Suvremeni pristupi liječenju alkoholizma

Matejčić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:571916

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ana Matejčić

Suvremeni pristupi liječenju alkoholizma

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju Vrapče, pod vodstvom doc.dr.sc. Zrnke Kovačić Petrović i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

Popis kratica:

AA – Alcoholics Anonymous (Anonimni alkoholičari)

ALT – alanin aminotransferaza

AST – aspartatna aminotransferaza

CDT – karbohidrat-deficijentni transferin

DSM-5 – Diagnostic Statistic Manual-5 (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja Američkog udruženja psihijatara)

FDA – Food and Drug Administration (Američka agencija za hranu i lijekove)

GABA – γ-aminomaslačna kiselina

5-HT3 – 5-hidroksitriptamin 3

5-HTT – 5-hidroksitriptamin transporter

KLA – Klub liječenih alkoholičara

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. Revizija

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Nacionalni institut za zloupotrebu alkohola i alkoholizam)

NMDA – N-metil-D-aspartat

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SADRŽAJ

1. SAŽETAK.....

2. SUMMARY.....

3. UVOD..... 1

3.1 Epidemiologija..... 1

3.2 Etiologija..... 2

3.3 Simptomi i znakovi..... 2

3.4 Dijagnostika..... 3

4. BOLNIČKO LIJEČENJE..... 4

4.1 Stacionarno liječenje..... 4

4.2 Dnevna bolnica..... 4

4.3 Vikend bolnica..... 5

5. IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE..... 5

5.1 Obiteljsko liječenje uz rad..... 5

5.2 Grupno obiteljsko liječenje..... 5

5.3 Ambulantno liječenje..... 6

6. FARMAKOTERAPIJA..... 6

6.1 Povijesni pregled..... 6

6.2 Indikacije..... 8

6.3 Ciljevi..... 8

6.4 Detoksikacija..... 9

6.5 Disulfiram 9
6.6 Naltrekson 10
6.7 Akamprosat 10
6.8 Ostali lijekovi 11
7. PSIHOTERAPIJA 13
7.1 Povijesni pregled 13
7.2 Ciljevi psihoterapije 13
7.3 Motivacijski intervju 14
7.4 Kognitivno-bihevioralna terapija 15
7.5 Individualna psihoterapija 16
7.6 Grupna psihoterapija 16
8. TERAPIJSKA ZAJEDNICA 17
8.1 Povijesni pregled 17
8.2 Glavni principi i zadaci terapijske zajednice 18
9. OBITELJSKA TERAPIJA 19
9.1 Povijesni pregled 19
9.2 Ciljevi i zadaci obiteljske terapije 19
9.3 Vrste obiteljske terapije 20
10. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA 20
10.1 Povijesni pregled 20
10.2 Organiziranje KLA 21

10.3 Rad KLA 21

11. ANONIMNI ALKOHOLIČARI 22

11.1 Povijesni pregled 22

11.2 Program AA 23

11.3 „12 koraka“ AA 23

12. ZAKLJUČAK 25

13. ZAHVALE 26

14. LITERATURA 27

15. ŽIVOTOPIS 30

1. SAŽETAK

Suvremeni pristupi liječenju alkoholizma

Ana Matejčić

Alkoholizam je bolest koja se javlja zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića. Konzumacija alkohola vrlo je raširena. O mogućim uzrocima alkoholizma postoje biološke, psihološke i sociološke teorije. Alkoholizam ostavlja posljedice na svim organskim sustavima. Važno je pravovremeno postaviti dijagnozu i započeti s liječenjem.

Liječenje alkoholizma provodi se u bolničkim ili izvanbolničkim uvjetima. Obiteljska terapija je nezaobilazni dio u liječenju alkoholizma s obzirom da se na alkoholizam ne gleda kao na bolest ili poremećaj onoga koji pije, već cijele obitelji. U početnoj fazi liječenja provodi se detoksikacija dok se kasnije od lijekova i nadalje primjenjuje disulfiram, ali i drugi lijekovi poput naltreksona i akamprosata.

Psihoterapija se provodi s ciljem ponovne uspostave zdravstvenog i socijalnog blagostanja. Primjenjuje se tehnika motivacijskog intervjua kao i kognitivno-bihevioralna terapija s ciljem izmjene ponašanja tijekom konzumacije alkohola sa prihvatljivijim ponašanjem. Može se primjenjivati individualna kao i grupna psihoterapija. Primjenjuje se i terapijska zajednica koja koristi psihoterapijsku i socioterapijsku tehniku. Važno je pacijenta i njegovu obitelj potaknuti da se učlane u KLA gdje dobivaju poduku o alkoholizmu i sudjeluju u aktivnostima kluba. Pacijenti se mogu uključiti i u dobrovoljni program AA s ciljem održavanja apstinencije.

Ključne riječi: alkoholizam, obiteljska terapija, disulfiram, kognitivno-bihevioralna terapija, terapijska zajednica, klub liječenih alkoholičara

2. SUMMARY

Modern approach to the treatment of alcohol addiction

Ana Matejčić

Alcoholism is a disease that occurs due to excessive and long-term use of alcoholic beverages. Alcohol consumption is widespread. There are biological, psychological and sociological theories about the possible causes of alcoholism. Alcoholism has consequences on all organ systems. It is important to diagnose it in time and start treatment.

Treatment of alcoholism is carried out in hospital or outpatient conditions. Family therapy is an inevitable part in the treatment of alcoholism since alcoholism is not seen as a disease or disorder of just the one who drinks, but of the entire family. In the initial phase of treatment, detoxification is performed, while disulfiram as well as other drugs, such as naltrexone and akamprosat, are used in later treatment.

Psychotherapy is carried out in order to restore the health and social welfare of the affected persons. The technique of motivational interviewing is used, as well as cognitive-behavioral therapy, with the aim of replacing behavior during alcohol consumption with more acceptable behavior. Individual as well as group psychotherapy may be used. A therapeutic community that uses psychotherapeutic and sociotherapeutic techniques is also used. It is important that the patient and his family are encouraged to join the treated alcoholic club where they receive training on alcoholism and participate in club activities. Patients may also be included in the voluntary AA program in order to maintain abstinence.

Keywords: alcoholism, family therapy, disulfiram, cognitive-behavioral therapy, therapeutic community, treated alcoholic club

3. UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija 1952. godine definirala je alkoholizam na sljedeći način: „Alkoholizam je bolest, a alkoholičar je bolesnik kod koga se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji“ (SZO). Unatoč navedenom i danas nije rijetkost da se na alkoholizam gleda kao na stil života, a ne kao na bolest (Hotujac i sur., 2006.).

3.1 Epidemiologija

Konzumacija alkohola u svijetu 2010. godine iznosila je 6,2 litre čistog alkohola po osobi starosti petnaest ili više godina, što znači 13,5 grama čistog alkohola po danu. Od ukupno evidentirane potrošnje alkohola 50,1% odnosilo se na konzumaciju žestokih pića. Izvješćem o globalnom stanju vezanom uz alkohol i zdravlje iz 2014. godine utvrđeno je kako je u svijetu 16% osoba starosti petnaest ili više godina imalo epizodu težeg prekomjernog pijenja. U ekonomski bogatijim zemljama konzumira se više alkohola te je manje apstinenata. U 2012. godini oko 3,3 milijuna smrti, što predstavlja 5,9% svih smrti u svijetu, pripisuje se konzumiranju alkohola, a od toga 7,6% smrti među muškarcima i 4% među ženama. U Hrvatskoj, u razdoblju od 2008. do 2010. godine, konzumacija alkohola iznosila je 12,2 litre čistog alkohola po osobi starosti petnaest ili više godina što je manje u odnosu na potrošnju od 14,0 litara čistog alkohola u razdoblju od 2003. do 2005. godine. U Hrvatskoj od ukupno evidentirane potrošnje alkohola 45% odnosilo se na konzumaciju vina, a 15% na konzumaciju žestokih pića (SZO, 2014.).

3.2 Etiologija

Razlikujemo biološke, psihološke i sociološke teorije o mogućim uzrocima alkoholizma. Od bioloških teorija najbrojnije su genetičke koje alkoholizam objašnjavaju kao nasljednu bolest, pri čemu različiti genski čimbenici utječu na različite reakcije na alkohol, različito ponašanje prilikom pijenja, stjecanje tolerancije, različitu osjetljivost organskih sustava te različitu brzinu eliminacije iz organizma. Psihološke teorije alkoholizam vide kao individualni psihološki problem, ali socijalni čimbenici mogu imati utjecaja na razvoj alkoholizma (Hotujac i sur., 2006.). Sociološke teorije smatraju kako je važan utjecaj okoline, ali na pojavu alkoholizma utječu i socioekonomski, vjerski, kulturološki i drugi čimbenici. Alkoholizam se često povezuje s nižim siocioekonomskim statusom, a u nekim obiteljima alkoholizam se javlja češće (Begić, 2011.).

3.3 Simptomi i znakovi

Posljedice pretjerane konzumacije alkohola mogu se manifestirati na bilo kojem organskom sustavu i mogu uzrokovati različite ozljede, hipertenziju, gastrointestinalne simptome, centralne i periferne neurološke simptome, porast jetrenih enzima, anksioznost, depresiju, suicidalnost i mnoge druge posljedice. Osobe s poremećajima uzrokovanim konzumiranjem alkohola mogu se prezentirati u stanjima akutne intoksikacije alkoholom i ustezanja od alkohola. Simptomi i znakovi akutne intoksikacije su nistagmus, neinhibirano ponašanje, nekoordinacija, hipotenzija, tahikardija, a može doći i do stupora i kome. Simptomi ustezanja od alkohola nastupaju 4 do 72 sata od posljednjeg unošenja alkohola i mogu se prezentirati kao tremor, halucinacije, konvulzije i u konačnici rezultirati smrću (Tetrault & O´Connor, 2016.).

3.4 Dijagnostika

Preporuka je da se već u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provede skrining o konzumaciji alkohola. Pri sumnji na prekomjernu konzumaciju alkohola od pacijenta bi trebalo dobiti informacije o ranijoj i sadašnjoj konzumaciji alkohola, obiteljskoj anamnezi, količini i učestalosti konzumacije alkohola te o prisutnosti simptoma i znakova povezanih s alkoholizmom. Nekoliko biomarkera smatraju se potencijalnim skrining testovima za prekomjernu konzumaciju alkohola. Oni uključuju povišene jetrene enzime, na primjer da AST nadmašuje ALT najmanje dva puta, povišeni GGT, pancitopeniju, makrocitozu i povišeni CDT (Tetrault & O´Connor, 2016.). Za dijagnozu alkoholom uzrokovanih poremećaja prema DSM-5 klasifikaciji moraju biti zadovoljena najmanje dva od jedanaest kriterija u razdoblju od 12 mjeseci. Kriteriji obuhvaćaju ponašanja, navike i posljedice vezane uz konzumaciju alkohola, te se prema tim kriterijima poremećaji dijele na blage, umjerene i ozbiljne (NIAAA). Prema MKB-10 klasifikaciji, koja predstavlja službenu klasifikaciju u Republici Hrvatskoj, dijagnoze koje se odnose na alkohol označene su kao F10 i razvrstane u sljedeće podtipove: akutna intoksikacija, zlouporaba, sindrom ovisnosti, apstinencijski sindrom, apstinencijski sindrom s delirijem, psihotični poremećaj, sindrom amnezije, rezidualni i psihotični poremećaj s kasnim početkom te drugi i nespecificirani mentalni poremećaji s poremećajima ponašanja (Thaller & Marušić, 2013.).

4. BOLNIČKO LIJEČENJE

4.1 Stacionarno liječenje

Stacionarno liječenje, koje omogućava 24 satno okruženje bez alkohola, primjereno je za pacijente s težim poremećajima uzrokovanim alkoholom koji drugim oblicima liječenja nisu postigli apstinenciju, kao i za pacijente kod kojih postoji povećani rizik za neuspjeh ako se ne udalje iz dosadašnjeg okruženja, na primjer beskućnici ili oni koji imaju prijatelje ili obitelj koji su ovisnici. Postoje tri modela stacionarnog liječenja: psihosocijalni, suportivno-rehabilitacijski i intenzivni. Psihosocijalni model obuhvaća individualne i grupne terapije, grupe za uzajamnu pomoć i treninge za razvijanje socijalnih vještina. Suportivno-rehabilitacijski model tome dodaje i radne treninge i ostale specijalizirane rehabilitacijske pristupe. Intenzivni model, uz gore navedeno, obuhvaća medikamentozne i psihoterapijske pristupe, obiteljske terapije i savjetovanja s nutricionistima (Aronson, 2015.).

4.2 Dnevna bolnica

Pacijenti prilikom liječenja u dnevnoj bolnici borave veći dio dana. Liječenje obuhvaća niz terapijskih postupaka uklopljenih u program terapijske zajednice. Većina programa odvija se u grupama, a paralelno se provodi i individualna psihoterapija, obiteljska terapija kao i edukacija bolesnika i njegove obitelji. Jedanput dnevno održava se zajednički sastanak svih pacijenata na kojem se analiziraju događaji toga dana ili vikenda. Ako ne postoji kontraindikacija pacijenti piju disulfiram kao podržavajuće sredstvo u liječenju. Neke od prednosti dnevne bolnice su da se pacijent ne izdvaja iz svoje obitelji i sredine, uz pomoć obiteljske terapije ubrzavaju se promjene u obitelji, veći dio bolesnika preferira ovakav način liječenja, nakon stacionarnog liječenja težim bolesnicima omogućeno je lakše uklapanje u vanjsku

sredinu i pacijenti se u slobodno vrijeme mogu baviti različitim poslovima (Golik-Gruber, 2013.).

4.3 Vikend bolnica

Pacijenti vikendom borave u bolnici, uz terapiju i rad po principu višeobiteljske zajednice u kojoj se obitelj aktivno uključuje u program, dok ostale dane provode kod kuće i rade svoje poslove (Hudolin,1991.).

5. IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE

5.1 Obiteljsko liječenje uz rad

Nezaobilazni dio u liječenju alkoholizma predstavlja obiteljsko liječenje s obzirom da alkoholizam narušava odnose u obitelji. Kada se ovo liječenje provodi uz rad smatra se još kvalitetnijim. Liječenje je namijenjeno svim članovima obitelji čime se odgovornost prenosi na čitavu obitelj te se traži apstinencija i mijenjanje ponašanja oba partnera i čitave obitelji. Ovaj oblik liječenja uključuje istodobno prevenciju, liječenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju. Liječenje se provodi u popodnevnim satima, dva puta tjedno.

5.2 Grupno obiteljsko liječenje

Ovaj oblik liječenja provodi se nakon završetka nekog drugog programa liječenja kao podrška obitelji s ciljem promjene ponašanja. Pomoću ove vrste liječenja obitelji je omogućeno sagledavanje svih prisutnih poteškoća, pružanje pomoći u njihovom rješavanju te istovremeno educiranje i motiviranje u svrhu uspostave što boljih odnosa u obitelji (Golik-Gruber, 2013.).

5.3 Ambulantno liječenje

Ambulantno liječenje provodi se nakon što su pacijenti završili s bolničkim ili djelomično bolničkim oblikom liječenja. Za uspješno liječenje potrebna je dobra suradnja s obiteljskim liječnicima, patronažnim sestrama, socijalnim radnicima i klubovima liječenih alkoholičara (KLA). Ukoliko pacijenti nisu uključeni u KLA trebalo bi ih potaknuti na uključivanje zajedno s obitelji (Hudolin, 1991.).

6. FARMAKOTERAPIJA

6.1 Povijesni pregled

U tridesetima psihoterapija je bila dominantan način liječenja alkoholizma s obzirom da za onih nekoliko terapija lijekovima koje su tada bile na raspolaganju nije bilo znanstvenih podataka o njihovoj učinkovitosti. 1936. godine Galant je pokušao stvoriti averziju prema alkoholu ubrizgavanjem apomorfina pacijentima dok su pili čašu votke. Postupak se ponavljao deset do dvadeset puta za svakog od 22 pacijenta, pri čemu su samo dvojica od njih postigli apstinenciju dužu od šest mjeseci. 1940. godine Voegtlin je tvrdio kako je u 64% slučajeva postignuto četverogodišnje izlječenje kod 685 bolesnika liječenih protokolom aplikacije emetina. Protokol je uključivao smanjenje vanjskih podražaja, upotrebu raznih napitaka kako bi se pacijentu omogućilo razlikovanje štetnih i dopuštenih pića te sastanke potpore radi sprječavanja nestanka uvjetovane reakcije. Drugi rani farmakološki pristup liječenju alkoholizma temeljio se na korištenju psihostimulansa koji su stvarali osjećaj ugode i uklanjali euforične efekte alkohola. Bloomberg je pacijentima davao amfetamin zbog kojeg su postali oprezniji i energičniji te nisu pokazivali nikakvu želju za pićem. 1940. Reifenstein i Davidoff su utvrdili kako je amfetamin bio od koristi u

slučajevima akutne intoksikacije alkoholom i preporučili su ga za liječenje depresije kod hospitaliziranih pacijenata. 1948. godine disulfiram je postao prvi lijek odobren od strane Američke agencije za hranu i lijekove (FDA) za liječenje ovisnosti o alkoholu, ali njegova učinkovitost nije potvrđena nasumičnim kontroliranim pokusima. 1948. godine danski znanstvenici Jacobsen i Hald razbolili su se ubrzo nakon konzumiranja koktela na zabavi. Prije toga obojica su uzela disulfiram, potencijalni antihelmintik, čiju sigurnost su testirali. Ovo iskustvo navelo ih je da predlože disulfiram kao lijek koji se može koristiti za senzibilizaciju pojedinaca na alkohol i liječenje alkoholizma. Djelotvornost disulfirama ovisi o njegovoj sposobnosti blokiranja aktivnosti acetaldehid dehidrogenaze, koji uz konzumaciju alkohola naglo povećava koncentraciju acetaldehida u krvi. Povišena koncentracija acetaldehida, među ostalim znakovima i simptomima, uzrokuje vazodilataciju, crvenilo lica, glavobolju, mučninu i povraćanje. 1948. godine FDA je odobrila disulfiram za liječenje alkoholizma i on ostaje u uporabi za sprječavanje relapsa kod apstinencije alkoholičara. U šezdesetima benzodiazepini zamjenjuju starije načine liječenja za odvikavanje od alkohola, ali stvaranje ovisnosti ograničava njihovu primjenu u razdoblju nakon odvikavanja. U osamdesetima težište je prebačeno na liječenje pratećih psihijatrijskih poremećaja i na lijekove koji modificiraju negativna stanja raspoloženja koja doprinose povratku težem opijanju. U devedesetima razvoj neurobiologije doprinio je proučavanju specifičnih neurotransmitorskih sustava na kojima se temelje učinci alkohola, što je doživjelo vrhunac 1994. godine kada je FDA odobrila opioidni antagonist naltrekson za liječenje ovisnosti o alkoholu. U 2006. godini FDA je odobrila dugodjelujući naltrekson. Nedavno nalmefen, drugi opioidni antagonist, odobren je u Europi za korištenje po potrebi kako bi se smanjilo teže opijanje. Akamprosat, derivat amino kiseline, prvo je odobren u Francuskoj 1989.

godine, a odobrenje FDA dobio je 2004. godine. Međutim, pokazalo se kako su učinci odobrenih lijekova samo neznatno veći od onih koje ima placebo, a njihova upotreba je ograničena (Zindel & Kranzler, 2014.).

6.2 Indikacije

Farmakoterapija se koristi kod pacijenata s alkoholom uzrokovanim poremećajima, umjerene do teške podvrste, koji trenutno obilno konzumiraju alkohol i imaju trajnu opasnost od posljedica konzumiranja, koji su motivirani za smanjenje unosa alkohola, koji radije uzimaju lijekove uz ili umjesto psihoterapijskih intervencija i koji nemaju medicinske kontraindikacije za pojedini lijek. Većina podataka o učinkovitosti farmakoterapije ne može se primijeniti na bolesnike s blagom podvrstom alkoholom uzrokovanih poremećaja. Pacijenti s blagom podvrstom alkoholom uzrokovanih poremećaja koji trenutno konzumiraju jako piće i pod rizikom su od ozbiljnih posljedica mogu se uzeti u obzir za farmakoterapiju, ali na način da se svakom pacijentu pristupi individualno.

6.3 Ciljevi

Tradicionalni cilj liječenja alkoholom uzrokovanih poremećaja je apstinencija, koja je i dalje u centru liječenja. Smanjenje teškog opijanja prihvaćeno je kao alternativni cilj liječenja. Učestalost teškog opijanja, koje je definirano kao konzumiranje više od pet pića dnevno za muškarce i četiri za žene, pokazuje najveću povezanost s negativnim posljedicama za život kao što su otežana vožnja, problemi u međuljudskim odnosima i ozljede. Smanjenje teškog opijanja može biti prihvatljivo rješenje za pacijente koji nisu spremni prekinuti s obilnom konzumacijom alkohola (Johnson, 2014.). Iako ostaje kontroverzno da li bi apstinencija ili smanjenje teškog opijanja trebali biti željeni ciljevi liječenja, oba pristupa imaju svoje prednosti. Istraživanja pokazuju da

apstinencija postiže najbolji rezultat, ali značajna poboljšanja zdravlja i kvalitete života mogu se postići i uz smanjenje teškog opijanja (Swift & Aston, 2015.).

6.4 Detoksikacija

U početnoj fazi liječenja provodi se detoksikacija s ciljem uklanjanja ili ublažavanja toksičnog djelovanja alkohola. Detoksikacijski postupak sastoji se od davanja vitamina, prvenstveno tijamina i piridoksina, glukoze parenteralno i preparata za zaštitu jetre (Thaller & Marušić, 2013.). Kod liječenja akutne intoksikacije alkoholom glavni ciljevi su prevencija depresije disanja i prevencija aspiracije povraćenog sadržaja. Metaboličke promjene zahtijevaju liječenje zbog nastupa ketoze i hipoglikemije te se u tu svrhu primjenjuje glukoza. Zaštitu od Wernicke-Korsakoffljeva sindroma pruža tijamin. Bolesnici koji su dehidrirani i povraćaju trebali bi primiti otopine elektrolita, a ako je povraćanje obilno trebali bi nadoknaditi i kalij (Katzung, 2011.).

6.5 Disulfiram

Disulfiram je poznat pod nazivom antabus, a u svakoj zemlji se upotrebljava pod drugim tvorničkim imenima kao što su Tetidis, Aversan, Esperal, Abstynil i drugi (Thaller & Marušić, 2013.). Disulfiram svoj učinak postiže inhibicijom aldehid-dehidrogenaze, a alkohol se metabolizira na uobičajeni način ali se nakuplja acetaldehid. Disulfiram se iz probavnog trakta brzo i potpuno apsorbira, ali je za njegovo puno djelovanje potrebno 12 sati. Eliminacija disulfirama je spora tako da njegovi učinci mogu trajati i nekoliko dana nakon uzimanja posljednje doze. Disulfiram može uzrokovati porast testova funkcije jetre, te se ne bi smio uzimati s lijekovima koji sadržavaju alkohol (Katzung, 2011.). Kada uzimaju disulfiram pacijenti imaju vrlo neugodnu reakciju ako pritom u organizam unose čak i malu količinu

alkohola. Simptomi koji mogu nastati uključuju crvenilo, dispneju, tahikardiju, palpitacije, hiperventilaciju, hipertenziju, znojenje, slabost kao i po život opasne komplikacije. Reakcije započinju 10-30 minuta nakon što je alkohol konzumiran. Preporuka je da pacijenti uzimaju disulfiram godinu dana, a doze koje se daju su 250-500 mg jedanput na dan. Ne preporučuje ga se davati osobama s oštećenom jetrom, srčanim bolesnicima, epileptičarima kao i onima s težim sistemskim oštećenjima (Thaller & Marušić, 2013.).

6.6 Naltrekson

Naltrekson je antagonist opioidnih receptora i svoj učinak postiže putem nekoliko mehanizama. On, blokirajući dopaminergičke učinke endorfina koji se u mozgu oslobađaju nakon konzumacije alkohola, smanjuje pojačavajuće djelovanje alkohola. Utvrđeno je da naltrekson poboljšava sedativne učinke alkohola te, kao antagonist opioidnih receptora, smanjuje žudnju za alkoholom kako u slučaju kad se konzumira alkohol tako i kao odgovor na alkoholne znakove kad se alkohol ne konzumira (Swift & Aston, 2015.). Naltrekson se uzima u dozi od 50 mg jedanput na dan. Treba ga oprezno upotrebljavati kod bolesnika s abnormalnim vrijednostima aminotransferaza u serumu zato što može izazvati o dozi ovisan hepatotoksični učinak. Također treba izbjegavati kombinaciju disulfirama i naltreksona zato što su oba potencijalno hepatotoksična. Pacijenti bi prije početka uzimanja naltreksona trebali biti „očišćeni“ od opioida zato što se kod onih koji su tjelesno ovisni o opioidima kod uzimanja naltreksona može manifestirati akutni sindrom ustezanja (Katzung, 2011.).

6.7 Akamprosat

Akamprosat ima mnoge mehanizme djelovanja uključujući djelovanje na receptore za GABA, glutamat, serotonin, noradrenalin i dopamin. Najbolje istraženi mehanizmi

djelovanja su oni slabog antagonista na NMDA receptorima i aktivacija GABA receptora. Akamprosat se primjenjuje triput na dan, slabo se apsorbira, a hrana smanjuje njegovu apsorpciju i eliminira se bubrezima. Najčešći štetni učinci akamprosata su mučnina, proljev, osip i povraćanje. Kliničkim istraživanjima utvrđeno je da akamprosat smanjuje broj kratkotrajnih i dugotrajnih recidiva u kombinaciji s psihoterapijom (Katzung, 2011.).

6.8 Ostali lijekovi

Ostali lijekovi koji su djelotvorni u održavanju apstinencije i smanjenju potrebe za alkoholom, a nisu odobreni od strane FDA, su topiramat, baklofen i ondansetron (Katzung, 2011.).

Za topiramat utvrđeno je da smanjuje konzumaciju alkohola kod ovisnika o alkoholu. Mehanizmi djelovanja su oni slabog antagonista ekscitacijskih kainat receptora, podtipa glutamatnih receptora i aktivacija GABA receptora.Topiramat treba postupno davati tijekom nekoliko tjedana kako bi se smanjile nuspojave. Započinje se s dozom od 50 mg na dan, a može se povećati na maksimalnu dozu od 150 mg dvaput dnevno. Istraživanja iz 2014. godine, s ukupno 691 pacijentom koji su imali problema s ovisnošću o alkoholu, pokazuju da topiramat smanjuje konzumaciju alkohola u usporedbi s placebom. Istraživanjima kojima je uspoređivana djelotvornost naltreksona i topiramata kod pacijenata s ovisnošću o alkoholu utvrđena je mala razlika između ta dva lijeka u osnovnim ishodima. Štetni učinci povezani s topiramatom uključuju kognitivne poremećaje, parestezije, gubitak na težini, glavobolje, umor, vrtoglavice i depresiju.

Istraživanja koja su uspoređivala baklofen s placebom kod liječenja ovisnosti o alkoholu dala su različite rezultate. Neka istraživanja su pokazala da je primjena

baklofena dovela do većeg postotka apstinencije u usporedbi s placebom, dok druga nisu pokazala znatnije razlike u postotku apstinencije u usporedbi s placebom. Liječenje baklofenom nije pokazalo nikakve ozbiljne nuspojave kao što su hepatotoksičnost i encefalopatija. Blage do umjerene nuspojave, kao što su mučnina, vrtoglavica, pospanost i bol u trbuhu, pojavljuju se pri uzimanju većih doza.

Ondansetron, antagonist serotonin 5-HT3 receptora, koji se koristi za liječenje mučnine uzrokovane kemoterapijom, ne čini se djelotvornim kod svih pacijenata s ovisnošću o alkoholu, ali istraživanja pokazuju da je lijek učinkovit kod pacijenata s ranim pojavljivanjem ovisnosti o alkoholu i pacijenata s određenim genetskim tipom transportera serotonin (5-HTT) gena. Štetni učinci povezani s ondansetronom uključuju proljev, glavobolju i groznicu. Ondansetron, na način ovisan o dozi, produžuje QT interval, a treba ga izbjegavati kod srčanih bolesnika, kao što su oni s produženim QT intervalom ili oni koji uzimaju lijekove koji dovode do produljenja QT intervala (Johnson, 2014.).

Kod ovisnika o alkoholu u prvim danima i tjednima apstinencije često se pojavljuju anksioznost i depresija, zbog čega se preporučuje upotreba sedativa i antidepresiva. Od sedativa prvenstveno se primjenjuju benzodiazepini u dozama od 5-10 mg tri do četiri puta na dan uz kasniju postupnu redukciju. Od antidepresiva najčešće se primjenjuju SIPPS-i te antidepresivi s povoljnijim nuspojavama kao što su tianeptin i trazodon (Thaller & Marušić, 2013.).

7. PSIHOTERAPIJA

7.1 Povijesni pregled

Psihoterapijski postupci se već od 19. stoljeća primjenjuju kod liječenja alkoholom uzrokovanih poremećaja te su donijeli znatni napredak u liječenju prekidajući dotadašnji izrazito agesivan stav terapeuta prema alkoholičaru. S obzirom da se poremećaj duševnog zdravlja očituje određenim stilom života i ponašanjem njegovo liječenje se temelji na pokušajima izmjene tog ponašanja i postizanju životnog stila koji će pružiti više zadovoljstva osobi koja se nalazi u teškoćama, odnosno postizanju bolje kvalitete života pojedinca, njegove obitelji i zajednice. Psihoterapija te izmjene pokušava postići psihološkim postupcima, verbalnim ili neverbalnim. U početku je primjenjivana individualna psihoterapija, a kasnije se sve više uvodi grupna psihoterapija od sedam do osam članova. Te grupne psihoterapije su bile otvorenog ili zatvorenog tipa. U otvorenu grupu stalno su se primali novi članovi umjesto starih koji su izlazili dok se kod zatvorene grupe nisu primali novi članovi niti otpuštali postojeći. Danas se primjenjuje kombinacija individualne i grupne psihoterapije (Hudolin, 1991.).

7.2 Ciljevi psihoterapije

Ciljevi liječenja psihoterapijom za alkoholom uzrokovane poremećaje mogu se promatrati kao ponovna uspostava zdravstvenog i socijalnog blagostanja što se postiže stavljanjem problema s alkoholom pod kontrolu.

Kratkoročni ciljevi liječenja uključuju poticanje apstinencije ili smanjenje konzumacije alkohola, promicanje sudjelovanja u programima potpore i grupama za uzajamnu pomoć, povećanje aktivnosti u trijeznom stanju i uključivanje obitelji, zajednice i poslodavaca u liječenje. Dugoročni ciljevi liječenja uključuju ponovnu uspostavu

samopoštovanja, rješavanje socijalnih problema povezanih s alkoholom, poboljšanje fizičkog zdravlja i trajnu apstinenciju od konzumacije alkohola.

Istraživanja pokazuju da mali, ali značajan dio bolesnika može nastaviti kontroliranu konzumaciju alkohola, ali ovo je kontroverzno područje. Kontrolirana konzumacija alkohola vjerojatnija je kod osoba s blažim alkoholom uzrokovanim poremećajima. Zagovornici pristupa „smanjenja štete“, koji je alternativa apstinenciji, priznaju da se najbolji rezultat postiže apstinencijom, ali svi pacijenti ne postižu taj cilj i za njih je kontrolirana konzumacija ostvariv cilj koji smanjuje rizik za pacijente (Aronson, 2015.).

7.3 Motivacijski intervju

Motivacijski intervju koji primjenjujemo kod liječenja alkoholom uzrokovanih poremećaja je prihvatljiv i praktičan način liječenja kad kod pacijenata postoji neodlučnost i otpor pri odluci o liječenju, te ga svrstavamo u terapijsku tehniku. Njegov cilj je potaknuti pacijenta na odgovornost motivirajući ga na pokretanje promjena (Thaller & Marušić, 2013.).

Motivacijski intervju je dokazana tehnika savjetovanja radi poticanja promjena ponašanja kojim se pacijentu pomaže istražiti i riješiti ambivalentno ponašanje. Istraživanje iz 2011. godine pokazalo je da motivacijski intervju smanjuje konzumaciju alkohola tijekom istraživanja i naknadnog praćenja pacijenata do 12 mjeseci (Aronson, 2015.). Tijekom motivacijskog intervjua pacijentima se pomaže prepoznati nesklad između njihovih vrijednosti i ciljeva i njihovog trenutnog ponašanja, što ih može potaknuti na razmišljanje o promjenama. Motivacijski intervju uključuje suradnju s pacijentom, poticanje pacijentovih razmišljanja i njihovo slušanje,

te pojašnjenje da pacijent ima izbor i nezavisan je i sposoban da ga učini (Saitz, 2015.).

7.4 Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralni pristup kod liječenja alkoholom uzrokovanih poremećaja temelji se na činjenici da se na ovisnost o alkoholu gleda kao na uglavnom naučeno ponašanje. Apstinencijom i liječenjem se vrši izmjena neprilagođenog ponašanja tijekom konzumacije alkohola sa prihvatljivijim ponašanjem. Smatra se da je konzumacija alkohola nagrada koju pacijent bez alkohola ne dobiva. Intervencije koje se primjenjuju su vještine rješavanja problema, vježbe opuštanja, uvježbavanje socijalnih vještina i kognitivno restrukturiranje (Thaller & Marušić, 2013.).

Kognitivno-bihevioralna terapija je oblik psihoterapije usmjerene na postizanje cilja, tijekom koje pacijenti uče kako njihovi misaoni procesi doprinose ponašanju. Povećana kognitivna osviještenost kombinira se s tehnikama koje pomažu pacijentima u razvoju novih i prilagodljivih načina ponašanja i mijenjanju društvenog okruženja što za posljedicu ima promjenu u mislima i emocijama.

Istraživanja nisu utvrdila da kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije i farmakoterapije alkoholom uzrokovanih poremećaja poboljšavaju rezultate u odnosu na njihovu pojedinačnu primjenu. Kratkotrajna terapija temeljena na kognitivno-bihevioralnom pristupu pokazala se učinkovitom u pomaganju pacijentima s alkoholom uzrokovanim poremećajima da započnu s liječenjem. Ovi pacijenti imali su pozitivnije stavove prema liječenju ovisnosti i vjerojatnost sudjelovanja u programu liječenja u roku od tri mjeseca bila je tri puta veća u odnosu na kontrolnu skupinu (Aronson, 2015.).

7.5 Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija primjenjuje se prvenstveno u početku liječenja kada pacijenti preferiraju individualni pristup. Služi za jačanje motivacijskog kapaciteta pacijenata, rješavanje početne ambivalentnosti pri odluci o liječenju i za rješavanje niza emocionalnih kriza i otpora. Ona nije dovoljna u liječenju ovisnosti o alkoholu zato što dvostrani odnos između terapeuta i pacijenta ne donosi socijalne elemente koji su važni u liječenju ovisnosti o alkoholu.

7.6 Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija smatra se metodom izbora kod rada s ovisnicima o alkoholu, između ostalog, zbog ekonomskih razloga, ali i zbog toga što grupna psihoterapija pacijentu daje mogućnost da vidi sebe kako ga vide drugi ljudi i tako lakše i kritičnije prihvati svoj problem, a to se zove „fenomen zrcala“. Prilikom grupne terapije pacijent radi i na socijalizaciji tako da objektivnije sagledava odnose s drugim ljudima te se osjeća sastavnim dijelom socijalnog sustava, a ne odbačenim od sredine zbog bolesti. Na pacijenta grupa djeluje kao podrška zato jer uz pomoć grupe dobiva bolji uvid u svoje liječenje. Grupa pacijentu pruža osjećaj sigurnosti, međusobne identifikacije i identifikacije s ego idealom, odnosno terapeutom u terapijskoj grupi. Pacijent se unutar grupe lakše nosi s anksioznošću, nelagodom i nesigurnošću. Osnovno načelo grupne terapije je načelo „ovdje i sada“ te se ona najčešće provodi u srednje velikim grupama od deset do petnaest pacijenata (Thaller & Marušić, 2013.).

8. TERAPIJSKA ZAJEDNICA

8.1 Povijesni pregled

Ideja terapijske zajednice javlja se početkom 19. stoljeća i proizašla je iz religijskih i političkih kretanja tog vremena kao što je na primjer model moralnog liječenja koji je isticao važnost zdrave okoline, rada i podržavajućih odnosa. Početkom 20. stoljeća nastavlja se razvoj terapijske zajednice koji je inspiriran kršćanskim vjerovanjem u terapijsku snagu ljubavi i Freudovom metodom psihoanalize. Današnja terapijska zajednica jednim je djelom proizašla iz eksperimenata koje je 1942. godine započeo Bion u bolnici u Birminghamu, ali je pokušaj uspostave terapijske zajednice propao zbog sukoba s vojnom administracijom. Eksperimente su nastavili Tom Main, S. H. Foulkes i Harold Bridger koji su imali više uspjeha od svog prethodnika i organizirali su odjele kao zajednice koje potiču međusobnu suradnju i podršku u svakodnevnom životu. Pedesetih i šezdesetih godina određeni broj bolnica razvija terapijske zajednice. Sedamdesetih i osamdesetih godina dolazi do slabljenja zanimanja za terapijske zajednice, ali tijekom devedesetih i dvijetisućitih godina dolazi do ponovnog rasta zanimanja za njih. U Hrvatskoj terapijsku zajednicu prvi uvodi Vladimir Hudolin koji 1953. godine na KBC Sestre milosrdnice uvodi modificiranu terapijsku zajednicu. 1964. godine otvoren je Centar za proučavanje i suzbijanje alkoholizma i drugih ovisnosti (s terapijskom zajednicom ovisnika) te se ta godina često smatra godinom osnivanja prve terapijske zajednice u Hrvatskoj. 1971. godine Vladimir Hećimović osniva prvu terapijsku zajednicu u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče te se zalaže za osnivanje terapijskih zajednica i izvan psihijatrijskih ustanova. Danas je u različitim sredinama Hrvatske terapijska zajednica prihvaćena u modificiranom obliku.

8.2 Glavni principi i zadaci terapijske zajednice

Terapijska zajednica kod liječenja koristi psihoterapijsku i socioterapijsku tehniku. Njezina ideja temelji se na zajedničkoj odgovornosti, pripadnosti grupi te osnaživanju i poticanju osobne odgovornosti kao i izbjegavanju razvoja osjećaja ovisnosti o osoblju. Može se koristiti na bolničkim odjelima, u dnevnim bolnicama i centrima kao i svugdje gdje su osoblje i pacijenti u interakciji. Postoje dva osnovna modela terapijske zajednice, a to su demokratski i hijerarhijski ili bihevioralni. Četiri glavna principa rada terapijske zajednice su: demokratizacija, permisivnost, zajedništvo i sučeljavanje s realnošću. Demokratizacija podrazumijeva da svi članovi zajednice kao i osoblje imaju jednake mogućnosti sudjelovanja u organizaciji terapijske zajednice. Permisivnost znači da svaki član može slobodno izraziti svoje misli i osjećaje bez ikakvih posljedica. Zajedništvo označava direktnu komunikaciju među članovima kao i slobodnu interakciju kod stvaranja osjećaja pripadanja i dijeljenja, a sučeljavanje s realnošću znači da se članove zajednice potiče na sučeljavanje s vlastitom slikom kako ih percipiraju drugi članovi i osoblje zajednice. Svi članovi terapijske zajednice sudjeluju u donošenju odluka kao i u aktivnostima koje su povezane s funkcioniranjem zajednice. Središnjim događajem terapijske zajednice smatra se sastanak čiji je cilj dijeljenje što više informacija u grupi. Tom sastanku prisustvuju pacijenti, ali i svi članovi osoblja, a glavne svrhe sastanka su komunikacija, organizacija svakodnevnice, psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje. Sastanak također omogućuje otvorenu komunikaciju među članovima, izražavanje osjećaja, briga, kontroliranje i smanjenje agresivnog ponašanja kao i smanjenje tjeskobe i nepovjerenja. Terapijska zajednica ima psihoterapijsku svrhu u smislu boljeg razumijevanja sebe kao i rehabilitacijsku svrhu u vidu pripremanja članova za vanjsku okolinu i svijet (Štrkalj-Ivezić i sur., 2014).

9. OBITELJSKA TERAPIJA

9.1 Povijesni pregled

Pedesetih godina primjenjuje se sustavni obiteljski postupak prema kojem se prihvaća da kada se u obitelji pojavi poremećaj ponašanja njega prate teškoće u komunikaciji između članova obitelji, izmjena uloga članova obitelji i teškoće u međudjelovanju unutar obitelji. Obiteljski pristup zasniva se na općoj teoriji sustava koju je opisao L. von Bertalanffy 1947. godine. Organizirana obiteljska terapija u psihijatriji se javlja nakon 1950. godine, a ona i danas zauzima posebno mjesto u radu s alkoholičarima (Hudolin, 1991.).

9.2 Ciljevi i zadaci obiteljske terapije

Na alkoholizam se ne može gledati kao na bolest ili poremećaj onoga koji pije već cijelog obiteljskog sustava budući da narušava odnose u obitelji. Zato je bitno da se kod liječenja umjesto individualnog pristupa, cijela obitelj uključi u liječenje. Kod obiteljske terapije radi se sa svim članovima obitelji, ponekad individualno, a ponekad se uključuju i ostali članovi obitelji. Rad s obitelji može biti terapijski, obrazovni ili socijalni, a većinom se kombinira. Kod članova obitelji mora se provoditi odgojna aktivnost što znači da svi članovi obitelji moraju promijeniti svoje ponašanje i sudjelovati u postizanju apstinencije što se najbolje postiže uzajamnom podrškom i pomaganjem zajedno s članovima obitelji drugih alkoholičara (Hudolin, 1991.). Kao glavni cilj obiteljske terapije smatra se jačanje osobnih mogućnosti svakog pojedinog člana obitelji, poboljšanje i jačanje međuodnosa u obitelji i kao krajnji cilj stvaranje čvrste i skladne obitelji (Golik-Gruber, 2013.).

9.3 Vrste obiteljske terapije

Obiteljske terapije možemo podijeliti na: bračne terapije, obiteljske terapije, višestruko udarno liječenje i grupne višeobiteljske terapije. Bračna terapija se provodi radom s bračnim partnerima. Obiteljska terapija, za razliku od bračne, podrazumijeva rad s cijelom obitelji. Kod višestruko udarnog liječenja terapijski tim radi s pojedinim članom obitelji ili kombinacijom članova obitelji. Grupna višeobiteljska terapija uključuje istovremeni rad s većim brojem obitelji (Golik-Gruber, 2013.).

10. KLUBOVI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

10.1 Povijesni pregled

Od ranih šezdesetih u Hrvatskoj se organiziraju programi za prevenciju i liječenje alkoholizma, a vodeću ulogu ima Zagrebačka alkohološka škola na čelu s profesorom Vladimirom Hudolinom. U Hrvatskoj KLA započinju s radom 1964. godine, a sedamdesetih osnivaju se brojni klubovi koji prije svega okupljaju liječene alkoholičare u svrhu održavanja apstinencije. Od 1975. godine u klubove se uključuju obitelji, a osamdesetih dolazi do podjele klubova u male obiteljske klubove s najviše 12 obitelji koji djeluju u mjesnim zajednicama (Breitenfeld & Wölfl, 2010.). 1979. godine Hudolin proširuje djelovanje i na Italiju gdje u Trstu i Udinama osniva prve KLA, koji se osamdesetih šire po Italiji, a krajem devedesetih bilo ih je već 2 500 s oko 20 000 članova, najviše u sjevernoj i sjeveroistočnoj Italiji. Uz Hrvatsku Italija je jedina europska zemlja u kojoj Anonimni alkoholičari (AA) nisu najmnogoljudniji sustav za pomoć alkoholičarima već su to KLA (Torre, 2015.). 1985. godine razvoj klubova doseže svoj vrhunac te ih ima čak 550. Početkom Domovinskog rata dolazi do prestanka daljnjeg razvoja i rada klubova. 1992. godine započinje postupni

oporavak klubova te 1999. godine u Hrvatskoj djeluje 140 KLA od čega skoro polovina u Zagrebu (Breitenfeld & Wölfl, 2010.). U Hrvatskoj danas ima oko 800 KLA sa 900 profesionalnih radnika kao što su liječnici, psiholozi, defektolozi, socijalni radnici i drugi (Hotujac i sur., 2006.).

10.2 Organiziranje KLA

KLA je organizacija građana uključenih u zajednicu u kojoj žive i rade. Za organizaciju kluba potrebno je osigurati aktivnu potporu društveno-političkih, socijalnih i zdravstvenih službi, liječnika i bolnica. Da bi se klub osnovao dovoljne su samo dvije obitelji i zainteresirani radnik. Klubu se s vremenom priključuju nove obitelji, a kad ih je više od dvanaest klub se mora podijeliti zbog uspješnijeg rada. Podjelu treba izvršiti tako da u svakom klubu ostane jednak broj alkoholičara s dužom i kraćom apstinencijom. Korisno je da u klubu podjednako sudjeluju žene i muškarci kao i starije i mlađe osobe jer bi klub po svojem spolnom i dobnom sastavu trebao sličiti zajednici u kojoj je organiziran. Kad se klub jednom osnuje može se priključiti teritorijalnom udruženju KLA, a svi klubovi se dalje udružuju na državnoj razini. Klubovi se nastoje organizirati na takav način da svaki alkoholičar ima klub u svojem mjestu ili bližoj okolici te mu se tako omogućuje lakše uključivanje. Novi članovi mogu se učlaniti osobno, a može ih uputiti i liječnik, socijalni radnik, medicinska sestra, članovi obitelji ili se učlanjuju za vrijeme bolničkog ili izvanbolničkog liječenja.

10.3 Rad KLA

Osnovni principi rada KLA temelje se na višeobiteljskoj zajednici u kojoj uz alkoholičara i njegova obitelj dobiva poduku o alkoholizmu i sudjeluje u oporavku. U klubu djeluje najviše 12 obitelji s osnovnim ciljem promjene stila života čitave obitelji

te se od alkoholičara, ali i članova njegove obitelji, traži potpuna apstinencija. Klub održava sastanke jedanput tjedno, a jedanput mjesečno više klubova se sastaje s ciljem izmjene iskustava i zdravstveno odgojnog djelovanja na širu skupinu. Svaki član kluba ima određeno zaduženje kao što je predsjednik, tajnik, blagajnik, voditelj patronaže i drugo. Na sastanku svaki član mora imati mogućnost sudjelovanja u radu. Jedanput godišnje klubovi održavaju kongres na kojem se raspravlja o temi koja je izabrana za tu godinu. Klubovi, uz zdravstveno odgojno djelovanje, imaju i mnoge druge aktivnosti poput rada s članovima obitelji i patronaže. Patronaža omogućuje međusobne posjete članova kluba koji mogu biti vrlo važni ako član izostane sa sastanka, a nije prethodno obavijestio klub o tome. Osim ovih aktivnosti klubovi organiziraju i mnoge društvene, zabavne, obrazovne i odgojne aktivnosti kojima se jačaju međusobni odnosi u klubu (Hudolin, 1991.).

11. ANONIMNI ALKOHOLIČARI

11.1 Povijesni pregled

Početkom 1935. godine burzovni mešetar Bill Wilson iz New Yorka i kirurg Robert S. Holbrook iz Arcona, koji su obojica bili više puta neuspješno liječeni alkoholičari, osnovali su AA. Tada je i osnovana prva grupa AA u Arconu. Početkom 1939. godine oni izdaju prvu knjigu „Anonimni alkoholičari“ u kojoj su postavljena temeljna načela rada i 12 koraka AA. Kasnije izdaju i druge značajne knjige te nastavljaju s formiranjem grupa u SAD-u, a kasnije i širom svijeta. U početku su članove činili muškarci srednje životne dobi dok danas sve više raste udio mladih i žena u članstvu te se procjenjuje da je više od 20 % članova mlađe od 30 godina, a 35 % članova čine žene (Torre, 2015.). Izvješća procjenjuju da je u 2011. godini 57 905 grupa i 1

279 664 članova AA bilo u SAD-u, dok je 107 967 grupa i 2 057 672 članova AA bilo u svijetu (Magura i sur., 2013.).

11.2 Program AA

AA je dobrovoljni program za osobe s alkoholom uzrokovanim poremećajima koji se zasniva na zajedništvu i vjerovanju u duhovni temelj oporavka. Jedini uvjet za članstvo je želja da se prestane piti, a primarni cilj je ostati trijezan i pomoći drugim alkoholičarima da ostanu trijezni (AA CER). Potiče se apstinencija na temelju principa „dan po dan“. Članovi prisustvuju sastancima, koji su otvoreni svima ili su ograničeni na alkoholičare, na kojima se dijele iskustva vezana uz pijenje i oporavak te raspravlja o „12 koraka za oporavak“. Sudjelovanje u AA podrazumijeva priznanje da je alkohol doveo do gubitka kontrole i da je oporavak duhovno putovanje kroz vjerovanje u višu silu i kroz osobno istraživanje i prihvaćanje (Aronson, 2015.).

11.3 „12 koraka“ AA

Pridržavajući se „12 koraka“ alkoholičar radi na svojoj unutarnjoj preobrazbi i duhovnoj obnovi koje mu pomažu na putu prema oporavku. Zbog toga je bitno pridržavati se svakog koraka, a ne preskakati pojedine korake u nadi za bržim oporavkom.

Koraci programa AA su:

1. Priznati da smo nemoćni kad je alkohol u pitanju odnosno da su naši životi izmakli kontroli.
2. Početi vjerovati da nam Moć veća od nas samih može povratiti zdrav razum.
3. Odlučiti predati svoju volju i živote na brigu Bogu kako smo ga mi shvatili.
4. Potpuno i hrabro se moralno ispitati.

5. Priznati Bogu, sebi samima i drugima pravu prirodu naših pogrešaka.

6. Biti potpuno spremni dopustiti Bogu da ukloni sve nedostatke našeg karaktera.

7. Ponizno Boga zamoliti da ukloni naše nedostatke.

8. Napraviti popis svih osoba kojima smo nanijeli zlo i postati spremni iskupiti se.

9. Osobno se ispričati ili iskupiti osobama kojima je to moguće, osim kada bi time njih ili druge povrijedili.

10. Nastaviti ispitivanje samih sebe i kad pogriješimo odmah to priznati.

11. Kroz molitvu i meditaciju tražiti poboljšanje našeg svjesnog kontakta s Bogom kako smo ga mi shvatili, moleći se jedino da spoznamo njegovu volju i moliti se za snagu da je izvršimo.

12. Kad je kao rezultat ovih koraka uslijedilo duhovno buđenje, pokušati tu poruku prenijeti alkoholičarima i služiti se tim načelima u svim aspektima života (AA Hrvatska).

12. ZAKLJUČAK

Alkoholizam je jako raširen u svijetu i zbog toga ga je bitno pravovremeno dijagnosticirati i započeti s liječenjem. Danas postoje različiti pristupi liječenju alkoholizma pri čemu se na alkoholizam ne gleda kao na bolest pojedinca već cijele obitelji.

Glavni cilj liječenja alkoholom uzrokovanih poremećaja je apstinencija, a smanjenje teškog opijanja smatra se alternativnim ciljem liječenja. Liječenje alkoholizma provodi se farmakoterapijom kao i psihoterapijskim postupcima kako bi se problem alkohola stavio pod kontrolu. Nezaobilazni dio liječenja čini obiteljska terapija sa svrhom jačanja i poboljšanja međuodnosa u obitelji. Od posebne važnosti je i terapijska zajednica koja doprinosi poticanju osobne odgovornosti. Od samog početka liječenja važno je pacijente i njihove obitelji upoznati s radom KLA i potaknuti ih na učlanjenje i sudjelovanje u aktivnostima klubova.

13. ZAHVALE

Želim zahvaliti svojoj mentorici doc.dr.sc. Zrnki Kovačić Petrović na savjetima, strpljenju, ljubaznoj pomoći i podršci prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojim roditeljima i bratu na bezuvjetnoj ljubavi i pomoći tokom studija. Hvala mojim prijateljima, a posebno Aneli i Mariji kao i ljudima kojima sam okružena jer su mi svojom prisutnošću ovaj studij učinili lakšim i zanimljivijim.

14. LITERATURA

1. Alcohol Use Disorder | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. Niaaa.nih.gov. 2017. [pristupljeno 15.3. 201.7]. Dostupno na: https://niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/alcohol-use-disorders
2. Alcoholics Anonymous – Continental European Region [Internet]. Alcoholics Anonymous. 2017. [pristupljeno 15.3.2017.]. Dostupno na: https://alcoholics-anonymous.eu/
3. Alkoholološki glasnik broj 5 listopad 2013 (203) str 3 stručni prilog [Internet]. Hskla.hr. 2017. [pristupljeno 12.2.2017.]. Dostupno na: http://www.hskla.hr/ag/2013_god/203_2013_05/203_2013_10_s03.htm
4. Anonimni Alkoholičari Hrvatske [Internet]. Anonimni Alkoholičari Hrvatske. 2017. [pristupljeno 15.3. 2017.]. Dostupno na: http://aahrvatska.hr/
5. Aronson MD. Psychosocial treatment of alcohol use disorder U: UpToDate, Saitz R, ur. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2017 [ažurirano 15. 9. 2015.; pristupljeno 20.3. 2017.] Dostupno na: http://www.uptodate.com
6. Begić D. Psihopatologija . Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
7. Breitenfeld D, Wölfl D i sur. Alkoholizam: sprječavanje, liječenje, oporavak. Rijeka: Wölfl; 2010.
8. Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja [Internet]. Hrvatski liječnički zbor Hrvatsko društvo za alkoholizam i druge ovisnosti Hrvatsko psihijatrijsko društvo. 2013. [pristupljeno 20.3. 201.7]. Dostupno na:https://kohompgz.files.wordpress.com/2013/10/smjernice-hrvatskog-druc5a1tva-za-alkoholizma.pdf

9. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. World Health Organization. 2017. [pristupljeno 12.2.2017.]. Dostupno na: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
10. Hotujac Lj. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
11. Hudolin V. Alkohološki priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 1991.
12. Johnson BA. Pharmacotherapy for alcohol use disorder U: UpToDate, Saitz R, ur. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2017 [pristupljeno 20.3. 2017.] Dostupno na: http://www.uptodate.com
13. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ ur. Temeljna i klinička farmakologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
14. Magura S, McKean J, Kosten S, Tonigan J. A novel application of propensity score matching to estimate Alcoholics Anonymous' effect on drinking outcomes. Drug and Alcohol Dependence. 2013.;129(1-2):54-59.
15. Saitz R. Brief intervention for unhealthy alcohol and other drug use disorder U: UpToDate, Saitz R, ur. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2017 [ažurirano 6.8. 2015.; pristupljeno 20.3. 2017.] Dostupno na: http://www.uptodate.com
16. Swift R, Aston E. Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder. Harvard Review of Psychiatry. 2015.;23(2):122-133.
17. Štrkalj-Ivezić S, Jendričko T, Pisk Z, Martić-Biočina S. Terapijska zajednica [Internet]. Hrcak.srce.hr. 2017. [pristupljeno 20.3.2017.]. Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=198791

18. Tetrault JM, O'Connor PG. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. U: UpToDate, Saitz R, ur. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2017 [ažurirano 3. 5. 2016.; pristupljeno 20.3. 2017.] Dostupno na: http://www.uptodate.com
19. Torre R. Alkoholizam. Zagreb: Profil; 2015.
20. Zindel L, Kranzler H. Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorders: Seventy-Five Years of Progress. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Dodatak. 2014.;75(dodatak 17):79-88.

15. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Ana Matejčić

Datum rođenja: 13.8.1991.

Mjesto rođenja: Zagreb

Obrazovanje

1998.-2006. – OŠ Silvije Strahimir Kranjčević, Zagreb

2006.-2010. – XV. Gimnazija, Zagreb

2010. godine upisala Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Aktivnosti

Od 2014. godine aktivni član Studentske sekcije za pedijatriju

Od 2016. godine voditeljica Studentske sekcije za pedijatriju

Kongresi

4./2016. godine pasivno sudjelovala na Hrvatskoj proljetnoj pedijatrijskoj školi

4./2017. godine pasivno sudjelovala na Hrvatskoj proljetnoj pedijatrijskoj školi

4./2017 godine aktivno sudjelovala na CROSS-u 13 – organizacija radionica

Ostalo

Aktivno se služim engleskim, njemačkim i hrvatskim znakovnim jezikom.