetreni su enzimi kod alkoholičara povišeni. U njih se ubraja GGT kao najspecifičniji pokazatelj alkoholne toksičnosti za jetra, AST-SGOT i ALT-SGPT (34). CDT najosjetljiviji je marker alkoholne ovisnosti i njegova je specifičnost superiornija od one GGT-a i MCV-a kod grupe pacijenata s jetrenom bolešću (35). Prosječni stanični volumen eritrocita obično je povišen te bi se trebao koristiti za potvrdu alkoholne ovisnosti, ali i kao marker za praćenje liječenja pacijenata i praćenje apstinencije (36).

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje peta revizija (DSM-V) omogućuje postavljanje dijagnoze alkoholizma ukoliko su tri ili više navedenih kriterija bili prisutni tijekom prethodne godine (37).

1.7. Terapija alkoholizma

Alkoholičari su često upućeni u posebne programe liječenja. Ti programi uključuju lijekove, savjete i podršku koja je omogućena timom psihijatara, psihologa i socijalnih radnika (38).

Od psihosocijalnih programa, najveću učinkovitost imaju kratke i koncizne intervencije, treninzi socijalnih vještina, poticanje na jačanje vještina u zajednici, kontroliranje ponašanja i bihevioralna bračna terapija. Metode koje su se oslanjale na edukaciju, konfrontaciju, šok i davanje uvida iz druge perspektive pokazale su se najmanje učinkovitima (39). Programi moraju biti lako dostupni, bez zahtjevnih kriterija pri ulasku u program i bez sankcija ukoliko alkoholičar odluči odstupiti od programa ili zatraži ponovni ulazak.

Psihoterapija je usmjerena na problemsko rješavanje aktualnih životnih situacija, na analizu i promjenu životnog stila te na pronalaženje rješenja za situacije koje su inače vodile ka konzumaciji alkohola. Provođenje psihoterapije bilo bi idealno uz aktivnu prisutnost članova obitelji, a terapijski je cilj ostvariti životni stil u kojem se pijenje alkohola ne podržava i nije potrebno (34).

Grupna psihoterapija definira se kao redoviti sastanak dvaju ili više pacijenata s terapeutom kojima je primarni cilj smanjenje ili eliminacija zlouporabe sredstva ovisnosti ili stavljanje pozornosti na ponašanje povezano uz zlouporabu (40). U grupi, alkoholičar dobiva mogućnost poistovjećivanja s drugima, razvija osjećaj pripadnosti te stvara nova prijateljstva. Grupa mu pomaže spoznati vlastito ponašanje ukazujući na loše aspekte ponašanja i potičući dobre. Zbog raznolikosti faza liječenja alkoholičara u grupi, najnoviji član shvaća potencijal i uspjeh liječenja što mu postaje dodatni motiv za liječenje (6).

Klub liječenih alkoholičara definira se kao skupina za uzajamnu pomoć pri apstinenciji sa svrhom rehabilitacije i resocijalizacije pojedinca. Primjer bivših alkoholičara koji pomažu u odvikavanju drugim osobama ovisnim o alkoholu, ulijeva osjećaj razumijevanja, prihvaćanja, davanja nade te potiče na trajnu apstinenciju (15). U Klubu se potiču rasprave, osvrta na okolinu i događaje, otvaranje te se u razgovor unose sadržaji koji bi mogli potaknuti članove na razmišljanje. Tim procesima istovremeno se radi na osnaživanju komunikacije i grupnoj dinamici, ali također i na razvoju potencijala svakog člana (41).

Pacijenti koji su bili voljni sudjelovati u psihoterapiji, zajedno s korištenjem farmakoterapije, imali su više razine apstinencije od alkohola od onih koji nisu sudjelovali u psihoterapiji, što upućuje na zaključak da psihoterapija ima povoljan učinak na liječenje alkoholizma (42).

Lijekovi ne liječe alkoholizam, ali održavaju prijeko potrebnu apstinenciju za provođenje psihoterapijskih i rehabilitacijskih programa u Klubovima liječenih alkoholičara (3).

Neki autori vjeruju da je za alkoholičare u liječenju prihvatljiva samo apstinencija, no većina smatra da je i smanjenje konzumacije alkohola mjera koja dovodi do konačnog cilja – apstinencije (43). Za tu se svrhu i koristi farmakoterapija – kao dodatna terapijska mjera za ublažavanje apstinencijske krize i liječenje tjelesnih posljedica ovisnosti (6).

Lijekovi koji se upotrebljavaju za liječenje alkoholizma su: naltrekson, akamprosot, disulfiram i nalmefen. Lijekovi kojima primarna indikacija nije liječenje alkoholizma, no mogu se koristiti u tu svrhu su: ondansetron, baklofen, natrijev oksibat, antidepresivi, topiramot, gapapentin i vareniklin (44).

Naltrekson smanjuje očekivane ugodne učinke alkohola blokirajući otpuštanje endogenih opioda uzrokovanih konzumacijom alkohola. Učinkovit je u smanjenju relapsa bilo kojeg oblika pijenja tijekom tri mjeseca te smanjenju relapsa u obliku teškog pijenja tijekom šest mjeseci (45). Nije idealan izbor za dugoročno liječenje alkoholizma zbog o dozi ovisnog hepatotoksičnog učinka (46).

Akamprosot normalizira centralnu glutaminičnu aktivnost koja je disregulirana u alkoholnoj ovisnosti i sindromu ustezanja. Učinkovit je kod smanjenja recidiva tijekom šest mjeseci u usporedbi s placeboom (45). Zbog eliminacije putem bubrega, kontraindiciran je kod pacijenata s oštećenom bubrežnom funkcijom (46).

Disulfiram, kao lijek druge linije, inhibira aldehyd-dehidrogenazu što uzrokuje nakupljanje acetaldehida. Povišene koncentracije acetaldehida uzrokuju pojavu crvenila lica, pulsirajuće glavobolje, mučnine, povraćanja, boli u prsima, slabosti, zamućenog vida, poteškoće disanja, znojenja, hipotenzije i konfuzije otprilike deset minuta nakon konzumacije alkohola, a traju do jedan sat ili više. Eliminira se sporo, tako da njegov učinak može potrajati i do dva tjedna nakon uzete zadnje doze. Brojne interakcije s lijekovima kojima inhibira metabolizam ograničavaju njegovu primjenu (46, 47).

1.8. Recidivi i prevencija alkoholizma

Recidiv označava ponovnu zlouporabu alkohola i vraćanje ovisničkog ponašanja koje se javlja nakon nekog vremena liječenja i apstinencije. Češće se javlja kod neadekvatne terapije koja nije uključivala obiteljsku terapiju i KLA (48). Jedan je od češćih uzroka recidiva uvjerenje alkoholičara da može postati umjereni uživatelj alkohola (6), zajedno s impulzivnosti koja je opisana kao značajan faktor relapsa (19).

Prevencija je alkoholizma teža budući da je pijenje alkohola utkano u kulturu življenja i povezano s društvenim događajima. Potrebno je otežati dostupnost alkohola, propagirati navike pijenja bezalkoholnih pića, oporezivati alkohol, zabraniti točenje alkoholnih pića u radnim organizacijama i u određeno doba dana, te staviti fokus na zdravstveno-prosvjetnu aktivnost u objašnjavanju štetnosti alkohola (15).

2. CILJEVI RADA

1) Istražiti imaju li ispitanici kojima je sudskim mjerama određeno liječenje alkoholizma veću pojavu recidiva od ispitanika koji se dobrovoljno liječe od alkoholizma, a što će se ogledati vremenom trajanja apstinencije od alkohola u objema skupinama ispitanika.

2) Istražiti je li prihvaćenost liječenja alkoholizma veća kod ispitanika kojima je liječenje alkoholizma određeno sudskom mjerom od skupine ispitanika koji se liječe „bez prisile“, a što će se ogledati brojem posjeta psihijatriju radi kontrole liječenja ovisnosti o alkoholu.

3) Istražiti je li prihvaćenost liječenja alkoholizma veća kod ispitanika kojima je liječenje alkoholizma određeno sudskom mjerom od skupine ispitanika koji se liječe „bez prisile“, a što će se ogledati uključenosti ispitanika u rad Kluba liječenih alkoholičara.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Studija je ustrojena kao presječna studija (49). Podaci korišteni u ovom istraživanju prikupljeni su u Klubovima liječenih alkoholičara u Osijeku (KLA Jug II, KLA Tvrđa, KLA Donji Grad Osijek i KLA Retfala), anketiranjem hospitaliziranih pacijenata u KBC-u Osijek te pacijenata koji su posjetili forenzičku ambulantu Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek 20. lipnja 2017. i 11. srpnja 2017. godine.

3.2. Ispitanici

Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine. Eksperimentalna se skupina sastoji od 30 ispitanika muškog i ženskog spola, u dobi od 26 do 67 godina koji imaju dijagnozu F10 (kronični alkoholizam) kod kojih je provedeno liječenje alkoholne ovisnosti u okviru izrečenih sudskih mjera tijekom 2013., 2014. i 2015. godine, a koji su program liječenja završili na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek. U ovoj skupini bile su 2 žene i 28 muškaraca. Kontrolnu skupinu čini 30 alkoholičara muškog i ženskog spola liječenih izvan okvira sudskih mjera u dobi od 32 do 76 godina, od čega su 4 žene i 26 muškaraca. Ukupan broj ispitanika bio je 60 (N = 60).

3.3. Metode

Izvor podataka bio je sociodemografski upitnik napravljen u svrhu ovog istraživanja, a koji je sadržavao sljedeće podatke o ispitaniku: spol, dob, bračni status, broj ukućana, zaposlenost, završena razina obrazovanja, invaliditet, visina primanja cijelog kućanstva, vremensko trajanje alkoholizma, vremensko trajanje liječenja alkoholizma, broj liječenja alkoholizma, način liječenja alkoholizma, uključenost u rad Kluba liječenih alkoholičara, vremensko trajanje apstiniranja od alkohola, broj posjeta psihijatru (odnosno kontrola) radi liječenja ovisnosti o alkoholu, druge somatske i psihijatrijske dijagnoze. *Michigan Alcohol Screening Test* ocjenska je skala koja se koristila za dijagnosticiranje alkoholne ovisnosti (50), dok se Skala zadovoljstva životom koristila za procjenjivanje uspješnosti globalnog zadovoljstva, situacijskog zadovoljstva i uspješnosti globalnog funkcioniranja. Nakon provedenog psihijatrijskog intervjua sa svakim ispitanikom, korištena je *Global Assessment of Functioning* ocjenska skala kako bi se subjektivno ocijenilo socijalno, poslovno i psihičko funkcioniranje individue (51). Svi su podaci bilježeni tako da čuvaju anonimnost ispitanika te su sumirani nakon statističke obrade.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Hi-kvadrat testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitney U testom. Ocjena povezanosti dana je Spearmanovim koeficijentom korelacije (52). Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 14.12.0 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2014).

4. REZULTATI

4.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 60 ispitanika, od kojih se 30 liječi od alkoholizma bez prisile, a njih 30 se liječi od alkoholizma sudskom mjerom. Prevladavaju muškarci u omjeru 9:1. S obzirom na bračni status u braku je najveći udio ispitanika, slijede ih rastavljeni dok su ostale skupine vidljive iz Tablice 1. Invalida je gotovo trećina (Tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema osnovnim obilježjima

	Broj (%) ispitanika			P*
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Spol				
Muškarci	26 (87)	28 (93)	54 (90)	0,67
Žene	4 (13)	2 (7)	6 (10)	
Bračni status				
Slobodan	5 (17)	2 (7)	7 (12)	0,14
U braku	12 (41)	15 (50)	27 (46)	
Rastavljen	8 (28)	8 (27)	16 (27)	
Izvanbračna zajednica	1 (3)	5 (17)	6 (10)	
Udovac	3 (10)	0	3 (5)	
Invalidi	8 (27)	9 (30)	17 (28)	> 0,99
Ukupno	30 (100)	30 (100)	60 (100)	

*Fisherov egzakti test; † χ^2 test

Središnja vrijednost (medijan) dobi ispitanika je 51 godina u rasponu od 26 do 76 godina i interkvartilnim rasponom vidljivim u Tablici 2, a medijan broja ukućana je 2 u rasponu od 1 do 6 članova koji žive u zajedničkom domaćinstvu. Nema značajnih razlika u dobi ispitanika niti u broju članova kućanstva u odnosu na to je li liječenje dio sudske mjere ili nije (Tablica 2).

Tablica 2. Dob ispitanika i broj članova zajedničkog kućanstva u odnosu na liječenje

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Dob ispitanika [godine]	51 (46 - 57)	52 (41 - 59)	51 (44 - 57)	0,76
Broj članova kućanstva	2 (1 - 4)	3 (2 - 4)	2 (2 - 4)	0,24

*Mann-Whitney U test

Najviše ispitanika je srednje stručne sprema, a najmanje bez osnovne škole. Ostale razine obrazovanja ispitanika prikazane su u Tablici 3. Najveći udio ispitanika je u mirovini, dok je jednak broj ispitanika zaposlen ili nezaposlen. Primanja od 3000 kn do 7000 kn najučestalija su bez značajnih razlika u odnosu na liječenje (Tablica 3).

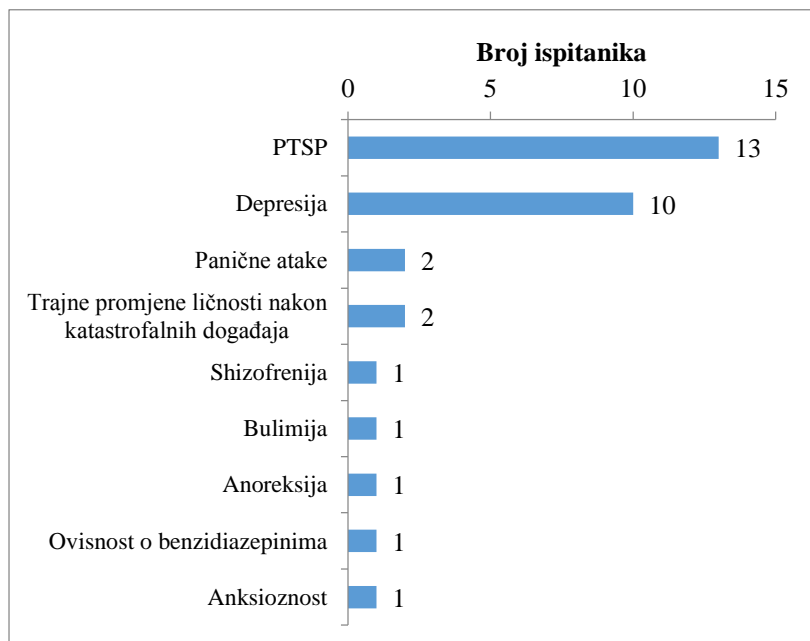
Tablica 3. Razina obrazovanja, zaposlenje i prihodi u kućanstvu u odnosu na liječenje

	Broj (%) ispitanika			P*
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Razina obrazovanja				
Bez osnovne škole	0	1 (3)	1 (2)	
Osnovna škola	2 (7)	7 (23)	9 (15)	
Srednja škola	24 (80)	19 (63)	43 (72)	0,32
Viša stručna sprema	2 (7)	1 (3)	3 (5)	
Visoka stručna sprema	2 (7)	2 (7)	4 (7)	
Ukupno	30(100)	30 (100)	60 (100)	
Zaposlenje				
Zaposlen	11 (38)	8 (27)	19 (32)	
Nezaposlen	8 (28)	11 (37)	19 (32)	0,58 [†]
Umirovljen	10 (34)	11 (37)	21 (36)	
Visina primanja cijelog kućanstva				
manje od 1000 kn	3 (10)	5 (17)	8 (14)	
1000 kn do 3000 kn	5 (17)	7 (23)	12 (20)	
3000 kn do 7000 kn	12 (41)	16 (53)	28 (47)	0,17
7000 kn do 10000 kn	5 (17)	2 (7)	7 (12)	
10000 kn i više	4 (14)	0	4 (7)	
Ukupno	29 (100)	30 (100)	59 (100)	

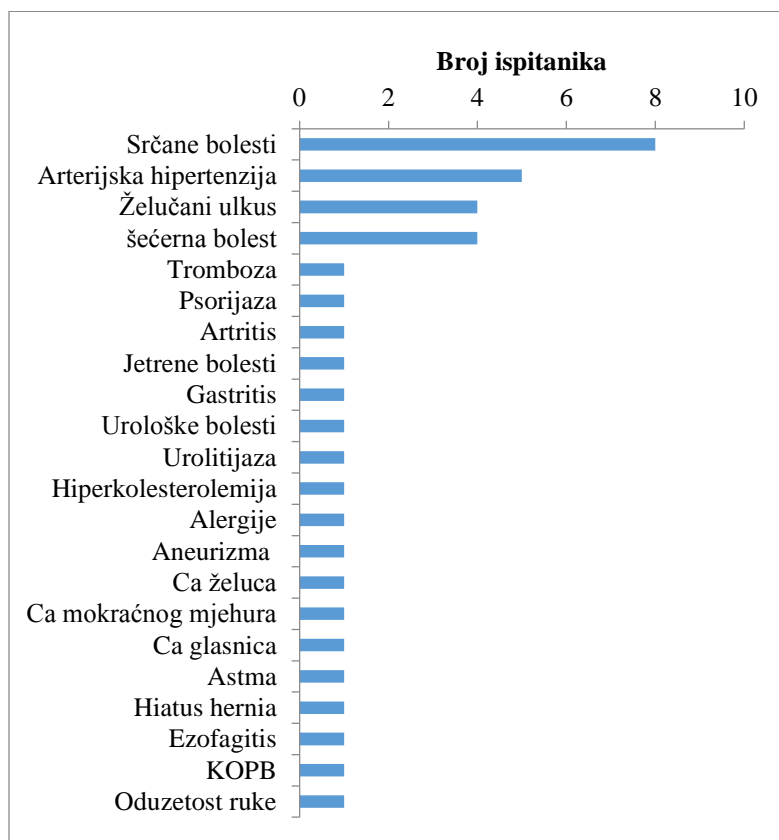
*Fisherov egzaktni test; [†] χ^2 test

4. REZULTATI

Od psihijatrijskih komorbiditeta najčešćija dijagnoza je PTSP te depresija, dok su od somatskih to dijagnoze srčane bolesti i arterijske hipertenzije (Slika 1 i Slika 2).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema psihijatrijskim komorbiditetima



Slika 2. Raspodjela ispitanika prema somatskim komorbiditetima

4.2. Alkoholizam

Ocjenskom skalom MAST ocijenila se alkoholna ovisnost. Značajno više vrijednosti, odnosno veću ovisnost imaju ispitanici koji se liječe bez prisile u odnosu na ispitanike koji se liječe sudskom mjerom (Mann-Whitneyjev U-test, $P < 0,001$).

Medijan je broja mjeseci ovisnosti o alkoholu je 34 mjeseca, a liječenja ovisnosti o alkoholu 6 mjeseci bez značajne razlike u odnosu na skupine te interkvartilnim rasponima prikazanim u Tablici 4.

Broj ambulantnog/bolničkog liječenja značajno je veći kod ispitanika koji se liječe bez prisile u odnosu na ispitanike koji se liječe sudskom mjerom (Mann-Whitneyjev U-test, $P = 0,01$) (Tablica 4).

Tablica 4. Vrijednosti skale ovisnosti, mjeseci ovisnosti i liječenja, te broj ambulantnog/bolničkog liječenja u odnosu na skupine

	Medijan (interkvartilni raspon)			P *
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
MAST skala	34,5 (25 – 45,25)	13 (5 – 23)	23 (11,25 – 42)	< 0,001
Ovisnost o alkoholu [mjeseci]	50 (21 – 180)	12 (0 – 120)	34 (3 – 180)	0,05
Liječenje ovisnosti o alkoholu [mjeseci]	4 (2 – 36)	8 (4 – 12)	6 (2 – 24)	0,90
Broj ambulantnog/bolničkog liječenja	2 (1 – 5)	0 (0 – 4)	1 (0 – 4)	0,01

* Mann-Whitneyjev U-test

S obzirom na vrijednosti MAST skale, većina ispitanika spada u skupinu alkoholičara, dok je najmanje ispitanika koji spadaju u kategoriju alkoholizam u početcima (sa srednje teškim problemima). Nema značajne razlike prema tome liječe li se bez prisile ili sudskom mjerom (Tablica 5).

Tablica 5. Ovisnost o alkoholizmu u odnosu na skupine

MAST podjela	Broj (%) ispitanika			P *
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Negativan na alkoholizam	0	4 (13)	4 (7)	
Alkoholizam u počecima (sa srednje teškim problemima)	0	1 (3)	1 (2)	0,06
Alkoholizam	30 (100)	25 (83)	55 (92)	
Ukupno	30 (100)	30 (100)	60 (100)	

* Fisherov egzaktni test

Tablica 6 prikazuje kako je medijan dužine apstinencije je 6 mjeseci, dok je broj posjeta psihijatru radi kontrole 6, bez značajnih razlika u odnosu na skupine.

Tablica 6. Dužina apstinencije i broj kontrola u odnosu na skupine

	Medijan (interkvartilni raspon)			P *
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Dužina apstinencije [mjeseci]	6 (0,9 – 34)	6 (0 – 42)	6 (0,2 – 36)	0,30
Broj posjeta psihijatru radi kontrole	3 (1 – 16)	6 (2 – 12)	6 (1 – 12)	0,38

* Mann-Whitneyjev U-test

Ispitanici koji se liječe bez prisile značajno su češće u Klubu liječenih alkoholičara u odnosu na one koji se liječe sudskom mjerom (Fisherov egzaktni test, $P < 0.001$) (Tablica 7).

Tablica 7. Članstvo u nekom klubu liječenih alkoholičara u odnosu na skupine

Klub liječenih alkoholičara	Broj (%) ispitanika			P*
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Da	25 (83)	8 (27)	33 (55)	< 0,001
Ne	5 (17)	22 (73)	27 (45)	
Ukupno	30 (100)	30 (100)	60 (100)	

*Fisherov egzaktni test

S obzirom na zadovoljstvo životom (globalno zadovoljstvo, situacijsko zadovoljstvo i uspješnost globalnog funkcioniranja) nešto su više vrijednosti ispitanika koji se liječe sudskom mjerom. Prema GAF skali (socijalno, poslovno i psihičko funkcioniranje) ocjene su bez značajnih razlika u odnosu na skupine.

Tablica 8. Skala kvalitete života i GAF skala u odnosu na skupine

	Medijan (interkvartilni raspon)			P *
	Liječenje bez prisile	Liječenje sudskom mjerom	Ukupno	
Skala zadovoljstva životom	69,5 (56,8 – 82)	77,5 (62,8 – 90)	74 (58 – 84,8)	0,28
GAF – socijalno, poslovno i psihičko funkcioniranje	71,5 (63,8 – 85)	72,5 (57,8 – 80)	72 (60,5 – 83,8)	0,25

* Mann-Whitneyjev U-test

U skupini ispitanika koji se liječe bez prisile, što je veća ovisnost o alkoholu to je niža kvaliteta života i GAF skala. Skala kvalitete života značajno je povezana s GAF skalom (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = 0,683$, $P < 0,001$). U skupini ispitanika koji se liječe sudskom mjerom mlađi su ispitanici više ovisni o alkoholu i obratno, a značajna je i povezanost skale kvalitete života i GAF skale (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = 0,681$, $P < 0,001$), kao što prikazuje Tablica 9.

Tablica 9. Ocjena povezanosti dobi, MAST skale, te skale kvalitete života i GAF skale

	Spearmanov koeficijent korelacije (P vrijednost)		
	Dob	MAST	Skala kvalitete života
Liječenje bez prisile			
MAST	- 0,267 (0,16)	-	
Skala kvalitete života	0,109 (0,57)	- 0,397 (0,03)	-
GAF skala	0,256 (0,18)	- 0,368 (0,04)	0,683 (< 0,001)
Liječenje sudskom mjerom			
MAST	- 0,400 (0,03)	-	
Skala kvalitete života	0,092 (0,63)	- 0,062 (0,74)	-
GAF skala	- 0,296 (0,11)	- 0,029 (0,88)	0,681 (< 0,001)

5. RASPRAVA

U ovom istraživanju sudjelovalo 60 ispitanika podijeljenih u dvije skupine. Eksperimentalnu skupinu činili su ispitanici koji su putem sudske mjere bili prisiljeni na liječenje alkoholizma, dok su se u kontrolnoj skupini ispitanici na liječenje alkoholizma odlučili dobrovoljno i bez prisile. Uspoređivale su se duljine trajanja apstinencija od alkohola te se na taj način se dobio prikaz u kojoj skupini postoji više recidiva. Također, kao relevantni podaci za istraživanje prihvaćanja liječenja od alkoholizma promatrani su broj odlazaka psihijatru radi kontrole te uključenost u rad KLA.

Devet desetina ispitanika bili su muškarci što čini broj žena alkoholičara manjim od broja žena u drugim studijama gdje je prevalencija muškaraca bila oko 75 %, a žena oko 25 %. Smatra se kako žene čine jednu četvrtinu liječenih alkoholičara (53, 54).

Ispitanici su većinom bili u braku, slijedili su ih rastavljeni, dok je najmanji udio bio slobodnih. U studiji provedenoj na 4589 sredovječnih bračnih parova u SAD-u između 1992. i 2000. godine, Ostermann je pokazao kako parovi s jednim alkoholičarem kao partnerom imaju najveće šanse za razvod braka, dok su parovi u kojima nije bilo alkoholičara ili oni u kojima su oba partnera bili alkoholičari pokazivali najmanju incidenciju rastave braka (55).

Postojanje invaliditeta prijavila je gotovo trećina ispitanika. U američkom istraživanju na 43 039 ispitanika uočena je značajna povezanost ovisnosti o alkoholu i invalidnosti (56), stoga visok postotak invalida u ovoj studiji nije iznenađujuć. Spomenuta američka studija je, nadalje, pokazala kako najveću skupinu ovisnika o alkoholu čine muškarci bijele rase, mlađi i neoženjeni s nižim prihodima. Budući da su gotovo dvije trećine ispitanika ove studije bili nezaposleni ili u mirovini, s najučestalijim primanjima od 3000 kn do 7000 kn raspodijeljenih na, najčešće, dva ukućana, rezultati ove studije slični su podacima američke.

Ispitanici su većinom bili muškarci srednjih godina, što ih čini nešto starijima od McGovernove studije u kojoj je medijan godina ispitanika bio 41,5 godina (57). No, u mnogo većoj studiji, od 560 ispitanika, medijan godina je bio 49,61 godina što je bliže rezultatima ove studije (58).

Razina obrazovanja kod gotovo tri četvrtine ispitanika spadala je u skupinu srednje stručne spreme, odnosno završene srednje škole. Ovi su rezultati u skladu s rezultatima poljske studije koja je uključila 88 ispitanika kojima je medijan godina provedenih u obrazovanju bio 11,6 što ih svrstava na sam završetak srednje stručne spreme (59).

PTSP bio je najčešći psihijatrijski komorbiditet, a slijedila ga je depresija kao drugi najčešći. PTSP kao vodeći psihijatrijski komorbiditet nije iznenađenje, budući da su ispitanici mahom bili muškarci koji su, u vrijeme Domovinskog rata, vjerojatno živjeli na ratnom području, bili prikladna ratna snaga i sudjelovali u samome ratu. Od somatskih komorbiditeta ispitanici su najčešće prijavljivali srčane bolesti te arterijsku hipertenziju. Ovi se nalazi djelomično slažu s istraživanjem Bratuše na KBC-u „Sestre milosrdnice“ u kojem je pronađeno kako je depresija imala najčešću incidenciju kao psihijatrijski komorbiditet, dok su jetrene bolesti i dijabetes bili predvođeci somatski komorbiditeti (60).

Značajno veću ovisnost pokazali su ispitanici koji se liječe bez prisile u odnosu na one koji se liječe sudskom mjerom, no u ovom trenutku ne postoje studije koje su mjerile iste varijable, stoga je time onemogućena usporedba rezultata sa sličnim istraživanjima. Iako dužina ovisnosti o alkoholu nije bila statistički značajna između dviju skupina, kao ni dužina liječenja, niti na ovu temu trenutno nema istraživanja koja bi omogućila usporedbu rezultata s ovim istraživanjem.

Broj ambulantnog i/ili bolničkog liječenja bio je značajno veći kod ispitanika koji se liječe bez prisile u odnosu na ispitanike koji se liječe sudskom mjerom. Ovi rezultati mogu se interpretirati na različite načine: da sudska mjera ima za posljedicu bolju prihvaćenost liječenja alkoholizma i u konačnici izlječenje alkoholizma ili da se ispitanici pod sudskom mjerom ne smatraju alkoholičarima te da se, nakon što završe vremenski period liječenja koji im je Sud odredio, nemaju više namjere liječiti, bez obzira jesu li izliječeni ili ne. Treće moguće objašnjenje većeg broja ambulantnog/bolničkog liječenja je da dobrovoljna skupina ima višu razinu želje za izlječenjem i radikalnom promjenom dotadašnjeg načina života što znači i veću upornost te traženje liječničke pomoći u kriznim situacijama. U skladu je s ovim objašnjenjem i rezultat da su ispitanici koji se liječe bez prisile značajno češće uključeni u rad KLA. Upravo jer razlozi njihova liječenja potječu od njih samih, a ne jer im je tako presuđeno, ova je skupina ispitanika motiviranija za liječenje te jače stremi uspjehu.

Dužina apstinencije u prosjeku je bila 6 mjeseci, bez značajne razlike između skupina, što je suprotno od nalaza Martina gdje je provođenje terapije u obliku korištenja disulfirama kao farmakoterapije bilo značajno više kod ispitanika koji su se liječili u okviru sudske mjere. Ovi rezultati upućuju na to da sudska mjera ipak ima značajan efekt u pridržavanju terapije, no budući da se radilo o naturalističkoj studiji, potrebna su daljnja prospektivna kontrolirana istraživanja kako bi ovaj zaključak bio konačan (61). Martin je i napravio prospektivnu studiju

koja je potvrdila njegove prijašnje zaključke: tijekom 12 tjedana liječenja disulfiramom, skupina ispitanika koja se liječila sudskom mjerom značajno je više bila suradljiva u liječenju od skupine ispitanika koja se liječila bez prisile (62). U kohortnoj studiji gdje je sudskom mjerom naloženo liječenje od alkoholizma nakon vožnje pod utjecajem alkohola, utvrđeno je kako je 52 % ispitanika smanjilo konzumaciju alkohola, 8 % ispitanika prijavilo se u rehabilitacijske centre radi dugoročne terapije, dok je ostatak ispitanika odbio liječenje ili bio ponovno uhićen zbog vožnje pod utjecajem alkohola. Rezultati ove studije govore u prilog da je uspjeh liječenja alkoholizma bolji ukoliko se ono provodi sudskom mjerom (63). U kontrastu s ovim studijama, rezultati studije Steinera et al. ukazuju na to da liječenje alkoholizma sudskim mjerama kako bi se zaustavile somatske posljedice alkohola na organizam nije adekvatno i uspješno (64).

Broj posjeta psihijatru nije bio statistički značajan između skupina ispitanika što je suprotno nalazu već spomenute američke studije, gdje su ispitanici koji su se liječili sudskom mjerom dva put više išli na kontrole od onih koji su se dobrovoljno liječili (62).

Bodovi na Skali zadovoljstva životom i bodovi na GAF skali bili su bez statistički značajnih razlika u odnosu na skupine, no uočeno je kako je GAF skala značajno povezana sa Skalom zadovoljstva životom u objema skupinama. Slični su rezultati dobiveni i u singapurskoj studiji provedenoj na ispitanicima sa shizofrenijom, depresijom i anksioznim poremećajima gdje je ustanovljena umjerena do visoka pozitivna korelacija SWEMWBS skale i GAF skale. SWEMWBS skala razvijena je u Ujedinjenom Kraljevstvu kako bi se moglo ocijeniti blagostanje osobe, uključujući afektivno-emocionalne aspekte, kognitivno-evaluacijske dimenzije i psihološko funkcioniranje. Skala je prihvaćena kao alat za mjerenje kvalitete života te se koristi u nacionalnim istraživanjima i anketama diljem Ujedinjenog Kraljevstva, Europe i Australije (65).

Kvaliteta života i bodovi na GAF skali obrnuto su proporcionalni s razinom ovisnosti o alkoholu. Iako postoje mnogobrojne skale za mjerenje kvalitete života i funkcioniranja na socijalnom, poslovnom i psihičkom funkcioniranju, autori su složni oko toga da ne postoji u potpunosti adekvatna skala koja mjeri ove varijable kod ovisnika o alkoholu, te da bi snage trebalo usmjeriti na sastavljanje skale koja bi bila dizajnirana da specifično pogađa sve domene koje su najbitnije osobama koje zloupotrebljavaju alkohol ili su ovisne o njemu (66, 67).

5. RASPRAVA

Prednosti su ovog presječnog istraživanja jednostavnost i brzina, te velik broj prikupljenih podataka. Kao ograničenja ove studije potrebno je navesti mali broj ispitanika koji su dobiveni prigodnim uzorkom. Dodijeljeni bodovi na GAF skali dobiveni su intervjuom i subjektivnim dojmom istraživača, stoga potencijalno ne daju objektivnu sliku globalnog funkcioniranja ispitanika.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata, mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- 1) Ne postoji statistički značajna razlika između vremena trajanja apstinencije, odnosno broja recidiva, između ispitanika kojima je sudskim mjerama određeno liječenje alkoholizma od ispitanika koji se dobrovoljno liječe od alkoholizma.
- 2) Ne postoji statistički značajna razlika u broju posjeta psihijatru radi kontrola liječenja alkoholizma između ispitanika kojima je liječenje alkoholizma određeno sudskom mjerom od skupine ispitanika koji se liječe „bez prisile“, što znači da ne postoji statistički značajna razlika u prihvaćenosti liječenja alkoholizma.
- 3) Postoji statistički značajna razlika u uključenosti ispitanika u rad Kluba liječenih alkoholičara koja zavisi o skupini.

7. SAŽETAK

Cilj: Istražiti postoje li razlike u trajanju apstinencije, prihvaćenosti liječenja alkoholizma te uključenosti u rad KLA između skupina ispitanika kojima je sudskim mjerama određeno liječenje alkoholizma od skupine ispitanika koji se liječe bez prisile.

Ispitanici i metode: U ovoj presječnoj studiji sudjelovalo je 60 ispitanika podijeljenih u 2 skupine. Eksperimentalnu skupinu činilo je 30 ispitanika kod kojih je provedeno liječenje alkoholne ovisnosti u okviru izrečenih sudskih mjera tijekom 2013., 2014. i 2015. godine. Kontrolnu skupinu činilo je 30 ispitanika koji su se liječili od alkoholizma dobrovoljno. Svi su potpisali informirani pristanak za dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju. Bilježeni su sociodemografski podaci, broj bodova na MAST ocjenskoj skali i Skali zadovoljstva životom, dok se kratkim intervjuom dobio broj bodova u sklopu GAF ocjenske skale.

Rezultati: Vrijednosti MAST-a, broj ambulatnog/bolničkog liječenja te uključenost u KLA bili su značajno viši kod ispitanika koji se liječe bez prisile u odnosu na ispitanike koji se liječe u okviru sudske mjere. Skala zadovoljstva životom pokazala je nešto više vrijednosti ispitanika koji se liječe kroz sudsku mjeru, dok su prema GAF skali ocjene bez značajnih razlika u odnosu na skupine.

Zaključak: Tendenciju duže apstinencije i bolje prihvaćenosti liječenja imali su ispitanici koji su se svojevremeno liječili iz čega proizlazi da je dobrovoljno liječenje bolje od liječenja pod sudskom mjerom, no uputno je napraviti daljnja istraživanja.

Ključne riječi: alkoholizam, Klub liječenih alkoholičara; sudska mjera, zadovoljstvo životom

8. SUMMARY

THE TREATMENT OF ALCOHOLISM REGARDING THE COURT ORDERS

Objectives: The aim of this study was to investigate whether there are differences in the duration of alcohol abstinence, acceptance of the treatment of alcoholism and involvement in the Club of Treated Alcoholics between two groups – one consisted of participants who were treated due to the court order and the other, treated voluntarily.

Participants and methods: In this cross-sectional study there were 60 participants divided into 2 groups. The experimental group consisted of 30 participants who had been previously treated for alcoholism due to court orders enunciated during 2013, 2014 and 2015. Control group consisted of 30 participants who had been previously treated for alcoholism voluntarily. All of the participants have signed the informed consent which stated that they are willing to participate in the study. Socio-demographic data were collected, as well as the score of MAST scale and The Satisfaction with Life Scale. A brief interview was conducted so the score of GAF scale could be collected.

Results: Score of MAST scale, number of times of being treated in dispensary/hospital and involvement in the Club of Treated Alcoholics were significantly higher in the group of voluntarily treated participants in comparison to the group of court-order treated participants. The Satisfaction with Life Scale indicated slightly higher scores in the group of court-order treated participants, while the GAF scale did not indicate any significant difference between the groups.

Conclusion: The tendency of a longer time of abstinence and better acceptance of the treatment was reported in the voluntary group. Therefore, the final conclusion is that the treatment of alcoholism has better results if the participants are involved in it voluntarily rather than if they are being court-ordered. However, more research should be done on this particular subject.

Keywords: Club of Treated Alcoholics, alcoholism; court order, satisfaction with life

9. LITERATURA

1. Morse RM, Flavin DK. The definition of alcoholism. The Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. *JAMA*. United States; 1992 Aug;268(8):1012–4.
2. Babor TF, Longabaugh R, Zweben A, Fuller RK, Stout RL, Anton RF, et al. Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl*. United States; 1994 Dec;12:101–11.
3. Hotujac Lj. i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb 2006.;
4. Schmitz J, DeJong J, Roy A, Garnett D, Moore V, Linnoila M, et al. Substance Abuse among Subjects Screened Out from an Alcoholism Research Program. *American Journal Of Drug & Alcohol Abuse*. (1993, Sep); 19(3): 359-368.
5. Mulder R. Alcoholism and personality. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*. (2002, Feb); 36(1): 44-52.
6. Zihiril S., Kako svladati alkohol, Mladinska knjiga, Zagreb, 1990.
7. Filaković P. i suradnici, Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2014.
8. Rangarajan S, Kelly L. Family communication patterns, family environment, and the impact of parental alcoholism on offspring self-esteem. *Journal Of Social & Personal Relationships*. (2006, Aug); 23(4): 655-671.
9. Fitzgerald H, Eiden R. Paternal Alcoholism, Family Functioning, and Infant Mental Health. *Zero To Three*. (2007, Mar 1); 27(4): 11-18.
10. Manoudi F, Chagh R, Es-soussi M, Asri F, Tazi I. [Family violence]. *Encephale*. France; 2013 Sep;39(4):271–7.
11. Pakhomova E. Marriage and Divorce: What Has Changed in the Perceptions of Russians?. *Russian Social Science Review*. (2010, May); 51(3): 4.
12. Chassin L, Rogosch F, Barrera M. Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal Of Abnormal Psychology*. (1991, Nov); 100(4): 449-463.
13. Coteti A, Ion A, Damian S, Neagu M, Ioan B. Like Parent, Like Child? Considerations on Intergenerational Transmission of Alcoholism. *Romanian Journal For Multidimensional Education / Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*. (2014, Dec); 6(2): 39-53.

14. Ercegović E, Milošević M. Prekomjerno pijenje alkohola i radna sposobnost u muškaraca. *Sigurnost*. (2012, July); 54(2): 127-135.
15. Manenica B., Ovisnosti, August Šenoa d.d., Zagreb, 1997.
16. Beaumont P. The Problem of Alcoholism in Industry. *Employee Relations*. (1981, Apr); 3(4): 21-24.
17. R. Torre, Propadanje alkoholičara, Hrvatski Savez Klubova liječenih alkoholičara, Zagreb, 2006.
18. Moeller F, Barratt E, Dougherty D, Schmitz J, Swann A. Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal Of Psychiatry*. (2001, Nov); 158(11): 1783-1793.
19. Bodor D, Tomić A, Ricijaš N, Zoričić Z, Filipčić I. Impulsiveness in Alcohol Addiction and Pathological Gambling. *Alcoholism & Psychiatry Research*. (2016, Sep); 52(2): 149-158.
20. Gerhant A, Olajossy M. Personality traits in alcohol-dependent individuals in the context of childhood abuse. *Psychiatr Pol. Poland*; 2016 Oct;50(5):973–87.
21. Liu Z, Yang Y, Shi Z, Liu J, Wang Y. The risk of male adult alcohol dependence: The role of the adverse childhood experiences and ecological executive function. *Comprehensive Psychiatry*. (2016, July 1); 68:129-133.
22. Žarković Pavijan T., Kovačević D., *Iz forenzičke psihijatrije*, Matica hrvatska, Kutina, 2001.
23. Rihtarić M, Vrselja I, Nišević A. Relationship between Alcohol Consumption and Violent Offending: Personality as a Contributing Factor. *Alcoholism & Psychiatry Research*. (2016, Sep); 52(2): 105-114.
24. Johnson SD, Gibson L, Linden R. Alcohol and rape in Winnipeg, 1966-1975. *J Stud Alcohol. United States*; 1978 Nov;39(11):1887–94.
25. Wormith JS, Bradford JM, Pawlak A, Borzecki M, Zohar A. The assessment of deviant sexual arousal as a function of intelligence, instructional set and alcohol ingestion. *Can J Psychiatry. United States*; 1988 Dec;33(9):800–8.
26. Welte JW, Wieczorek WF. Alcohol, intelligence and violent crime in young males. *J Subst Abuse. United States*; 1998;10(3):309–19.
27. Narodne novine (2011). Kazneni zakon 125/2011. Available from: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_125_2498.html
28. Narodne novine (2009). Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji 137/09. Available from: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_11_137_3314.html

29. Narodne novine (2007). Prekršajni zakon 107/07. Available from: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_10_107_3125.html
30. Narodne novine (2010). Pravilnik o načinu provedbe zaštitne mjere obveznog liječenja od ovisnosti 5/2011. Available from: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_01_5_89.html
31. Williams N. The CAGE questionnaire. *Occupational Medicine*. (2014, Sep); 64(6): 473-474
32. Bernadt M, Mumford J, Taylor C, Smith B, Murray R. Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet (London, England)*. (1982, Feb 6); 1(8267): 325-328.
33. Begić D., Jukić V., Medved V., Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
34. Torre R., Alkoholizam: prijetnja i oporavak, Profil knjiga, Zagreb, 2015.
35. Hock B, Schwarz M, Domke I, Grunert V, Wuertemberger M, Soyka M, et al. Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), γ -glutamyltransferase (γ -GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of non-alcoholic and alcoholic origin. *Addiction*. (2005, Oct); 100(10): 1477-1486.
36. Prashanth K, Sunil S. Mean corpuscular volume and biochemical markers of alcoholism - a comparative study. *Journal Of The Indian Society Of Toxicology*. (2012); 8(1): 15-19.
37. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje : DSM-5, urednici hrvatskog izdanja Vlado Jukić, Goran Arbanas, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2014.
38. Jaffe J., Petersen R., Hodgson R., Ovisnosti, Globus, Ljubljana, 1986.
39. Miller W, Wilbourne P. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*. (2002, Mar); 97(3): 265-277.
40. Kim J, Choi Y, Shin K, Kim O, Lee D, Choi I, et al. The effectiveness of continuing group psychotherapy for outpatients with alcohol dependence: 77-month outcomes. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research*. (2012, Apr); 36(4): 686-692.
41. Miljenović A. Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u Klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis Socijalnog Rada / Annual Of Social Work*. (2010, Sep); 17(2): 281-293.
42. Berner M, Wahl S, Brueck R, Frick K, Smolka R, Mann K, et al. The place of additional individual psychotherapy in the treatment of alcoholism: a randomized

- controlled study in nonresponders to anticraving medication-results of the PREDICT study. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*. (2014, Apr); 38(4): 1118-1125.
43. Sinclair J, Chick J, Sørensen P, Kiefer F, Batel P, Gual A. Can alcohol dependent patients adhere to an 'as-needed' medication regimen?. *European Addiction Research*. (2014); 20(5): 209-217.
 44. Soyka M, Müller C. Pharmacotherapy of alcoholism - an update on approved or available medications. *Expert Opinion On Pharmacotherapy*. (2017, June 29);
 45. Donoghue K, Elzerbi C, Saunders R, Whittington C, Pilling S, Drummond C. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction*. (2015, June); 110(6): 920-930.
 46. Katzung B., Masters S., Trevor A., *Temeljna i klinička farmakologija, jedanaesto izdanje, Medicinska naklada, Zagreb 2011.*
 47. Disulfiram. *AHFS Consumer Medication Information*. (2017, June); 1.
 48. Muačević V. i suradnici, *Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995.*
 49. Limosin F. Clinical and biological specificities of female alcoholism. *L'encephale*. (2002, Nov); 28(6 Pt 1): 503-509.
 50. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.*
 51. Teitelbaum L, Mullen B. The validity of the MAST in psychiatric settings: a meta-analytic integration. *Michigan Alcoholism Screening Test. Journal Of Studies On Alcohol*. (2000, Mar); 61(2): 254-261.
 52. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*. England; 1995 May;166(5):654-9.
 53. Ivanković D. i sur. *Osnove statističke analize za medicinare. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1988.*
 54. Landheim A, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. *European Addiction Research*. (2003, Jan); 9(1): 8-17.
 55. Ostermann J, Sloan FA, Taylor DH. Heavy alcohol use and marital dissolution in the USA. *Soc Sci Med*. England; 2005 Dec;61(11):2304-16.

56. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. United States; 2007 Jul;64(7):830–42.
57. McGovern T. Loss identification in the treatment of alcoholism. *Alcohol*. (1986, Mar); 3(2): 95-96.
58. Giorgi I, Ottonello M, Vittadini G, Bertolotti G. Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*. (2015, Dec 7); 11.
59. Nowakowska K, Jabłkowska K, Borkowska A. Cognitive dysfunctions in patients with alcohol dependence. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*. (2008, Sep); 10(3): 29-35.
60. Bratuša Z. Alcohol addiction, co-morbidity and social disturbances of behaviour. *Alcoholism: Journal On Alcoholism & Related Addictions*. (2008, Mar 2); 4433.
61. Martin BK, Clapp L, Alfors J, Beresford TP. Adherence to court-ordered disulfiram at fifteen months: a naturalistic study. *J Subst Abuse Treat*. United States; 2004 Apr;26(3):233–6.
62. Martin B, Clapp L, Bialkowski D, Bridgeford D, Amponsah A, Beresford T, et al. Compliance to supervised disulfiram therapy: A comparison of voluntary and court-ordered patients. *The American Journal On Addictions*. (2003, Mar); 12(2): 137-143.
63. Ben-Arie O, George GC, Hirschowitz J. Compulsory treatment of 50 alcoholic drunken drivers. A follow-up study. *S Afr Med J*. South Africa; 1983 Feb;63(7):241–3.
64. Steiner C, Lezotte D, Gabow P. Court-ordered alcohol treatment for patients with medical problems. *The American Journal On Addictions*. (1995, Spr 1995); 4(2): 127-132.
65. Vaingankar J, Abdin E, Siow Ann C, Sambasivam R, Seow E, Chong S, et al. Psychometric properties of the short Warwick Edinburgh mental well-being scale (SWEMWBS) in service users with schizophrenia, depression and anxiety spectrum disorders. *Health & Quality Of Life Outcomes*. (2017, Aug); 151-11.
66. Reaney M, Martin C, Speight J. Understanding and assessing the impact of alcoholism on quality of life: A systematic review of the content validity of instruments used to assess health-related quality of life in alcoholism. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*. (2008); 1(3): 151-163

9. LITERATURA

67. Foster JH. Quality of life measurement and alcoholism: another arm to nursing practice? Clin Eff Nurs 2006; 9 (3): e295-301

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Ivona Matijević

Datum rođenja: 2. srpnja 1992.

Mjesto rođenja: Osijek, Hrvatska

Adresa: Ante Kovačića 105, Tenja

Telefon: + 385976994774

E-mail: ivonaamatijevic@gmail.com

OBRAZOVANJE:

- od 2011.: Integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine na Medicinskom fakultetu u Osijeku
- 2007. – 2009. te 2010. – 2011.: Prirodoslovno-matematička gimnazija u Osijeku
- 2009. – 2010.: *Ryde School with Upper Chine*, Ryde, Ujedinjeno Kraljevstvo

AKTIVNOSTI U FAKULTETSKIM UDRUGAMA:

- sudjelovanje na projektima *World AIDS day 2013.* u organizaciji CroMSIC-a
- ožujak 2014.: Tjedan mozga, prezentacija „Kako stječemo prijatelje“
- ožujak 2015.: Tjedan mozga, prezentacija „Prozopagnozija – sljepoća za lica“
- studeni 2015.: Science Caffè Osijek, prezentacija „(Bez)opasno cijepljenje“
- sudjelovanje na projektu *Bolnica za medvjediće 2015.* u organizaciji EMSA-a
- studeni 2014. – studeni 2016.: potpredsjednica EMSA-a Osijek

STRUČNE AKTIVNOSTI:

- rujjan 2015.: 2nd *International Monothematic Conference on Viral Hepatitis C*; pasivni sudionik
- listopad 2015.: 12th *BANTAO Congress – DiaTransplant*; aktivni sudionik (prezentacija postera *Natural course of Fabry nephropathy in an environment with normal enzyme activity*, V. Nikić, **I. Matijević**, A. Šarčević)
- listopad 2015.: *Budućnost zdravstvene industrije*; pasivni sudionik
- veljača 2016.: *Upoznaj me*, kongres o uključivanju osoba s mentalnim izazovima u zajednicu; voditelj radionice „Tajno društvo F20“
- svibanj 2016.: 4th *Central Eastern European Symposium on Free Nucleic Acids in Non-Invasive Prenatal Diagnosis*; pasivni sudionik

11. PRILOZI

Prilog 1. Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

Prilog 2. Sociodemografski upitnik

Prilog 3. *Michigan Alcohol Screening Test*

Prilog 4. Skala zadovoljstva životom

Prilog 1. Izjava i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje u istraživanju

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK

KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU

INFORMACIJE ZA BOLESNIKE

Poštovani,

pozivate se na sudjelovanje u znanstveno-istraživačkoj studiji „Liječenje alkoholizma u okviru sudskih mjera“ u kojoj bismo željeli utvrditi uspjeh liječenja sudskom mjerom obveznog liječenja u odnosu na liječenje “bez prisile”.

Ova studija organizirana je u Kliničkoj bolnici Osijek, na Klinici za psihijatriju. Istraživanje nije vezano ni uz čiju materijalnu dobit. Dobiveni rezultati poslužit će nam kako bismo vidjeli koliko se razlikuje uspješnost liječenja alkoholizma u odnosu na dobrovoljnost pristupanja liječenju te kakva je kvaliteta života liječenih alkoholičara.

Kako biste u ovoj studiji sudjelovali, bit ćete zamoljeni da ispunite anketu te da obavite kratki razgovor sa studenticom Ivonom Matijević koja će ovu studiju koristiti za diplomski rad.

Od Vas se traži da svojim potpisom date pismeni pristanak. Ukoliko se odlučite na sudjelovanje, uvijek ste slobodni da odustanete u bilo koje vrijeme bez da navodite razlog odustajanja.

Svaki podatak dobiven ovom studijom potpuno je povjerljiv i raspoloživ jedino Vašim bolničkim liječnicima i istraživačima. Neće se koristiti ni u kakve druge svrhe. Vaše se ime neće nigdje pojavljivati.

Dodatna pitanja

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja koja želite postaviti u vezi Vašeg liječenja ili ove studije, možete se obratiti medicinskoj sestri koja će obavijestiti nadležnog liječnika. Još jednom Vam zahvaljujemo na suradnji!

Voditelj studije

izv. prof. dr. sc. Ivan Požgain

Ovim izjavljujem da sam pročitao/la „Informacije za bolesnika“ i potvrđujem svoje sudjelovanje u studiji „Liječenje alkoholizma u okviru sudskih mjera“.

Potpis _____

Prilog 2. Sociodemografski upitnik

<i>Sociodemografski upitnik</i>	
<i>Kojeg ste spola?</i>	muškog ženskog
<i>Koja je Vaša godina rođenja?</i>	_____
<i>Koji je Vaš bračni status?</i>	slobodan/na u braku rastavljen/a u izvanbračnoj zajednici udovac/udovica
<i>Koliko je ukućana u Vašem kućanstvu?</i>	1 2 3 4 5 6 i više
<i>Jeste li trenutčno zaposleni?</i>	zaposlen/a nezaposlen/a umirovljen/a student/ica
<i>Koja je Vaša najviša završena razina obrazovanja?</i>	bez osnovne škole osnovna škola srednja škola viša stručna sprema visoka stručna sprema
<i>Imate li neki invaliditet?</i>	da ne
<i>Kolika je visina primanja cijelog Vašeg kućanstva?</i>	manje od 1.000 kn 1.000 – 3.000 kn 3.000 – 7.000 kn 7.000 – 10.000 kn više od 10.000 kn
<i>Koliko ste dugo bili ovisni o alkoholu?</i>	_____ mjeseci
<i>Koliko ste se dugo liječili od ovisnosti o alkoholu?</i>	_____ mjeseci
<i>Koliko puta ste se ambulantno liječili od alkoholizma ili bili hospitalizirani zbog liječenja?</i>	_____ puta
<i>Na koji ste se način liječili od ovisnosti o alkoholu?</i>	lijekovima – disulfiram ili drugi psihoterapijom
<i>Jeste li uključeni u rad Kluba liječenih alkoholičara?</i>	da ne
<i>Koliko dugo apstinirate od alkohola?</i>	_____
<i>Koliko ste puta posjetili psihijatra (odnosno otišli na kontrolu) radi liječenja ovisnosti o alkoholu?</i>	_____ puta

*Bolujete li od nekih drugih
psihijatrijskih bolesti? Ako da,
kojih?*

*Bolujete li od nekih drugih
tjelesnih bolesti? Ako da, kojih?*

Prilog 3. *Michigan Alcohol Screening Test*

Michigan alcohol screening test

Molimo Vas da zaokružite DA ili NE, u ovisnosti odnošenja određene tvrdnje na Vas.

- | | | | |
|----|----|-----|--|
| DA | NE | (2) | 1. Osjećate li se kao normalan konzument alkohola? |
| DA | NE | (2) | 2. Jeste li se kad probudili jutro nakon što ste pili noć ranije i tada shvatili da se ne sjećate dijelova večeri prije? |
| DA | NE | (1) | 3. Brine li se (ili žali) Vaša žena, muž, roditelj ili drugi bliski rođak na Vaše pijenje? |
| DA | NE | (2) | 4. Možete li prestati piti bez poteškoća nakon jednog ili dva pića? |
| DA | NE | (1) | 5. Osjećate li se ikad krivim zbog Vašeg pijenja? |
| DA | NE | (2) | 6. Misle li Vaši prijatelji i rodbina da ste normalan konzument alkohola? |
| DA | NE | (2) | 7. Možete li prestati piti kada Vi to poželite? |
| DA | NE | (5) | 8. Jeste li ikada otišli na sastanak Kluba liječenih alkoholičara? |
| DA | NE | (1) | 9. Jeste li se ikada potukli dok ste pili? |
| DA | NE | (2) | 10. Je li Vaša konzumacija alkohola ikad stvorila probleme između Vas i Vaše žene, supruga, roditelja ili drugog bliskog rođaka? |
| DA | NE | (2) | 11. Je li Vaša žena, muž, roditelj ili drugi bliski rođak ikad potražio pomoć od nekoga zbog Vašeg pijenja? |
| DA | NE | (2) | 12. Jeste li ikad izgubili prijatelja ili partnera zbog Vašeg pijenja? |
| DA | NE | (2) | 13. Jeste li ikad upali u nevolje na poslu zbog Vašeg pijenja? |
| DA | NE | (2) | 14. Jeste li ikad izgubili posao zbog Vašeg pijenja? |
| DA | NE | (2) | 15. Jeste li ikada zanemarili svoje obveze, svoju obitelj ili svoj posao na dva ili više dana zaredom jer ste bili pili? |
| DA | NE | (1) | 16. Pijete li prije podneva relativno često? |
| DA | NE | (2) | 17. Jesu li Vam liječnici ikada rekli da imate problema s jetrom, poput ciroze? |
| DA | NE | (5) | 18. Nakon konzumacije većih količina alkohola, jeste li ikad doživjeli <i>delirium tremens</i> ili izraženu trešnju ili čuli glasove ili vidjeli stvari koje nisu zaista tamo? |
| DA | NE | (5) | 19. Jeste li ikad potražili pomoć zbog Vašeg pijenja? |
| DA | NE | (5) | 20. Jeste li ikad završili u bolnici zbog Vašeg pijenja? |

11. PRILOZI

- DA NE (2) 21. Jeste li ikad bili hospitalizirani u psihijatrijskoj ustanovi ili na psihijatrijskom odjelu neke bolnice zbog nekog problema uzrokovanog Vašim pijenjem, a koji je bio razlog Vaše hospitalizacije?
- DA NE (2) 22. Jeste li ikad posjetili psihijatrijsku kliniku ili kliniku za mentalno zdravlje, otišli doktoru, socijalnom radniku ili svećeniku u potrazi za pomoći s Vašim emocionalnim problemima u kojima je Vaše pijenje bilo dio problema?
- DA NE (2) 23. Jeste li bili ikad uhićeni zbog vožnje dok ste bili u alkoholiziranom stanju ili zbog vožnje pod utjecajem alkohola?
- DA NE (2) 24. Jeste li bili ikad uhićeni, makar i na samo nekoliko sati, zbog nepriličnog ponašanja pod utjecajem alkohola?

Prilog 4. Skala zadovoljstva životom

SKALA ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM

Ispred Vas se nalaze određene tvrdnje koje se odnose na procjenu Vašeg života. Molimo Vas da što iskrenije odgovorite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih. Uz svaku tvrdnju označite odgovarajući broj. Koristite pri tome skalu na kojoj brojevi imaju sljedeća značenja:

1	2	3	4	5
uopće se ne slažem	uglavnom se ne slažem	niti se slažem, niti se ne slažem	uglavnom se slažem	u potpunosti se slažem

1.	U više aspekata moj život je blizak idealnom.	1	2	3	4	5
2.	Uvjeti mog života su izvrsni.	1	2	3	4	5
3.	Zadovoljan sam svojim životom.	1	2	3	4	5
4.	Do sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu.	1	2	3	4	5
5.	Kada bih ponovno živio svoj život, ne bih mijenjao gotovo ništa.	1	2	3	4	5
6.	Sve u svemu, ja sam jako sretna osoba.	1	2	3	4	5
7.	Život mi donosi puno zadovoljstva.	1	2	3	4	5
8.	Ja se općenito dobro osjećam.	1	2	3	4	5
9.	Mislim da sam sretna osoba.	1	2	3	4	5
10.	U cjelini gledajući, ja sam manje sretan od drugih ljudi.	1	2	3	4	5
11.	Često sam uznemiren i žalostan.	1	2	3	4	5
12.	Mislim da sam sretan barem koliko i drugi.	1	2	3	4	5
13.	Moja budućnost izgleda dobro.	1	2	3	4	5
14.	Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	1	2	3	4	5
15.	Štogod da se dogodi, mogu vidjeti i svijetlu stranu.	1	2	3	4	5
16.	Uživam živjeti.	1	2	3	4	5
17.	Moj mi se život čini smislen.	1	2	3	4	5

Molim Vas da sada odgovorite i na sljedeće tvrdnje, zaokruživši pri tome odgovarajući broj uz svaku od njih. Brojevi imaju sljedeće značenje:

1	2	3	4	5
nikad mi se to nije dogodilo	rijetko mi se to događa	to mi se i događa i ne događa	često mi se to događa	uvijek mi se to događa

Je li Vam se u posljednjih nekoliko tjedana dogodilo...

18.	...da ste bili zadovoljni jer ste nešto postigli?	1	2	3	4	5
19.	...da ste bili zadovoljni jer Vas drugi vole?	1	2	3	4	5
20.	...da ste se osjećali potpuno sretni?	1	2	3	4	5