

Hrvatski liječnički zbor
Hrvatsko društvo za alkoholizam i druge ovisnosti
Hrvatsko psihijatrijsko društvo

DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE SMJERNICE
ZA LIJEČENJE ALKOHOLOM
UZROKOVANIH POREMEĆAJA

*U sklopu Projekta izrade kliničkih smjernica MZ
Odabrana klinička smjernica je smjernica Hrvatskog društva za
alkoholizam i druge ovisnosti HLZ*

Kliničku smjernicu izradili su:

***Prof.dr.sc. Vlatko Thaller**, Klinička bolnica «Sestre milosrdnice,
Klinika za psihijatriju, Vinogradska c. 29, Zagreb*

***Prim.dr. Srđan Marušić**, Klinička bolnica «Sestre milosrdnice,
Klinika za psihijatriju, Vinogradska c. 29, Zagreb*

1. Uvod

Alkohol je najraširenija i najdostupnija psihoaktivna tvar, čija je zlorporaba socijalno prihvaćena. Devedeset posto osoba u Europi i SAD-u tijekom života je pilo alkoholna pića, a u oko 30 % njih nastaju alkoholom uzrokovani poremećaji. Visoka prevalencija zlorporabe alkohola i ovisnosti o alkoholu izravno je proporcionalna s pijenjem alkohola, što je ključ svake psihijatrijske ili šire medicinske evaluacije. Gotovo svaki klinički problem može se dovesti u vezu sa zlorporabom alkohola, ovisnosti, intoksikacijom ili apstinencijskim sindromom.

Definicija alkoholizma ukazuje na opetovana oštećenja funkcioniranja u različitim područjima života, uzrokovana alkoholom, usprkos kojima se osoba vraća pijenju.

Premda se pojmom alkoholizam ne opisuje specifičan duševni poremećaj, poremećaji u vezi s alkoholizmom općenito se mogu podijeliti u tri skupine:

- (1) poremećaji uzrokovani izravnim toksičnim djelovanjem alkohola na mozak (uključujući intoksikaciju, apstinencijski sindrom, delirium tremens i halucinozu);
 - (2) poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom (zlorporaba alkohola i ovisnost) i
 - (3) poremećaji trajnog karaktera uzrokovani alkoholom (trajni amnestički poremećaj, demencija, Wernickeova encefalopatija, Korsakovljev sindrom).
- Tablica 1. prikazuje sve alkoholom izazvane poremećaje prema MKB 10.

Tablica 1. Alkoholom uzrokovani poremećaji

	Poremećaji zbog uporabe alkohola
F10.2x F10.1	Ovisnost o alkoholu Zlouporaba alkohola
	Poremećaji uzrokovani alkoholom
F10.0	Intoksikacija alkoholom
F10.3	Sustezanje od alkohola (alkoholni apstinencijski sindrom)
F10.03	Delirij kod intoksikacije alkoholom
F10.4	Delirij kod sustezanja od alkohola
F10.73	Perzistentna demencija prouzročena alkoholom
F10.6	Perzistentni amnestički poremećaj prouzročen alkoholom
F10.51	Psihitični poremećaj prouzročen alkoholom, sa sumanutostima <i>Odrediti</i> ako se javlja tijekom Intoksikacije/ako se javlja tijekom Sustezanja
F10.52	Psihitični poremećaj prouzročen alkoholom, s halucinacijama <i>Odrediti</i> ako se javlja tijekom Intoksikacije/ako se javlja tijekom Sustezanja
F10.8	Poremećaj raspoloženja prouzročen alkoholom <i>Odrediti</i> ako se javlja tijekom Intoksikacije/ako se javlja tijekom Sustezanja
F10.8	Anksiozni poremećaj prouzročen alkoholom <i>Odrediti</i> ako se javlja tijekom Intoksikacije/ako se javlja tijekom Sustezanja
F10.8	Seksualne smetnje prouzročene alkoholom <i>Odrediti</i> ako se javljaju tijekom Intoksikacije
F10.8	Poremećaj spavanja prouzročen alkoholom <i>Odrediti</i> ako se javlja tijekom Intoksikacije/ako se javlja tijekom Sustezanja
F10.9	Poremećaj vezan uz alkohol, neodređen

2. OVISNOST O ALKOHOLU I ZLOUPORABA ALKOHOLA

2.1. Farmakologija

2.1.1. Farmakokinetika. Alkohol se brzo i dobro apsorbira u gastrointestinalnom traktu, posebice u tankom crijevu. Vrlo je topiv u vodi i zbog toga se lako širi po cijelome tijelu. Najviša koncentracija nastaje između 30 i 90 minuta. Brzo pijenje alkohola i pijenje na prazan želudac ubrzava apsorpciju. Brzo povećanje koncentracije alkohola u krvi korelira sa stupnjem intoksikacije. Intoksikacija je naglašenija za vrijeme porasta koncentracije alkohola nego tijekom njenog pada. Devedeset posto alkohola se metabolizira oksidacijom u jetri, dok se ostatak izlučuje nepromijenjen preko bubrega i pluća. Alkohol se pretvara djelovanjem alkoholne dehidrogenaze u acetaldehid, koji pretvara aldehiddehidrogenaza u acetat. Organizam metabolizira oko 10 mg/ dL na sat, što je ekvivalent 0,1% tijekom sat vremena, odnosno to odgovara jednom srednje koncentriranom piću (12 g etanola – 2 čaše piva, jedna čaša vina ili jedna čašica koncentriranog alkoholnog pića). Osobe koje prekomjerno piju alkoholna pića imaju brzi metabolizam alkohola.

2.1.2. Neurofarmakologija. Alkohol je depresor koji izaziva somnolenciju i smanjenu neuralnu aktivnost, što ga svrstava u skupinu drugih sedativa-anksiolitika poput benzodiazepina, barbiturata i karbamata. Ta sredstva pokazuju ukrštenu toleranciju s alkoholom, izazivaju sličnu sliku intoksikacije i apstinencijskog sindroma i potencijalno su smrtonosna u slučaju predoziranja, posebice ako su uzeta s drugim depresivima. Na osnovi različitih teorija o djelovanju alkohola na mozak, može se navesti da alkohol može djelovati na tekućinu stanične membrane, dopaminom dirigitirane centre ugođe, kompleks benzodiazepinskih receptora, glutamatske jonofor receptore, koji vežu N-metil –D-aspartat (NMDA) i produkciju opioidima sličnih alkaloida.

2.2. Epidemiologija (tablica 2)

Tablica 2. Epidemiologija

Parametar	Populacija (%)
Uzelo piće tijekom života	90%
Aktualni konzument alkohola	60-70%
Povremeni problemi uzrokovani pijenjem alkohola	više od 40%
Zlouporaba alkohola *	
a) muškarci	više od 10%
b) žene	više od 5%
Ovisnost o alkoholu	
a) muškarci	10%
b) žene	3-5 %

*20 do 30% posto psihijatrijskih pacijenata

2.3. Etiologija. Podaci o genetskom utjecaju na razvoj alkoholizma uključuju sljedeće: (1) bliži članovi obitelji alkoholičara imaju četiri puta veći rizik za nastanak alkoholizma; (2) jednojajčani blizanac alkoholičara ima veći rizik za nastanak alkoholizma nego dvojajčani blizanac; i (3) adoptirana djeca alkoholičara u druge obitelji imaju četiri puta veći rizik za nastanak alkoholizma. Etničke i kulturološke razlike su nađene s obzirom na osjetljivost prema alkoholu i njegovu djelovanje. Na primjer, mnogi Azijci pokazuju sliku akutnog toksičnog djelovanja (intoksikacija, crvenilo lica, vrtoglavica, glavobolja) nakon uzimanja minimalne količine alkohola. Neke etničke skupine, poput Židova i Azijaca, imaju nižu stopu ovisnika o alkoholu, dok drugi, poput Indijanaca i Nuita i neke skupine muškaraca hispanskog porijekla imaju višu stopu takvih ovisnika. Navedeni nalazi su doveli do stvaranja genetske teorije alkoholizma, no definitivni uzrok ostaje nepoznat.

2.4. Komorbiditet. Brzo sedativno djelovanje čini alkohol najčešćim sredstvom za oslobađanje od anksioznosti, depresije i nesanicе. Međutim, dugotrajno uzimanje može dovesti do depresije, a u ovisnih osoba apstinencijski sindrom može uzrokovati anksioznost. Odgovarajuća evaluacija depresivnih ili anksioznih pacijenata, koji su prekomjerno pili, nalaže opservaciju i reevaluaciju nakon razdoblja apstinencije od nekoliko dana pa do nekoliko tjedana. Mnogi psihotični pacijenti provode samomedikaciju alkoholom kada propisani lijekovi nedovoljno reduciraju simptome psihoze ili kada im propisani lijekovi nisu dostupni. U bipolarnih pacijenata prekomjerno pijenje često dovodi do manične epizode. U pacijenata s poremećajem osobnosti, posebice s asocijalnim osobinama, posebna je vjerojatnost pojave ovisnosti o alkoholu. Zlouporaba se alkohola najčešće javlja u osoba s poremećajem uporabe drugih tvari, te je posebno jasna korelacija između ovisnosti o alkoholu i ovisnosti o nikotinu.

2.5. Dijagnoza

2.5.1. Ovisnost o alkoholu. MKB-10 (Svjetska zdravstvena organizacija, 1992.g.) i DSM-IV (Američko psihijatrijsko društvo, 1994.g.) kriteriji za ovisnost o alkoholu prikazani su u tablicama 3. i 4. Ti su dijagnostički sustavi od velikog značenja za standardizaciju dijagnostike u nacionalnim i internacionalnim odnosima. Njihova loša strana, s kliničkog aspekta, jest da svaku sliku ovisnosti opisuju kategorijski, "sve ili ništa" pristupom, čime je stavljen u drugi plan dimenzionalni, suptilni opis kliničke slike. MKB-10 i DSM-IV sustavi u mnogim su elementima slični (tablica 5). Ako je povijest bolesti učinjena prema definiranim kriterijima, dobiveno je dovoljno podataka da se postavi formalna dijagnoza, u skladu s oba službena dijagnostička sustava.

Tablica 3. MKB-10 dijagnostički kriteriji za sindrom ovisnosti o alkoholu

MKB-10 DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA SINDROM OVISNOSTI O ALKOHOLU
<p>F10.2 Sindrom ovisnosti o alkoholu</p> <p>Definitivna se dijagnoza ovisnosti može postaviti samo ako su tri ili više sljedećih kriterija bili izraženi tijekom prethodne godine:</p> <ol style="list-style-type: none">Jaka želja ili nagon za pijenjem.Teškoće u samosvladavanju ako osoba pokušava prestati piti, ili u kontroli količine popijenog alkohola.Stanje fiziološke apstinencije kad se prestalo s uporabom alkohola ili ako je smanjena količina, kao što se očituje u karakterističnom apstinencijskom sindromu (vezano za alkohol ili slične supstancije), s namjerom olakšavanja ili ublažavanja sindroma alkoholne apstinencije.Dokaz tolerancije, kao što je povećanje količine alkohola koja se zahtijeva da bi se ostvarili učinci postignuti pijenjem manjih količina alkohola (jasni primjeri za ovo uočavaju se u onih ovisnika o alkoholu koji su uzimali dnevne količine dostatne da onesposobe ili ubiju umjerenog potrošača).Progresivno zanemarivanje alternativnih užitaka ili interesa uzrokovanih pijenjem; više vremena utrošeno da bi se došlo do alkohola, da bi se pilo ili oporavilo od učinaka pijenja.Nastavljanje s pijenjem alkohola usprkos jasnim dokazima o štetnim posljedicama, kao što je oštećenje jetre zbog prekomjernog pijenja ili depresivno raspoloženje, koje je posljedica razdoblja prekomjernog pijenja alkohola. Treba uložiti napor da osoba koja prekomjerno pije postane svjesna prirode i opsega oštećenja.

Tablica 4. DSM-IV dijagnostički kriteriji za sindrom ovisnosti o alkoholu

DSM-IV DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA SINDROM OVISNOSTI O ALKOHOLU
<p>303.90 Sindrom ovisnosti o alkoholu</p> <p>Neprikladno ponašanje vezano uz uporabu alkohola koje vodi znatnom oštećenju organizma ili subjektivnim problemima, a prepoznaje se na temelju triju (ili više) sljedećih kriterija ako se pojave bilo kad u istom jednogodišnjem razdoblju:</p> <ol style="list-style-type: none">Tolerancija određena na temelju:<ol style="list-style-type: none">potrebe za znatno većim količinama alkohola da bi se postigla opijenost ili željeni učinakznatnog smanjenja učinka, iako se i dalje uzima ista količina alkohola.Sustezanje ako se javlja kao:<ol style="list-style-type: none">svojevrsni sindrom sustezanja od psihoaktivnih tvari (odnosi se na Kriterije A i B u kriterijima za sustezanje od alkohola)uzeta je ista (ili srodna) psihoaktivna tvar kako bi se ublažili ili izbjegli simptomi sustezanja.Alkohol se često uzima u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja no što je prvotno bilo namjeravano.Prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji ili kontrolira uzimanje

alkohola.

5. Najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim uz nabavu alkohola, uporabu alkohola ili oporavku od njegovih učinaka.
6. Prekidaju se ili reduciraju važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti zbog uporabe alkohola.
7. Alkohol se nastavlja uzimati usprkos spoznaji o postojanju trajnog i ponavljano fizičkog i psihičkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan njegovom uporabom (primjerice, uzimanje alkohola usprkos spoznaji o njime izazvanoj depresiji, ili nastavljanje s pićem usprkos spoznaji da je zbog alkohola došlo do pogoršanja stanja ulkusa).

Tablica 5. Usporedba ovisnosti o alkoholu između MKB-10 i DSM-IV

USPOREDBA OVISNOSTI O ALKOHOLU IZMEĐU MKB-10 I DSM-IV (M=MKB-10; D=DSM-IV)	
1. Snažna želja ili osjećaj prinude	M
2. Smanjena sposobnost kontrole	M + D
3. Namjera da se olakša apstinencija	M + D
4. Apstinencijski sindrom	M + D
5. Dokaz tolerancije	M + D
6. Progresivno zanemarivanje drugih zadovoljstava i interesa	M + D
7. Ustrajnost uporabe alkohola unatoč spoznaji o štetnim posljedicama	M + D
8. Mnogo vremena potrošeno za nabavu alkohola i konzumaciju, te oporavak	D
9. Česta intoksikacija ili apstinencijski simptomi kad se očekuje ispunjenje glavnih uloga i obveza	D
10. Alkohol uziman u većim količinama i u dužim razdobljima nego što je namjeravano	D

Ovisnost o alkoholu predstavlja sliku kompulzivnog načina pijenja, definiranu u MKB 10 i DSM IV prisutnošću triju ili više glavnih kriterija oštećenja uzrokovanih alkoholom, koji su bili izraženi tijekom prethodnih 12 mjeseci. Ti kriteriji mogu uključivati toleranciju ili apstinencijski sindrom, trošenje velikog dijela vremena na upotrebu alkohola, povratak upotrebi usprkos štetnim tjelesnim ili psihosocijalnim posljedicama i ponovljene bezuspješne pokušaje kontroliranog pijenja.

Tolerancija je fenomen koji je karakteriziran potrebom da s vremenom raste količina alkohola kojom se postiže isto djelovanje. Razvoj tolerancije, posebice veće, obično je znak ovisnosti. Blaga je tolerancija uobičajena, dok je jaka, primjerice, poput one prema opioidima ili barbituratima, rjeđa. Tolerancija široko varira među osobama. Ovisnost može postati očita u osoba s tolerancijom u slučaju kada one same naglo prekinu pijenje i tada se pojave znakovi apstinencijskog sindroma. Klinički tijek ovisnosti o alkoholu prikazan je u tablici 6.

Tablica 6. Klinički tijek ovisnosti o alkoholu

Doba prvog pijenja	13-15 godina
Doba prve intoksikacije	15-17 godina
Doba prvog problema	16-22 godine
Doba nastanka ovisnosti	25-40 godina
Doba smrti	60 godina
Promjenljiv tijek apstinencije Spontana remisija u 20 %	

2.5.2. Štetna uporaba alkohola i zlouporaba alkohola

Zlouporaba alkohola je dijagnosticirana ako je došlo do mentalnog ili tjelesnog oštećenja ili ga se upotrebljava u životno rizičnim situacijama (primjerice, upravljanje automobilom ili strojem).

Zlouporaba alkohola razlikuje se od ovisnosti po tome što ne uključuje toleranciju i apstinencijski sindrom ili kompulzivni način pijenja, već je definirana negativnim posljedicama opetovanog pijenja. Zlouporaba se alkohola može razviti u ovisnost o alkoholu, a društveno neprilagođene slike pijenja mogu uključivati trajno prekomjerno pijenje, vikend intoksikacije ili faze teškog opijanja i apstinencije (tablice 7 i 8).

Tablica 7. Štetna uporaba alkohola, prema MKB-10

MKB-10 DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA ŠTETNU UPORABU ALKOHOLA
F10.1. Štetna uporaba alkohola
(a) Način uporabe tvari koji uzrokuje oštećenje zdravlja. To oštećenje može biti organsko (npr. ciroza jetre) ili mentalno (npr. povremeni depresivni poremećaj zbog prekomjernog pijenja alkohola). Dijagnoza zahtijeva da bi aktualno oštećenje trebalo utjecati na kvalitetu fizičkog ili mentalnog zdravlja osobe koja pije.
(b) Model uporabe tvari ne zadovoljava kriterije za dijagnozu ovisnosti o alkoholu.

Tablica 8. Zlouporaba alkohola

DSM-IV DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA ZLOUPORABU ALKOHOLA
305.00 Zlouporaba alkohola
A. Neprilagođeno ponašanje zbog uporabe alkohola, koje vodi klinički znatnim oštećenjima ili subjektivnim problemima, a javlja se kao jedan (ili više) od sljedećih znakova unutar razdoblja od 12 mjeseci.
1. Ponavljano uzimanje alkohola koje vodi neuspjehu u ispunjavanju važnih obveza na poslu, u školi ili kod kuće (npr. učestali izostanci iz škole, ukori ili izbacivanje iz škole izazvani uzimanjem alkohola, nemir i zanemarivanje djece i kućanstva).
2. Ponavljano uzimanje alkohola u situacijama u kojima je to opasno po život (npr. upravljanje automobilom ili strojem u promijenjenom stanju zbog uporabe alkohola).
3. Ponavljani problemi sa zakonom zbog uzimanja alkohola (npr. uhićenja zbog nedoličnog ponašanja u vezi s uporabom alkohola).
4. Nastavljanje s uzimanjem alkohola usprkos ponovnom javljanju društvenih ili međuljudskih problema izazvanih ili otežanih učincima tvari (npr. svađe sa suprugom oko posljedica intoksikacije, fizički obračuni).

B. Simptomi nikad nisu zadovoljili kriterije Ovisnosti o alkoholu za tu kategoriju alkohola.

2.5.3. Pregled i laboratorijski nalazi. Valjana evaluacija pijenja alkohola zahtijeva stanoviti oprez od strane evaluatora. Naime, većina osoba na pitanje o količini uzetog alkohola minimalizira količinu koju u stvari uzima. Kada ispitivač nastoji utvrditi stupanj pijenja alkohola, korisno je upotrijebiti pitanja koja će dati pozitivan odgovor. Na primjer, pitanje «Koliko pijete alkohola?» bolje je nego «Pijete li alkohol?». Druga pitanja koja mogu dati pozitivan poticaj uključuju podatak o učestalosti pijenja ujutro, kako često pacijent ima amnezije kad je intoksiciran i kako često su ga prijatelji ili rođaci upozoravali da smanji pijenje. Uvijek je nužno tražiti fine znakove zlouporabe alkohola i uvijek je nužno pitati za uporabu drugih sredstava ovisnosti. Od somatskih znakova mogu biti prisutni eritem ruku, Dupuytrenova kontraktura i teleangiiektazije. Je li pacijent sklon traumama (trauma glave, fraktura rebra, prometne nezgode)? Je li često u sukobima? Izostaje li često s posla? Ima li socijalne ili obiteljske probleme? Od pomoći može biti procjena laboratorijskih nalaza. Pacijent može imati makrocitnu anemiju zbog nutritivne deficijencije. Serumski jetreni enzimi i gama-glutamiltransferaza (γ -GT) mogu biti povišeni. Povišene vrijednosti jetrenih enzima mogu biti ujedno markeri recidiva (tablica 9).

Tablica 9. Markeri za skrining alkoholizma

Test	Vrijednosti
Gama-glutamiltransferaza (γ -GT)	> 30 U/L
Karbohidrat-deficijentni transferin (CDT)	> 20 mg/L
Srednji korpuskularni volumen (MCV)	> 90 f/L
Urična kiselina	> 6,4 mg/dL za muškarce > 5,0 mg/dL za žene
Aspartatna aminotrasferaza (AST)	> 45 IU/L
Alanin aminotrasferaza (ALT)	> 45 IU/L
Trigliceridi	> 160 mg/dL

2.5.4. Upitnici za identifikaciju alkoholom uzrokovanih poremećaja. Postoje brojni upitnici za identifikaciju rizičnog pijenja i alkoholom uzrokovanih poremećaja, no za praktičara je najuputnije da dobro vlada samo jednim i da ga primjenjuje u svakodnevnoj praksi. Vrlo je poznat i često se upotrebljava Test za identifikaciju alkoholom uzrokovanih poremećaja (Alcohol Use Disorders Identification – AUDIT) (tablica 10).

Tablica 10. Upitnik za identifikaciju alkoholom uzrokovanih poremećaja (AUDIT)

Molimo Vas da zaokružite odgovor koji se odnosi na Vas.

1. Kako često pijete alkoholna pića?	Nikada	Mjesečno ili manje	2 do 4 puta mjesečno	2 do 3 puta tjedno	4 ili više puta tjedno
2. Koliko alkoholnih pića popijete u tipičnom danu, kada pijete?	1 ili 2	3 ili 4	5 ili 6	7 do 9	10 ili više
3. Kako često popijete 6 ili više pića u jednoj prigodi?	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
4. Kako često ste tijekom prošle godine uvidjeli da niste sposobni prestati piti kada ste jednom počeli piti?	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
5. Kako često ste zbog pijenja tijekom prošle godine propustili učiniti ono što se od vas normalno očekuje?	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
6. Kako često ste tijekom prošle godine trebali prvo piće ujutro, da se pokrenete nakon teškog pijenja?	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
7. Kako često ste tijekom prošle godine imali osjećaj krivnje ili kajanja nakon pijenja?	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
8. Kako često se tijekom prošle godine niste mogli sjetiti što se dešavalo prošle noći zato što ste bili pijani ?	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodnevno
9. Jeste li vi ili netko drugi bili ozlijeđeni zbog vašeg pijenja ?	Ne		Da, ali ne u prošloj godini		Da, u prošloj godini
10. Jesu li rođaci, liječnik ili drugi zdravstveni radnici bili zabrinuti zbog vašeg pijenja ili vam savjetovali da smanjite piti?	Ne		Da, ali ne u prošloj godini		Da, u prošloj godini

AUDIT

Ocjenjivanje odgovora

Pitanja 1 do 8 ocjenjuju se sa 0, 1, 2, 3 ili 4;

Pitanja 9 i 10 ocjenjuju se samo 0, 2, 4; Odgovor je kako slijedi:

	0	1	2	3	4
Pitanje 1	Nikada	Mjesečno ili manje	2 do 4 puta mjesečno	2 do 3 puta tjedno	4 ili više puta tjedno
Pitanje 2	1 ili 2	3 ili 4	5 ili 6	7 do 9	10 ili više
Pitanje 3-8	Nikada	Manje nego mjesečno	Mjesečno	Tjedno	Svakodne vno
Pitanje 9-10	Ne		Da, ali ne u prošloj godini		Da, u prošloj godini

Najmanji rezultat (za one koji ne piju) je **0**, a najveći mogući rezultat je **40**.

Rezultat od 8 ili više indicira vjerojatnost riskantnog i škodljivog pijenja

2.6. Liječenje

Temeljni cilj liječenja je uspostava i održavanje trajne apstinencije od alkohola, dakle potpune trijeznosti, uz mijenjanje samoga sebe u odnosu prema sustavima vrijednosti i odgovornosti pojedinca spram njegovog okruženja, prvenstveno prema obitelji, poslu i široj zajednici. Tijekom liječenja mogući su i recidivi koji spadaju u sastavni dio bolesti ovisnosti o alkoholu, te se ne moraju sagledavati nakon uspostave početne apstinencije u negativnom kontekstu, no mora se svakako o recidivu razgovarati i u terapijskom kontekstu analizirati. U početku liječenja treba provesti detoksifikacijski tretman, uz liječenje svih popratnih zdravstvenih poteškoća i oboljenja koja su usko povezana s alkoholnom intoksikacijom. Prisutnost mogućih psihičkih poteškoća potrebno je tretirati po uspostavi apstinencije. U dijagnostičkom i terapijskom postupku svakako treba voditi računa o prisutnosti komorbiditeta ovisnosti o alkoholu i drugih psihičkih poremećaja.

2.6.1. Osnovna načela liječenja ovisnosti o alkoholu

Cilj liječenja je postići trajnu apstinenciju od alkohola i promijeniti način života, održavati trajnu apstinenciju i prihvatiti nov način života. Budući da je ovisnost o alkoholu sustavni poremećaj, u liječenju svakako treba uključiti obitelj radi postizanja pozitivne obiteljske homeostaze, te strukturiranje tzv. «mreže podrške» od strane kolega s posla, prijatelja i drugih pacijentu bliskih osoba.

Jedan od problema koji se javlja tijekom liječenja jest pasivnost bolesnika u tretmanu, koja nastaje zato što je u većini slučajeva bolesnik «prisiljen» na liječenje, uz siromaštvo u komunikaciji i interakciji kao i manjak empatije.

Također je potrebno stalno konfrontirati pacijenta s realitetom, kao što je mogući gubitak posla, pojava zdravstvenih poteškoća, kao i mogućnost rastave i urušavanja obiteljske podrške.

Temeljni je čimbenik u procesu liječenja u prvom redu odnos bolesnika i terapeuta, pri kojem je dobar ljudski odnos, pun razumijevanja, prvi preduvjet za

početak kao i za sam tijek liječenja. Također je vrlo važan i kvalitetan odnos između terapeuta i bolesnika koji je osnova za cjelokupni tijek terapijskog programa. Pri tome je potrebno voditi računa da se ti međudnosni zrcale u sposobnosti iskazivanja suosjećanja, izbjegavanju posesivnosti i direktivnosti te usađivanju osjećaja vrijednosti i davanju nade.

2.6.2. Klubovi liječenih alkoholičara

Liječenje ovisnosti o alkoholu je dugotrajan i složen postupak koji se tek jednim početnim dijelom usko veže uz zdravstvenu odnosno psihijatrijsku djelatnost. Dugogodišnji rehabilitacijski i resocijalizacijski proces, tijekom kojega je potrebno promijeniti ponašanje i usvojiti nov način života bez alkohola, provodi se u skupinama koje su organizirane kao udruge građana, u nas pod opće poznatim nazivom klubovi liječenih alkoholičara (KLA).

U klub liječenih alkoholičara potrebno je odlaziti jedanput tjedno zajedno s obitelji najmanje 5 godina.

2.6.3. Psihološki postupci

Niz psiholoških postupaka i intervencija imaju svoje mjesto tijekom započinjanja, ali i samog trajanja terapijskog procesa liječenja ovisnika o alkoholu. Najčešće se primjenjuje, između ostalog, motivacijski intervju, koji možemo svrstati u terapijsku tehniku, koju primjenjujemo u procesu liječenja kao praktičan i prihvatljiv način u fazi kad postoji neodlučnost i otpor pri odluci o liječenju. Cilj je potaknuti unutrašnju, skrivenu motivaciju, apelirajući na pacijentovu odgovornost koja će utjecati na pokretanje promjena.

Kognitivno bihevioralni pristup u tretmanu ovisnosti o alkoholu temelji se na pretpostavci da je ovisnost o alkoholu uglavnom naučeno ponašanje, te da se liječenjem i apstinencijom zapravo vrši zamjena slabo adaptivnog ponašanja tijekom pijenja boljim i prihvatljivim modelom ponašanja. Polazi se od stava da je upotreba alkohola rezultat svojevrstne gratifikacije koju pacijent bez alkohola ne dobije. Najčešće primjenjivane intervencije su uvježbavanje socijalnih vještina, vještine rješavanja problema, vježbe opuštanja – učenje kontrole bijesa, te kognitivno restrukturiranje.

2.6.4. Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija ima svoje mjesto u sustavu liječenja, poglavito u početku, kad i sami pacijenti više preferiraju individualni pristup problemu. Njome se rješava početna ambivalentnost pri odluci o liječenju, jača motivacijski kapacitet samog pacijenta, kao i rješavanje niza emocionalnih kriza i otpora. Ona sigurno nije sama po sebi dovoljna u rješavanju i liječenju ovisnosti o alkoholu, između ostalog i zbog toga što dijada terapeut–pacijent ne donosi mnogo socijalnih elementa koji su važni u rješavanju ovisnosti o alkoholu.

2.6.5. Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija je metoda izbora u terapijskom radu s ovisnicima o alkoholu iz mnogih razloga, od kojih onaj ekonomski nije zanemariv. U procesu grupne psihoterapije bolesniku se pruža mogućnost da vidi sebe u očima drugih ljudi i da tako lakše i kritičnije prihvati postojanje svog vlastitog problema («*fenomen zrcala*»).

Također, u grupi bolesnik lakše i objektivnije sagledava odnose s drugim ljudima i osjeća se integralnim dijelom socijalnog sustava, a ne marginalna osoba koja je zbog bolesti odbačena od sredine («*socijalizacija*»).

U grupi se bolesnik osjeća sigurnije, a međusobna identifikacija, kao i identifikacija s ego idealom, koji predstavlja terapeut u terapijskim grupama, vrlo je velika. Uz pomoć grupe bolesnik dobiva bolji uvid u svoje liječenje, što samo po sebi ima veliku važnost («*grupa kao podrška*»).

Unutar grupe pojedinac se osjeća sigurnije, lakše rješava pojedine nesigurnosti, anksioznosti, nelagode, kao i povremene acting out-e («*grupa kao kondenzator*»).

Osnovno u grupnoj terapiji treba biti načelo «ovdje i sada». Grupni rad se provodi najčešće u strukturi tzv. «srednje grupe» (10-15 članova).

Posebno mjesto u radu s alkoholičarima ima obiteljska terapija. Naime, obiteljski pristup problemu ovisnosti o alkoholu zahtijeva uključivanje cijelog obiteljskog sustava jer ovisnost o alkoholu pojedinca praktički razbija obiteljski sustav. Uspostava apstinencije zahtijeva restrukturiranje obiteljskog sustava, uz uspostavu kvalitetnijih međusobnih odnosa.

Važno mjesto u grupnim intervencijama zauzima i edukacija, o svim značajima alkoholom uzrokovanih poteškoća (zdravstvene, socijalne-obiteljske, radne i dr.)

U liječenju ovisnosti o alkoholu značajno mjesto zauzima *Terapijska zajednica*, kao sustav liječenja ali i kao posebnost u grupnoj psihoterapiji. Terapijska zajednica se pokazala kao najučinkovitiji organizirani sustav u liječenju alkoholom uzrokovanih poremećaja.

2.6.6. Farmakoterapija

Primjena medikamenata u liječenju ovisnosti o alkoholu ima za cilj omogućiti pacijentu aktivnije uključivanje u sam proces liječenja, te da otkloni niz sekundarnih simptoma prouzročenih dugotrajnim prekomjernim pijenjem alkohola.

Detoksifikacijski postupak

Detoksifikacija se provodi u početnoj fazi liječenja, a cilj je uklanjanje ili ublažavanje toksičnog djelovanja alkohola. Detoksifikacija se sastoji prije svega u davanju vitamina, preparata za zaštitu jetre i glukoza (parenteralno).

Od vitamina se prvenstveno misli na tiamin (vitamin B₁), piridoksin (vitamin B₆). Ako se radi o akutnoj intoksikaciji, daju se pripravci 37% glukoze, vitamini B₁, B₆ i C vitamin.

Disulfiram

Kemijski, riječ je o tetraetiltiuramdisulfidu, poznatom pod nazivom antabus, a u svakoj zemlji nalazi se u upotrebi pod drugim tvorničkim imenom (Tetidis, Aversan, Abstynil, Antiethyl, Esperal).

Uzimajući disulfiram pacijenti imaju iznimno neugodnu reakciju ako u organizam unesu i vrlo malu količinu alkohola. Reakcija je uzrokovana nakupljanjem acetaldehida radi inhibicije aldehid dehidrogenaze, što uključuje nastanak niza različitih simptoma: crvenilo, dispneju, hiperventilaciju, tahikardiju, palpitacije, hipertenziju, znojenje, tjeskobu, slabost, a mogu nastati i po život opasne komplikacije. Reakcija obično započinje 10-30 minuta nakon konzumiranja alkohola, a može trajati nekoliko sati.

Terapija: ako je reakcija blaža, nije potrebna nikakva terapija, a ako su posrijedi jači simptomi, uputno je davati C vitamin, intravenski ili antihistaminike.

Pacijenti uzimaju disulfiram u razdoblju od šest mjeseci do jedne godine (preporuka je da se uzima barem godinu dana).

Doze: daje se 250–500 mg jedanput na dan. Ne preporučuje se davati disulfiram osobama koje imaju oštećenje jetre (ciroza), srčana oboljenja, epilepsiju, kao i kad je riječ o drugim težim sistemskim oštećenjima.

Sredstva koja smanjuju želju za alkoholom

Naltrekson (ReVia) je antagonist opioidnih receptora. U dozi od 50-100 mg na dan pokazao se učinkovitim u smanjenju želje za pijenjem i održavanjem apstinencije.

Djelovanje: naltrekson djeluje na blokiranje otpuštanja endogenih opoida, te na taj način smanjuje užitak očekivanog pijenjem alkohola. Ukoliko se uz naltrekson uzima alkohol, dolazi do niza nuspojava kao što su mučnina, slabost i dr.

Akamprosat (Campral) uzima se u dnevnoj dozi od 1300 mg do 2000 mg. Nema interakcije s alkoholom i sedativima i ne stvara naviku. Mehanizam djelovanja nije u potpunosti poznat, no govori se o tome da stimulira inhibitore GABA transmisije i sprječava produkciju ekscitatornih aminokiselina, ponajprije glutamata. Podržava uspostavu apstinencije.

Sedativi i antidepresivi

Budući da su anksioznost i depresivne smetnje vrlo česte u ovisnika o alkoholu, što se češće susreće prvih tjedana i dana apstinencije, uporaba psihofarmaka se preporučuje.

Sedativi: u prvom redu upotrebljavaju se benzodiazepini u terapijskoj dozi od 5 do 10 mg, tri do četiri puta na dan. Treba kontrolirati njihovo uzimanje kao i provoditi postupnu redukciju.

Antidepresivi: uporaba antidepresiva ima svoju svrhu s obzirom na čestu pojavu depresivnih epizoda, poglavito prvih dana odnosno tjedana apstinencije. Najčešće se upotrebljavaju antidepresivi SSRI, te antidepresivi s povoljnijim tijekom nuspojava kao što su tianeptin, trazodon.

Fizičke i psihičke komplikacije prouzročene prekomjernim i dugotrajnim pijenjem alkohola

Prekomjerno i dugotrajno pijenje alkohola uzrokuje niz tjelesnih oštećenja, s mnogo izravnih i neizravnih učinaka na tjelesno zdravlje.

Unos alkohola u organizam, bilo kratkotrajno ili duže vrijeme u većim količinama, djeluje na stvaranje niza tjelesnih komplikacija koje navodimo u tablici 11.

Tablica 11. Somatske komplikacije vezane uz prekomjerno pijenje alkohola

Alkoholna intoksikacija	Akutna intoksikacija (Akutno opito stanje Patološko pijano stanje Bleekout (alkoholna amnezija)
Sindrom sustezanja od alkohola	Tremor Alkoholna halucinoza Alkoholna epilepsija Delirium tremens
Bolesti živčanog sustava kao posljedica nedostatka hranjivih tvari, kod alkoholičara	Sindrom Wernicke-Korsakoff Cerebelarna degeneracija Periferna neuropatija Optička neuropatija Pelagra
Bolesti nepoznate patogeneze kod alkoholičara	Centralna pontinina mijelinoza Marchiafava- Bignamieva bolest Fetalni alkoholni sindrom Miopatija
Sistemske bolesti sa sekundarnim neurološkim komplikacijama, kod alkoholičara	Bolesti jetre <ul style="list-style-type: none"> ▪ hepatalna encefalopatija ▪ stečena kronična hepatocerebralna degeneracija (Nonwilsonova bolest) Gastrointestinalne bolesti <ul style="list-style-type: none"> ▪ malabsorpcijski sindrom ▪ postgastrektomički sindrom
Kardiovaskularne bolesti	Kardiomiopatija Aritmija i hipertenzija
Hematološke bolesti	Anemija, leukopenija, trombocitopenija
Hipotermija i hipertermija	
Disbalans eletrolita	Hiponatremija, hiperkalcemija, hipomagnezijemija, hipofosfatemija, hipoglikemija i hiperglikemija
Ozljeda mozga	Intracerebralni hematoma, subduralni i epiduralni hematoma

3. AKUTNA INTOKSIKACIJA ALKOHOLOM (F 10.0)

Alkoholna intoksikacija nastaje jednokratnim unosom alkoholnog pića, koja u srazmjeru s količinom unesenog alkohola dovodi do poremećaja razine svijesti, kognicije, poremećaja opažanja, poremećaja raspoloženja i drugih oblika poremećaja ponašanja.

Dok blaga intoksikacija može producirati određeno ponašanje, pri čemu bolesnik postane opušten, pričljiv, euforičan, teška intoksikacija često dovodi do teških poremećaja, kao što su agresivnost, labilno raspoloženje, pogrešno prosuđivanje te socijalna i radna nesposobnost.

Intoksicirane osobe pokazuju barem jedan od navedenih simptoma: neujednačen i nerazumljiv govor, smetnje koordinacije, nistagmus, poremećaj pamćenja, somnolenciju, sopor, koma.

Komplikacije pri akutnom pijanstvu: ozljede glave (subduralni, epiduralni i intrakranijski hematomi), frakture ostalih koštanih sustava, udisanje povraćenog sadržaja, prometne nezgode, kriminogeno ponašanje, homicidi i suicidi.

Terapija

U blažim akutnim intoksikacijama praktički nije potrebna nikakva terapija. Uputno je neko vrijeme davati vitamina B skupine i C vitamina (parenteralno), uz 37% glukozu. U slučaju psihomotornog nemira i agitacije ordinirati promazin, odnosno haloperidol. Ako je riječ o težim akutnim intoksikacijama s poremećajima svijesti potrebna je internistička opservacija, a agitirane pacijente hospitalizirati- detoksicirati u bolničkim-psihijatrijskim odjelima, uz praćenje alkoholemije (alkohol u krvi). Odnos koncentracije alkohola i poremećaji koji nastaju pri tome navedeni su na tablici 12.

Tablica 12. Odnos koncentracije alkohola u krvi i nastalih poremećaja

Koncentracija alkohola u krvi (u promilima)	Mogući poremećaji
0,2-0,3 ‰	spora motorna aktivnost te smanjenje sposobnosti mišljenja
0,3-0,8 ‰	povećani motorni i kognitivni problemi
0,8-2,0 ‰	slaba koordinacija pokreta, greške u prosuđivanju, promjene raspoloženja
2,0-3,0 ‰	nistagmus, neujednačen, nerazumljiv govor, alkoholne amnezije
> 3,0 ‰	nepравilan rad vitalnih funkcija, moguća i smrt (stupnjevi svijesti: somnolencija, sopor, koma)

3.1. Patološko pijano stanje (patološka intoksikacija)

Patološko pijano stanje, sumračno stanje u alkoholom intoksicirane osobe, poseban je oblik kompliciranog otrovanja alkoholom, praćen agresivnim i često nasilnim ponašanjem, atipično za osobu u trijeznom stanju, a nastaje vrlo brzo nakon pijenja malih količina alkohola koje u većine ljudi ne izazivaju jaču intoksikaciju. Postoji amnezija za cijeli događaj i smatra se da je osoba bila u stanju sužene svijesti, transa ili automatizma. Nakon epizode slijedi dugotrajni san.

Diferencijalno dijagnostički, dolazi u obzir alkoholom inducirana hipoglikemija, organsko oštećenje mozga ili poremećaj ponašanja.

U stanju patološke intoksikacije osoba može biti verbalno i fizički iznimno agresivna, pa čak počiniti i ubojstvo. Patološko pijano stanje traje od nekoliko minuta do nekoliko sati, iznimno nekoliko dana.

Tretman: obično samo suportivan. Kod agitacije promazin ili haloperidol, davanje vitaminskih preparata, te opservacija eventualnih ozljeda.

3.2. Alkoholna amnezija

Alkoholna se amnezija odnosi na tranzitorni gubitak pamćenja, koji može biti uzrokovan alkoholnom intoksikacijom. Spominju se dvije varijante alkoholne amnezije:

- a) amnezija «*en block*» koja se očituje gustom, potpunom amnezijom, s djelomičnim oporavkom, spontanim ili uz poticaj, bez kasnijeg sjećanja na događaje tijekom same amnezije. Može potrajati 30-60 minuta pa i do dva dana.
- b) amnezija «*grey-out*» odnosno djelomični gubitak pamćenja su povremene epizode amnezije s nejasnim granicama i «otočićima» u sjećanju i trajaju kratko vrijeme. Gubici pamćenja se javljaju i u kasnijim stadijima samog alkoholizma, a povezani su s oštećenjima korteksa mozga.

Neki pacijenti navode da nakon pijanstva, u fazi amnestičkog razdoblja, povremeno odlutaju od kuće, te se kasnije probude na nepoznatu mjestu ili gradu. Takvo stanje nazivamo «stanje fuge».

4. ALKOHOLOM INDUCIRAN PSIHOTIČNI POREMEĆAJ S HALUCINACIJAMA (Alkoholna halucinoza) F10.5

Perzistirajuće halucinacije, kako slušne tako i vidne, bez ostalih delirantnih simptoma, u alkoholičara se svode na pojam *alkoholna halucinoza* odnosno *alkoholom inducirani psihotični poremećaj s halucinacijama*.

Halucinoza obično nastaje tijekom pojačanog pijenja ili neposredno nakon toga. Ako nastaje tijekom pijenja, dovodi do toga da pojedinac započne apstinenciju. Halucinacije su žive i nastaju obično pri punoj svijesti i orijentaciji. Javljaju se sa sačuvanom osobnosti, ali mogu imati i popratnu sumanutost s idejama odnosa i paranoidnim idejama.

U alkoholnim halucinozama obično se javljaju slušne halucinacije, i to u vidu glasova i šumova. Glasovi se javljaju u vidu poruka, komentara koje su upućeni samom pacijentu.

Diferencijalno – dijagnostički: u obzir treba uzeti prisutnost eventualne paranoidne shizofrenije. Kod alkoholne halucinoze ne postoji komplicirani sustav shizofrenog poremećaja mišljenja ili nedostatak afekta.

Uvid u stanje vraća se odmah po prestanku javljanja glasova. Ako se simptomi ne povlače više mjeseci, vjerojatno se radi o shizofrenom procesu.

Također treba obratiti pozornost na postojanje halucinoze pri intoksikaciji amfetaminima. Obično takva stanja nastaju u osoba koje su ovisne o alkoholu najmanje desetak godina.

Terapija: Preporučuje se ordinirati benzodiazepine, čime se smanjuje prisutnost eventualne agitiranosti, lorazepam 1-2 mg oralno ili intramuskularno, diazepam 5-10 mg oralno ili intramuskularno u tri do četiri dnevne doze. Također treba uvesti manje doze visokopotentnih psihofarmaka (antipsihotika, npr. haloperidol 2-5 mg per os ili intramuskularno 3-4 puta na dan).

5. APSTINENCIJSKI SINDROM (Sustezanje od alkohola) F10.3

Apstinencijski sindrom započinje nekoliko sati odnosno dana (dva do tri dana) nakon prekida ili smanjenja dugotrajnog pijenja. Apstinencijski je sindrom jedan od pokazatelja sindroma ovisnosti o alkoholu. U kliničkoj slici dominira vegetativna hiperaktivnost, tremor ruku, mučnina, anksioznost, depresivnost, psihomotorna agitacija. Mogu se u blažem obliku pojaviti prolazne smetnje percepcije, npr. halucinacije, s nedirnutim testiranjem realnosti.

Komplikacije takvog stanja svode se na postojanje konvulzija koje se obično javljaju 7-48 sati nakon prestanka pijenja, u otprilike 5-15% ovisnika o alkoholu. Tijekom pojedinačne epizode pacijent može imati samo jedan napadaj, ali češće ima dva do tri napadaja tijekom nekoliko dana.

Terapija: uobičajeno je davati benzodiazepine kao i antidepresive ako u kliničkoj slici ipak više dominira sniženo depresivno raspoloženje.

6. APSTINENCIJSKI SINDROM S DELIRIJEM (F 10.4)

Poremećaj koji se uobičajeno zove *delirium tremens* je apstinencijski sindrom kompliciran s delirijem. Javlja se nakon apsolutnog ili relativnog prekida uzimanja alkohola u teških ovisnika o alkoholu (1-3% ovisnika o alkoholu).

Dijagnoza: minuciozna povijest bolesti i klinički pregled. U kliničkoj slici dominira vegetativna hiperaktivnost, tahikardija, znojenje, groznica, anksioznost.

Svijest: pacijent je manje-više sužene svijesti, izvan realiteta, dezorijentiran (više vremenski i prostorno).

Halucinacije i iluzije: prisutne su žive i zastrašujuće vidne halucinacije u vidu kukaca, zmija, gmazova koje plaze po pacijentu, uz spektar živih boja, a mogu postojati i slušne te taktilne halucinacije.

Tremor: kako se bolest razvija, pacijent postaje sve jače anksiozan, ustrašen, uz vidljivi tremor, najčešće jače izražen na prstima ruku, ali kasnije se proširi po cijelom tijelu.

Strah: pacijent zbog halucinatornih doživljavanja, kao i zbog vegetativne hiperaktivnosti, ima osjećaj straha, što manifestira i psihomotornim nemir.

Paranoidne sumanute ideje: u bolesti se često javljaju paranoidne ideje spram okoline, a mogu se očitovati i sumanute profesionalne ideje kao i halucinacije (vozač po profesiji može doživljavati sebe kako vozi, konobar kako djeluje na svom poslu i sl.).

Laboratorijske pretrage: kontrola KKS i SE, elektroliti, ABS, testovi jetrene funkcije, kreatinin, razina šećera u krvi, PV, albumini, ukupne bjelančevine, urin.

Druge moguće pretrage: EKG, RTG pluća i srca, kranioogram (kod postojećih ozljeda glave, kao i stanja poslije konvulzija), CT mozga.

Postupci tijekom liječenja:

- 1) stalno praćenje bolesnika, kontrola vitalnih funkcija svakih 4-6 sati
- 2) korekcija elektrolita, ABC, GUK-a
- 3) ako je bolesnik dehidriran, valja ga rehidrirati
- 4) zbrinjavanje somatskih komplikacija
- 5) benzodiazepini - diazepam 5-20 mg 3-5 puta na dan per os ili i.v. dirigirano u infuziji fiziološke otopine u dozi od 10 do 20 mg 3-5 puta na dan
- 6) neuroleptici u smislu smirivanja jače agitiranosti, halucinacija i sumanutosti (haloperidol)
- 7) polivitamini jedanput na dan
- 8) vitamini B skupine (B₁-tijamin, B₆-piridoksin, B₁₂-cijanokobalamin)
- 9) magnezijev sulfat: 1g i.m. svakih 6 sati tijekom 2 dana (u pacijenata s epilepsijom)
- 10) ordinirati lijekove za miran san (npr. nitrazepam, zolpidem, flurazepam)
- 11) liječenje malnutricije
- 12) nakon što se pacijent smiri, postupno smanjivati benzodiazepine i uključiti ga u liječenje ovisnosti o alkoholu.

7. PERZISTENTNI AMNESTIČKI POREMEĆAJ PROUZROČEN ALKOHOLOM (F 10.6)

Taj se poremećaj očituje smetnjama u kratkoročnom pamćenju, koji nastaje u osoba s dugotrajnim i prekomjernim pijenjem alkoholnih pića. Rijetko se javlja u osoba mlađih od 35 godina.

Klasični nazivi toga poremećaja jesu Wernickeova encefalopatija (akutni početak neuroloških simptoma) te Korsakovljev sindrom (kronično stanje).

7.1. Wernickeova encefalopatija

Poznata je i pod nazivom alkoholna encefalopatija. To je akutni sindrom uzrokovan deficitom tijamina.

Simptomi: nistagmus, paraliza abdukcije i konjugiranih pokreta očiju, ataksija i opća smetenost, konfabulacije, letargija, nezainteresiranost, tjeskoba, strah od mraka.

Manjak tijamina nastaje kao posljedica dugotrajnog i prekomjernog pijenja alkohola.

Liječenje: Ordinira se tijamin u dozi 100-300 mg na dan dok se ne ukloni oftalmoplegija. Također se daje i magnezij (kao kofaktor u metabolizmu tijamina).

Tijek bolesti: ordiniranom se terapijom s vremenom povuče veći dio simptoma, osim ataksije, nistagmusa, te katkad i periferne polineuropatije. Sindrom se povuče za nekoliko dana odnosno tjedana, no može prijeći i u kronični oblik (Korsakovljev sindrom).

7.2. Korsakovljev sindrom

Poznat je i pod nazivom Korsakovljeva psihoza. To je kronično stanje u osoba ovisnih o alkoholu, koji su dugi niz godina prekomjerno i konstantno uzimali

alkohol, što im je praktički bio jedini izvor kalorija. To je sindrom deficita tijamina.

Simptomi: smetenost, dezorijentiranost, polineuropatija, konfabulacije, retrogradna i anterogradna amnezija.

Liječenje: nadomjestak tijamina, uz eventualno davanje klonidina i propranolola. Često je uz taj sindrom prisutna i alkoholom uzrokovana demencija. Oko 25% pacijenata se oporavi u potpunosti, a oko 50% samo djelomično, uz dugotrajno davanje tijamina u dozi od 50-100 mg / na dan.

8. PERZISTENTNA DEMENCIJA PROUZROČENA ALKOHOLOM (F.10.7)

Poremećaj u kojem promjene kognicije, afekta, osobnosti ili ponašanja uzrokovane alkoholom traju i izvan razdoblja za koje bi se razumno mogao očekivati izravni učinak samog alkohola. Takva osoba izrazito mijenja dotadašnji način života, uz sve izrazitije simptome demencije. Pojedina kratkotrajna vraćanja u prošlost (flashback) mogu se razlikovati od psihičkog stanja djelomično po svojoj epizodnoj prirodi, često vrlo kratkog trajanja. Dementni sindrom u početku je praćen etičkim osiromašenjem ličnosti, uz slabljenje intelekta, te ima tendenciju postupnog napredovanja navedenih promjena.

9. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. izdanje. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
2. Anderson P. Alcohol and risk of physical harm. U: Holder H, Edwards G, ured. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues, Oxford: Oxford University Press, 1995. str. 82-113.
3. Anton RF. Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. Alcohol Alcohol 1996; 31:43-53.
4. British Medical Association. Alcohol: Guidelines on Sensible Drinking. London: British Medical Association, 1995.
5. Buljan D, Brzović Z, Thaller V, Breitenfeld D, Marušić S. Neurotransmitter changes in alcoholism and in the withdrawal syndrome (neurobiological tests of alcoholism). Coll antropol 1996; 20:175-182.
6. Chan AWK. Biochemical Markers for Alcoholism. U: Windle M, Searles JS, ured. Children of Alcoholics. New York: Guilford; 1990. str. 39-72.
7. Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. Alcohol Res Health 2001; 25:204-209.
8. Chung T, Colby SM, Barnett NP, Monti PM. Alcohol Use Disorders Identification Test: Factor structure in an adolescent emergency department sample, Alcoh Clin Exp Res 2002; 26:223-231.
9. Compton WM, Cottler LB, Dorsey KB, Spitznagel EL, Mager DE. Comparing assessment of DSM substance dependence disorder using CIDI-SAM and SCAN. Drug Alcohol Depend 1996; 41:179-88.
10. Conigrave KM, Saunders JB, Whitfield JB. Diagnostic tests for alcohol consumption. Alcohol Alcohol 1995; 30:13-26.
11. Cook CCH, Thomson AD. B-complex vitamins in the prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff syndrome. Br J Hospital Med 1997;
12. Edwards G, Anderson P, Barbor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrech N i su. Alcohol Policy and Public Good. Oxford: Oxford University Press; 1994.
13. Edwards G, Dare C. Psychotherapy, Psychological Treatments and the addictions. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

14. Friedmann PD, Saitz R, Gogineni A, Zhang JX, Stein MD. Validation of the screening strategy in the NIAAA «Physicians' Guide to Helping Patients With Alcohol Problems». *J Stud Alcohol* 2001; 62:234-238.
15. Fuller RK, Hiller-Sturmhöfel S. Alcoholism treatment in the United States: An overview. *Alcohol Res Health* 1999;23:69-77.
16. Gossop M. Cognitive and behavioural treatments for substance abuse. U: Edwards G, Dare C, ured. *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press: 1996. str 158-72.
17. Health N. *Treatment Approaches for Alcohol Problems*. Copenhagen: World Health Organisation, 1996.
18. Heather N. *Treatment Approaches to Alcohol Problems*. European Series No. 65. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
19. Helander A. Biological markers of alcohol use and abuse in theory and practice. U: Agarwal DP, Seitz HK, ured. *Alcohol in Health and Disease*. New York: Marcel Dekker; 2001. str. 177-205.
20. Hermansson U, Helander A, Brandt L, Huss A, Rönnerberg S. The Alcohol Use Disorders Identification Test and carbohydrate-deficient transferrin in alcohol-related sickness absence. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 28-35.
21. Hoffman PL, Tabakoff B. Alcohol dependence: a commentary on the mechanisms. *Alcohol Alcohol* 1996; 31:333-40.
22. Levin JD, Weiss RH. ured. *The Dynamics and Treatment of Alcoholism: Essential Papers*. Northvale: Jason Aronson, 1994.
23. Lieber CS. Medical disorders of alcoholism. *N Engl J Med* 1995; 333:1058-65.
24. Marušić S, Thaller V, Buljan D, Zoričić Z, Jovanović B. Diagnosis of alcohol-related disorders. *Alcoholism* 1998; 34:3-14.
25. Moniz C. Alcohol and bone. U: Edwards G, Peters TJ, ured. *Alcohol and Alcohol Problems*. *British Medical Bulletin* 50. London: Churchill Livingstone; 1994. str. 67-75.
26. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking and driving. *Alcohol Alert* 1996; 31:1-3.
27. O'Brein P. Parenteral vitamin therapy in alcoholism. *Psychiatric Bull* 1995; 19:789-796.
28. Pettinati HM, Volpicelli JR, Kranzler HR, et al. Sertraline treatment for alcohol dependence: Interactive effects of medication and alcohol subtype. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24:1041-1049.
29. Rapaport MH, Tipp JE, Schuckit MA. A comparison of ICD-10 and DSM-III-R criteria for substance abuse and dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19:143-151.
30. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26:272-279.
31. Sorensen SC, Mattison K. Naloxone as an antagonist in severe alcohol intoxication. *Lancet* 1978; 2: 688-689.
32. Swift R.M. Drug therapy for alcohol dependence. *N Engl J Med* 1999; 340(19):1482-1490.
33. Thaller V, Brzović Z, Breitenfeld D, Buljan D. Some biological aspects of depression, *Coll Antropol* 1995; 19:493-504.
34. Thaller V, Buljan D, Breitenfeld D, Marušić S, Breitenfeld T, De Syo D. Anthropological aspects of alcohol consumption and alcohol relation problems. *Coll Antropol* 1998; 22:603-611.
35. Thaller V, Buljan D, Marušić S. Biochemical test in the diagnosis of alcoholism (The correlation of the sensitivity of the conventional tests for the diagnosis of alcoholism and alcohol withdrawal syndrome). *Eur J Psychiat* 1999; 13:107-119.
36. Thaller V. i sur. *Alkohologija*, Zagreb: CSCAA; 2002.
37. Williams GD, Clem DA, Dufour MC. Apparent Per Capita alcohol Consumption: National, State, and Regional Trends, 1977-92. Surveillance Report No. 31. Rockville MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Division of Biometry and Epidemiology, Alcohol Epidemiologic Dana System, 1994.
38. World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation; 1992.
39. Wright C, Moore RD. Disulfiram treatment of alcoholism: Position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1989; 111: 943-945.