

Alkoholizam i uloga obitelji u liječenju bolesnika ovisnog o alkoholu

Žužić, Antonela

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:926396>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-12**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

ANTONELA ŽUŽIĆ

**ALKOHOLIZAM I ULOGA OBITELJI U LIJEČENJU
BOLESNIKA OVISNOG O ALKOHOLU**

Završni rad

Zadar, 2022.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

**ALKOHOLIZAM I ULOGA OBITELJI U LIJEČENJU BOLESNIKA OVISNOG O
ALKOHOLU**

Završni rad

Student/ica:

Antonela Žužić

Mentor/ica:

Mag. med. techn Anita Škarica

Komentor/ica:

Doc. dr. sc. Nataša Skitarelić

Zadar, 2022.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Antonela Žužić**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Alkoholizam i uloga obitelji u liječenju bolesnika ovisnog o alkoholu** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 1. rujna 2022.

SADRŽAJ

1.UVOD.....	1
2.POVIJESNE NAPOMENE.....	2
3. EPIDEMIOLOGIJA	4
4. ETIOLOGIJA	5
4.1 Neurobiologija ovisnosti o alkoholu	5
4.2 Genetska podloga ovisnosti o alkoholu.....	6
4.3 Psihosocijalni etiološki faktori.....	7
5.PODTIPOVI I FAZE OVISNOSTI O ALKOHOLU.....	8
6.DIJAGNOZA OVISNOSTI O ALKOHOLU	10
7. KLINIČKE SLIKE OVISNOSTI O ALKOHOLU I KOMPLIKACIJE OVISNOSTI O ALKOHOLU.....	12
7.1. Akutna intoksikacija alkoholom	12
7.2 Klinička slika ovisnosti o alkoholu bez komplikacija.....	13
7.3 Kliničke slike ovisnosti o alkoholu s komplikacijama.....	15
7.3.1. Psihijatrijske komplikacije ovisnosti o alkoholu.....	15
7.3.2 Neurološke komplikacije ovisnosti o alkoholu.....	19
7.3.3. Tjelesne komplikacije ovisnosti o alkoholu.....	22
8. LIJEČENJE	26
8.1. Obiteljsko liječenje i uloga obitelji u liječenju alkoholičara.....	26
8.2 Ostali oblici liječenja ovisnosti o alkoholu	28
9.ZAKLJUČAK	32
10.LITERATURA.....	33

SAŽETAK

Alkoholizam je jedan od glavnih problema današnjice. U svijetu 43% populacije konzumira alkohol, dok je u Hrvatskoj ta brojka oko 300 000. Alkoholizam uzrokuje mnoge poteškoće, kako fizičke tako i psihičke, socijalne, ali osim samog oboljelog utječe i na njegovu obitelj. Alkoholizam nije bolest koja nastupa naglo, to je stanje koje obuhvaća dugotrajan i prekomjeren unos alkohola. Usprkos suvremenim obrazovnim programima, alkoholizmu se i dalje ne daje dovoljno pažnje, posebice zato što bolesnik i njegova obitelj često prešućuju da postoji problem, radi straha od osude društva. Pravilnom prevencijom i ranim otkrivanjem i liječenjem alkoholizma, spriječile bi se brojne tjelesne komplikacije, te socijalne poteškoće. Liječenje ovisnika je individualno i to je jedna od najbitnijih stavki liječenja, da se sama terapija kao i način rehabilitacije, prilagode pojedincu, ali i njegovoj obitelji koja ima veliku ulogu u liječenju. Uz primjenu antipsihotika, u liječenju alkoholizma se primjenjuju razne vrste terapije u grupama koje pomažu članovima da razmijene iskustva i međusobno se ohrabruju. Uz grupe dostupni su i klubovi liječenih alkoholičara, kojima se nakon liječenja ovisnici pridružuju te sastaju jednom mjesečno, sa svrhom održavanja zdravstveno-edukativnih aktivnosti.

Ključne riječi: alkoholizam, obitelj, liječenje, prevencija.

SUMMARY

Alcoholism and the role of the family in the treatment of patients addicted to alcohol

Alcoholism is one of the main problems of today. In the world, 43% of the population consumes alcohol, while in Croatia this number is around 300,000. Alcoholism causes many difficulties, both physical and psychological, social, but it affects not only the patient himself, but also his family. Alcoholism is not a disease that occurs suddenly, but rather a process that includes long-term and excessive alcohol intake. Despite modern educational programs, alcoholism is still not given enough attention, especially because the patient and his family often keep silent about the existence of a problem, for fear of being judged by society. Proper prevention and early detection and treatment of alcoholism would prevent numerous physical complications and social difficulties. The treatment of addicts is individual and it is one of the most important aspects of the treatment, that the therapy itself as well as the method of rehabilitation are adapted to the individual, but also to his family, which plays a major role in the treatment. Treatment of alcoholics is a complex process that requires an ecological approach. In addition to the use of antipsychotics, in the treatment of alcoholism, various types of group therapy are used to help members share experiences and encourage each other. In addition to the groups, there are also clubs of treated alcoholics, which addicts join after treatment and meet once a month, with the purpose of maintaining health-educational activities.

Key words: alcoholism, difficulties, family, treatment, prevention.

1. UVOD

Prvi medicinski opisi ovisnosti o alkoholu pojavljuju se u 19.st, a 1951. godine SZO(Svjetska zdravstvena organizacija) u Kopenhagenu ju je definirala kao bolest. U samom kreiranju definicije ovisnosti o alkoholu, glavnu ulogu imao je Elvin Morton Jellinek. Prema njegovoj definiciji: "Ovisnika o alkoholu smatramo osobom koja prekomjerno uzima alkoholna pića, a ovisnost seže do granica gdje pojedinac iskazuje duševnu poremećenost ili manifestacije koje ukazuju na oštećenje fizičkog i psihičkog zdravlja." Ova definicija bila je dosta širokog aspekta pa ju je 1982. godine, Vladimir Hudolin modificirano: „ Ovisnik o alkoholu je osoba kod koje je zbog prekomjernog i stalnog pijenja alkoholnih pića, došlo do zdravstvenih i socijalnih oštećenja.“ Znaci bolesti moraju biti utvrđeni i nedvojbeni, a ne samo zasnovani na pretpostavkama. Ova definicija bila je vrlo dobro prihvaćena. (1)

Zlouporaba alkohola je proces praćen brojnim oštećenjima duševnog i tjelesnog zdravlja, sociopatskim i kriminalnim ponašanjem. Osim poteškoća koje uzrokuje samom pojedincu ovisnom o alkoholu, ovisnost utječe i na društvo u kojem se pojedinac nalazi, posebice na njegovu obitelj. Alkoholizam uzrokuje nefunkcioniranje brakova, zanemarivanje dužnosti, najčešće obveza prema djeci. Po međunarodnoj klasifikaciji uzročnika smrti: „Alkoholizam se nalazi na trećem mjestu u svijetu, a 1/3 brakova se raspada zbog ovisnosti o alkoholu.“ Konzumacija alkohola se u današnje vrijeme smatra poželjnim ponašanjem, te se veže uz osjećaje ugone i zabave, što je pogrešno shvaćanje alkohola, koji dovodi do problema u društvu, a rjeđe zabave. Društveno pijenje određeno je nizom socijalnih čimbenika koji oblikuju uobičajenu upotrebu alkohola i njegovo definiranje je kompleksno. Definiramo ga ovisno o količini konzumiranog alkohola, frekvenciji pijenja, odsustvu intoksikacije, lakoći donošenja odluke o prestanku pijenja te odsustvu fizičkih, psihičkih i socijalnih komplikacija. Liječenje alkoholizma je vrlo kompleksno. Glavna vodilja u liječenju je individualizacija pristupa bolesniku (1).

2. POVIJESNE NAPOMENE

Riječ alkohol dolazi od arapske riječi „al kohol“, što u prijevodu znači „fino“. U najstarijoj usmenoj i pisanoj predaji sačuvanoj u tradiciji, nalaze se podatci o samoj pripremi alkoholnih pića. Arheološki nalazi dokazuju da je čovjek već prije 30 000 godina znao kako dobiti alkoholno piće, te na temelju toga možemo zaključiti da su i prvi slučajevi ovisnosti o alkoholu nastali tada. Na pijenje alkoholnih pića nije se gledalo kao medicinski problem, već kao moralni problem, te se zbog takvog svjetonazora, ovisnike o alkoholu gledalo kao moralno manje vrijedne osobe koje su bile tretirane raznim mjerama. Negativan učinak pojačane konzumacije alkohola se primjećuje u doba prve industrijske revolucije, s pojavom motornih vozila, gdje je bilo vidljivo kako alkohol dovodi do ozbiljnih posljedica u prometu. Zbog nastalih posljedica, organiziraju se razni pokreti i organizacije koje osuđuju proizvodnju i potrošnju alkohola. Jednu takvu organizaciju osnovao je Dragutin Mašek, dekan Medicinskog fakulteta u Zagrebu i liječnik Bolnice milosrdnih sestara, danas poznate pod nazivom KBC Sestre milosrdnice. Uz Dragutina Maška, pojavljuje se i Andrija Štampar koji piše niz stručnih članaka i opasnosti pijenja alkoholnih pića. Benjamin Rush je 1785. opisao djelovanje alkohola na čovjeka s moralističkog stajališta, dok se prvi stručni medicinski radovi povaljuju tek u 19. st. Thomas Sutton 1813. opisuje apstinencijske smetnje u obliku delirija, 1849. Magnus Huss opisuje sindrom alkoholismus chronicus, a krajem 19. st Eugen Bleuler opisuje alkoholnu halucinozu smatrajući ju posebnim oblikom ovisnosti o alkoholu. On u Zurichu otvara prvi odjel za liječenje ovisnika o alkoholu, te je to prvi takav specijalizirani odjel do tada. Sergej Sergejevič Korsakov 1887. opisuje neurološke (polineuropatija) i psihijatrijske (konfabulacije, demencija) ispade koji su kasnije nazvani Korsakovljevom psihozom. Danas je poznato da je uzrok nastanka Korsakovljeve psihoze nedostatak vitamina B1, kao i Wernickeove encefalopatije, koju je opisao Karl Wernicke 1881., kao i Gayet 1875., pa se stanje ponekad naziva i Gayet-Wernickeov encefalopatija. (1)

Prva ustanova za liječenje ovisnih o alkoholu, na našem području, osnovana je uoči Drugog svjetskog rata u okviru Stanice za mentalnu higijenu, koju je vodio Ivan Herceg. Kardinal blaženi Alojzije Stepinac prvi organizira skup o ovisnosti o alkoholu. Hald i Jakobsen su izolirali antabus i opisali njegova svojstva, dok su Jakobsen i Martensen-Lorsen uveli psihofarmakološki pristup u liječenju ovisnosti o alkoholu primjenom antabusa.(1)

Znatan utjecaj na isticanje ovisnosti o alkoholu kao bolesti imala je udruga građana AA, poznata pod nazivom Alcoholics Anonymous, osnovana 1935. u SAD-u. U tom razdoblju Elvin Morton Jellinek osniva prvi i jedinstveni alkohološki centar za svijetu za proučavanje ovisnosti

o alkoholu. Jellenekovo znanstveno utemeljeno djelovanje, bilo je ključno za prihvaćanje ovisnosti o alkoholu kao bolesti, do granice da je ovisnost o alkoholu bila promatrana i pod nazivom Jellenikova bolest. Ovisnost o alkoholu je prihvaćena kao bolest tek 1951. kada ju je SZO definirala kao takvu. Prvo organizirano liječenje u jugoistočnoj Europi je započelo 1. travnja 1964. godine otvaranjem Centra za proučavanje i suzbijanje alkoholizma u današnjoj Klinici za psihijatriju KBC-a Sestre milosrdnice. U Klinici je utemeljen jedinstven program za liječenje i rehabilitaciju ovisnika, Hudolinov kompleksni socijalnopsihijatrijski program, koji se još naziva i Zagrebačka alkohološka škola. Vladimir Hudolin je taj program nazivao ekološkim ili zelenim pristupom alkoholom izazvanim poremećajima (1).

3. EPIDEMIOLOGIJA

U Republici Hrvatskoj oko 30% hospitalizacija u posljednjih nekoliko desetaka godina je bilo uzrokovano ovisnošću o alkoholu, s tim da je udio muškaraca naspram žena bio u odnosu 5:1, dok je taj omjer u razdoblju Drugog svjetskog rata bio 10:1. U Hrvatskoj istraživanja pokazuju da je zastupljenost stanovništva ovisnog o alkoholu oko 10%. Osim povećanog udjela žena u konzumaciji alkohola, u tu skupinu spada i mladež koja započinje s konzumacijom u dobi od 14 do 16 godina (2).

Kod nekih populacija je primjetna smanjena konzumacija alkohola zbog religijske zabrane, za Židove i muslimane. U suvremenom dobu, ovisnost o alkoholu postaje jedna od najbitnijih zdravstvenih problema. Životni vijek osoba ovisnih o alkoholu je skraćen za 20 godina u odnosu na neovisnike. Razne su posljedice pijenja alkoholnih pića, poput ciroze jetre, tumora, trauma, kardiovaskularnih bolesti i hematoloških bolesti, što ukazuje da je svaki treći krevet u zdravstvenim ustanovama zauzet bolesnicima koji se liječe od ovisnosti alkoholom. Prohibicija alkohola ostavlja dojam idealnog rješenja u smanjenju ovisnosti, no to je dovelo do raznih drugih problema, što se vidjelo prilikom prohibicije alkohola u SAD-u kroz 20. stoljeće. Došlo je do pojačane razine kriminala, ilegalnog tržišta te porasta mafijaških pokreta. Tema ovisnosti o alkoholu povlači i tezu o jatrogenoj ovisnosti o alkoholu. Iako je to dvojbeno i etički podijeljena tema, nije upitno da mnogi liječnici preporučaju konzumaciju crnog vina u svrhu preveniranja kardiovaskularnih oboljenja. Etička dvojba je temeljena na tome da osoba ovisna o alkoholu ne može stati na konzumaciji jednog decilitra crnog vina te će tu ovisnost kasnije opravdati preporukom liječnika (1).

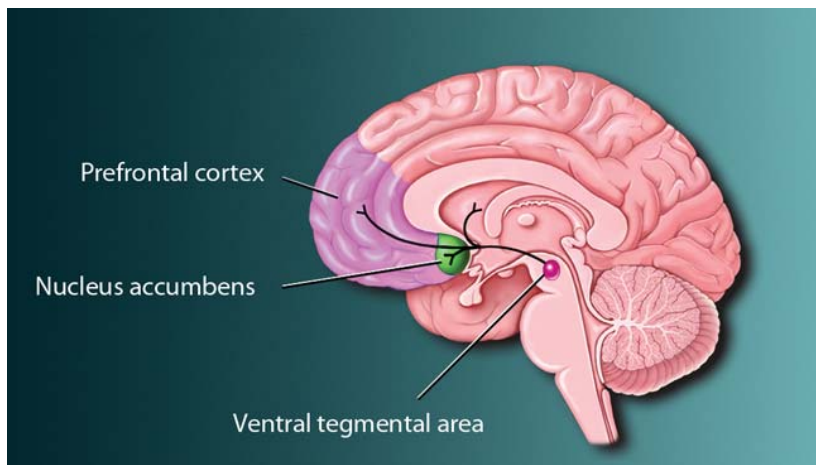
4. ETIOLOGIJA

Sama etiologija ovisnosti o alkoholu nije definirana do kraja, no dosadašnje spoznaje upućuju na to da ovisnost ima unutrašnje, biološke i vanjske čimbenike. Alkoholizam je složeni, multidimenzionalni problem, uzrokovan raznim neurobiološkim i psihosocijalne čimbenicima, kao i određenim utjecajem genetske predispozicije. Uzroci razvitka alkoholizma kod pojedinca nalaze se u njemu samome, kao i u njegovoj bližoj i široj okolini te su međusobno isprepleteni u jednu cjelinu (1).

4.1 Neurobiologija ovisnosti o alkoholu

Etanol, alkohol, je tekućina bez boje koja lako hlapi te joj je kemijska formula $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. Etanol se nakon konzumacije vrlo brzo apsorbira u tankom crijevu, a vrlo opasno stanje je kada se pomiješa sa metilnim alkoholom. U krvi se alkohol nalazi već nakon 10 do 20 minuta a potpuna apsorpcija nastaje nakon 30 do 60 minuta. Alkohol je depresor središnjeg žičanog sustava prema svom farmakološkom djelovanju, no zbog toksičnih djelovanja se ne upotrebljava kao anestetik. Većina alkohola se razgrađuje u jetri, manje količine se izlučuju znojenjem, bubrezima i majčinim mlijekom. Glavni način razgradnje je putem vrlo važnog enzima alkoholne dehidrogenaze (ADH) do acetaldehida, nakon čega se on razgrađuje u acetat pomoću aldehid-dehidrogenaze (ALDH). To su enzimi ovisni o NAD-u (nikotinamid adenin dinukleotid), koji se oksidacijom alkohola i acetaldehida reducira u NADH (nikotinamid adenin dinukleotid hidrogen). Prema autoru Daliboru Karloviću možemo zaključiti: „Niska aktivnost ALDH se manifestira kao „flush“ reakcija akutnog pijanstva nakon konzumacije alkohola kod takvih pojedinaca. Razgradnja alkohola je stalna i ne može se ubrzati te su vjerovanja poput toga da konzumacija određene hrane ili primanje infuzije mogu ubrzati taj proces pogrešna.“ Alkohol u mozgu djeluje na način da potiče neurotransmitere, od kojih je glavna gamaaminomaslačna kiselina (GABA), te djeluje i na glutamatni sustav. Neurotransmiter je kemijska tvar koja se otpušta s jednog neurona na drugi preko sinaptičke pukotine, šaljući tako poruke stanicama. Na presinaptičkim GABA_B autoreceptorima, etanol djeluje na način da potiče dodatno lučenje GABA u sinaptičku pukotinu. Dugom i povećanom konzumacijom alkohola, dolazi do smanjenja broja GABA receptora i umnažanje glutamantnih receptora čime se stvara tolerancija na alkohol. Sukladno tome, autor D. Karlović navodi: „Kod ovisnika kod kojih je naglo prekinuta konzumacija alkohola dolazi do apstinencijske krize koja se očituje kroz tremor, anksioznost, porast krvnog tlaka pa sve do epileptičnih napadaja uzrokovanih

prekomjerno izlučenim glutamantnim receptorima.“ Osim navedenih neurotransmitera, vrlo je važan, svima nama poznat, dopamin. Dopamin je takozvani hormon sreće koji se veže uz osjećaj užitka, u ovom slučaju vezan uz konzumaciju alkohola.. Mezolimbčki dopaminski put ima glavnu ulogu u stvaranju osjećaja ugone i zadovoljstva tokom pijenja alkohola, što kasnije uzrokuje ovisnost. Promjene koje nastaju na postsinaptičkim neuronima, nastale zbog prekomjerne aktivnosti dopaminergičnog neurona, mijenjaju način na koji mozak odgovara na alkohol. Tako nastaju pojave poput žudnje za alkoholom, smanjene tolerancije na alkohol te već spomenute apstinencijske krize. U aktivaciji dopaminskog nagradnog sustava, sudjeluju opioidni peptidi. Endogeni opioidni peptidi (endorfini) se oslobađaju konzumacijom alkohola. Individualne su razlike u osjetljivosti pojedinca na endorfine, uzrokovane različitim intenzitetom žudnje za alkoholom (1).



Slika 1. Prikaz glavnih područja uključenih u moždani nagradni sustav

Izvor : (<http://cellways.blogspot.com/2013/01/>) Preuzeto 27.08.2022.

4.2 Genetska podloga ovisnosti o alkoholu

U ovisnosti o alkoholu veliku ulogu ima i genetsko naslijeđe. Kada govorimo o tome, treba istaknuti da se ovisnost ne nasljeđuje, već sam model konzumacije alkohola. U to spadaju količina, učestalost konzumacije i način djelovanja alkohola na središnji živčani sustav. Model nasljeđivanja alkoholizma govori o tome kako su međusobno povezani geni uključeni u transmisiju, opće metaboličke funkcije i utjecaj okoline na pojedinca (1). Sam utjecaj genetskih čimbenika sadržava tri glavna izvora: studije o proširenom pedigreu (šira rodbina), studije sa

monozigotnim i dizigotnim blizancima te studije o usvojenim osobama čiji su roditelji bili alkoholičari (3). Kod proučavanja šire rodbine došlo je do rezultata da je povećan rizik među rođacima prvog stupnja u što spadaju braća i sestre i roditelji. Proučavanja blizanaca dokazano je da monozigotni blizanci, koji su genetski identični, imaju veću stopu rizika od dizigotnih, koji imaju jednaku stopu kao i braća i sestre koji nisu blizanci (4). Usvojena djeca čiji su roditelji bili alkoholičari, imaju puno veću stopu za razvoj ovisnosti nego posvojena djeca čiji roditelji nisu bili alkoholičari. Doprinos genetike u razvoju alkoholizma je veća kod određenih tipova alkoholizma (5). Istraživanja polimorfizma gena TaqIAD2, dokazuju da je kod tipa A1 ovog gena izražena jaka ovisnost u alkoholu te je dokazan potencijal za politoksikomanijom. (1).

4.3 Psihosocijalni etiološki faktori

U razvoju ovisnosti o alkoholu, doprinose i vanjski čimbenici kao što je dostupnosti alkohola. Društveno prihvaćanje alkohola i njegova dostupnost su glavni etiološki faktori u nastanku ovisnosti. U nekoj društvenoj sredini gdje je pijenje alkohola prihvatljivo, i sama ovisnost o alkoholu bit će logična posljedica i društveno prihvatljiva. Većinom prva alkoholna pića dijete dobiva u svom domu, čime na taj način ta radnja postaje prihvatljiva. Osim samog okusa pića, osjećaj koji nam alkohol donosi se smatra poželjnim i ugodnim. Preuzimanje obrazaca pijenja, djeca preuzimaju od svojih roditelja, posebice muška djeca. Ovisnost se najčešće javlja kod osoba koje bez konzumacije istog nisu sposobne obavljati važne životne zadatke, no to ne vrijedi za svih. Velik broj ovisnika konzumaciju alkohola gledaju kao bijeg od stvarnosti, alat za otklanjanje problema te prikazivanja vlastitog života ugodnijim. Zbog takvih učinaka, liječenje je vrlo teško kod takvih pacijenata. Autor D.Karlović navodi da : „U društvu u kojem je alkohol prihvatljiv, ovisnost se može razviti prema psihosocijalnom modelu kod svake osobe. To nazivamo primarnom ovisnošću o alkoholu. Sekundarna ovisnost o alkoholu, još nazvana i simptomatska ovisnost, nastupa kod pojedinaca kod kojih je ovisnost o alkoholu jedan od načina samoliječenja neko psihičkog poremećaja.“ Ovisnost također može nastupiti i kao profesionalna bolest kod osoba koje rade u samoj proizvodnji i prodaji alkoholnih pića, kao što su ugostitelji i vinogradari. (1)

Preventivni paradoks je skup mjera koje su usmjerene na sve osobe koje piju, ne samo na one koje su prekomjerni potrošači alkohola, čime se ističe da je svako pijenje alkohola rizično ponašanje s različitim posljedicama (1).

5. PODTIPOVI I FAZE OVISNOSTI O ALKOHOLU

Ovisnost o alkoholu se dijeli u nekoliko tipova radi lakšeg određivanja terapije i samog predviđanja prognoze bolesti. Time se omogućava pronalazak najadekvatnijeg načina liječenja.

Dvije su glavne podjele ovisnika o alkoholu: gubitak mogućnosti kontrole pijenja i gubitak mogućnosti apstinencije. (1)

Skupina ovisnika koji spadaju u gubitak mogućnosti pijenja je karakteristična po tome što mogu apstinirati, no kada popiju samo jednu čašu gube kontrolu nad količinom alkohola koju konzumiraju. Nakon trijezjenja slijedi apstinencija, ali samo do prve čaše kada ponovno kreće konzumacija u neograničenim količinama. Za ovakvu vrstu ovisnika karakteristično je da alkohol koriste kako bi olakšali psihičke poteškoće. (1)

Druga skupina ovisnika koji gube mogućnost apstinencije, je poznata po tome što ne mogu apstinirati niti 24 sata. Kod ovog tipa nastupaju simptomi apstinencije čim su primorani ne konzumirati alkohol, primjerice zbog hospitalizacije ili pritvora. Ova skupina ovisnika konzumira alkohol zbog već prisutne neuroadaptacije na alkohol. Konzumacija im omogućava zadovoljavanje fizičkih potreba za alkoholom, bez kojeg nisu u mogućnosti obavljati osnovne životne funkcije i obveze. (1)

Među prvima koji je proveo klasifikaciju ovisnika o alkoholu bio je Jellinek, koji je prije 50 godina podijelio bolesnike u 5 podtipova s obzirom na specifičnosti stanja svake osobe, kao što je postojanje fizičke ovisnosti, žudnje, toleranciju i gubitak kontrole. Jellinek je kliničke slike ovisnosti obilježio slovima grčkog alfabeta (alfa, beta, gama, delta i epsilon). Na njegovu podjelu je Hudolin dodao i zeta podjelu ovisnosti.(1)

Nakon Jellineka, Cloninger sa suradnicima stvara prvu studiju koja prikazuje podjelu ovisnika o alkoholu vođena osobnošću bolesnika. Time nastaje poznata Cloningerova tipologija ovisnosti o alkoholu, podijeljena na tip 1 i tip 2. Glavna razlika među ovisnicima, prema Cloningeru, je u moždanim neurotransmiterskim sustavima. Razlika između tipa 1 i tipa 2 ovisnika je u tome što kod ovisnika tipa 1 je značajno izražena deficitarna dopaminergična transmisija, dok kod tipa 2 ovisnika o alkoholu, dopaminergična transmisija nije u tolikoj mjeri izražena, ali je vidljiv značajan nedostatak serotonergične transmisije. Ovakav model povezivanja transmisije s individualnim osobnostima i razlikama u ličnosti naziva se psihobiološki model alkoholizma. (1)

Nastavak na ovu podjelu, dodao je Lesch sa suradnicima, koji prikazuju podjelu na četiri skupine. Ova podjela bazirana je na obiteljskom nasljeđu, neurobiološkim osnovama i psihopatologiji. Tip 1 ovisnika ove podjele, ima vrlo jake simptome apstinencijske krize, te

konzumacija alkohola ublažava iste, što je razlog njihove ovisnosti. Ovaj tip se još naziva i model alergijske reakcije. U tip 2 ovisnika o alkoholu, poznat kao model anksioznosti ili konflikta, svrstavaju se ovisnici koji piju alkohol zbog njegovog anksiolitičkog učinka, u svrhu samoliječenja. Tip 3 ovisnika karakterizira prisutnost afektivnog poremećaja, gdje alkohol ima ulogu antidepresiva. Još ga nazivamo i modelom depresije. Posljednji tip je tip 4 ovisnika o alkoholu, kojeg još nazivamo i modelom adaptacije, u kojeg svrstavamo bolesnike s poremećajima ponašanja, izraženim poteškoćama u socijalnom funkcioniranju, vidljivim prije četrnaeste godine te premorbidnim oštećenjima mozga. (1)

Alkoholna ovisnost ima četiri faze. Prva je faza, predalkoholičarska faza, koja može trajati od 6 mjeseci do 2 godine. U ovoj fazi bolesnik povremeno konzumira alkohol, zbog osjećaja olakšanja kojeg mu to pruža, no također toga je i svjestan. To postupno postaje trajno rješenje njegovih problema, postiže se veća opuštenost popraćena većom konzumacijom alkohola što dovodi do veće tolerancije na sam alkohol. Druga faza je prodromalna faza, za koju je karakteristična alkoholna amnezija. Prati ju agresivno ponašanje i pri malim količinama alkohola, pohlepno pijenje, izbjegavanje razgovora te osjećaj krivnje zbog pijenja, što sve zajedno stvara ovisnost. Obilježena je velikim količinama alkohola te može trajati od 6 mjeseci do 5 godina. Kritična faza je treća faza alkoholne ovisnosti. U ovoj fazi i najmanja količina alkohola izaziva veliku navalu uzimanja alkohola u velikim količinama, sve do točke nemogućnosti nastavka pijenja. Tada nastupa, takozvano stanje alkoholnog alibija, gdje ovisnik umanjuje svoju krivicu za sve poteškoće i okrivljuje druge. Nakon nekog vremena, pojedinac pokušava riješiti problem regulacijom vrste alkohola, u određeno vrijeme dana. S vremenom, alkohol mu postaje glavna okupacija, te nastupa period prekidanja odnosa, prijateljstava, te loših odnosa u obitelji. Prehrambene navike postaju sve lošije, čime nastupaju prvi fizički znakovi oštećenja organizma. Pojavljuje se i alkoholičarska ljubomora, zbog smanjenih seksualnih funkcija, uzrokovanih oštećenjem reproduktivnog sustava alkoholom. Posljednja faza je kronična faza, obilježena degradacijom, naglim padom tolerancije na alkohol i oslabljenim moralom. Osoba je isključivo u kontaktu s osobama koje imaju isto stajalište o alkoholu kao i ona, a kada je u nedostatku alkohola, popit će i čisti dehidrirani alkohol. Nakon toga postupno slijedi strah, tremor, poremećaj mišljenja i delirium tremens (6).

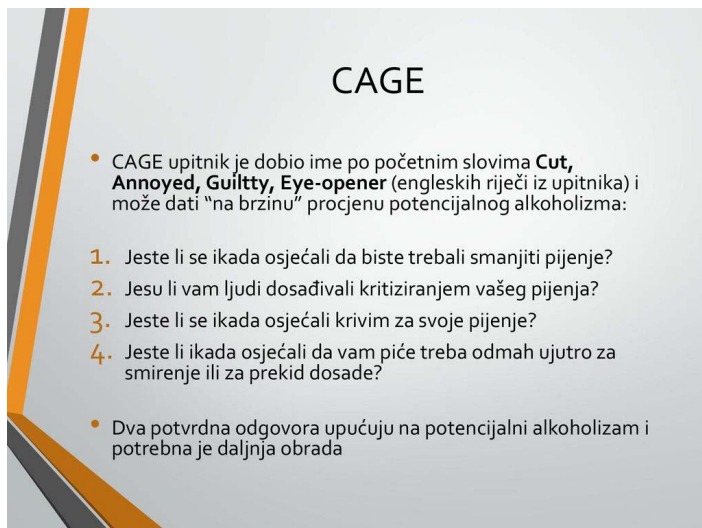
6. DIJAGNOZA OVISNOSTI O ALKOHOLU

Kod postavljanja dijagnoze upotrebljavamo dvije vrste kriterija: MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja, deseta revizija) i DSM 5 (Dijagnostički u statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. revizija). Od šest kriterija, tri moraju biti zadovoljena da bi se postavila dijagnoza kliničkog alkoholizma.(1)

U pomoći pri procjeni same dijagnoze i stanja bolesnika, kao i u raznim istraživanjima, koriste se skale i upitnici koje ispunjava ili liječnik ili sami bolesnik. Oni pomažu kod utvrđivanja problema kod osoba koje još nisu ovisne o alkoholu i utvrđivanja modela pijenja. Neki od njih su AUDIT(Alcohol use Disorders Identification Test), MAST(Michigan Alcohol Screening Test), BDP(Brief Drinker Profile), SADQ(Severity of Alcohol Dependence Questionnaire), SAAD(Short Alcohol Dependence Dana) od kojih je najpoznatiji CAGE.(1)

CAGE upitnik je najrasprostranjeniji alat koji je vrlo jednostavan za uporabu. Dobio je ime uzimanjem početnih slova engleskih riječi „cut down, annoyed, guilty i eye-opener“. Upitnik se sastoji od 4 pitanja, a potvrđan odgovor na svako pitanje donosi po jedan bod. Što je veći sam zbroj bodova, to se dijagnoza smatra težom. U slučaju da je zbroj bodova jednak ili veći od dva, tada je potrebno obaviti dodatne procjene. (1)

Velik broj odgovora vezanih za problem pijenja alkohola možemo dobiti od same obitelji, te to nazivamo heteropodacima. Sam ovisnik sklon je minimaliziranju svojih problema i stanja u kojem se nalazi te zbog toga nije najobjektivniji. Tijekom psihijatrijskog intervjua bolesnik je bezvoljan, nema motivacije, samopouzdanje mu je nisko te smatra da je nesposoban za brigu o sebi i da je podčinjen okolini u kojoj se nalazi. Osim heteropodataka vrlo su bitni i podatci dobiveni laboratorijskim pretragama. Vrlo važni laboratorijski biljezi ovisnosti o alkoholu su: gama glutamiltransferaza (GGT), karbohidrantni-deficijentni transferin (CDT), srednji korpuskularni volumen eritrocita (MCV), aspartataminotransferaza (AST), alanin aminotransferaza (ALT) te koncentracija alkohola u krvi. DSM- 5 omogućuje postavljanje dijagnoze alkoholizma u slučaju kada je tri ili više čimbenika bilo prisutno kod pojedinca u periodu od godine dana (1).



Slika 2. Prikaz CAGE upitnika

Izvor : (<https://slideplayer.com/slide/14988448/>) preuzeto : 30.09.2022.

7. KLINIČKE SLIKE OVISNOSTI O ALKOHOLU I KOMPLIKACIJE OVISNOSTI O ALKOHOLU

Kliničke slike ovisnosti o alkoholu su individualne i zasebne za svakog pojedinca. Zbog te raznolikosti simptomi alkoholizma se često isprepleću s nekim drugim dijagnozama, zbog čega se često liječe trenutna stanja, a ne glavni problem. Kliničke slike povezane s ovisnošću o alkoholu možemo podijeliti na:

1. klinička slika akutne intoksikacije alkoholom
2. klinička slika ovisnosti o alkoholu bez komplikacija
3. klinička slika ovisnosti o alkoholu s komplikacijama
 - a. psihijatrijske komplikacije ovisnosti o alkoholu
 - b. neurološke komplikacije ovisnosti o alkoholu
 - c. tjelesne komplikacije ovisnosti o alkoholu (1).

7.1. Akutna intoksikacija alkoholom

Alkohol ne pripada prirodnom sastavu ljudskog tijela, pa time možemo reći da je svaka konzumacija alkohola intoksikacija organizma. Akutna intoksikacija alkoholom se odnosi na stanje nastalo konzumacijom velikih količina alkohola koje, izazivajući psihičke i fizičke promjene pojedinca. Često se traži konzultacija psihijatra od strane internističkog liječnika, kako bi se odredio daljnji tijek i liječenje jer se ovi bolesnici najčešće kasnije ponovno viđaju na psihijatrijskim odjelima zbog liječenja ovisnosti. Psihijatar određuje je li došlo do intoksikacije slučajno, bez razvijene ovisnosti o alkoholu ili je riječ o pojedincu koji zlouporabi alkohol. Kako nove generacije karakterizira prisutnost alkohola prilikom zabava, ali i kao način životnog stila, ne čudi činjenica da se često ovakva stanja intoksikacije smatraju bezazlenima. Akutna intoksikacija alkohola, ovisno o stupnju alkoholiziranosti i reakcijama pojedinca na alkohol, spada u hitna stanja koja mogu dovesti do raznih komplikacija. Prilikom manje konzumacije alkohola u organizmu dolazi do aktivacije i dezinhibicije, dok pri većim količinama uzrokuje sedaciju. Dezinhibicija ponašanja nastaje djelovanjem alkohola na GABA-u i njegovom povezanošću sa serotoninom, što često dovodi do agresivnog ponašanja. Simptomi ovise o samoj količini alkohola kojeg je pojedinac konzumirao kao i o njegovoj toleranciji na alkohol. Što je veća tolerancija, veća će biti i količina alkohola potrebna za prikaz simptoma intoksikacije.(1)

Ako ponašanje pojedinca ne odgovara količini konzumiranog alkohola, tada sumnjamo na ovisnost. Neki od glavnih simptoma su poremećaj razine svijesti, poremećaj raspoloženja i

kognicije, poremećaj opažanja i promijenjeno ponašanje(2). Pri manjim intoksikacijama, oko 0,3 promila, dolazi do smanjene sposobnosti razmišljanja i usporene psihomotorike. Od 0,3-0,8 promila, dolazi do pogoršanja navedenih simptoma s pojavom slabije koordinacije, pogreški u prosuđivanju, promjene raspoloženja gdje bolesnik postaje opušteniji, pričljiviji i euforičan. Povećanjem količine alkohola dolazi do agresivnog ponašanja, dok povećanjem koncentracije preko 2 promila dolazi do nistagmusa, dizatrije, alkoholne amnezije te poremećaja pamćenja s pojedinačnom amnezijom. Koncentracijom alkohola u krvi većom od 3 promila dovodi do poremećaja rada vitalnih funkcija što može dovesti do smrti (7).

Patološko pijano stanje je poseban oblik alkoholne intoksikacije, koji se karakterizira sumračnim stanjem intoksicirane osobe. Popraćeno je agresivnim ponašanjem, često nasilnim, što je atipično za trijezno stanje osobe, a dovoljne su male količine alkohola da bi došlo do ovog stanja. Prisutna je amnezija za cijeli događaj, nakon čega dolazi do dugog sna. Patološko pijano stanje može dovesti do ubojstva zbog nasilnog ponašanja pojedinca. Samo stanje traje nekoliko minuta, sati, a vrlo rijetko i nekoliko dana. Ovakvom pacijentu je potrebno hitno medicinsko liječenje i nadziranje uz primjenu fizičkog sputavanja (7).

Liječenje akutne intoksikacije ovisi o kliničkoj slici pacijenta, a provodi se u jedinici intenzivnog liječenja. Ne postoji sredstvo koje ubrzava proces razgradnje alkohola i prestanak intoksikacije. U periodu od jednog sata se u organizmu metabolizira oko 0,1 do 0,2 promila alkohola. U slučaju psihomotornog nemira ili opasnosti od jake sedacije, primjenjuje se haloperidol doze 5-10 mg peroralno ili intramuskularno. Kod hitne biokemijske pretrage potrebno je pažnju obratiti na elektrolite i razinu šećera u krvi, jer intoksikacija uzrokuje potpuni disbalans organizma. Osim toga vrlo bitno je praćenje rada srca i disanje. Akutna pijanstva uzrokuju traume i ozlijede glave uzorkovane padom, prometnim nesrećama, često je udisanje povraćenog sadržaja kako i konzumacija drugih psihoaktivnih tvari uz alkohol. Iako je aktivna intoksikacija alkoholom rijetko stanje, uvjetuje hitno medicinsko djelovanje (1).

7.2 Klinička slika ovisnosti o alkoholu bez komplikacija

Pri samom početku konzumacije alkohola, prije ovisnosti, odvija se proces privikavanja organizma na alkohol te stvaranja i rasta tolerancije na alkohol. U početnoj fazi pijenja alkohola, pojedinac konzumira alkohol u dopuštenim granicama, izvan radnog vremena, nema negativnih posljedica za obitelj te može apstinirati. Nastavak ponavljanja ovakvog ponašanja dovodi do nemogućnosti kontrole pijenja. Konzumacija nastupa tokom cijelog dana, tijekom radnog

vremena, prije spavanja, u svakoj prigodi te nastupaju prve apstinencijske krize u trenucima bez alkohola. Pojedinac je nemiran, razdražljiv, prisutni su tremor, glavobolje i mučnine(8).

Kod jako ovisnih osoba, prema autoru Daliboru Karloviću: „Nastupaju jake apstinencijske krize zbog neuroadaptacijskih mehanizama koji izazivaju akutni psihoorganski sindrom poznat pod nazivom delirium tremens.“ U ovom stadiju ovisnosti javljaju se i stanja amnezije dok je bolesnik pod utjecajem alkohola, kao i razne fizičke, psihičke i tjelesne poteškoće u trenucima nedostatka alkohola, pojedinac ovisan o alkoholu može posegnuti za denaturiranim alkoholom, kolonjskom vodom, sredstvima za poslije brijanja i sličnim proizvodima. Da bi zadovoljio svoju potrebu za alkoholom, bolesnik konzumira sve manju i manju količinu alkohola koja ga opija, a autor Dalibor Karlović to objašnjava kao: „Stanje koje se naziva pad tolerancije na alkohol, te je znak težih oštećenja živčanog sustava kao i upućuje na ireverzibilno stanje ovisnosti o alkoholu.“ Bez otkrivanja dijagnoze i pravilnog liječenja, ovi bolesnici umiru unutar 5 godina od oboljenja. Liječenjem se poboljšava stanje pacijenta i produljuje životni vijek, no potpuni oporavak u ovom stadiju nije moguć. (1)

Ovisnost ne pogađa samo oboljelog, već i njegovu okolinu, prijatelje, a ponajviše obitelj. U obitelji su vidljivi prvi znakovi oboljenja, tu nastupaju prve poteškoće koje nerijetko uzrokuju raspad obitelji, dok u društvenom i poslovnom dijelu života ovisnik još uvijek uspijeva održati svoj status. Autor D. Karlović ovi fazu naziva i fazom obiteljskog oštećenja, te navodi: „Ako ne dođe do raspada obitelji, tada su članovi primorani prihvatiti novonastalu situaciju što često uzrokuje nastanak psihičkih poteškoća i kod samih članova. U tom trenutku možemo govoriti o fazi alkoholne bolesti obitelji. U takvim zajednicama neki od članova manifestno piju alkohol te to nazivamo mokrim alkoholizmom, dok su drugi članovi naviknuti na stanje u obitelji i ne piju, a to nazivamo suhim alkoholom.“ U ovakvim obiteljima liječenje i rehabilitacija su potrebni svim članovima obitelji. Nastaje i mijenjanje uloga, gdje često žene prihvaćaju ulogu muškarca u obitelji, dok djeca dobivaju nove uloge koje u normalnim okolnostima ne bi imali.

Druga faza ovisnosti o alkoholu nastaje kada bolesnik više ne može zadržati svoje mjesto u društvu i radnoj okolini. Tu fazu nazivamo fazom društvenih oštećenja. Bolesnik vrlo često izostaje s radnog mjesta, nije u mogućnosti pravilno izvršavati svoje radne obveze, radna okolina postaje sve manja, izbjegava razgovor o problemu te je sklon manipulaciji. Novčane poteškoće su popratni problem u ovoj situaciji. Osoba ovisna o alkoholu ne troši novac racionalno te je sklona čašćenju sebe i drugih u velikim količinama, na što se još nadovezuju igre na sreću koje dodatno dovode do stanja neimaštine. Pijenjem alkohola smanjuju se motoričke sposobnosti, zbog čega su vrlo česte prometne nesreće izazvane alkoholiziranim

stanjem vozača. Osim opasnosti u prometu, alkoholizirana stanja dovode i do agresivnih i seksualno neprimjerenih ponašanja. (1)

Uz navedene probleme koje uzrokuje alkohol, vrlo je bitno spomenuti i zlouporabu alkohola, koju treba znati razlikovati od same ovisnosti o alkoholu. Za razliku od ovisnosti, zlouporaba nema jasne znakove neuroadaptacije, već dolazi do ponavljanja konzumacije alkohola u štetnim situacijama s neželjenim posljedicama. Neželjene posljedice uključuju oštećenu sposobnost za potpuno funkcioniranje, neizvršavanje uloga na poslu, školi, unutar obitelji te dovode do rizičnih situacija poput vožnje u alkoholiziranom stanju, problema sa zakonom te najčešće uzrokuju tjelesne poteškoće od kojih je najzastupljenije oštećenje jetre (1).

7.3 Kliničke slike ovisnosti o alkoholu s komplikacijama

7.3.1. Psihijatrijske komplikacije ovisnosti o alkoholu

Kada govorimo o psihijatrijskim komplikacijama ovisnosti o alkoholu tada obuhvaćamo apstinencijski sindrom ovisnika o alkoholu, alkoholnu halucinozu, alkoholnu ljubomoru/psihoza ljubomornosti, Korsakovljevu psihozu i alkoholne demencije (1).

Autor Dalibor Karlović navodi : „Apstinencijski sindrom obuhvaća širok spektar poremećaja, od blagih poput povećane anksioznosti i poremećaja spavanja, do onih težih kao akutni psihoorganski sindrom ili delirium tremens. Delirium tremens je vrlo teška psihijatrijska komplikacija uzrokovana alkoholom te zahtijeva liječenje u jedinici intenzivne skrbi.“ Većina bolesnika sa apstinencijskim smetnjama, skoro njih 90%, treba suportivnu te blagu anksiolitičku terapiju. Kod ovakvih bolesnika česte su komplikacije unutar nekoliko sati po samom prestanku konzumacije alkohola koje prestaju unutar tri do pet dana. Smetnje su iskazane poput tremora, razdražljivosti i gubitka apetita, dok je najznačajniji znak generalizirani tremor cijelog tijela. Tremor može biti toliko jak da zahvati i jezik, što bolesnika sputava u govoru, tremor nogu onemogućava hodanje dok se ruke tresu toliko jako da pojedinac ne može držati čašu bez da ne prolije. Rjeđe se pojavljuju halucinacije i epileptički napadi.(1)

U liječenju apstinencijski smetnji kod ovisnika o alkoholu, najčešće se koriste benzodiazepini, čiju dozu određujemo ovisno o jačini smetnji. Kroz praksu se pokazalo da je doza od 30mg kroz 24h dovoljna. Kod pojave epileptičkih napadaja primjenjuje se fenobarbiton i.m. i

diazepam i.v., dok se kod halucinacija koristi terapija antipsihoticima, najčešće dopaminski antagonist, koji se primjenjuju uz veliki oprez zbog toga što smanjuju epileptički prag. Uz navedenu terapiju uvrstavamo i vitamine B1 i B6 intravenski te B12 intramuskularno (1).

Delirium tremens je najveća akutna komplikacija alkoholnog apstinencijskog sindroma. Smrtnost je vrlo velika unatoč tome što je stanje prepoznato još prije više od 150 godina, te zahvaća 10% ovisnika o alkoholu s neliječenim akutnim delirijem, a oko 25% onih koji imaju neke druge vrste komplikacija ovisnosti. Nastanku delirija pridonose upale, traume glave i loše prehrambene navike. Delirium tremens se najčešće pojavljuje unutar 24 do 96 sati od početka apstinencije (1). Stanje pacijenta se pogoršava tijekom večernjih sati ili u mračnoj prostoriji, kada su simptomi iskazani kroz nemir, nesanicu, strah i gastrointestinalne smetnje, najčešće proljev. Klasična trijada simptoma uključuje delirantno promijenjenu svijest, žive halucinacije koje koje obuhvaćaju sve vrste percepcije, a najviše vidne, te jak tremor. Uz navedene simptome su prisutni znakovi vegetativnog sustava poput znojenja, tahikardije, crvenila lica i hipertenzije popraćeno sumanutim idejama, agitacijom i nesanicom. Delirantno promijenjen pacijent gubi percepciju o vremenu i prostoru (9). Vrlo često pacijenti bolnicu zamišljaju nekim drugim mjestom, a medicinsko osoblje zamjenjuju osobama iz privatnog života, dok u idućih pet minuta se ponašaju potpuno prikladno i svjesni su da su u bolnici. Halucinacije i iluzije su živahne i kaotične, a mogu se manifestirati kroz vizije, viđenje kukaca, zmija, osjećanje mirisa koji nisu prisutni poput mirisa plina, prisutnost raznih zvukova ili glasova. Halucinacije životinja koje gmižu po njima su često vrlo žarkih boja te ih još nazivamo kaleidoskopski animiranim halucinacijama. Razvitkom bolesti pacijent postaje anksiozan i uplašen, što dovodi do razvitka tremora. Tremor se može postupno razvijati bez da se primijeti, ali može biti toliko jak da se krevet trese zajedno s pacijentom. Strah koji se javlja kod halucinacija pacijenta čini vrlo nemirnim te pojedinac ima tendenciju da hvata stvari oko sebe, trga odjeću sa sebe, pojavom nekog novog zvuka krene trčati i slične situacije koje mogu biti opasne jer dovode do visokog rizika za pad, ozlijede i ostale nezgode (1). Velik je rizik i za dehidracijom zbog pojačanog znojenja, apetit je oslabljen, puls ubrzan te ovakvi simptomi koji traju nekoliko dana i duže mogu dovesti do dehidracije, poremećaja elektrolita, kolapsa i iscrpljenosti što dovodi do naglog porasta temperature, razvoja uroinfekta, pneumonije i ostalih komplikacija (9). Delirantno stanje traje pretežno dva do tri dana, prolazi spontano nakon prospavane noći i čvrstog sna. U nekim slučajevima dolazi do protražiranog stanja, gdje se izmjenjuju stanja relapsa sa stanjima lucidnosti. (1)

Kod adekvatnog liječenja prognoza je dobra, no mogu nastati konvulzije koje prelaze u epileptički status zbog srčanog zastoja, upale, gdje može doći do smrti. U liječenju delirija

ključnu ulogu ima sama prevencija stanja. Najbolji način sprječavanja je adekvatno liječenje apstinencijskog sindroma pravilnim terapijskim dozama. Liječenje obuhvaća i tjelesno i psihičko praćenje stanja pacijenta. U liječenju se najčešće koriste benzodiazepini koji preko GABA receptora potiču djelovanje glavnog inhibitorynog neurotransmitterskog sustava. Primjena je intravenska, dirigitano i personalizirano, ovisno o kliničkoj slici pacijenta. U slučaju pojava halucinacija i jakih psihičkih agitacija, potrebno je primijeniti haloperidol peroralno ili intramuskularno, 5-10 mg, te ponoviti nakon 2 sata ako je potrebno. Uz primjenu navedene terapije uključen je i stalan monitoring, praćenje vitalnih funkcija, tjelesne temperature, nadoknadu elektrolita i tekućine, acidobaznog statusa, GUK-a i kreatinin-kinaze. Kreatinin-kinaza je vrlo bitna za praćenje zbog toga što njezin porast vrijednosti više od 10 i.j. uzrokuje rabdomiolizu, što je termin koji označava oštećenje mišićnog tkiva. Važnu ulogu ima i primjena vitamina B, koji je koristan u prevenciji periferne neuropatije i Wernick-Korsakovljevog sindroma. Vitamin B1 se daje odmah prilikom hospitalizacije, intravenski, u dozi od 100 mg, te se nastavlja primjena slijedećih nekoliko dana dok se ne uspostavi normalna prehrana. Vitamin B9, poznat kao folna kiselina, se također primjenjuje svakodnevno u dozi od 1 do 5mg peroralno i intramuskularno. Prehrana kod ovakvih bolesnika bi trebala biti bogata ugljikohidratima, te sadržavati 3000-4000 kalorija dnevno (1).

Alkoholna halucinoza je termin koji se koristi kod opisa slušnih i vidnih halucinacija koje nastaju tijekom razdoblja jake konzumacije alkohola ili nakon toga, a karakteristični su za psihijatrijske komplikacije kod ovisnika o alkoholu. Kod kliničke slike dominira halucinacija bez sumanutosti najčešće, a ako su i prisutne tada su sekundarne. Kod takvih bolesnika svijest, orijentacija i osobnost su potpuno očuvane. Halucinacije su žive te nastaju pri punoj svijesti i dobroj orijentaciji. Trajanje alkoholnih halucinoza je nekoliko tjedana, a rjeđe traju mjesecima (10). Karakteristike halucinoza su halucinacije slušnog karaktera koje se mogu sastojati od šumova, zvukova ili neke glazbe, te postepeno postaju izraženiji i javljaju se u obliku glasova. Glasovi se mogu obraćati direktno pacijentu, komentirati ga pohvalno ili optužujući, što utječe na pacijentove daljnje radnje koje su nekontrolirane ili popraćene pokušajem suicida.(1)

Alkoholna halucinoza može biti prolazna i tada ju nazivamo akutnom alkoholnom halucinozom ili Wernickeovom halucinozom. Kada halucinoza poprimi kroničan tijek tada ju nazivamo Kraepelinovom halucinatornom paranojom. Najčešće traje nekoliko dana ili tjedana, nakon čega se povlači, ponekad i naglo. Ponekad halucinacije kod ovisnika o alkoholu mogu biti prolazno stanje, koje uvodi u stanje delirija. To je tranzitorno halucinatorno iskustvo koje pojedinac iskusi neku od obmana osjetila, naglo, te vrlo brzo prestaje. Ovakvi simptomi se

moгу doživjeti tijekom dugotrajno prevelike konzumacije alkohola ili u fazi prestanka pijenja. Za razliku od deliriuma tremensa, nema fizioloških poremećaja, te se liječi antipsihoticima (1).

Alkoholna ljubomora/psihoza ljubomornosti se javlja u kasnijim fazama ovisnosti, tipično kod muškaraca. Neki od starijih autora smatraju kako se ovaj fenomen javlja zbog toga što konzumacija alkohola utječe na impotenciju muškarca, te se kod alkoholizma, muškarac dvoumi oko svoje muškosti, što izaziva osjećaj ljubomore. Patološka ljubomora nije toliko rijetka pojava, u nekim slučajevima je postojala već i od prije, u dobu djetinjstva, te se manifestirala u odrasloj dobi, kada ju pojedinac pokušava riješiti konzumacijom alkohola (11). Muškarac koji ima ljubomorne sumanutosti, sumnja u vjernost svoje žene, partnerice ili ljubavnice i na različite načine ju uhodi. Česti su slučajevi uhođenja, optuživanja žene za razne veze i prevare koje ona nije počinila, te nije rijetkost da muškarci godinama nakon rastave i prestanka odnosa sa ženom i dalje uhode i prate zbog ljubomore. Taj osjećaj nije usmjeren samo na partnericu već može biti i iskazan na kćeri, a zbog ljubomorne sumanutosti počinjaju kaznena djela silovanja, ozljeda ili ubojstva žene ili njezinog ljubavnika. Liječenje je primjenom antipsihotika, a liječenje samih sumanutih ideja je vrlo ograničeno u većini slučajeva (1).

Korsakovljeva psihoza je poremećaj koji nastaje u kasnijim stadijima pijenja alkohola, nakon nekoliko godina aktivne konzumacije, te se sporo razvija. Ovaj poremećaj je prvi opisao Sergej Sergejevič Korsakov, u razdoblju između 1887. i 1891. godine, gdje se prvi put pojavljuje polineuritis, zbog čega se još i naziva polineuritičkom psihozom (1). Bez polineuritisa se ne može uspostaviti dijagnoza Korsakovljeve psihoze, koju prati amnezija uz konfabulacije te poremećaj orijentacije (12). Konfabulacije su izmišljeni sadržaji kojima bolesnik popunjava rupe u pamćenju i sjećanju. Bolesnici ne shvaćaju gubitak pamćenja te nemaju uvid u svoje stanje. Samo stanje bez polineuritisa se naziva alkoholnom anamnezijom ili Korsakovljevim sindromom koji može biti posljedica raznih faktora koji ne moraju uključivati alkohol. Psihoza može nastupiti nakon delirium tremensa i tada je akutnog oblika, dok kronični oblik nastaje nakon dugogodišnjeg pijenja alkohola. Korsakovljeva psihoza ima slične ili iste patološke promijene kao i Wernickeova encefalopatija poput oštećenja moždane kore, difuzno spongiozno propadanje tkiva i oštećenja mamilarnih tkiva, pa se često govori o Wernick-Korsakovljevoj bolesti. Liječenje se odvija u bolnici, primjenom vitamina B1 (1). Ako govorimo o akutnoj kliničkoj slici, tada je moguće da je riječ o reverzibilnoj fazi bolesti. U akutnoj fazi je jako naglašen gubitak pamćenja, koji se tijekom vremena može lagano popraviti, iako u većini slučajeva do poboljšanja ne dolazi, izrazito kod kroničnih oblika (12).

Alkoholne demencije čine skupinu različitih kliničkih slika koje su uvijek alkoholne etiologije, od koji je karakteristična tipična klinička slika Korsakovljeve psihoze. Uslijed dugogodišnje konzumacije alkohola dolazi do difuzne atrofije mozga, kortikalnih i supkortikalnih struktura. Ovakve promjene prisutne su u 80% slučajeva ovisnika o alkoholu, a daju kliničku sliku promijenjene ličnosti uz smetnje u pamćenju. Promjene ličnosti izražene su kroz izgubljene etičko-moralne norme te nekritično ponašanje. Kod dominacije malog mozga u kliničkoj slici javljaju se ataksija i smetnje ravnoteže cerebralnog tipa i tremor. Alkoholna demencija može biti nastavak stanja kao što su Wernickeova encefalopatija ili delirium tremens. (1)

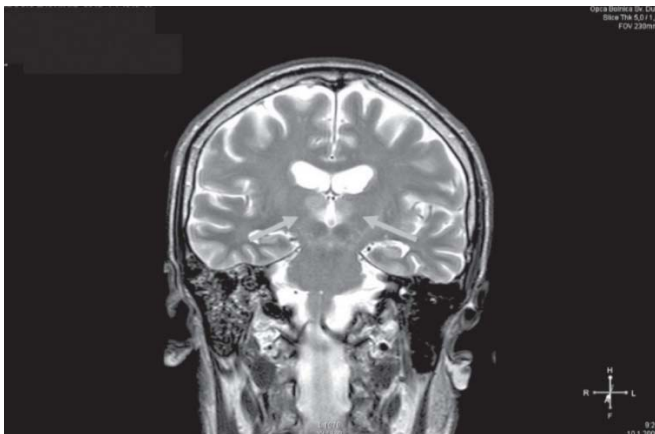
Valjalo bi spomenuti i intermedijarni alkoholni sindrom, koji se po karakteristikama prognoze bolesti nalazi između reverzibilnih i kroničnih oštećenja po samom tipu demencije. U ovoj fazi ovisnosti, bolesnik uz pravilno liječenje, započinjanje apstinencije te nadoknadu vitamina može spriječiti daljnje komplikacije i razvoj demencije. Kod alkoholnih demencija nailazimo na specifične promijene u neuroradiološkoj obradi (CT i MR), poput difuzne kortikalne atrofije, atrofije malog mozga, proširenje lateralnih ventrikula i treće moždane komore. Klinička slika je izraženija, a samim time i prognoza lošija, što je atrofija kortikalnih i subkortikalnih struktura izraženija. Liječenje koje popravljaju samu sliku demencije ne postoji, no ovisno o stanju primjenjuju se različiti psihofarmaci. Može se djelovati i sa visokim dozama vitamina B1, B6 i B12, no vrlo ograničeno. Progresiju demencije možemo zaustaviti potpunom apstinencijom od alkohola, što često zahtijeva trajno smještanje pojedinaca u dom gdje je prisutna stalna zdravstvena njega (1).

7.3.2 Neurološke komplikacije ovisnosti o alkoholu

U neurološke komplikacije ovisnika o alkoholu ubrajamo Wernickeovu encefalopatiju, alkoholom uzrokovani epileptički napadi tijekom apstinencijskog sindroma, alkoholna ambliopija, centralna pontina mijelinoliza, Marchiafava-Bignamijeva bolest, periferna neuropatija, subduralni hematoma u ovisnika o alkoholu te fetalni alkoholni sindrom. (1).

Wernickeova encefalopatija uzrokovana je manjkom tiamina (vitamin B1), karakteristično za ovisnike o alkoholu (12). Klinička slika prikazuje stanje hemoragijske poliencefalopatije, odnosno sitne hemoragije u oštećenim dijelovima mozga s degeneracijom, posebice u području moždanog debla, akveduktusa, 3. moždane komore i mamilarne tijela. Sam naziv ovog stanja dobio je ime po Wernickeu koji je 1881. opisao tri ovakva slučaja. Sličan prikaz slučaja imao je i Gayet, 1875. godine, pa bolest još možemo i nazvati Gayet-

Wernickeovom encefalopatijom (1). Bolest nastupa naglo i akutno, sa četiri karakteristična simptoma: oftalmoplegijom, nistagmusom, ataksijom i smetenošću (12). Oftalmoplegija se očituje u parezi mišića oka pokretača, u uznapredovaloj bolesti zbog oštećenja ponsa zjenice postaju vrlo uske i slabo ragiraju na svijetlo. Ataksija je očitovana kroz ataksiju trupa, hodanja i stajanja. Psihičke poteškoće očituju se kroz kvalitativne promijene svijesti, konfuzne bolesnike te s manjkom orijentacije. Moguća je pojava i somnolencije te halucinacija koje su voljno-nagonskog tipa. Bolest se još naziva i Wernicke-Korsakovljeva encefalopatija zbog sličnosti u smetnjama vezanih uz konfabulaciju. Liječenje se provodi u odjelu intenzivne skrbi gdje se primjenjuju velike doze tiamina (B1), doze 100mg, intravenski, što se treba provoditi u periodu i do 3 mjeseca. Primjena tiamina prije pojave psihičkih smetnji, uz prisutnost neuroloških ispada, može spriječiti nastanak psihijatrijske kliničke slike. Unatoč liječenju Wernickeova encefalopatija je i dalje smrtna unutar nekoliko dana. 10-20% bolesnika završi letalno (1).



Slika 3. Nalaz MR mozga u trenutku postavlja dijagnoze Wernickeove encefalopatije
Izvor (<https://hrcak.srce.hr/file/291647>) Preuzeto 28.08.2022.

Alkoholom uzrokovani epileptički napadi tijekom apstinencijskog sindroma su rijetki te se češće pojavljuju kod bolesnika s ozljedom mozga ili već od prije prisutnim epileptičkim napadajima. Kod ovakvih bolesnika potrebna je neuroradiološka obrada, gdje možemo vidjeti prisutnost fokalne lezije i subarahnoidalnog krvarenja. Nastanku napadaja prethode učestale detoksikacije, koje imaju veću ulogu od samog trajanja i količine pijenja alkohola. Napad nastupa kada dođe do naglog pada koncentracije alkohola u krvi unutar 6 do 24 sata nakon konzumacije alkohola. Napadi se mogu ponavljati unutar 24 sata, no status epilepticus se pojavljuje u 10% slučajeva. Liječenje je primjenom benzodijazepina, a u slučaju postojanja

epilepsije od prije, tada se primjenjuje antikonvulzivna terapija. Apstinencijom i liječenjem ovisnosti smanjuju se i epileptički napadaji (1)

Alkoholna ambliopija je rijetko stanje karakterizirano oštećenjem oštine vida, rjeđe prisutnom poteškoćom u razlikovanju zelene od crvene boje. Prilikom testiranja otkriva se centralna slijepa mrlja s očuvanim perifernim vidnim poljem, koja nastaje zbog retrobulbarne neuropatije nervusa optikusa (1). Uzrok ovoga stanja je smanjena koncentracija vitamina B12 zbog smanjenja apsorpcije u sluznici tankog crijeva (13). Slična slika nastaje kod konzumacije duhanskih proizvoda kod ovisnika o alkoholu, pa se u tom slučaju još naziva i duhansko-alkoholna ambliopija (1).

Centralna pontina mijelinoliza je stanje središnje demijelinizacije u sredini ponsa, dok aksoni i živčane stanice ostaju očuvani. Bolest se dokazuje neuroradiološkom obradom (MR). U kiliničkoj slici prisutne su lagane i blage pareze sve do teških piramidnih poremećaja poput tetra pareze, pseudo-bulbarna paraliza i spastična ili flakcidna kvadriplegija, koja često završava smrću (1).

Morelova laminarna skleroza opisana je 1939. godine, a opisao ju je Morel po kojem je dobila i naziv. Kada govorimo o Morelovoj mainarnoj sklerozi, tada govorimo o oštećenju trećeg sloja moždane kore koja je karakterizirana spužvastom degeneracijom i gliozom. Ova bolest se može ponekad udružiti sa Marchiafava-Bignamijevom bolesti (1).

Marchiafava-Bignamijeva bolest je stanje koju su 1903. godine opisali Ettore Marchiafava i Amico Bignami (1). Riječ je o degeneraciji korpusa kalozuma i smislu demijelinizacije, koja je posebno izražena u prednjim djelovima korpusa kalozuma (14). Klinička slika je često „nijema“, pa se nerijetko otkriva kada se bolesnik obrađuje neuroradiološki (MR) iz nekih drugih razloga (1). Simptomi koji se javljaju su: uzbuđenost, agitacija, halucinacije, epileptički napadaji, apatija, poremećaj hoda u obliku ataksije, dizartrija i demencija (14). Kako smo naveli da je bolest često skrivena, tako su i ovi simptomi rijetke pojavnosti. Liječi se klasičnim načinom liječenja ovisnosti o alkoholu te apstinencijom, a često završava smrću (1).

Periferna neuropatija je senzomotorna neuropatija koja se javlja u različitim stupnjevima kod oko 10% teških i dugotrajnih ovisnika o alkoholu. Važnim čimbenicima se smatraju manjak vitamina B, toksičan učinak samog alkohola koji uzrokuje oštećenje aksona u ovom slučaju. Simptomi se češće javljaju na donjim ekstremitetima, počevši od blagih simptoma koji postupno progrediraju (12). Bolesnici navode parestezije, bol u stopalima i listovima te grčeve. Tipična je obostrana slabost nogu kao i malih mišića ruku i prstiju. Refleksi na ekstremitetima su oslabljeni, oskudni, a u najtežim slučajevima je vidljiva pareza peronealne

muskulature. Liječenje se provodi primjenom vitamina B, fizikalnom terapijom, liječenje same ovisnosti o alkoholu te započinjanje apstinencije. Opravak je vrlo spor, dosta često nepotpun, a kod nekih bolesnika dolazi do gubitka osjeta (1).

Subduralni hematom u ovisnika o alkoholu je vensko krvarenje u području između tvrde moždane ovojnice- dure mater i površine mozga. To je najčešći oblik intrakranijalnog krvarenja koji je posebno čest kod ovisnika o alkoholu. Alkohol oštećuje stijenke krvnih žila, zbog čega su one slabije i sklone pucanju, dok također ovisnici često imaju ozlijede glave zbog pada uzrokovane intoksikacijom alkoholom, što upućuje da su vene dodatno oštećene. Nekoliko tjedana od pada bolesnicima se javljaju simptomi poput glavobolje, oduzetosti jedne strane tijela, smetenost, povraćanje. U akutnim slučajevima nekoliko sati ili dana nakon same ozlijede mogu se javiti epileptični napadaji, oduzetost jedne strane tijela, smetnje pri govoru. Akutni slučajevi u 50% završavaju letalno, te zbog toga u svakog akutno opijenog bolesnika treba posumnjati na subduralni hematom, ponajviše ako su prisutni vanjski znakovi ozlijede glave(1).

Fetalni alkoholni sindrom je tema koja je već u 19. stoljeću bila aktualna te se smatralo da konzumacija alkohola kod majke u trudnoći može dovesti do oštećenja ploda. S godinama se ovoj temi pridaje sve više pažnje zbog toga što konzumacija alkohola kreće u sve mlađim dobnim skupinama. Djeca rođena s fetalnim alkoholnim sindromom su smanjenog rasta, morfoloških abnormalnosti lica i glave poput male glave, kratkih očnih vjeđa, tanje gornje usnice i kratkog nosa. Prisutna je i mentalna retardacija i problemi u ponašanju. Iako u nekim slučajevima morfološke abnormalnosti nisu prisutne svejedno mogu biti prisutna oštećenja mozga. Česte su smetnje u kognitivnom funkcioniranju poput poremećaja pažnje, razmišljanja, učenja i pamćenja. Vrlo važna je prevencija nastanka ovog sindroma gdje glavnu ulogu ima edukacija mladih majki, kao i mladih dobnih skupina o konzumaciji alkohola i štetnosti za njih i plod (1).

7.3.3. Tjelesne komplikacije ovisnosti o alkoholu

Prekomjerna konzumacija alkohola u 20% slučajeva dovodi do ispoljavanja tjelesnih komplikacija gdje je vrlo važno provesti dijagnostiku i započeti liječenje tjelesnih komplikacija nakon čega slijedi liječenje same ovisnosti, koja se provodi uz konzultaciju s psihijatrom. U ovu vrstu komplikacija ubrajamo gastrointestinalne poremećaje, kardiovaskularne i respiratorne poremećaje, hematološke te metaboličke poremećaje (1).

Kada govorimo o gastrointestinalnim poremećajima, tada govorimo o alkoholnoj bolesti jetre, alkoholnom pankreatitisu i gastritisu. Alkoholna bolest jetre je jedan od glavnih uzročnika

smrtnosti te je zbog toga vrlo bitna brza dijagnostika. Ova bolest ima tri moguća ishoda, a to su: masna jetra, alkoholni hepatitis i ciroza. Masna jetra rijetko iskazuje simptome.(1). Alkoholni hepatitis karakterizira gubitak apetita, pad tjelesne težine, boli u abdomenu, žuticom i povišenom tjelesnom temperaturom, dok teži oblici mogu uzrokovati smrt. U ovom slučaju apstinencija je nužna, a alkoholni hepatitis može prijeći u alkoholnu cirozu (15). Ciroza je vidljiva po promjenama na jetri nalik na ožiljke koji tada jetreni parenhim oblikuju u vezivno tkivo čime se gubi pravilna funkcija jetre. Bolesnici nemaju predstavu o svojoj bolesti dok se ne pojave vidljivi znakovi poput žutice, ascitesa ili krvarenja. Jedna od mogućnosti liječenja ciroze je transplantacija jetre kojoj mora prethoditi apstinencija u trajanju od najmanje šest mjeseci, a liječenje alkoholizma je obvezno nakon transplantacije (1).

Alkoholni pankreatitis je stanje koje je ovisno o količini pijenja, tipu i obrazcu pijenja alkohola, genetskim predispozicijama, prehrambenim navikama, prisutnošću hipotriglicidemije, pušenju i ishemiji pankreasa. Javlja se kod pojedinaca čija konzumacija alkohola na dnevnoj bazi iznosi oko 100 grama, što je jednako količini od 5-6 pića dnevno, a konzumacija traje od 5 do 10 godina uzastopno. Dijagnoza pankreatitisa se postavlja se na temelju boli u abdomenu, trostrukog porasta amilaza u serumu i urinu. Klinička slika bolesnika je vrlo teška te nerijetko dovodi do smrti. Karakteristična su oštećenja bubrega i respiratornih organa, poremećajem cirkulacije, krvarenjem u gastrointestinalnom traktu, komplikacijama pankreasa poput nekroze, apscesa ili pseudocista te padom hematokrita, povećanjem uree, hipokalcemijom i acidozom. Ponavljanim epizodama akutnog pankreatitisa dolazi do razvoja kroničnog pankreatitisa za kojeg se smatra da u 75% slučajeva nastaje posljedično od alkoholizma. Simptomi koji se javljaju kod kroničnog pankreatitisa su bol u gornjem abdomenu s tendencijom širenja u leđa, a pojačava se tijekom jedenja što uzrokuje smanjeni apetit te posljedično gubitak na težini. Bolesnici često djeluju depresivno jer su zbog same naravi bolesti često umorni, bezvoljni i iscrpljeni. Uz samu bolest mogu se pojaviti i šećerna bolest te steatorea. Liječenje kroničnog pankreatitisa započinje apstinencijom uz primjenu analgetika, najčešće opioidnih, gdje prijete velik rizik od zlouporabe istih, na što se mora obratiti dodatna pozornost. Potrebna je i dodatna primjena enzima uz svaki obrok, dok smanjenjem konzumacije masti dolazi do smanjenja steatoreje. (1)

Gastritis je jedna od gastrointestinalnih komplikacija koju uzrokuje bakterija *Helicobacter pylori*, a češća je kod ovisnika u alkoholu nego kod zdrave populacije. Uz gastritis povećana konzumacija alkohola povećava i rizik za nastanak karcinoma usne šupljine (1).

Od kardiovaskularnih i respiratornih poremećaja važno je spomenuti aritmiju i hipertenziju. Aritmija nastaje tijekom akutnog opijenog stanja ili apstinencijskog sindroma dok je

hipertenzija vrlo često povezana sa dugotrajnim i prekomjernim pijenjem alkohola. Hipertenzija nije ovisna o spolu, te se može javiti i kod muškaraca i žena neovisno o dobi, tjelesnoj težini i konzumaciji duhana, kada govorimo o hipertenziji nastaloj alkoholizmom. Vrijednosti krvnog tlaka se u razdoblju apstinencije snižavaju te čak i normaliziraju. Kod direktnog toksičnog djelovanja alkohola na srce, nastaje stanje koje nazivamo alkoholna kardiomiopatija. (16)

Osim negativnog učinka na srce, alkoholizam uzrokuje veći rizik za nastanak infekcija respiratornog sustava kod ovisnika, posebice u donjem dijelu respiratornog sustava gdje uzrokuje bronhopneumonije i tuberkulozu. Uz respiratorne infekcije, česti su slučajevi i karcinoma pluća zbog toga što su ovisnici o alkoholu najčešće i teški pušači, što dodatno uzrokuje mnogobrojne komplikacije njihovog stanja (16).

Zbog lošeg stanja jetre, malapsorpcije, loše i oskudne prehrane, ovisnici o alkoholu razvijaju i hematološke poremećaje od kojih je anemija jedna od najčešće prisutnih. Zbog već navedenih loši prehrambenih navika, anemija se pogoršava. Makrocitoza se također pojavljuje, a označava povećan volumen crvenih krvnih stanica, dok manjak folne kiseline (B1) uzrokovan prekomjernom konzumacijom alkohola i lošom dijetom, uzrokuje pogoršanje anemije i dovodi do megaloblastične anemije. Krvarenja u gasterintestinalom traktu uzrokuju manjak željeza, direktnim toksičnim učinkom alkohola na koštanu srž razvija se neutropenija, dok kod teških ovisnika o alkoholu dolazi do razvitka trombocitopenije, koja se može poboljšati uspostavom apstinencije (1).

Hipoglikemija je čest metabolički poremećaj koji nastaje zbog inhibicije glukogeneze kod teških ovisnika o alkoholu. Klinička slika može varirati od blagih simptoma poput uplašenosti, tahikardije, pojačanog znojenja do težih poremećaja svijesti kao što je koma, koju prati hipotermija. Rjeđe može nastati alkoholna ketoacidoza koja je uzrokovana opitim stanjem popraćenim gladovanjem ili povraćanjem. (1)

Deficit vitamina kod ovisnika je vrlo česta pojava, te kao što smo do sada naveli, može uzrokovati mnoge poteškoće, a njihova nadoknada je ključna u liječenju gotovo svakog oblika bolesti. Deficit vitamina uzrokuje poremećaje u resorpciji te konverziji neaktivnih u aktivne oblike vitamina. Nedostatak vitamina B3, znanog kao niacin ili nikotinska kiselina, uzrokuje bolest beri-beri. Vitamin B6, piridoksin, koji je koenzim u metabolizmu aminokiselina, B2, riboflavin, koji je ključan u transportu elektona te vitamin C, poznat kao askorbinska kiselina, koji ima ulogu u oksidoreduktivnim procesima u organizmu. Pijenjem alkohola dolazi do gubitka vode, što uzrokuje retenciju natrija, kalija i klorida u plazmi. Količina kalija je znatno

smanjena kod ovisnika o alkoholu, te je posebno bitna njegova nadoknada u slučaju apstinencijskog sindroma (1).

8. LIJEČENJE

Prije samog liječenja, pacijenti najčešće sami pokušavaju riješiti svoj problem, što je dosta neuspješno, nakon čega pomoć traže u obitelji, prijateljima ili nekoj osobi od povjerenja. Kada ni tada ne uspijevaju pronaći rješenje, onda se tek obraćaju određenoj zdravstvenoj ustanovi. Smatra se da trenutno 92% ovisnika nije obuhvaćeno u nikakvom programu liječenja, a za uzrok se smatra sama neelastičnost programa koji nisu prilagođeni ciljanim skupinama ovisnika.(1)

Liječenje ovisnika o alkoholu je vrlo složen proces koji obuhvaća psihološki, medicinski i socijalni aspekt promatranja i djelovanja. Liječenje je dugotrajno jer uz ovisnost, bolesnici razvijaju i poremećaje u ponašanju što doprinosi samoj složenosti liječenja. Psihoterapija se odvija u obliku grupnih i individualnih psihoterapijskih seansi, gdje je naglasak na grupne terapije samih članova te obiteljskoj terapiji u kojoj su uključeni i članovi obitelji, što je vrlo bitna stavka u oporavku samog ovisnika.(1)

Na području Republike Hrvatske stvoren je originalan primjer liječenja ovisnika o alkoholu koji se primjenjuje u nekoliko zemalja u Europi. Riječ je o „Kompleksnom postupku liječenja ovisnika o alkoholu“ po Hudolinu ili tzv. „Zagrebačka alkoholna škola“. Trajanje programa liječenja i rehabilitacije je i do pet godina, zbog toga što se zahtijeva promjena stila života ovisnika ali i njegove obitelji, kako bi liječenje bilo uspješno i dugotrajno, a ne samo trenutno. Ovakav model liječenja osmislio je profesor Vladimir Hudolin, pedesetih godina prošlog stoljeća. Kompleksi postupak liječenja ovisnika o alkoholu bila je prekretnica u shvaćanju alkoholizma kao bolesti kroz klasifikacije.

I u današnje vrijeme neki stručnjaci smatraju kako je izolacija ovisnika, uz eventualnu psihoterapiju, dovoljna da se ovisnost izliječi, što je pogrešno, te je najveća greška u liječenju ovisnika o alkoholu provesti samo stacionarno liječenje bez da bolesnik nije uključen u Klub liječenih alkoholičara, gdje će nastaviti ići nakon provedenog liječenja. Kada govorimo o liječenju ovisnika o alkoholu tada razmatramo više oblika liječenja. U to ubrajamo terapijsku zajednicu, grupnu psihoterapiju, edukaciju ovisnika o alkoholu, psihofarmakološko liječenje ovisnika, klubove liječenih ovisnika, te obiteljsko liječenje.(1).

8.1. Obiteljsko liječenje i uloga obitelji u liječenju alkoholičara

Obitelj je jedna od najvažnijih socijalnih jedinica unutar kojih se pojavljuje, ali i liječi ovisnost, te je kao takva temelj u zdravlju i zdravstvenoj njezi.(1)

Kada govorimo o alkoholizmu u obitelji često upotrebljavamo izraz „alkoholizam obitelji“ jer ponekad oba partnera pa i djeca, sudjeluju u ovisnosti i time mijenjaju svoje ponašanje. Alkoholizam u obitelji dovodi do promjena uloga između članova, međusobne komunikacije i odnosa, što rezultira disfunkcionalnošću obitelji gdje je vrlo bitno liječiti cijelu obitelj, a ne samo onoga koji je ovisan o alkoholu. Pojedini članovi pružaju otpor u sudjelovanju pri liječenju, gdje terapeuti moraju educirati članove kako se moraju mijenjati jer je ponašanje koje je trenutno prisutno prilagođeno načinu ponašanja člana koji je ovisan, te u tom slučaju njegovo pojedinačno liječenje nije dovoljno (1).

Članovi obitelji, posebice žene muškaraca alkoholičara, preuzimaju odgovornost na sebe, podređuju svoj život njemu i na taj način podržavaju njegovu ovisnost, sukladno time se ne reagiranje na ovakav problem smatra prikrivanjem problema koje često nastupa zbog srama i straha što će okolina i društvo u kojem se nalaze reći i misliti o njima kao obitelji. Potiskivanje problema ovisnosti nerijetko dovodi do nasilja u obitelji i kriminalnog ponašanja koje ugrožava sve njene članove iako oni aktivno ne sudjeluju u samom činu kriminalnih radnji (17).

Obiteljska terapija za cilj ima jačanje pojedinačnih mogućnosti svakog člana obitelji i time jačanje međusobnih odnosa, čime se pridonosi u stvaranju čvrstog i skladnog obiteljskog sustava. Jedna od vrsta terapije je bračna terapija gdje se radi sa oba bračna partnera s ciljem poboljšanja njihovog odnosa, te višestruko udarno liječenje gdje se terapija provodi individualno na svakom članu ili različitim kombinacijama članova obitelji kako bi se razbila rigidnost između pojedinih članova obitelji uzrokovanih alkoholizmom. Najčešće korištena vrsta terapije je više obiteljska grupna terapija, gdje se u skupini nalazi više obitelji odjednom (1). Ova vrsta terapije služi kako bi članovi međusobno razmjenjivali iskustva, ohrabivali se, davali si savjete, te stekli svijest o tome da nisu jedini i da nisu sami suočeni s ovim problemom. Vrlo bitna stavka ove vrste terapije je edukacija obitelji o poželjnim odnosima unutar zajednice, o pružanju međusobne potpore te motivacija članova da ustraju u svom naumu i ostvare kvalitetne obiteljske odnose(18).

Alkoholizam je jak udarac na zajednicu kao što je obitelj te uzrokuje razne poteškoće poput razora brakova, zanemarivanja obiteljskih dužnosti, najčešće brige za djecu, osiromašenje obitelji, nastaju tzv. krnje obitelji uslijed smrti jednog od članova ili rastave supružnika. Ovisnost utječe i na populacijsku politiku, kao i na razvoj psiholoških poremećaja, posebice kod djece. S navedenim poteškoćama koje izaziva ovisnost o alkoholu jasno je da je liječenje izrazito bitno, ponajviše time što su uključeni svi članovi obitelji te je obiteljsko liječenje glavna vodilja u rješavanju ovakvih problema(19). Vrlo je bitno napomenuti kako sama apstinencija ovisnika može biti vrlo teška za obitelj, ponekad i intenzivniji problem od

same faze pijenja, te je bitno da i u tim trenucima članovi ostaju ustrajni i shvate kako sami početak apstinencije ne znači da je problem riješen. U prosjeku je potrebno oko pet godina rehabilitacije kako bi se ovisnost izliječila.

U obiteljskoj terapiji vrše se slijedeće intervencije:

1. Rješavanje negativne i nesvrshodne kritike među članovima obitelji koja je blokirala funkcioniranje i rast obiteljskog sustava.
2. Jasna komunikacija s konkretnim činjenicama.
3. Umjesto pitanja "zašto", upotrebljavati „kako“.
4. Naučiti slušati drugog člana obitelji i ne prekidati ga u komunikaciji.
5. Primjena načela „ovdje i sada“, poticati u komunikaciji članove obitelji da se usredotoče na aktualna zbivanja, izbjegavati događaje iz prošlosti koji se ionako ne mogu mijenjati.(1)

S ovim načinom pristupa samom ovisniku, a i njegovoj obitelji, usmjeravamo se na obitelj kao cjelinu s ciljem da se dovede do primjena u poremećenim odnosima između članova, nastali uslijed alkoholizma (1). Samu poruku obiteljima koje se susreću s alkoholizmom prenijet ćemo kroz slijedeći citat : "Ne stidite se zbog problema pijenja vaših bližnjih. Nemate se čega stidjeti, jer ne pijete vi nego on. Ne štitite, ne skrivajte i ne opravdavajte pijenje člana vaše obitelji, time ga samo lišavate društvene osude koja ga pripada, koju je zaslužio i s kojom neka se sam nosi. Ne pokrivate alkoholičara, jer on mora doživjeti sve posljedice svog pijenja(17)".

8.2 Ostali oblici liječenja ovisnosti o alkoholu

Od ostalih oblika liječenja valjalo bi spomenuti terapijsku zajednicu, grupnu psihoterapiju, edukaciju ovisnika o alkoholu, psihofarmakološko liječenje ovisnosti te klubove liječenih alkoholičara.(1).

Prema autoru Daliboru Karloviću : „Terapijska zajednica predstavlja zajednicu ljudi koji žive i rade u jednoj psihijatrijskoj ustanovi, gdje uz povjerenje i želju da si međusobno pomognu, djeluju na način da bolesnim članovima omoguće što bolje uvjete za liječenje.“ U liječenju grupna terapija i socioterapija imaju glavnu ulogu u organizaciji i pristupu samom liječenju. Tomas Main je prvi upotrijebio naziv terapijske zajednice u svom radu „The hospital as a therapeutic institution“, 1946. godine. U terapijskoj zajednici razlikujemo četiri osnovna načela rada, a to su: permissivnost- odnosi se na prihvaćanje i iznošenje različitih stavova i vrijednosti, demokratizacija- ravnopravnost svakog člana, suočavanje sa stvarnošću- djelovanje

po principu „ovdje i sada“, zajedništvo- zajedničko rješavanje problema i zajednička odgovornost. Da bi se socijalno učenje moglo provesti u terapiji, jedan od začetnika Maxwell Jones, navodi : „ Terapija mora sadržavati suočavanje licem u lice, pravilan „tajming“, otvoreno i jasno komuniciranje članova, odgovarajuću razinu emocionalne napetosti te vješto vođenje.“ U terapijskoj zajednici krizne situacije su česta pojava, zbog zajedničkoj života i problema koje nastaju. Vrlo je bitno da svaki sudionik slobodno izrazi svoje emocije poput ljutnje, straha i depresivnih misli, gdje im pomaže terapeut sa svojim vještinama koji pomaže bolesniku u dijeljenju svojih misli. Unutar terapijske zajednice postoji niz malih grupa gdje se provode različiti pristupi kao što su bihevioralna kognitivna terapija, obiteljska terapija, edukacija, biblioterapija, filmoterapija te kreativna terapija. Članovi tima koji sudjeluje u liječenju se postavljaju kao „model-ulože“ demonstrirajući na taj način primjereno ponašanje i vrijednosti unutar grupe. Terapijska zajednica je specifičan način liječenja koji se razlikuje od tradicionalnog bolničkog programa, gdje vlada 24-satna dinamika organizacije rada, gdje je primaran cilj potpuna rehabilitacija pacijenta (1).

Grupna psihoterapija je idealna za liječenje ovisnika o alkoholu jer se u njoj ovisnici osjećaju sigurnije i spremniji su za javno iznošenje i prihvaćanje svog problema. Međusobna identifikacija te identifikacija s ego idealom kojeg predstavlja terapeut, je vrlo bitna kod ovakvih bolesnika. Identifikacija pomaže u dobivanju uvida bolesnika u svoju bolest te pruža uzajamnu podršku među članovima (20). Prosječan broj korisnika u grupi je od 15 do 20, trajanje je u prosjeku 6 mjeseci, a sastanci se provode 2 do 3 puta tjedno u trajanju od 90 minuta. Najbolji oblik ovakve terapije je zatvorena grupa, no na našim područjima je nužnost otvorena grupa. Grupnoj terapiji nisu u mogućnosti prisustvovati teški ovisnici sa psihoorganiskim oštećenjima i antisocijalnim poteškoćama (1).

Psihofarmakološko liječenje ovisnosti o alkoholu pojačava učinke psihosocijalnog tretmana i može poboljšati terapijski učinak (21). Razlikujemo nekoliko antagonista receptora koji sudjeluju u farmakološkom dijelu liječenja. Naltrekson je antagonist „mi“ i „kapa“ opioidnih receptora, a njegov učinak svodi se na blokadu opioidnih receptora koji su povezani s konzumacijom alkohola. Koristimo ga u liječenju ovisnosti o opijatima i alkoholu u dnevnoj dozi od 50 mg. Akamprosatski je antagonist NMDA glutamatnih receptora koji pomažu pri održavanju apstinencije, na način da uspostavljaju ponovnu ravnotežu između glutamatne i inhibicijske neurotransmisije koja se poremeti konzumacijom alkohola. Selektivni inhibitori ponovnog unosa serotonina (SIPUS) djeluju tako što potiču razinu serotonina u sinaptičkoj pukotini pa na taj način potiču serotonergičnu neurotransmisiju. Ondansetron je selektivni antagonist 5-HT₃ receptora, što su moždani receptori koji sudjeluju u modulaciji učinka

alkohola interakcijom s dopaminom. Blokadom djelovanja –HT3 oslabljuje se djelovanje dopamina, što djeluje na smanjenje unosa alkohola. Disulfiram je lijek koji ne djeluje na neurotransmisiju, a u upotrebi je od 1940-ih godina. Mehanizam djelovanja je metabolička inhibicija aldehid dehidrogenaze, koja dovodi do nakupljana acetaldehida u krvi, uzrokujući negativne učinke poput znojenja, povraćanja i glavobolje uslijed pretjerane konzumacije alkohola. (1)

Kod psihofarmakološkog liječenja ovisnika o alkoholu vrlo je bitna individualizacija terapije, posebice kada je riječ o serotonergičnim lijekovima. Kod tipa 1/tipa A alkoholizma učinkovit je SIPUS, dok se kod tipa 2/tip B alkoholizma koriste antagonisti 5HT3 receptora. Klubovi liječenih alkoholičara su skupine samopomoći i uzajamne pomoći koje su organizirane kao udruge građana. Članovi su sami ovisnici, liječeni ovisnici, njihovi članovi obitelji te educirani djelatnici za rad. Djelujući zajedno sa zdravstvenim i socijalnim službama, predstavljaju pravi model psihijatrije u zajednici i socijalne psihijatrije. (1)

Kasnih pedesetih godina, kod kreiranja Zagrebačke alkohološke škole, profesor Vladimir Hudolin osmislio je klubove liječenih alkoholičara kao integrirani dio programa. Prvi klub osnovan je 1964. godine u Zgrebu u Maksimiru, a te godine je osnovan i Ogledni klub liječenih alkoholičara sa sjedištem u KBC-u Sestre milosrdnice. Važna prekretnica se dogodila 1975. godine kada je uvedeno obiteljsko liječenje kao sastavnica u liječenju alkoholizma, gdje je temelj bio prihvaćanje alkoholizma kao kronične obiteljske bolesti . Ovisnik o alkoholu zajedno sa svojom obitelji se priključuje klubu još za vrijeme liječenja u stacionaru odjela za alkoholizma ili dnevnoj bolnici za alkoholizam . Klub se u prosjeku sastoji od 12 članova, što je maksimalan broj od 30 članova zajedno s obiteljima. Ovisnik o alkoholu bi trebao u krugu od 15 do 20 km imati mogućnost pristupa barem jednom klubu liječenih alkoholičara, gdje bi se sastajao sa ostalim članovima u svrhu razmjene iskustava, barem jednom mjesečno (1). Klub ima za cilj oporavak kako ovisnika tako i njegove obitelji, gdje se mijenjaju dosadašnja ponašanja, međusobno se podržavaju, rastu i sazrijevaju. Sastanak u klubu je pod vodstvom stručnih osoba, koje svojim znanjem ubrzavaju promjene ponašanja te uspostavljaju prikladna ponašanja unutar obitelj bez konzumacije alkohola (22). U Hrvatskoj djeluje oko 200 Klubova liječenih alkoholičara, od kojih se većina nalazi na području Zagreba (1).

Edukacija ovisnika o alkoholu je vrlo bitna, možemo reći ključna stavka u liječenju od alkoholizma. Neobično zvuči da je ovisniku potrebno objašnjavati što je to alkohol i kakve su posljedice prekomjerne konzumacije, no stvarnost je takva da alkoholičari dospiju u stanje ovisnosti zbog ne znanja o tome što konzumiraju i kakve su moguće komplikacije. Ovisniku treba prikazati objektivne, stručne i znanstveno dokazane činjenice o alkoholu i njegovoj

konzumaciji koje će djelovati na njegov kognitivni i emotivni aspekt shvaćanja alkohola. Edukaciju provodi medicinska sestra, socijalni radnik, specijalni edukator, psiholog, liječnik, pa čak i liječeni alkoholičar. Na edukaciji se obrađuju teme ovisnosti o alkoholu, posljedice alkoholizma, promjene ponašanja koje nastupaju uslijed ovisnosti, liječenje te klubovi liječenih alkoholičara. Edukacija se odvija u rasporedu kada je određeno na terapijskoj zajednici, nakon čega ovisnik polaže ispit (1).

9.ZAKLJUČAK

Konzumacija alkohola je navika koja potječe iz davnih dana povijesti, a s vremenom je postala i navika koja se upražnjava i u današnje vrijeme te se čak smatra društveno prihvatljivom. Time rečeno, alkoholizam je jedan od glavnih i najraširenijih zdravstvenih, ali i socijalnih problema današnjice. Konzumacija alkohola veže se uz osjećaj ugone, zadovoljstva i sreće, dok su posljedice pretjerane konzumacije alkohola potpuno drugačije. Konzumacija alkohola se kroz godine sve više generacijski pomiče, te se do danas to manifestira na opijanja maloljetnika, koja nisu rijetka pojava današnjice. Pojedinaac u čijoj se okolini konzumacija alkohola smatra prihvatljivom će vrlo vjerojatno prije posegnuti za čašom od onoga u čijem se društvo alkohol ne konzumira. Dugoročna konzumacija alkohola dovodi do promjena u ponašanju, kriminalnih ponašanja, tjelesnih promjena, psiholoških poteškoća, stanja kome pa i smrti.

Osim negativnog učinka na samog pojedinca koji je ovisan, alkoholizam uzrokuje razore obitelji te je velik udarac za članove obitelji, posebice djecu. Obitelji teško prihvaćaju stanje pojedinca, sram i strah su često razlog zbog kojeg ne progovaraju po problemu, što dovodi do pogoršanja situacije te nastanka ekonomskih i socijalnih problema.

Liječenje se može provoditi na razne načine, ovisno o stanju bolesnika, te je vrlo bitna individualizacija terapije i načina rehabilitacije. Od terapija razlikujem obiteljsko liječenje, terapijsku zajednicu, grupnu psihoterapiju, psihofarmakološko liječenje, edukaciju ovisnika te klubove liječenih ovisnika.

Kako bi smo spriječili samu potrebu za liječenjem i nastankom ovisnosti o alkoholizmu, bitnu ulogu ima prevencija nastanka ovisnosti. Prevencija se treba provoditi kod mlađe populacije, kako bi se od početka postavile jasne granice te pojasnio sam učinak alkohola, te prikazalo kako takvo ponašanje nije primjereno i ne bi trebalo biti društveno prihvatljivo. Donošenje i provođenje mjera prevencije ne bi trebao biti zadatak samo medicinskog osoblja, već svih ljudi u zajednici. Mediji i društvene mreže imaju velik učinak promoviranja alkohola kao načina zabave i ugone, što adolescente dovodi do iskušenja. Primarna prevencija koja sadrži programe edukacije o alkoholu, bi se trebala provoditi već od osnovne škole pa kroz daljnje obrazovanje u srednjoj školi te fakultetima. Osim ustanova obrazovanja, edukacija bi se trebala provoditi i na radnim mjestima i u domovima za starije osobe.

Iako je konzumacija alkohola u 21.stoljeću društveno prihvatljivo ponašanje, malim koracima pojedinaca može se učiniti velika promjena u svijetu.

10. LITERATURA

1. Karlović D. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Naklada slap, 2019; 287-318.
2. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006; 117-128.
3. NIAAA (2005) Etiology and Natural History Of Alcoholism, Dostupno na adresi: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Module2Etiology&NaturalHistory/Module2.htm>
1 Datum pristupa: 13.kolovoza 2022.
4. Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ. A population-based twin study of alcoholism in women. JAMA 1992; 268:1877-1882.
5. Cloninger CR, Bohman M, & Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. Archives of General Psychiatry 1981; 38:861-868.
6. Nenadić Šviglin K. Alkoholizam, Psihijatrijska bolnica Vrapče. Zagreb, 2010. Dostupno na adresi: <http://www.cybermed.hr/clanci/alkoholizam> Datum pristupa: 16.kolovoza 2022.
7. Thaller V, Marušić S, Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja. Alcoholism. 2007; 46 (1):1-43.
8. Hudolin V. Alkohološki priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 1991;134-141.
9. The hope house. What is delirium tremens? Late stage alcohol withdrawal,2022 Dostupno na adresi: <https://www.thehopehouse.com/alcohol-abuse/related/delirium-tremens/> Datum pristupa: 25.kolovoza 2022.
10. Moro Lj, Frančišković T i sur. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene škole. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, 2004; 142-149.
11. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Medicinski leksikon, Alkoholna ljubomora,2014.-2022. Dostupno na adresi: <https://medicinski.lzmk.hr/clanak.aspx?id=427> Datum pristupa: 25.kolovoza 2022.
12. Žuškin E, Jukić V, Lipozenčić J, Matošić A, Mustajbegović J, Turčić N, i sur. Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. Arh Hig Rada Toksikol 2006;57:413-426.
13. Dr. Gruber N. E. Alkohola ambliopija. 1997-2001 Dostupno na: <http://www.moravek.org/kla/82/82-016.html> Datum pristupa: 26. kolovoza 2022.
14. Kim M-J, Kim J-K, Yoo B-G, Kim K-S, Jo YD. Acute Marchiafava-Bignami Disease with Widespread Callosal and Cortical Lesions. J Korean Med Sci 2007;22(5):908.
15. Bruha R, Dvorak K, Petrtyl J. Alcoholic liver disease. World J Hepatol 2012;4(3):81–90.
16. Samokhvalov A V, Irving HM, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol 2010;17(6):706–712.

17. Torre R, Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara: Zagreb: HSKLA; 2006.; 63-98.
18. Hudolin V. Alkoholizam – stil života alkoholičara. Zagreb: Školska knjiga, 1991;89-110.
19. N1 info Zagreb, Alkoholizam u obitelji: Kako ga prepoznati i utječe li ovaj problem na djecu?, 2021 Dostupno na adresi : <https://hr.n1info.com/zdravlje/alkoholizam-u-obitelji-kako-ga-prepoznati-i-utjece-li-ovaj-problem-na-djecu/> Datum pristupa: 26.kolovoza 2022.
20. Sušić E, Gruber EN, Guberina Korotaj B. Bio-psycho-social model of treatment and rehabilitation of addicts during the conduction of safety measure of obligatory psychiatric treatment in prison hospital Zagreb. Alcoholism 2014;50 (2):93-109.
21. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for Adults With Alcohol- Use Disorders in Outpatient Settings. Comparative Effectiveness Review No. 134. Jama 2014;7(311):1889–9000.
22. Miljenović, A. Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u Klubovima liječenih alkoholičara. Ljetopis socijalnog rada 2010;17(2):281–294.