

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lorena Đapo

**Suvremene spoznaje o alkoholizmu u 21.
stoljeću**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lorena Đapo

**Suvremene spoznaje o alkoholizmu u 21.
stoljeću**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra za obiteljsku medicinu, pod vodstvom prof. dr. sc. Hrvoje Tiljak, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

SADRŽAJ

POPIS KRATICA

SAŽETAK

SUMMARY

1. Uvod	1
2. Definicija alkoholizma	2
2.1. Suvremene klasifikacije	2
3. Posljedice kronične konzumacije alkohola.....	6
4. Dijagnostika	8
4.1. Biomarkeri konzumiranja alkohola.....	10
5. Liječenje	13
5.1. Farmakoterapija	13
5.1.1. Naltrekson.....	14
5.1.2. Akamprosot.....	16
5.1.3. Disulfiram	16
5.1.4. Suvremeni principi primjene farmakoterapije	17
5.2. Psihosocijalna terapija.....	19
5.2.1. Tradicionalni pristupi kontinuirane skrbi	20
5.2.2. Vrste kontinuirane skrbi.....	21
5.2.3. Novi pristupi kontinuirane skrbi	22
5.2.4. Prilagođeni oblici kontinuirane skrbi.....	24
6. Alkoholizam u ordinaciji obiteljske medicine	26
7. COMBINE studija	28
9. ZAKLJUČAK.....	34

10. ZAHVALE	35
11. LITERATURA	36
12. ŽIVOTOPIS	39

POPIS KRATICA

MKB–10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

EtG – Etil glukuronid

CDT – Ugljikohidratom deficijentni transferin

GGT – Gama- glutamiltransferaza

MCV – Prosječni volumen eritrocita

ALT – Alanin-aminotransferaza

AST – Aspartat-aminotransferaza

HDL – Lipoprotein velike gustoće

FDA – Američka agencija za hranu i lijekove

NMDA – N-metil-D-aspartat

GABA – Gaba-amino maslačna kiselina

5-HTT – Gen za serotoninski transporter

SSRI – Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

OPRM-1 – Gen za mu opioidni receptor

SAŽETAK

Suvremene spoznaje o alkoholizmu u 21. stoljeću

Autor: Lorena Đapo

Alkoholizam je kronična i progresivna bolest koja bez liječenja neminovno dovodi do smrtnog ishoda. Danas postoje dvije velike klasifikacije psihičkih poremećaja: Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja unutar Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5). Poremećaj uzimanja alkohola je definiran bihevioralnim i fizičkim simptomima koji mogu uključivati žudnju, toleranciju i sindrom sustezanja. Posljedice pijenja alkohola se mogu manifestirati na bilo kojem organskom sustavu. Prekomjerno pijenje alkohola je povezano s psihološkim posljedicama i ima veliki utjecaj na socijalni život osobe. Preporuča se da se svi bolesnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pregledaju zbog mogućeg nezdravog uzimanja alkohola. Dijagnoza se temelji na sveobuhvatnoj procjeni, uključujući anamnezu, fizički pregled i laboratorijske testove. Cilj liječenja alkoholizma je apstinencija, koja ostaje primarni fokus terapije. Liječenje ovisnosti o alkoholu u 21. stoljeću ima mogućnost dodavanja farmakoterapije tradicionalnim pristupima liječenju. Psihosocijalna terapija može smanjiti uzimanje alkoholnih pića i produžiti apstinenciju bilo da se koristi sama ili u kombinaciji s farmakoterapijom, ali bez farmakološkog dodatka psihosocijalnoj terapiji, klinički ishod je slab. Alkoholizam je kronična bolest i zato zahtijeva konstantni oprez pacijenta i onih koji ga okružuju, kao i ponavljane intervencije. Primarna skrb je važna ulazna točka za sve bolesnike koji pate od kroničnih stanja. Specijalisti obiteljske medicine najbolje su pozicionirani za rješavanje poremećaja uzimanja alkohola na sveobuhvatan način. Zemlje koje djeluju na smanjenju štetne uporabe alkohola unutar Europskog akcijskog plana za smanjenje štetne uporabe alkohola za 2012. – 2020. će imati znatne dobitke u smislu boljeg zdravlja i blagostanja stanovništva.

ključne riječi: alkoholizam, poremećaj uzimanja alkohola, obiteljska medicina, kontinuirano liječenje

SUMMARY

Recent findings on alcoholism in the 21st century

Author: Lorena Đapo

Alcoholism is a chronic and progressive disease that results in fatal outcomes without treatment. Today, there are two major classifications of mental disorders: mental disorders and behavioral disorders within the International Classification of Diseases and Related Health Problems (MKB-10) and the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5). Alcohol abuse is defined by behavioral and physical symptoms that may include craving, tolerance, and susceptibility syndrome. The consequences of drinking alcohol can be manifested in any organ system. Excessive drinking of alcohol is associated with psychological consequences and has severe impacts on the social life of an individual. It is recommended all patients in primary health care be examined for possible unhealthy alcohol consumption. Diagnosis is based on a comprehensive assessment, including anamnesis, physical examination and laboratory tests. The goal of treating alcoholism is abstinence, which remains the primary focus of therapy. The treatment of alcohol dependence in the 21st century has the potential to add pharmacotherapy to traditional treatments. Psychosocial therapy may reduce the consumption of alcoholic beverages and prolong the abstinence whether used alone or rather in combination with pharmacotherapy. Without a pharmacological addition to psychosocial therapy, the clinical outcome is poor. Alcoholism is a chronic disease and therefore requires constant caution of the patient and those around them, as well as repeated interventions. Primary care is an important entry point for all patients suffering from chronic conditions. Family medicine specialists are best positioned to address substance and addiction disorders in a comprehensive manner. Countries that work to reduce the harmful use of alcohol within the European Action Plan for the Reduction of Harmful Use of Alcohol 2012-2020 will have significant gains in terms of better health and well-being of the population.

1. Uvod

U zapadnom svijetu vino i pivo bili su dio svakodnevnice prehrane u 19. stoljeću. Ova pića bila su u prednosti pred vodom za koju se smatralo da uzrokuje akutne i kronične bolesti. Sustavi za javnu higijenu i pročišćavanje vode uvedeni su u 19. stoljeću i pivo i vino su postali manje važan dio ljudske prehrane. (1) U to vrijeme alkoholizam je prihvaćen i opisan kao bolest. Liječnici su spoznali da alkoholičare treba aktivno uključiti u liječenje i rehabilitaciju. Početkom 20. stoljeća Andrija Štampar u Hrvatskoj pokreće trezvenjački pokret. (2) U Narodnoj čitanci o alkoholu iz 1931. godine navodi: „Pivo, vino, rakija, konjak, rum i slična pića zovu se žestoka ili opojna, jer opijaju i omamljuju kad ih pijemo. A opijaju zato što se u njima nalazi tvar koja se zove alkohol.“ Zatim navodi: „...alkohol može da donese i smrt kad ga pijemo. I onda kad ne usmrti, škodi tijelu. Kod drugih otrova vidimo također da ne donose uvijek smrt ako ih uzimamo u malim količinama. Nesumnjivo, danas s mnogo razloga možemo nazvati alkohol otrovom, jer on ima svojstva otrova.“ (3)

Alkoholizam ili sindrom ovisnosti o alkoholu je bolest koju je Svjetska zdravstvena organizacija 1952. godine definirala na ovaj način: „Alkoholizam je bolest, a alkoholičar je bolesnik kod kojeg se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji.“ (2)

2. Definicija alkoholizma

Kako bi definirali alkoholizam moramo razlikovati par entiteta. Apstinenciju možemo podijeliti u primarnu i sekundarnu. Primarna apstinencija znači da osoba nikada, ni u kojoj prilici, ne pije alkoholna pića. Sekundarna apstinencija znači da osoba nije popila alkoholno piće u zadnjih 12 mjeseci. Manje rizično pijenje je kontrolirano pijenje koje traje mnogo godina, ali vjerojatno neće biti štetno za zdravlje. Rizično pijenje je način pijenja koji prelazi granice manje rizičnog pijenja i vjerojatno će s nakon nekog vremena dovesti tjelesnih, psihičkih i socijalnih poteškoća. Štetno pijenje je pijenje pri kojem nastaju promjene ili tegobe fizičke i psihičke naravi, socijalni i intrafamilijarni problemi. Još nije izražen sindrom ovisnosti o alkoholu i poteškoće su manje izraženije pa ih je teško prepoznati. (4)

Alkoholizam je kronična i progresivna bolest koja bez liječenja neminovno dovodi do smrtnog ishoda. Definiran je kao i ostale ovisnosti s pet karakteristika: nemogućnost stalne apstinencije, poteškoće pri kontroli pijenja, jaka želja za pijenjem alkohola, smanjeno prepoznavanje značajnih teškoća povezanih s ponašanjem i u međuljudskim odnosima, neadekvatne emocionalne reakcije. (4)

2.1. Suvremene klasifikacije

Danas postoje dvije velike klasifikacije psihičkih poremećaja: Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja unutar Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5). MKB-10 su izradili stručnjaci Svjetske zdravstvene organizacije, a DSM-5 je američka klasifikacija. (2)

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB) je klasifikacija kojom se liječnici koriste u svakodnevnom radu i primjenjuje se od 1994. godine. U njoj se ogleda europski psihijatrijski pristup i koriste ju praktički sve europske zemlje. MKB-10 klasifikacija je odraz sadašnjeg znanja i stavova psihijatrije, a napredak u medicini će uskoro dovesti i do nove revizije klasifikacije. (2) Jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) planira se objaviti 2018. godine.

Kategorija Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari (F10-F19) unutar cjeline Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (F00-F99) sadržava niz različitih poremećaja koji se razlikuju prema težini i kliničkom obliku, ali se mogu dovesti u vezu s uzimanjem jedne ili više psihoaktivnih tvari. Mnogi ovisnici koriste više psihoaktivnih tvari istovremeno. Glavnu dijagnozu, treba klasificirati prema tvari koja je uzrokovala ili pridonijela većini prisutnih kliničkih simptoma. Ako je ta tvar alkohol dijagnoza se postavlja kao Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (F10). Uz kategoriju F10-F19 može se uporabiti sljedeća poddioba četvrtih znamenki: (5)

- (F1_.0) akutna intoksikacija
- (F1_.1) štetna uporaba
- (F1_.2) sindrom ovisnosti
- (F1_.3) apstinencijski sindrom
- (F1_.4) apstinencijski sindrom s delirijem
- (F1_.5) psihotični poremećaj
- (F1_.6) amnestički sindrom
- (F1_.7) rezidualni poremećaj ili psihotični poremećaj s kasnim početkom
- (F1_.8) drugi mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja
- (F1_.9) neoznačeni mentalni poremećaj i poremećaj ponašanja

Sindrom ovisnosti je u MKB-10 opisan kao „...skupina pojava ponašanja, spoznaje i fizioloških promjena koje se razvijaju nakon ponavljane uporabe pojedinih tvari i redovito uključuju jaku želju za uzimanjem te tvari i poteškoće u kontroli njezina uzimanja. Ustrajući na njezinoj uporabi usprkos štetnim posljedicama...” (5)

DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje) je američka klasifikacija psihijatrijskih poremećaja koja se razlikuje od MKB-10 po tome što se bavi samo psihijatrijskim poremećajima. U DSM-5 se dijagnoza isključivo temelji na znakovima i simptomima. Svaka dijagnoza je koncipirana tako da za njeno postavljanje moraju biti prisutni određeni simptomi i znakovi, ali su također navedeni i simptomi i znakovi koji ne dopuštaju postavljanje određene dijagnoze. (2)

U DSM-5 klasifikaciji Poremećaji vezani uz alkohol u kategoriji Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari podijeljeni su sljedeći način: (6)

Poremećaj uzimanja alkohola

Odredi sadašnju težinu:

F10.10 blagi

F10.20 umjereni

F10.20 teški

Intoksikacija alkoholom

F10.129 s poremećajem uzimanja, blagim

F10.229 s poremećajem uzimanja, umjerenim ili teškim

F10.929 bez poremećaja uzimanja

Sindrom sustezanja od alkohola

F10.239 bez perceptivnih smetnji

F10.232 s perceptivnim smetnjama

Drugi poremećaji prouzročeni alkoholom

F10.99 Nespecificirani poremećaj vezan uz alkohol

DSM-5 smješta rizično pijenje, štetno pijenje i alkoholizam u jedinstvenu skupinu poremećaja koju nazivaju poremećaj uzimanja alkohola. (6)

Poremećaj uzimanja alkohola manifestira se prisutnošću najmanje dva od sljedećih kriterija ako se pojave bilo kada u razdoblju od 12 mjeseci:

1. Alkohol se uzima u velikim količinama i često ili tijekom duljeg razdoblja.
2. Postoji stalna težnja ili neuspješno nastoji da se smanji uzimanje alkohola.
3. Velik dio vremena osoba provodi u nabavljanju alkohola i uporabi alkohola.
4. Žudnja, želja i poriv za uzimanjem alkohola.
5. Uzimanje alkohola dovodi do problema na poslu, u školi ili kod kuće.
6. Nastavljanje uzimanja alkohola unatoč društvenim i međuljudskim problemima.

7. Zbog uzimanja alkohola prekidaju se društvene, poslovne i druge aktivnosti.
8. Uzimanje alkohola u situacijama kada je to fizički opasno.
9. Nastavlja se uzimati alkohol iako je osoba svjesna psihičkih i fizičkih problema.
10. Tolerancija na alkohol.
11. Sindrom sustezanja.

Težina poremećaja se temelji na broju ispunjenih dijagnostičkih kriterija. Ako su prisutna 2-3 simptoma radi se o blagom poremećaju uzimanja alkohola, 4-5 simptoma govore o umjerenom, a ako su prisutna 6 ili više simptoma radi se o teškom poremećaju uzimanja alkohola.

Poremećaj uzimanja alkohola je definiran bihevioralnim i fizičkim simptomima koji mogu uključivati žudnju, toleranciju i sindrom sustezanja. Žudnja za alkoholom je snažna želja za uzimanjem alkohola koja onemogućava osobu da misli na bilo što drugo osim alkohola i rezultira započinjanjem pijenja. Sindrom sustezanja karakteriziran je apstinencijskim simptomima koji se javljaju 4-12 sati nakon unosa alkohola. Kako bi ublažila apstinencijske simptome osoba nastavlja uzimati alkohol. Konačno, osoba nastavlja uzimati alkohol iako to dovodi do fizičkih, socijalnih ili interpersonalnih problema. (6) Nastavak teškog pijenja može dovesti do ovisnosti koja je uvijek povezana sa sindromom sustezanja kada se uporaba alkohola prekine ili znatno smanji. (7)

Patogeneza alkoholizma nije poznata, ali nastanak bi mogao biti rezultat kompleksnog međudjelovanja genetike, okolišnih utjecaja (intrafamilijarnih , uključujući prenatalnu ekspoziciju, odgojnih i roditeljskih obrazaca), crta ličnosti (neurotične, impulzivne i ekstrovertirane osobe) i kognitivnog funkcioniranja. (8)

3. Posljedice kronične konzumacije alkohola

Posljedice pijenja alkohola se mogu manifestirati na bilo kojem organskom sustavu. Prekomjerno pijenje alkohola je povezano sa psihološkim posljedicama i ima veliki utjecaj na socijalni život osobe. (8)

Najčešća medicinska komplikacija alkoholizma je bolest jetre. Masna jetra uzrokovana alkoholom reverzibilno je stanje. Može napredovati u alkoholni hepatitis te cirozu i zatajenje jetre. Supostojeća infekcija virusima hepatitis B i C povećava rizik od teške jetrene bolesti. Kronično uzimanje alkohola najčešći je uzrok kroničnog pankreatitisa u zapadnome svijetu. Osim toga, alkohol potiče stvaranje kamenaca u gušterači. Kronični su alkoholičari skloni gastritisu i jače gube krv i proteine plazme što dovodi do anemije i deficita bjelančevina. Proljev, gubitak težine i nedostatak vitamina mogu nastati jer alkohol reverzibilno oštećuje tanko crijevo. Kod kroničnih alkoholičara nastaju i pothranjenost zbog deficita vitamina i prehrambenih tvari uslijed nedostatne apsorpcije, posebice u vodi topljivih vitamina. Kronični alkoholizam djeluje i na živčani sustav razvojem tolerancije i tjelesne i psihološke ovisnosti, te neurološke poremećaje. Najčešći neurološki poremećaj je generalizirano i simetrično oštećenje perifernih živaca koje se očituje parestezijama u distalnim dijelovima ruku i nogu, demencija i demijelinizirajuće bolesti. Degenerativne promjene mogu uzrokovati poremećaj hoda i ataksiju. Alkohol ima učinke na kardiovaskularni sustav tako da dovodi do dilatirajuće kardiomiopatije praćene s ventrikularnom hipertrofijom i fibrozom. Redovito opijanje u velikim količinama povezano je s atrijskim i ventrikulskim aritmijama. Epileptični napadaji, gubitak svijesti i iznenadna smrt za vrijeme sustezanja posljedica su aritmija. Alkohol je odgovoran za 5% slučajeva hipertenzije. Zbog manjka folne kiseline nastaje blaga anemija. Alkohol dovodi do poremećaja u ravnoteži steroidnih hormona što se očituje ginekomastijom i atrofijom testisa. Kronična jetrena bolest dovodi do poremećaja u ravnoteži tekućina i elektrolita, kao što su ascites, izljevi i edemi, povraćanje, proljev, slabost mišića. Imunosne funkcije su u nekim tkivima oslabljene, kao u plućima. Alkohol povećava osjetljivost na infekcije, pogotovo pluća. U drugima dovodi do hiperaktivne imunološke funkcije, kao u jetri ili gušterači što dovodi do upalnog oštećenja jetre i gušterače. Kronični alkoholizam povećava rizik od karcinoma usta, ždrijela, grkljana, jednjaka, jetre i raka dojke u žena. (1)

Teško pijeње može biti uzrok psihijatrijskih poremećaja kao što su poremećaji u ponašanju, depresija, anksioznost, nesanica, neurotički poremećaji, delirij, sumračna stanja. Alkoholna halucinoza je alkoholna psihoza koju karakteriziraju halucinatorni doživljaji uz očuvanu svijest i dobru orijentaciju. Halucinacije su najčešće slušne naravi. Bolest recidivira i ne ostavlja trajna oštećenja. Psihoza ljubomore je psihoza sa sumanutim mislima i također se javlja u alkoholičara. Javlja se u kasnijim fazama alkoholizma, uglavnom kod muškaraca. Alkoholičar je svojom ljubomorom i paranoidnim idejama agresivan prema svojoj ženi i obitelji. Alkoholizam dovodi do organskog oštećenja mozga koje se očituje difuznom atrofijom, a klinički alkoholnom demencijom. (2) Alkoholizam povećava rizik od samoubojstva tijekom teške intoksikacije i pridonosi razvitku depresivnog i bipolarnog poremećaja prouzročenog alkoholom. Povećana je stopa samoubojstava i suicidalnih pokušaja. (6)

4. Dijagnostika

Preporučuje se da se svi bolesnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pregledaju zbog mogućeg nezdravog konzumiranja alkohola. Kliničar treba posumnjati na prekomjernu uporabu alkohola kod bilo kojeg bolesnika koji ima socijalne ili pravne probleme, traumu ili ozljedu, poremećaje raspoloženja ili anksioznost, zloupotrebu drugih tvari, hipertenziju, gastrointestinalne probleme, povećane jetrene enzime uključujući povišenu gama-glutamil transpeptidazu, supresiju koštane srži. (10)

Pacijentu se može ponuditi da ispuni kratki upitnik. Na temelju zbroja bodova dobivenih odgovorima može se utvrditi prelazi li granice manje rizičnog pijenja. (4)

U prošlosti se upotrebljavao CAGE upitnik, no on ne identificira mnoge pacijente koji rizično piju, a nisu ovisni o alkoholu. Važno je identificirati osobe koje rizično piju jer oni također mogu imati koristi od savjeta liječnika obiteljske medicine. (9) Pitanja CAGE upitnika su:

- C (cutdown) – Jeste li razmišljali o potrebi smanjivanja količine popijenog alkohola?
- A (annoyed) – Smetaju li Vas primjedbe okoline o Vašemu pijenju?
- G (guilt) – Jeste li imali osjećaj krivnje u vezi s pijenjem?
- E (eye-opener) – Jeste li koristili alkohol rano ujutro kako bi „došli k sebi“?

Dva potvrdna odgovora su 77% osjetljivi i 79% specifični za ovisnost o alkoholu, ali samo 53% i 70% za rizično pijenje. Ako se CAGE pitanja koriste za screening, jedan pozitivan odgovor trebao bi se smatrati pozitivnim testom. CAGE treba nadopuniti pitanjima o uzimanju alkohola koja identificiraju rizično pijenje. (10)

AUDIT-C je upitnik koji se sastoji od tri pitanja i može pomoći pri identificiranju bolesnika koji rizično piju od onih koji boluju od poremećaja uzimanja alkohola koji uključuje štetno pijenje i alkoholizam. (9) Upitnik se sastoji od tri pitanja:

1. Koliko ste često u posljednjih 12 mjeseci pili pića koja sadrže alkohol (pivo, vino, žestoka pića, likeri, pjenušac, kokteli, mošt, medica)?

- 1) nijednom,
- 2) jednom mjesečno ili rjeđe,
- 3) 2 do 4 puta mjesečno,

- 4) 2 do 3 puta tjedno,
- 5) 4 ili više puta tjedno.

2. Koliko mjerica pića koje sadrže alkohol ste u posljednjih 12 mjeseci obično popili onda kada ste pili? (*jedna mjerica je 1 dl vina ili 2,5 dl piva ili mošta ili 0,3 dl rakije*)

- 0) od nula do jedne mjerice,
- 1) 2 mjerice,
- 2) 3 do 4 mjerice,
- 3) 5 do 6 mjerica,
- 4) 7 ili više mjerica.

3. Koliko često se u posljednjih 12 mjeseci dogodilo da ste popili:

muškarci: 6 ili više mjerica u jednoj prigodi?

žene: 4 ili više mjerica u jednoj prigodi?

- 0) nikada,
- 1) manje od jednom mjesečno,
- 2) 1 do 3 puta mjesečno,
- 3) 1 do 3 puta tjedno,
- 4) dnevno ili skoro svaki dan. (4)

AUDIT-C se ocjenjuje na skali od 0-12. U muškaraca se rezultat od 4 ili više smatra pozitivnim, a u žena, ocjena od 3 ili više smatra se pozitivnim. Općenito, što je veći rezultat na upitniku, to je vjerojatnije da pijenje pacijenta utječe na njegovo zdravlje i sigurnost.

Kod većine pacijenata koji imaju pozitivan rezultat na AUDIT-C se radi o rizičnom pijenju, a ne o ovisnosti. Koristeći i rezultat AUDIT-C i pacijentovu povijest liječenja alkohola, moguće je identificirati ovisnike o alkoholu. Za pacijente koji nikad nisu bili na liječenju od alkoholizma, rezultat veći od 8 povezan je s velikom vjerojatnošću da se radi o ovisnosti o alkoholu. Pacijenti koji su prošli liječenje alkoholizma su pod visokim rizikom od ovisnosti s bilo kojim pozitivnim rezultatom na AUDIT-C upitniku. Rezultat na upitniku se može koristiti za procjenu vjerojatnosti da je pacijent ovisan o alkoholu. Za pacijente s rezultatom od četiri do sedam, i bez prethodnog liječenja alkohola, liječnik bi trebao ponuditi kratku intervenciju tako da izrazi zabrinutost zbog pretjeranog pijenja, s pacijentom porazgovara o mogućim

štetnim utjecajima alkohola na pacijentovo psihičko i fizičko zdravlje i ponudi jasan savjet i pomoć pri liječenju.

Pacijentima s teškim problemima zbog ovisnosti koji ne prihvaćaju upućivanje također se može ponuditi kratka intervencija. Ako liječnik želi dobiti više informacija o određenim simptomima zbog pijenja, može mu ponuditi punu verziju upitnika AUDIT s 10 pitanja ili uputiti specijalistu psihijatrije. (9)

Dijagnoza se temelji na sveobuhvatnoj procjeni, uključujući anamnezu, fizički pregled i laboratorijske testove. Dijagnoza se oslanja na informacije o pacijentu koje je on sam prijavio. Iako ne postoji jedan laboratorijski test koji pouzdano mjeri uporabu alkohola i njegov utjecaj, mogu se koristiti razni markeri za otkrivanje uzimanja alkohola i mjerenje utjecaja na zdravlje. S obzirom na njihovu povećanu prevalenciju kod bolesnika s nezdravom uporabom alkohola, dio rutinske njege bolesnika trebalo bi biti i liječenje komorbiditeta i rizičnih ponašanja. (6)

4.1. Biomarkeri konzumiranja alkohola

Biomarkeri su markeri biološkog procesa ili stanja koji su korisni kliničarima i pacijentima ako daju informacije o trenutnom stanju ili budućem riziku od bolesti. Kod poremećaja uzimanja alkohola, biomarkeri se trebaju koristiti ne samo za potvrđivanje etiologije nego i za pomoć u interakciji između liječnika i pacijenata na podizanju svjesnosti o uporabi alkohola kao mogućeg uzroka štetnih zdravstvenih ishoda. Oni također mogu poboljšati postupke praćenja pacijenata, te mogu otvoriti nove uvide o primarnim mehanizmima etanolom induciranih bolesti. (11)

Najdirektniji test za mjerenje konzumacije alkohola je koncentracija alkohola u krvi, a može se koristiti i za procjenu tolerancije na alkohol. S koncentracijom od 200 mg etanola po decilitru krvi većina osoba pokazuje znakove teške intoksikacije. Za osobu koja ne pokazuje znakove intoksikacije kod npr. 150mg/dL može se pretpostaviti da je razvila neki stupanj tolerancije na alkohol. (6) Zapravo, pojava pozitivnih razina alkohola u krvi u bilo kojem trenutku bi trebala dovesti do sumnje na tešku povijest pijenja. Kratki poluvijek etanola često sprječava liječnike da rutinski naručuju ove testove. U jetri se proizvodi etil glukuronid (EtG) koji može ostati pozitivan nekoliko

dana nakon prestanka uzimanja etanola i time može pružiti dodatnu vrijednost za procjenu nedavne konzumacije alkohola. (11)

Acetaldehid je prvi metabolit etanola koji se zbog svoje velike reaktivnosti može vezati na proteine i stanične sastojke i poslužiti kao dijagnostički alat. Ugljikohidratom deficijenti transferin (CDT) otkriva teško pijenje na prilično specifičan način. CDT elevacije zahtijevaju potrošnju od najmanje 50-80 g etanola dnevno u razdoblju od nekoliko tjedana i stoga nema nikakvu osjetljivost kao alat za probiranje u općoj populaciji. U bolesnika ovisnih o alkoholu, međutim, to je dovoljno osjetljivo za otkrivanje relapsa i praćenje terapije. Enzim gama-glutamilttransferaza (GGT) je odavno korišten kao marker pretjeranog unosa alkohola je osjetljiv na promjene u potrošnji alkohola, ali zbog nedostatka specifičnosti nije prikladan za probiranje među populacijom s bezalkoholnom bolesti jetre, pretilošću ili u hospitaliziranih pacijenata. Kod alkoholičara, povećane aktivnosti obično se vraćaju u normalu u roku od 2-3 tjedna nakon apstinencije, dok uporno abnormalne vrijednosti mogu ukazivati na bolest jetre. Dijagnostičko poboljšanje u otkrivanju poremećaja uzimanja alkohola moglo bi biti postignuto kombiniranjem dva ili više alkoholnih markera. Kombinacija GGT i CDT pomoću matematički formulirane jednadžbe $GGT-CDT = 0,8 \times \ln(GGT) + 1,3 \times \ln(CDT)$ može poboljšati detekciju teškog pijenja alkohola povećanjem osjetljivosti ispitivanja bez gubitka specifičnosti. (11)

Prosječni volumen eritrocita (MCV) može biti povišen kod osoba koje piju. Ta promjena je posljedica izravnog toksičnog djelovanja alkohola na eritropoezu. MCV nije adekvatan za monitoriranje apstinencije s obzirom na dug poluvijek eritrocita. (6) Ipak, eritrociti alkoholičara su skloni oštećenju i skraćivanju poluvijeka. Nakon apstinencije, razina se vraća u normalu u roku od nekoliko dana. Nizak broj trombocita povezan s povećanom transaminazom jetre (aspartat-aminotransferaza, AST i alanin-aminotransferaza, ALT) i povećanje omjera AST / ALT može se smatrati ranim upozoravajućim znakom razvoja alkoholnog oboljenja jetre. Također se kod teških alkoholičara opaža povećani lipoprotein velike gustoće (HDL) čak i nakon redovitog unosa alkohola manje od pet pića dnevno. Prekomjerno konzumiranje alkohola često dovodi i do poremećaja metabolizma masti, što se odražava u povećanju razine triglicerida u serumu. Abnormalnosti u aktivnostima jetrenih enzima, GGT ili ALT, često su prvi klinički znakovi prekomjerne uporabe alkohola. Pojava poremećaja uzimanja

alkohola i adipoziteta zajedno također povećava rizik od abnormalnih transaminaznih aktivnosti, a čini se da je GGT enzim relativno osjetljiviji na unos etanola.

Idealan biomarker za prepoznavanje poremećaja uzimanja alkohola trebao bi biti lako mjerljiv, precizan, reproducibilan, ekonomičan i lako interpretiran od strane kliničara. Iako je dostupna velika količina dosadašnje literature o biomarkerima konzumacije alkohola, podaci o osjetljivosti i specifičnosti čak i najčešće korištenih markera ostaju kontroverzni. Očito je da se pojam normalnih granica za bilo koji biomarker osjetljiv na potrošnju alkohola treba ponovno pregledati u različitim demografskim populacijama i u različitim dobnim skupinama. Ovo je također važan preduvjet za uspješnu provedbu programa rane intervencije. (11)

Općenito, laboratorijska ispitivanja, koja mogu utvrditi nedavnu uporabu alkohola, dodaju dodatne troškove i nisu korisna za ispitivanje u djece i adolescenata. Iako nisu idealna, laboratorijska testiranja su bolja od nikakvog screeninga, a kad se dodaju upitnicima mogu otkriti teško pijenje kod nekih osoba koje su se pokazale negativne na upitnicima. Međutim, pacijenta treba obavijestiti o testiranju, što može biti neugodno jer to znači reći pacijentu koji poriče teško pijenje da će biti testiran. Jedan od razloga za laboratorijsko testiranje je taj da ima rezultat koji se može ponoviti u praćenju kako bi motivirao pacijenta i potvrdio napredak. Laboratorijsko testiranje može biti korisno kada je pacijent kritično ozlijeđen ili ne može govoriti. U takvim okolnostima pacijenti možda nisu iskreni, negiraju uzimanje alkohola ili se ne mogu intervjuirati. Razina alkohola u krvi ili u izdisaju koja ukazuje na uzimanje alkohola može biti korisna informacija koja nadopunjuje upitnike koji se kasnije mogu obaviti. (10)

5. Liječenje

Pristupi liječenju ovise o težini pijenja i dijagnostičkoj kategoriji. Kratke intervencije kojima se savjetuju bolesnici s manje rizičnim pijenjem prikladne su i za bolesnike s rizičnim pijenjem alkohola. Za one s poremećajem uzimanja alkohola, potrebno je uključiti intenzivnije liječenje. Sveobuhvatni pristup liječenju, uključujući uklanjanje simptoma uzdržavanja, psihosocijalna terapija i farmakoterapija, indicirani su kod osoba s poremećajem uporabe alkohola. (12)

Kratke intervencije su dizajnirane da traju od 5 do 20 minuta i učinkovite su kada su isporučene od strane liječnika ili drugih stručnjaka. Iz tih razloga učinkovite su i moguće u ambulantama obiteljske medicine. Kratke intervencije osmišljene su da bi osvijestile pacijenta o vlastitoj uporabi alkohola i povezanim rizicima. Uključuju jasne savjete o uporabi alkohola, informacije o utjecaju alkohola na zdravlje bolesnika i empatiju kod priznanja pacijenta o prekomjernoj uporabi alkohola, te pomoć pri stvaranju promjena. Među pacijentima koji izražavaju interes za promjenom potrebno je pružiti opcije za olakšavanje promjena te preispitati i raspraviti o situacijama koje bi mogle izazvati pretjeranu uporabu alkohola, te na kraju odrediti plan liječenja i praćenja. Među osobama koje nisu spremne napraviti promjenu u uporabi alkohola, najprikladnije je dati specifične savjete o preporučenoj uporabi alkohola, a zatim se raspitati o njihovim razlozima kako za piće tako i za izbjegavanje uporabe alkohola. Kratke intervencije pokazale su se iznimno učinkovite. Elektroničke kratke intervencije do sada nisu u rutinskoj upotrebi. (12)

5.1. Farmakoterapija

Bez farmakološkog dodatka psihosocijalnoj terapiji, klinički ishod je slab. Do 70% pacijenata nastavlja piti u roku od jedne godine. Jasno, osim vanjskih čimbenika, sprječavanje i liječenje alkoholizma mora uključivati zaustavljanje ponavljano pijenja i sprječavanje sindroma uzdržavanja. (7)

Cilj liječenja alkoholizma je apstinencija, koja ostaje primarni fokus terapije. Izuzev toga, redukcija teškog pijenja je prihvaćena kao alternativni cilj terapije. Teško pijenje se definira kao više od pet jedinica na dan za muškarce i više od 4 jedinice

alkohola na dan za žene. Redukcija teškog pijenja je možda prihvatljiviji cilj za pacijente kojima nedostaje volje za prestanak pijenja. (8)

Terapija najčešće započinje tijekom hospitalizacije nakon intoksikacije alkoholom. Nakon inicijalnog liječenja, pacijenta bi trebalo dovoljno često pratiti. Pacijenta treba ohrabrivati i pružiti mu podršku, uključiti članove obitelji, pratiti terapijski odgovor, moguće nuspojave i rane znakove relapsa koji bi mogli dovesti do ozbiljnih komplikacija. (8)

U SAD-u se od strane Američke agencije za hranu i lijekove (FDA) trenutačno odobravaju tri oralna lijeka (naltrekson, akamprosot i disulfiram) i jedan lijek za intramuskularnu primjenu (naltrekson s produženim otpuštanjem) za liječenje ovisnosti o alkoholu. Nedavno se pokazalo da je topiramet, oralni lijek koji se koristi za liječenje epilepsije i migrene, djelotvoran u liječenju ovisnosti o alkoholu, iako ga FDA nije odobrila. Međutim, djelotvornost tih lijekova odobrena je samo za upotrebu kod pacijenata koji su na početku liječenja već apstinirali. (7)

Optimalno trajanje farmakoterapije je nepoznato. Većina kliničkih studija pratila je liječenje kroz tri do šest mjeseci. Stručnjaci preporučuju najmanje šest mjeseci farmakoterapije i dodatnih šest mjeseci praćenja pacijenta. (8)

5.1.1. Naltrekson

Zanimanje za primjenu naltreksona u liječenju poremećaja primjene alkohola počelo je na temelju rezultata istraživanja na životinjama koje sugeriraju da antagonisti na opioidnom receptoru mogu blokirati pozitivne učinke etanola. Eksperimentalne studije na životinjama pokazale su da blokada opioidnih receptora može smanjiti uživanje u pijenju etanola. To je dovelo do kliničkih ispitivanja učinkovitosti primjene naltreksona kod ljudi s poremećajima uzimanja alkohola. Rezultati dvaju placebo kontroliranih ispitivanja pokazali su smanjenje želje, niže stope relapsa i manje učestalo pijenje kod alkoholičara koji su primili naltrekson.

Mehanička osnova za primjenu naltreksona u ovisnosti o alkoholu je njezin učinak na krugove nagrade za alkohol u mozgu. Aktivnosti za pojačavanje učinaka etanola na mozak djelomično se temelje na aktiviranju mezolimbickog puta dopamina.

Endogeni opioidni sustav važan je dio sustava nagrađivanja za etanol u mozgu. Alkohol povećava oslobađanje endogenih opioidnih peptida, koji aktiviraju krugove nagrada u mozgu kroz disinhibiciju GABAergičkih neurona u mezolimbickom putu, što dovodi do veće dopaminske proizvodnje. Naltrekson učinkovito blokira učinke endogenog otpuštanja opioida etanolom, što dovodi do smanjenja euforije proizvedene etanolom. Neke kliničke studije su izvijestile da jedan polimorfizam nukleotida u mu opioidnom receptoru OPRM1 gena može imati pojačani odgovor na učinke naltreksona.

Dok je klinička učinkovitost oralnog naltreksona dosljedno pokazana u višestrukim studijama alkoholne ovisnosti, pridržavanje dnevnog doziranja je štetno za dugotrajnu učinkovitost ovog lijeka. Ovaj faktor je doveo do interesa za razvoj dugodjelujućeg oblika naltreksona. Trenutno je dostupan jedan farmaceutski proizvod s produljenim otpuštanjem (Vivitrol, Alkermes). Primjena dugodjelujućeg oblika postiže razine u plazmi koje učinkovito antagoniziraju mu opioidne receptore najmanje 28 dana, a lijek se može davati u izvanbolničkom okruženju kao dio standardnog kućnog posjeta. (8)

Intramuskularna injekcija dugodjelujućeg naltreksona izbjegava prvi metabolizam jetre, što rezultira nižom kumulativnom dozom naltreksona. Dok dugodjelujući naltrekson ima određene farmakokinetičke prednosti u odnosu na oralni naltrekson, trošak jedne doze iznosi približno 1300 dolara, što je znatno više od mjesec dana opskrbe oralnom formulacijom (oko 50 dolara). (13)

Nuspojave oralne primjene naltreksona su mučnina, glavobolja, vrtoglavica koje se povlače nakon kontinuirane primjene. Lijek može izazvati o dozi ovisan hepatotoksični učinak i zato bi jetrene enzime trebalo periodično pratiti tijekom terapije naltreksonom. (8)

Optimalno trajanje terapije naltreksonom nije utvrđeno i potrebno je dodatno istraživanje dugoročne sigurnosti i učinkovitosti. Drugo pitanje za koje postoji vrlo malo informacija u objavljenoj literaturi je upravljanje akutnom boli kod pojedinaca koji uzimaju naltrekson. (13)

5.1.2. Akamprosat

Akamprosat je slabi antagonist NMDA receptora i aktivator GABA_A receptora. U kliničkim istraživanjima akomprosat je smanjio broj kratkotrajnih i dugotrajnih recidiva kada se kombinira sa psihoterapijom. Uobičajena doza akamprosata je 666mg tri puta dnevno. Manja doza bi se trebala davati osobama s oštećenjima bubrega i tjelesnom masom manjom od 60 kg. (1)

Nedavne studije su pokazale da akamprosat ima značajno veći učinak od naltreksona u održavanju apstinencije, a naltrekson je imao veći učinak od akamprosata na smanjenju teškog pijenja i želje za alkoholom. Za najbolje rezultate potrebna je apstinencija prije uporabe akamprosata. Najčešće nuspojave uključuju glavobolju, proljev, nadutost i mučninu. (7)

Liječenje akamprosatom treba nastaviti čak i ako se pacijent ponovo počne konzumirati alkohol. Akamprosat bi se trebao koristiti kod pacijenata s bolestima jetre i onih koji se liječe opioidima zbog boli ili ovisnosti jer se akamprosat uklanja renalno i ne utječe na endogene ili egzogene opioide. Također je izbor kod pacijenata s više komorbiditeta i onih koji uzimaju druge lijekove jer nema klinički značajnih interakcija lijekova s akamprosatom. (14)

5.1.3. Disulfiram

Disulfiram djeluje tako da inhibira aldehid-dehidrogenazu i to dovodi do nakupljanja aldehida. Uzrokuje neugodu u bolesnika koji piju alkoholna pića. Par minuta nakon uzimanja alkohola pojavljuju se crvenilo, mučnina, znojenje, hipotenzija, glavobolja i konfuzija. Ti učinci traju oko 30 minuta ili nekoliko sati. Za puno djelovanje lijeka potrebno je oko 12 sati. Njegova eliminacija je spora tako da učinci mogu trajati i nekoliko dana nakon posljednje doze. Disulfiram se više ne upotrebljava u velikoj mjeri jer klinička istraživanja ne potvrđuju njegovu djelotvornost. (1)

Postoje i drugi lijekovi koji su se pokazali učinkoviti kod liječenja alkoholizma, no niti jedan još nije dobio odobrenje od Američke agencije za hranu i lijekove (FDA) (1) Od ostalih lijekova valja spomenuti ondansetron, antagonist 5-HT₃ receptora za

serotonin koji se pokazao učinkovit kod pacijenata s genetskom varijacijom gena za serotoninški transporter (5-HTT). Topiramát je lijek koji se koristi za liječenje epilepsije. Istraživanja su pokazala da smanjuje uporabu alkoholnih pića kod alkoholičara u odnosu na placebo. Topiramát je učinkovitiji od placeba u postotku apstinirajućih dana i broju alkoholnih jedinica na dan. U usporedbi s naltreksonom nema velikih razlika u terapijskom ishodu. Gabapentin je antiepileptik koji se pokazao učinkovitim u liječenju alkoholizma. Istraživanja nisu napravljena na dovoljnom broju ispitanika i postoji briga o mogućoj zloupotrebi gabapentina. (15)

Lijekovi koji se trenutno istražuju za liječenje alkoholizma uključuju antikonvulzive, antipsihotike, dopaminske antagoniste, neuropeptid Y antagoniste, rimonabant - antagonist kanabinoidnih receptora. (15)

Kombinacija lijekova, pogotovo onih s različitim mehanizmima djelovanja, pruža mogućnost uspješnijeg liječenja za pacijente koji ne odgovaraju dobro na monoterapiju. COMBINE studija nije pokazala prednost u kombinaciji oralnog naltreksona i akamprosata u odnosu na monoterapiju ili placebo. Dvije studije su pokazale da je kombinacija naltreksona i sertralina (SSRI) učinkovitija u održavanju apstinencije kod nekih pacijenata u odnosu na monoterapiju naltreksonom.(15)

5.1.4. Suvremeni principi primjene farmakoterapije

Sugerira se da se pacijentima s poremećajem uzimanja alkohola ponudi izbor između farmakoterapije i psihosocijalne intervencije kao što je kognitivno-bihevioralna terapija. Pacijentima koji ne postignu remisiju ili adekvatnu redukciju pijenja sa farmakoterapijom ili psihoterapijom sugerira se kombinacija te dvije terapije ili ako je prva terapija bila djelomično uspješna, zamjena te dvije terapije.

Kad se farmakoterapija koristi u liječenju alkoholizma preporučuje se kao prvi lijek izbora naltrekson. Kod pacijenata za akutnim hepatitisom, povišenim jetrenim enzimima ili zatajenjem jetre preporučuje se terapija akamprosatom. Baklofen je dobra alternativa, pogotovo kod pacijenata s cirozom jetre. Naltrekson može izazvati o dozi ovisan hepatotoksičan učinak, a akamprosát se pokazao sigurnim za alkoholičare s težim bolestima jetre. Akamprosát se također preporučuje kod pacijenata koji su

ovisnici o opijatima. Kombinaciju naltreksona s disulfiramom treba izbjegavati jer su oba lijeka potencijalno hepatotoksična. Disulfiram se ne bi trebao koristiti u liječenju alkoholizma, već jedino u održavanju apstinencije. Zbog brojnih nuspojava lijek bi trebali koristiti samo pacijenti koji su motivirani i koji uzimaju lijekove pod nadzorom liječnika. (15)

5.2. Psihosocijalna terapija

Psihosocijalna terapija može smanjiti uporabu alkoholnih pića i produžiti apstinenciju bilo da se koristi sama ili u kombinaciji s farmakoterapijom. Kratkoročni ciljevi uključuju poticanje pacijenta na apstinenciju, smanjenje konzumiranja alkoholnih pića, poticanje pacijenta na korištenje lijekova, uključivanje obitelji i zajednice. Dugoročni ciljevi su podizanje samopouzdanja, rješavanje nastalih socijalnih problema, poboljšanje fizičkog zdravlja i trajna apstinencija. (16)

Alkoholizam je kronična bolest i zato zahtijeva konstantni oprez pacijenta i onih koji ga okružuju, kao i ponavljane intervencije. Mnogi pacijenti s dijagnozom alkoholizma doživjet će putanju obilježenu ponavljanim ciklusima razdoblja apstinencije, relapsa i liječenja. Kako bi se spriječio taj krug znanstvenici i kliničari istražuju, razvijaju i procjenjuju intervencije stalne skrbi. Ove intervencije se mogu sastojati od grupnog savjetovanja, kognitivno-bihevioralne terapije ili drugih pristupa. Njihov je cilj stabilizirati situaciju pacijenata, smanjiti stope povrata bolesti, a time i smanjiti potrebu za dodatnim epizodama liječenja. Većina pacijenta koji započinju s akutnim liječenjem ne dobivaju zadovoljavajuću kroničnu terapiju. To onemogućava istraživačima da procijene djelotvornost kronične terapije i onemogućuje pacijentima da prekinu krug apstinencije, relapsa i liječenja alkoholizma. Očito je da su potrebni novi pristupi kroničnom liječenju alkoholizma. (17)

5.2.1. Tradicionalni pristupi kontinuirane skrbi

Među tradicionalne pristupe u liječenju alkoholizma spada Minnesota model. Minnesota model se sastoji od inicijalne intenzivne faze u bolničkoj, stacionarnoj ustanovi, a nastavlja se manje intenzivnom fazom koja se obavlja u izvanbolničkom objektu. Bazira na modelu od 12 koraka i holističkom pristupu liječenja osobe (tijela, uma i duha). Nakon završenog programa pacijent se upućuje u Klub anonimnih alkoholičara na trajno liječenje. Uz to, pacijent može sudjelovati i u ambulatnoj terapiji kako bi se olakšao prijelaz iz zaštićenog pacijentovog okruženja u stvarni svijet sa svim njegovim problemima i iskušenjima. Iako je ovaj pristup učinkovit za mnoge bolesnike, ima dva glavna nedostatka. Prvo, pristup je relativno nepopustljiv, s malo prostora za prilagodbu karakteristikama ili potrebama određenog pacijenta. Drugo ograničenje modela Minnesota isključivo je fokusiranje na filozofiji Kluba liječenih alkoholičara, koje neki pacijenti odbacuju.

Izvanbolničko liječenje kao inicijalna faza smanjuje troškove liječenja i manje remeti pacijentovu svakodnevicu. Inicijalna faza se obavlja u dnevnim bolnicama ili kao dispanzersko liječenje s grupnom ili obiteljskom terapijom i traje oko 30-60 dana tijekom kojih pacijent na liječenje dolazi dva do tri puta tjedno. Nakon te faze slijedi kontinuirana skrb koja se provodi u istoj ustanovi i koristi jednake strategije kao inicijalna faza, ali rjeđe i manje intenzivno, većinom jednom tjedno. Trenutno se većina alkoholičara liječi izvanbolnički. Pacijenti s ozbiljnim medicinskim i psihijatrijskim problemima liječe se u bolničkim ustanovama. Nedostatak ovog modela je što velik broj pacijenata nastavlja piti tijekom inicijalne faze. Pacijenti koji ne postignu barem nekoliko uzastopnih tjedana apstinencije tijekom početnog razdoblja liječenja imaju slabije dugoročne ishode nego pacijenti koji postižu apstinenciju. Programi kontinuirane skrbi moraju istovremeno liječiti pacijente koji su postigli apstinenciju i one koje nisu, što može utjecati na učinkovitost terapije. (17)

5.2.2. Vrste kontinuirane skrbi

Pristupe kontinuirane skrbi možemo podijeliti u tri kategorije:

1. Grupe za uzajamnu pomoć kao što su Klub liječenih alkoholičara su široko dostupne i jedini je uvjet da pojedinac želi prestati piti. Bolesnike treba rutinski uputiti i poticati da prisustvuju barem jednom sastanku. (12) One se baziraju na programu od 12 koraka i pružaju pacijentima duhovnu i bihevioralnu potporu kako bi jačali svoje samopouzdanje. Svaka grupa nudi nekoliko oblika sastanaka (npr. sastanci gdje svi sudionici sudjeluju u diskusiji, sastanci u kojima se održavaju predavanja i drugi). Svaki pacijent bi trebao posjetiti par sastanaka kako bi mogao ocijeniti koja grupa je za njega najidealnija.

2. Grupne terapije koje se temelje na modelu kroz dvanaest koraka uključuje kroz priručnik vođen pristup kojim se olakšava oporavak s osnovnom pretpostavkom da je alkoholizam posljedica medicinske i duhovne bolesti. Tijekom sastanaka pacijenti razgovaraju o svom trenutnom stanju i svom progresu u ispunjavanju tih 12 koraka. Planirano trajanje ovog oblika kontinuirane skrbi je 3 do 6 mjeseci, međutim 50 posto sudionika odustane prije trećeg mjeseca. (17)

3. Individualne terapije koje se obavljaju većinom u ambulanti obiteljske medicine uključuju kognitivno-bihevioralnu terapiju, motivacijske terapije i bračne i obiteljsku terapiju. (17) Kognitivno bihevioralna terapija ima dvije glavne komponente. Prvo, kroz funkcionalnu analizu, pacijenti su vođeni da identificiraju misli, osjećaje i okolnosti koje se javljaju prije i poslije uzimanja alkohola. Cilj je pomoći pacijentu razviti nove spoznaje o tome zašto konzumiraju alkohol, identificirajući poteškoće u rješavanju problema i utvrditi uzroke za povratak pijenju. Zatim, kroz vježbanje na bazi vještina, pacijenti razvijaju nova ponašanja i tehnike za suočavanje s okidačima zbog kojih se vraćaju pijenju. Motivacijska terapija pomaže pacijentima povećati svoju unutarnju motivaciju za prestankom pijenja alkohola. Ostale psihoterapijske intervencije, kao što su terapija zajednice i bihevioralna terapija parova, također su podržane u literaturi. (18)

5.2.3. Novi pristupi kontinuirane skrbi

Iako su postojeći tradicionalni pristupi kontinuirane skrbi učinkoviti za mnoge pacijente, ti pristupi još uvijek nemaju pozitivne ishode za sve pacijente. Zato su istraživači i kliničari počeli razvijati dodatne programe kako bi povećali broj opcija dostupnih pacijentima i zdravstvenim radnicima. Ovaj se proces usredotočio uglavnom na dugotrajno liječenje koje sve više smanjuje razliku između intenzivne početne njege i manje intenzivne kontinuirane skrbi s ciljem produljenja sudjelovanja u liječenju. Drugi trend je dizajn alternativnih načina isporuke tretmana koji su u mogućnosti doći do pacijenata s ograničenim pristupom ili smanjenim interesom za tradicionalne modele. (17)

5.2.3.1. Kontinuirano bihevioralno liječenje

Istraživači su proveli niz istraživanja terapije u više stupnjeva na skupini beskućnika s poremećajem uzimanja alkohola. Ta terapija uključivala je intenzivnu dnevnu terapiju, nakon koje slijedi skrb smanjenog intenziteta u kombinaciji s radnom terapijom i stambenim zbrinjavanjem. Istraživači su utvrdili da je u usporedbi sa standardnom ambulantom skrbi, intenzivni tretman rezultirao većim sudjelovanjem u liječenju i znatno manjom konzumacijom alkohola. Druga studija procijenila je intenzivan pristup u rješavanju problema koji je pružao niz usluga (npr., pomoć pri rješavanju problema zbrinjavanja djece ili prijevoza, savjetovanje, kontinuirano praćenje). Istraživači su otkrili da je u usporedbi sa standardnom ambulantom skrbi intenzivni pristup rezultirao višom razinom angažmana kao i višim stopama apstinencije tijekom cijelog razdoblja istraživanja. Nije posve jasno je li pozitivni učinak u ovim istraživanjima prvenstveno posljedica dugotrajnosti liječenja ili specifičnih komponenti liječenja. (17)

5.2.3.2. Kontinuirana potpora na temelju telefonskih poziva

Posljednjih godina, neki centri za liječenje počeli su primjenjivati telefonske pristupe kako bi nadopunili i unaprijedili postojeće programe trajne njege. Ovaj je razvoj motiviran barem djelomično otkrićem da, iako centri za liječenje mogu razviti planove trajne skrbi, mnogi pacijenti neće slijediti te planove nakon što se vrate svojim domovima. Kako bi se riješio ovaj problem, neki centri u SAD-u razvili su telefonske programe za kontinuiranu skrb koji uključuju redovite telefonske kontakte s pacijentom do 12 mjeseci. Tijekom tih poziva procjenjuje se pacijentov napredak i rješavaju problemi koji bi mogli dovesti do relapsa, uključujući psihijatrijske probleme, obiteljske probleme, izloženost visokorizičnim situacijama. Pokazalo se da je veće sudjelovanje u programu bilo povezano s boljim rezultatima tijekom praćenja. (17)

5.2.3.3. Kontinuirano praćenje liječnika

Jedna podskupina koja je od posebnog interesa za javnost i medicinsku struku su liječnici s poremećajem uzimanja alkohola . Da bi zadržali svoju licencu, liječnici se moraju podvrgnuti intenzivnom liječenju koje je nekoliko godina strogo nadzirano. Bolesnici moraju održavati apstinenciju, podvrgnuti se slučajnim testovima na alkohol kako bi se dokumentirala apstinencija i moraju se pridržavati dugoročnog plana liječenja. Takva trajna skrb koja uključuje produženo intenzivno praćenje može stvoriti pozitivne ishode, barem u visoko motiviranim pacijentima. (17)

5.2.3.4. Kontinuirano samostalno praćenje

Ovaj nedavno razvijen pristup kontinuiranoj skrbi oslanja se na samostalno praćenje. Pacijenti redovito prate i bilježe svoju konzumaciju alkoholnih pića i druge faktore, što hipotetski motivira pacijente da smanje konzumaciju alkohola nakon nekog vremena. Ovaj pristup zahtijeva daljnje istraživanje. (17)

5.2.4. Prilagođeni oblici kontinuirane skrbi

Ovaj pristup ima za cilj zadržavanje pacijenta u liječenju kroz dulje razdoblje tako da smanjuje opterećenje pacijentu i liječniku, ali omogućuje uključenim stranama da reagiraju na promjene u pacijentovom životu koje povećavaju rizik od relapsa.

U stupnjevitoj skrbi pacijenti najprije primaju najnižu razinu skrbi kako bi se smanjilo opterećenje na pacijenta i tako povećalo sudjelovanje u liječenju. Međutim, ako odgovor bolesnika na ovu razinu skrbi nije dovoljan, ili ako se rizik od relapsa povećava iz nekog razloga (npr. tijekom osobito stresnog perioda) intenzitet se može povećati. Istraživanja su pokazala da su ishodi u pacijenata koji su u stupnjevitoj skrbi bili jednako dobri kao i u onih s punom skrbi, iako su dobili samo polovicu tretmana. Čini se da stupnjevita skrb smanjuje teret na pacijenta kao i troškove javnog zdravstva bez žrtvovanja učinkovitosti liječenja.

U drugom modelu prilagođene kontinuirane terapije smanjuje se intenzitet terapije kod pacijenata koji su pokazali dobar odgovor na liječenje. Jedan od primjera je kontinuirana terapija koja se temelji na telefonskim pozivima. Takav pristup bi se trebao ukomponirati već u inicijalnoj fazi kako bi se pacijent upoznao s metodom rada i stvorio odnos sa savjetnikom i na taj način ubrzao prijelaz iz intenzivne faze u manje intenzivnu kontinuiranu skrb.

Prilagođeni pristupi također se mogu koristiti u nastavku liječenja. Intenzitet terapije se smanjuje kod pacijenata koji su pokazali dobar odgovor na liječenje. Jedan od primjera je kontinuirana terapija koje se temelji na telefonskim pozivima. Studije upućuju na to da pristup temeljen na telefonskim razgovorima dovodi do boljeg ishoda od standardne skrbi. To je relativno novi pristup kontinuiranoj skrbi koji ima za cilj povećati sudjelovanje liječenja smanjenjem tereta za pacijente savjetovanjem putem telefona. Taj bi pristup idealno trebao započeti dok je pacijent i dalje u početnom intenzivnom liječenju kako bi se pacijent upoznao s pristupom i imao priliku izgraditi odnos sa savjetnikom. Tako bi se olakšao prijelaz na manje intenzivnu dugotrajnu skrb i smanjio rizik odustajanja od programa. Pacijent i savjetnik trebaju se susresti na jednom ili dva orijentacijska sastanka tijekom kojih savjetnik može objasniti program, uključujući strukturu poziva i materijale koje pacijent mora imati na raspolaganju tijekom poziva, te uspostaviti plan za hitne slučajeve koje se mogu dogoditi između

zakazanih poziva. Tijekom ovih razgovora, savjetnici mogu slušati promjene u pacijentovom ponašanju (npr. izbjegavajući, površni odgovori) koji bi mogli ukazivati na to da pacijent lažno izvještava o uporabi alkohola. Na taj način, iskusni savjetnici mogu dobiti prilično dobar dojam o statusu bolesnika čak i u odsustvu sastanaka licem u lice ili uzorka urina. Ako pacijent pokaže povećani rizik za recidiv, već je pretrpio recidiv ili se ne čini da dobro reagira na telefonsko savjetovanje, učestalost poziva može se pojačati ili se sastanci licem u lice mogu zakazati i tako osigurati da se pacijent vrati na put prema oporavku. Važno je naglasiti da ovaj način terapije ne zamjenjuje grupe za uzajamnu pomoć i ostale socijalne kontakte, već je samo njihova nadopuna.

(17)

6. Alkoholizam u ordinaciji obiteljske medicine

Poremećaji povezani s ovisnosti su kronična stanja za koja se procjenjuje da se pojavljuju kod jednog od pet bolesnika u ordinaciji obiteljske medicine. Primarna skrb je važna ulazna točka za sve bolesnike koji pate od kroničnih stanja. Specijalisti obiteljske medicine najbolje su pozicionirani za rješavanje poremećaja povezanih s tvarima i ovisnostima na sveobuhvatan način koji obuhvaća screening, prevenciju, dijagnozu, liječenje i prevenciju recidiva.

Trenutačno se pacijenti u primarnoj skrbi, kojima je potrebno liječenje i koji žele pristupiti liječenju, upućuju specijalistima psihijatrije. U tom sustavu preporuke pacijent se često gubi u jazu između primarne zdravstvene zaštite i specijalističkog liječenja te ne uspijeva uspješno sudjelovati u liječenju. Posljedično, pacijenti mogu proći inicijalno liječenje, ali ne ulaze u nadzirano kontinuirano skrb ili se ne mogu zadržati u kroničnom liječenju zbog nezadovoljene potrebe za lijekovima.

Pokazano je da su screening i kratke intervencije prihvatljive za pacijente i učinkovite u primarnoj njezi, ali postoje prepreke. Za primarne zdravstvene djelatnike obučene za screening, kratke intervencije i upućivanje na daljnje liječenje, ove prepreke uključuju nedostatak organizacijske podrške, nedostatak vremena liječnika i nedosljednu komunikaciju.

Pružanje farmakoterapije u okruženju primarne zdravstvene zaštite pokazalo se da osigurava bolje kliničke rezultate nego u specijalističkoj ustanovi. Stoga bi liječenje alkoholizma u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebalo biti alternativa kratkoj intervenciji i upućivanju na specijalističko liječenje. Pri utvrđivanju potrebe za farmakoterapijom potrebno je razmotriti čimbenike koji motiviraju pacijenta na liječenje, potencijal za relaps, ozbiljnost bilo kojeg popratnog medicinskog i psihijatrijskog problema, pacijentovu sposobnost toleriranja lijekova, te trudnoću. Informacije od članova obitelji mogu pružiti korisne informacije o statusu bolesnika, kao i komunikacija s klinikama u kojima se prethodno liječio pacijent. Liječnik i pacijent trebali bi se međusobno dogovoriti o početnom cilju i biti spremni precizirati i revidirati taj cilj dok napreduje liječenje. Na primjer, u radu s pacijentom koji nije voljan postaviti cilj potpune apstinencije, liječnik treba poduprijeti pacijenta da smanji svoju konzumaciju alkohola kao privremeni cilj, iako je potpuna apstinencija sigurnija strategija s većom šansom dugoročnog uspjeha.

Liječnici obiteljske medicine nenadomjestivi su u prevenciji i ranom otkrivanju rizičnog i štetnog pijenja alkohola. Raširenost i ozbiljne posljedice koje nastaju zbog pijenja alkohola su veliki zdravstveni problem i zbog toga liječenje zahtijeva cjelovit pristup pojedincu, obitelji i društvu. Liječnici moraju savladati osnovni pristup za zbrinjavanje problema pijenja alkohola, a on se sastoji od pet koraka: pitaj, procijeni, posavjetuj, pomози, prati.

Liječnici obiteljske medicine još uvijek nisu dovoljno educirani za propisivanje farmakoterapije koja je važna sastavnica u liječenju poremećaja uzimanja alkohola. Osim toga, javlja se i nacionalna zdravstvena kriza povezana sa zloupotrebom psihoaktivnih tvari koja ima veliki utjecaj na zdravstveni sustav. Takvo stanje zahtijeva da liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti preuzmu još važniju ulogu u pružanju učinkovite prevencije, skrbi i liječenja. (14)

7. COMBINE studija

Liječenje ovisnosti o alkoholu u 21. stoljeću ima mogućnost dodavanja farmakoterapije tradicionalnim pristupima liječenju, koji su prvenstveno uključivali savjetovanje, psihosocijalnu terapiju i grupe za podršku. Dok su ishodi liječenja savjetovanjem ili bihevioralnom terapijom bolji od onoga što većina ljudi misli, stope recidiva ostaju neprihvatljivo visoke. Sve veće znanje o neurobiološkom učinku alkohola na mozak dovelo je do razvoja obećavajućih farmakoterapija koje se mogu dodati savjetovanju u liječenju poremećaja uzimanja alkohola.

Trenutno, u SAD-u, postoje četiri lijeka koji su odobreni od strane Američke agencije za hranu i lijekove, za liječenje ovisnosti o alkoholu: disulfiram, oralni naltrekson, akamprosata i intramuskularni naltrekson.

U izdanju časopisa *Journal of the American Medical Association* objavljeni su rezultati najvećeg poznatog kontroliranog farmakoterapijskog kliničkog ispitivanja za liječenje ovisnosti o alkoholu, tj. COMBINE studija. Ova je studija procijenila učinkovitost određenih farmakoterapija, bihevioralnih ili psihosocijalnih terapija i njihovih kombinacija za liječenje ovisnosti o alkoholu

Studija je rađena na 1,383 ispitanika, ovisnika o alkoholu, srednje dobi oko 44 godine. Osam grupa pacijenata liječeno je 16 tjedana naltreksonom u dozi od 100mg na dan ili akamprosatom u dozi od 3g na dan, njihovom kombinacijom i/ili oboje placebo, u kombinaciji ili bez bihevioralne terapije. Deveta grupa je liječena samo kognitivno-bihevioralnom terapijom bez farmakoterapije. Nakon terapije, pacijenti su praćeni kroz godinu dana. U istraživanju su korištene veće doze lijekova jer prijašnji podaci pokazuju da bi veće doze lijekova mogle biti učinkovitije. Međutim postojala je mogućnost smanjivanja doze za pacijente koji nisu tolerirali visoke doze.

Mnogi pacijenti su imali korist od COMBINE studije jer su se u svih devet grupa umanjili dani pijenja, tj. bilo je više dana apstinencije u odnosu na razdoblje prije liječenja. Pacijenti koji su pokazali najbolje statističke rezultate primali su naltrekson samo sa savjetovanjem, bez kognitivno-bihevioralne terapije ili su primali kognitivno-bihevioralnu terapiju sa samo placebo i savjetovanjem. Nije postojala nikakva prednost u studiji COMBINE za kombiniranje akamprosata sa savjetovanjem ili kognitivno-bihevioralnom terapijom. Ipak, mnoge europske studije pokazale su da

dodavanje akamprosata pomaže u održavanju apstinencije. Skupina koja je primala kognitivno-bihevioralnu terapiju bez pilula, tj. bez placeba ili aktivnih lijekova, pokazala je najslabije rezultate. Rezultati COMBINE studije pokazali su da farmakoterapija, poput naltreksona, kada se daje s medicinskim savjetovanjem koje naglašava uzimanje lijekova kako je propisano, može dati klinički značajne ishode. Značaj COMBINE studije je i to što je pokazala da se naltrekson sa savjetovanjem može pružiti i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Liječenje kod specijalista obiteljske medicine moglo bi uvelike povećati mogućnosti liječenja osoba s poremećajem uzimanja alkohola. Rezultati COMBINE studije pružaju važne informacije i nesumnjivo će promijeniti način na koji definiramo i liječimo poremećaje uzimanja alkohola. (19)

8. Europski akcijski plan za smanjenje štetne uporabe alkohola za 2012. – 2020.

Alkohol je jedan od tri prioriteta područja javnog zdravstva na svijetu. Polovica svjetskog stanovništva konzumira alkohol i alkohol je treći uzrok bolesti i prerane smrti u svijetu, nakon niske porođajne težine i nezaštićenog seksa (za koji je alkohol faktor rizika). Alkohol utječe na obje, nezarazne i zarazne bolesti. Europska regija Svjetske zdravstvene organizacije i dalje je područje svijeta s najvišom razinom konzumacije alkohola. U regiji je 40% preranih smrtnih slučajeva uzrokovano s tri faktora rizika koji se mogu izbjeći: pušenje, alkohol i prometne nesreće (koje često uzrokuje alkohol). Smrtnost od kardiovaskularnih bolesti i ozljeda povezanih s alkoholom glavni je uzrok zdravstvenih nejednakosti između država članica.

Ciljevi Europskog akcijskog plana za smanjenje štetne uporabe alkohola su podići svijest o veličini i prirodi zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih tereta štetne uporabe alkohola, jačati i širiti znanje o štetnosti alkohola te razviti učinkovite intervencije radi smanjenja i sprečavanja te štete. Cilj je povećati tehničku potporu i povećati kapacitet država članica za smanjenje štete koju čini alkohol i upravljanje i liječenje poremećaja uzimanja alkohola i povezanih zdravstvenih stanja te jačati partnerstva i poboljšati koordinaciju među zainteresiranim stranama i povećati mobilizaciju resursa potrebnih za usklađenu akciju kako bi se smanjila štetna uporaba alkohola, poboljšati sustave praćenja i nadzora na subnacionalnoj, nacionalnoj i europskoj razini, te osigurati učinkovitije širenje i primjenu informacija za zagovaranje, razvoj politike i evaluaciju.

Deset akcijskih točaka su:

1. Vodstvo, svjesnost i predanost

Značajni napredak moguć je ako postoji adekvatno vodstvo koje pruža nacionalna i lokalna uprava kako bi se osigurala puna svjesnost i predanost svih sektora i razina društva. To se najbolje postiže kroz sveobuhvatne akcijske planove i kroz dobro informirano i podržavajuće društvo. Države osiguravaju da se njeno stanovništvo postupno informira o štetnosti koju alkohol može učiniti pojedincima, obiteljima i zajednicama te o mjerama koje se mogu poduzeti kako bi se smanjila ta šteta. Javna i politička podrška akcijskim planovima protiv alkohola je ključna.

2. Uloga zdravstvenih radnika

Zdravstveni sektor, i kroz njegovu podršku, sektori socijalne skrbi, obrazovanja i rada imaju mogućnost dobivanja zdravstvene koristi i financijske uštede kroz široku primjenu kratkih programa savjetovanja za koje se pokazalo da smanjuju štetne učinke alkohola na zdravlje i preranu smrt nakon opasne i štetne konzumacije alkohola. Naglasak bi također trebao biti na smanjenju konzumacije alkohola tijekom trudnoće, te na zaštiti članova obitelji i djece od posljedica ovisnosti o alkoholu.

3. Djelovanje u zajednici i na radnom mjestu

Djelovanje na lokalnoj razini, u zajednicama, radnim mjestima i odgojno-obrazovnim ustanovama, kada je koordinirano i usklađeno, može smanjiti štetnu uporabu alkohola mijenjanjem kolektivnih, a ne individualnih ponašanja. Kampanje javnog obrazovanja i informacije o zdravstvenim rizicima na etiketi alkoholnih pića mogu se koristiti za potporu lokalnim akcijama. Da bi bila u potpunosti učinkovita, lokalna i kolektivna akcija zahtijeva partnerstvo i izgradnju kapaciteta u različitim sektorima i održivo vodstvo na različitim razinama društva. Tijekom trajanja ovog akcijskog plana, zemlje trebaju, prema potrebi, postupno povećavati broj škola koje provode zdravstvenu promidžbenu akciju, broj općina s lokalnim akcijskim planovima o alkoholu i broj radnih mjesta i poslodavnih tijela koja provode politiku i program protiv alkohola na radnom mjestu.

4. Vožnja pod utjecajem alkohola i protumjere

Čak i male količine alkohola mogu narušiti sposobnost vožnje, a akcije za smanjenje alkohola tijekom vožnje dobivaju široku javnu potporu, osobito zato što mnoge žrtve u prometnim nesrećama nisu same pod utjecajem alkohola, već su žrtve pijanih vozača. Da bi bila učinkovita u smanjenju nepotrebne tragedije, ozljeda i smrtnih slučajeva, potrebna je kontinuirana zajednička akcija između vlade, prometne policije, sustava kaznenog pravosuđa, sigurnosnih vlasti, zdravstvenog sektora, lokalnih zajednica i ostalih dionika.

5. Dostupnost alkohola

Istraživanja pokazuju da što je alkohol dostupniji, više se konzumira. I malo smanjenje dostupnosti alkohola može imati zdravstvenu korist i smanjiti nasilje i štetu

ljudima koji ne pije. Da bi se to postiglo potrebno je zajedničko djelovanje između nacionalnih vlasti, službenika za licenciranje, policije, sustava kaznenog pravosuđa i zdravstvenog sektora. Tijekom trajanja ovog akcijskog plana, zemlje trebaju, gdje je to prikladno, ograničiti ili smanjiti dostupnost alkohola i osigurati propise o ograničavanju prodaje alkohola u alkoholiziranim i maloljetnim osobama.

6. Reklamiranje alkoholnih pića

Postoji mnogo načina da se ograniči izloženost reklamiranju, od izbjegavanja upotrebe humora i glamura i drugih aspekata privlačnih mladim osobama, do sprječavanja televizijskog oglašavanja i kino oglašavanja pa sve do potpune zabrane. Bez obzira na sustav koji je usvojen, zajednički rad između vlade, zdravstvenih sustava, medija i svih oblika telekomunikacija je bitan. Više od toga, potrebna je međunarodna koherentnost, budući da komunikacija prelazi granice. Tijekom trajanja ovog akcijskog plana, a osobito radi zaštite djece i mladih, zemlje trebaju imati sustave sprečavanja neprikladnog i neodgovornog oglašavanja i marketinga .

7. Cijena alkohola

Kada se ostali čimbenici održavaju konstantnim, poput prihoda i cijene ostalih dobara, porast cijena alkohola dovodi do smanjene potrošnje alkohola i smanjenja štetnih posljedica alkohola, i obrnuto. Povećanje cijena korelira sa smanjenjem štete uzrokovane alkoholom. Porezi su jedan od načina da se utječe na cijenu alkohola. Potrebni su snažni odnosi između zdravstvenih odjela (ministarstava) i poreznih službi (ministarstava) kako bi porez mogao imati ulogu u smanjenju štetne uporabe alkohola.

8. Smanjenje negativnih posljedica pijenja i intoksikacije

Ovo se područje djelovanja fokusira na posljedice opijenosti koje proizlaze iz okruženja. Teško opijanje i intoksikacija se mogu pojaviti u svim okruženjima, uključujući dom, kao barove i osobito su štetni za zdravlje i socijalnu dobrobit. Većinu alkohola konzumiraju osobe s teškom ovisnošću o alkoholu, a to je najrizičniji oblik pijenja koji šteti ne samo zbog mogućih nesreća i iznenadne smrti, već i zbog smrti od alkoholizma kao kronične bolesti. Sve točke koje su predložene u ovom akcijskom planu vjerojatno će smanjiti učestalost i količinu pijenja, ali djelovanje u okruženju također je važno. Da bi bila učinkovita, to zahtijeva koordinirani odgovor između vlade,

zdravstvenih sustava, policije, sustava kaznenog pravosuđa, tijela za izdavanje dozvola, trgovaca i alkoholnih prodavaonica, lokalnih zajednica i drugih dionika.

9. Smanjenje utjecaja na zdravlje neprijavljenih alkoholnih pića

Točna količina konzumiranih, neprijavljenih alkoholnih pića je nepoznata, ali se procjenjuje da iznosi između jedne trećine i dvije petine prijavljenog alkohola. Ta je brojka znatno veća u istočnom dijelu regije nego u zapadnom dijelu. Smatra se da neprijavljeni alkohol ima veći utjecaj na zdravlje od prijavljenog alkohola, iako veličina tog problema nije poznata. Neprijavljen alkohol podrazumijeva alkohol kućne izrade i ilegalno uvezen alkohol. Fokus politike trebao bi biti smanjiti štetu od prijavljenog alkohola i pokušati neprijavljeni alkohol uvesti u sustav, istodobno poduzimajući potpunu procjenu opsega potencijalnih šteta od svih oblika alkohola. Tijekom trajanja ovog akcijskog plana, zemlje s utvrđenim problemom trebale bi smanjiti štetni kemijski sastav neprijavljenih alkohola.

10. Praćenje i nadzor

Akcijski plan je učinkovitiji ako se prati i vrednuje njegova provedba i utjecaj na smanjenje štete vezane uz alkohol. To zahtijeva transparentnost i redovito javno izvještavanje o napretku. To također zahtijeva vodstvo i odgovarajuća sredstva kako bi se osiguralo da su potrebni podaci dostupni i da mnogi državni odjeli i sektori zajedno rade na izradi redovitih i detaljnih izvješća o praćenju i nadzoru. Zemlje bi trebale objavljivati redovita, sveobuhvatna izvješća o alkoholu koja uključuju informacije o pijanstvu među odraslim osobama, pijanju maloljetnika i troškovima u društvu.

Zemlje koje djeluju na smanjenju štetne uporabe alkohola će iskoristiti znatne dobitke u smislu boljeg zdravlja i blagostanja stanovništva, povećane zaposlenosti i produktivnosti, povećane štednje zdravstva i socijalne skrbi, veće zdravstvene i ekonomske jednakosti te veće socijalne kohezije i uključivanja. (20)

9. ZAKLJUČAK

Alkohol se danas smatra dijelom socijalizacije i komunikacije. Prisutna je percepcija o alkoholu kao sredstvu kojim se postiže opuštenost i društvenost, a glavna funkcija pijenja postalo je olakšavanje društvene interakcije i socijalizacije. Posljednjih godina raste broj osoba koje konzumiraju alkohol i sve su raširenije društvene situacije u kojima se uzima alkohol. Uporaba alkohola postala je ljudska potreba, a apstinencijsko ponašanje sve je rjeđe. Suvremeni pristup liječenju alkoholizma temelji se na psihoterapiji i rehabilitaciji u obiteljskoj sredini. Pristup u obitelji je važan jer je problem alkohola u obitelji problem ne samo za bolesnika već i za zdravlje i dobrobit partnera, a posebno za razvoj djece. Svi članovi obitelji, pogotovo supružnici, moraju biti svjesni da je alkohol njihov zajednički problem. Alkoholizam je kronična bolest obilježena fazama remisija i relapsa i zato je važna kontinuirana skrb. Specijalisti obiteljske medicine najbolje su pozicionirani za rješavanje poremećaja uzimanja alkohola kroz sveobuhvatan pristup. Liječenje ovisnosti o alkoholu u 21. stoljeću ima mogućnost dodavanja farmakoterapije tradicionalnim pristupima liječenju. Potrebno je obrazovanje o alkoholu uzeti u obzir kao dio šireg političkog pristupa. Ono bi trebalo početi u djetinjstvu s roditeljskom podrškom i nastaviti u školama kao dio cjelovitog pristupa za promicanje zdravlja. U prevenciju je važno uključiti i osobe koje se brinu o djeci kao na primjer učitelje. Nacionalna i lokalna uprava moraju preuzeti odgovornost kako bi se osigurala puna svjesnost i predanost svih sektora i razina društva. To se najbolje postiže kroz sveobuhvatne akcijske planove i kroz dobro informirano društvo.

10. ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Hrvoju Tiljku na ljubaznoj pomoći i razumijevanju pri izradi ovog diplomskog rada.

Najveće hvala mami Anđelki, tati Emiru, braći Inisu i Enesu, Omi Katici i Stanku na podršci i strpljenju.

11. LITERATURA

1. Masters S. Alkoholi. U: Trkulja V, Klarica M, Šalković-Petrešić M, Temeljna i klinička farmakologija, 11. hrvatsko izdanje, Medicinska naklada, 2011., str 387-398
2. Jukić V. Alkoholizam. U: Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada, 2015., str. 121-128
3. Štampar A, Narodna čitanka o alkoholu, U: Vuk R. Vrhovac, 1931., 11. izdanje, str. 9-10
4. Tiljak H, Kolšek M. Pijenje alkohola. U: Katić M, Švab I i sur. Obiteljska medicina, Zagreb, Alfa;2013, str. 151-164
5. Svjetska zdravstvena organizacija, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), U: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Medicinska naklada, 2012.
6. Američka Psihijatrijska udruga, DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, U: Jukić V, Arbanas G, 5. hrvatsko izdanje, Naklada Slap, 2013.
7. Liang, Jing, and Richard W Olsen. "Alcohol Use Disorders and Current Pharmacological Therapies: The Role of GABA_A Receptors." *Acta Pharmacologica Sinica* 35.8 (2014): 981–993. *PMC*. (Pristupljeno 15.5.2017.)
8. Jeanette M Tetrault, Patrick G O'Connor, Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis, Editor: Richard Saitz, 2016. (Pristupljeno 25.4.2017.)
9. Medical Education and Research Foundation for the Treatment of Alcoholism and Other Drug Dependencies (MERF) and the California Society of Addiction Medicine (CSAM), What is SBIRT? How Do You Do It and Teach It Effectively? (Internet, pristupljeno 9.3.2017.) Dostupno na http://www.csamasam.org/sites/default/files/pdf/12_cage_audit_dast.pdf
10. Richard Saitz, Screening for unhealthy use of alcohol and other drugs in primary care. Editor: Andrew J Saxon, 2017. (Internet, pristupljeno 1.6.2017.) Dostupno na www.uptodate.com

11. Niemelä, Onni. "Biomarker-Based Approaches for Assessing Alcohol Use Disorders." Ed. Icro Maremmani. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13.2 (2016): 166. *PMC*.
(Pristupljeno 5.4.2017.)
12. Edelman, E. Jennifer, and David A. Fiellin. "ALCOHOL USE IN THE CLINIC." *Annals of internal medicine* 164.1 (2016): ITC1–ITC16. *PMC*.
(Internet, pristupljeno 20.2.2017.)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753068/>
13. Sudakin, Daniel. "Naltrexone: Not Just for Opioids Anymore." *Journal of Medical Toxicology* 12.1 (2016): 71–75. *PMC*.
(Pristupljeno 5.4.2017.)
14. U Lee, Jinhee et al. "Use of Pharmacotherapies in the Treatment of Alcohol Use Disorders and Opioid Dependence in Primary Care." *BioMed Research International* 2015 (2015): 137020. *PMC*. Web. (Pristupljeno 5.4.2017.)
15. Bankole A Johnson, Editor: Richard Saitz, *Pharmacotherapy for alcohol use disorder*, 2014.
(Internet, pristupljeno 20.2.2017.) Dostupno na www.uptodate.com.
16. Mark D Aronson, Editor: Richard Saitz, *Psychosocial treatment of alcohol use disorder*, 2015.
(Internet, pristupljeno 20.2.2017.) Dostupno na www.uptodate.com
17. McKay, James R., and Susanne Hiller-Sturmhöfel. "Treating Alcoholism As a Chronic Disease: Approaches to Long-Term Continuing Care." *Alcohol Research & Health* 33.4 (2011): 356–370.
(Pristupljeno 9.5.2017.)
18. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, *Medications for Unhealthy Alcohol Use, Across the spectrum*, Stephanie S. O Malley and Patrick G. O Connor
(Internet, pristupljeno 5.5.2017.) Dostupno na:
<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh334/300-312.htm>
19. Pettinati, Helen M., Raymond F. Anton, and Mark L. Willenbring. "The COMBINE Study—: An Overview of the Largest Pharmacotherapy Study to Date for Treating Alcohol Dependence." *Psychiatry (Edgmont)* 3.10 (2006): 36–39.
(Pristupljeno 8.4.2017.)

20. Svjetska zdravstvena organizacija, European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 – 2020

(Internet, pristupljeno 5.6.2017.) Dostupno na:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>)

12. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Lorena Đapo

Datum rođenja: 7.9.1989.

Mjesto rođenja: Karlovac

OBRAZOVANJE:

2008. – 2017. Medicinski fakultet u Zagrebu

2004. – 2008. Gimnazija Karlovac

1996. – 2004. OŠ Dubovac u Karlovcu

OSTALO:

Aktivno služenje u govoru i pismu njemačkim i engleskim jezikom.

Osnove znanja na računalu.