

Alkoholizam u žena

Horčička, Tatjana

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:777782>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Tatjana Horčička

Alkoholizam u žena

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Tatjana Horčička

Alkoholizam u žena

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Školi narodnog zdravlja „Dr.Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr. sc. Đurđica Kašuba Lazić, dr. med i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. ALKOHOLIZAM | 4 |
| 2.1. Epidemiologija alkoholizma | 5 |
| 2.2. Etiologija alkoholizma | 8 |
| 2.3. Alkohol kao psihoaktivna tvar | 9 |
| 2.4. Važnost definicija zlorabe alkohola i alkoholizma | 11 |
| 2.5. Tjelesne komplikacije alkoholizma | 14 |
| 2.5.1. Akutna intoksikacija alkoholom | 15 |
| 2.5.2. Gastrointestinalni poremećaji | 17 |
| 2.5.3. Poremećaji središnjeg i perifernog živčanog sustava | 17 |
| 2.5.4. Mišićno-koštani poremećaji | 18 |
| 2.5.5. Kardiovaskularna bolest | 18 |
| 2.5.6. Nesreće | 19 |
| 2.5.7. Ostali poremećaji | 19 |
| 2.6. Alkoholizam i duševne bolesti | 20 |
| 2.7. Socijalne komplikacije alkoholizma | 21 |
| 2.8. Dijagnostika alkoholizma | 23 |
| 2.8. Liječenje alkoholizma | 24 |
| 3. MENTALNO ZDRAVLJE ŽENA | 26 |
| 3.1. Spolne razlike u psihijatrijskim poremećajima | 26 |
| 3.2. Spolne razlike u psihofarmakologiji | 27 |
| 3.3. Reproductivni ciklus žene | 29 |
| 4. ALKOHOLIZAM U ŽENA | 31 |
| 4.1. Umjereno pijenje i preporučene količine alkoholnih pića u žena | 32 |
| 4.2. Umjereno pijenje i pozitivni učinci za zdravlje u žena | 34 |
| 4.3. Epidemiologija alkoholizma u žena | 34 |
| 4.4. Simptomatski alkoholizam u žena | 36 |
| 5. ETIOLOGIJA ALKOHOLIZMA U ŽENA | 37 |
| 6. KARAKTERISTIKE PIJENJA MEĐU ŽENAMA OVISNO O DOBI | 39 |
| 7. KAKO SPOL UTJEČE NA FIZIOLOGIJU ALKOHOLA | 41 |
| 8. ALKOHOLIZAM U ŽENA I TJELESNA OŠTEĆENJA | 42 |
| 8.1. Karcinom dojke | 43 |
| 8.2. Fetalni alkoholni sindrom | 44 |
| 9. ALKOHOLIZAM U ŽENA I PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITET | 45 |
| 10. RASPRAVA | 47 |
| 11. ZAKLJUČAK | 50 |
| 12. LITERATURA | 51 |
| 13. ŽIVOTOPIS | 56 |

Alkoholizam u žena

Tatjana Horčička

SAŽETAK

Alkoholizam je najčešća bolest ovisnosti i jedan od najtežih društveno-medicinskih problema današnjice. Javlja se u svim socijalnim i ekonomskim skupinama, u oba spola i u svakoj životnoj dobi. Broj žena ovisnih o alkoholu raste brže od ukupnog porasta broja osoba ovisnih o alkoholu te je prije dvadesetak godina omjer muškaraca i žena ovisnih o alkoholu bio 7:1, a danas iznosi 3,6:1. Alkoholizam u žena svojim specifičnostima razlikuje se od alkoholizma muškaraca. Specifičnosti alkoholizma u žena nalazimo s obzirom na uzroke pijenja, životnoj dobi kada počinju piti, obrazaca pijenja i posljedica prekomjernog pijenja.

Alkoholizam u žena bitno se razlikuje prema dobi, a svaka dobna skupina žena ima specifične rizične čimbenike za razvoj alkoholizma. Ipak, postoje i rizični čimbenici koji pogoduju razvoju ovisnosti o alkoholu u žena tijekom cijelog životnog vijeka. Alkohol uzrokuje niz problema povezanih sa zdravstvenim pitanjima i bolestima jedinstvenim za žensku populaciju. Najčešći komorbidni psihijatrijski poremećaji koji se javljaju kod žena ovisnih o alkoholu su: anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja i poremećaji hranjenja.

Istraživanja tijekom proteklih dvadesetak godina omogućila su puno bolje razumijevanje specifičnosti alkoholizma u žena, i posljedično tome nužnost kreiranja programa liječenja prilagođenim njihovim potrebama.

Ključne riječi: alkoholizam, specifičnosti ženskog alkoholizma, psihički poremećaji

Alcoholism in women

Tatjana Horčíčka

SUMMARY

Alcoholism is the most common form of addiction illness and one of the most difficult socially-medical issues of today. It can be found within all social and economical groups, it affects both genders and it occurs at any age. Number of women addicted to alcohol grows faster than the total increase of numbers regarding people addicted to alcohol, twenty years ago the ratio of men and women addicted to alcohol was 7:1, and today it is 3.6:1. Alcoholism in women has distinctions which make it different to alcoholism in men. Distinctions of alcoholism in women: causes of drinking, age at which they started drinking, patterns of drinking and consequences of excessive drinking. Alcoholism in women differs significantly based on age of a woman, and every age group of women has specific risk factors towards developing alcoholism. However, there are risk factors that encourage development of addiction to alcohol throughout the entire lifespan of a woman. Alcohol causes a number of problems related to health matters and illnesses that are unique for female population. Most common co-morbid psychiatric disorders are ones that occur in women who have addiction to alcohol are: anxiety disorder, mood disorder and eating disorder. Researches throughout the past twenty years provided a much better understanding of distinctions of alcoholism in women and consequential to that, the necessity of creating a treatment program adjusted to their needs.

Key words: alcoholism, characteristics of alcoholism in women, psychiatric disorders

1. UVOD

Pijenje alkoholnih pićaja najstariji i najrašireniji socijalno prihvaćen oblik ljudskog ponašanja i tradicionalno je dio većine kultura. Ljudi piju da proslave lijepe događaje u životu, u sklopu tužnih trenutaka, da budu prihvaćeni od željene društvene skupine, da se opuste nakon napornih obaveza, alkohol koriste kao pomoć u stresnim situacijama ili kao oblik „samoliječenja“ kod komorbiditeta sa psihičkim poremećajima. Istovremeno, nepobitna je činjenica da pijenje alkoholnih pića igra veliku ulogu u pojavnosti morbiditeta i mortaliteta stanovništva te je veliki problem javnog zdravstva (1). Imajući na umu da je pijenje alkoholnih pića duboko ukorijenjen socijalno prihvaćen oblik ponašanja, a da je istovremeno i rizični čimbenik za niz tjelesnih, psihičkih i socijalnih problema, postavljaju se slijedeća pitanja: „Što je to normalno, društveno pijenje?“, „Gdje je granica između društvenog pijenja i zlouporabe alkohola, a gdje između zlouporabe i ovisnosti o alkoholu?“. Normalno, društveno pijenje određeno je nizom socijalnih čimbenika koji oblikuju uobičajenu upotrebu alkohola i njegovo definiranje je vrlo kompleksno. Definiramo ga prema količini konzumiranog alkohola, frekvenciji pijenja, odsustvu intoksikacije, lakoći donošenja odluke da se prestane piti, ograničenja brzine pijenja i ograničenja okolnosti u kojima se pije te odsustvu fizičkih, psihičkih ili socijalnih komplikacija pijenja. Kada se pojave komplikacije, najčešće se kao prve jave socijalne komplikacije, možemo reći da je pređena granica između društvenog pijenja i zlouporabe alkohola. Ako se ne reagira na vrijeme postoji velika šansa da se zlouporaba alkohola vremenom razvije u ovisnost o alkoholu. Ovisnost o alkoholu je kronična, progresivna bolest koja bez liječenja neminovno dovodi do smrtnog ishoda, a prate je tolerancija te psihička i fizička ovisnost uz apstinencijske smetnje (1,2).

Učestalost pijenja alkoholnih pića različito je rasprostranjena po svijetu. Ona ovisi o navikama, vrsti alkoholnog pića i intenzitetu pijenja, a na koje utječe niz čimbenika kao što su spol, dob te različiti socijalni i gospodarski čimbenici (3). Europa je dio svijeta gdje je potrošnja alkohola najveća tj. dvostruko je veća nego u ostatku svijeta. Preko 1/5 njezinog stanovništva starijeg od 15 godina barem jedanput tjedno se opije. Alkoholizam je u Europi treći rizični faktor za bolesti i/ili smrt nakon pušenja i povišenog krvnog tlaka. Europa također ima najveći udio bolesti (7%) i preranih smrti vezanih za alkoholizam. Istraživanja su pokazala da se mijenjaju navike pijenja stanovništva starog kontinenta. U tradicionalno „vinskim zemljama“ poput Italije i Francuske sve

se više pije pivo. Uočen je i trend ekscesivnog opijanja ("binge drinking", odnosno povremeno pijenje 5 i više pića u jednoj prilici), pogotovo u skupini mladih žena. Mladi piju rjeđe od svojih roditelja, djedova i baka, ali kada piju to je u puno većim količinama nego prethodne generacije (4). U Hrvatskoj ima oko 250 000 ovisnika o alkoholu, uz trend stalnog porasta. Od navedenog broja alkoholičara, svega se 7500 godišnje liječi zbog alkoholizma. Definirajući alkoholizam kao bolest cijele obitelji, dolazimo do broja od oko milijun stanovnika tj. ¼ ukupnog stanovništva Hrvatske, koji pate od direktnih ili indirektnih posljedica alkoholizma (1,2,5).

Alkoholizam pred medicinu i javno zdravstvo stavlja veliki izazov. Teškoće izazvane pijenjem alkoholnih pića nastaju znatno prije razvoja ovisnosti, a javno zdravstvo još uvijek glavni naglasak stavlja na ovisnost o alkoholu kao bolest, obuhvaćajući tako samo dio posljedica za pojedinca, obitelj i društvo u cjelini. Međutim, mnogo ljudi koji se suoče s problemima vezanim za konzumaciju alkohola su umjereni potrošači, a već i jedna epizoda zlouporabe alkohola može imati štetne posljedice npr. trajni invaliditet ili smrt zbog vožnje u pijanom stanju. Ipak, posljednjih godina u porastu je broj istraživanja i broj programa prevencije usmjerenih na umjerene potrošače (alkoholu prometu) i na populacije s visokim rizikom, npr. Europsko istraživanje o pušenju, alkoholu i drogama među učenicima (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) u kojem sudjeluje i Republika Hrvatska. U kreiranju programa za suzbijanje zlouporabe i ovisnosti o alkoholu još uvijek ne postoji usuglašeni stav stručnjaka da li uopće postoji normalno, sigurno pijenje i da li propagiranjem „sigurnog“ pijenja samo ne promičemo povećano pijenje stanovništva. Ono oko čega se svi stručnjaci slažu je nužnost uvažavanja sociokulturoloških utjecaja i specifičnosti određene zemlje pri izradi programa prevencije kao preduvjet njihove uspješnosti. Temelj prevencije problema povezanih s alkoholom je edukacija od najranije dobi s ciljem povećavanja svjesnosti o problemima pijenja i uzrocima koji mogu dovesti do alkoholizma te promjena ukupnih stavova prema pijenju alkoholnih pića. Mjere ekonomske politike, smanjenje dostupnosti alkohola putem manipulacije njegovom cijenom i restrikcija njegove prodaje, također imaju pozitivne rezultate u prevenciji (1,2,3,4).

Marketinška industrija ima negativni utjecaj na problem pijenja alkoholnih pića i vrlo često je usmjerena prema posebnim skupinama (mladi, žene). Svjedoci smo reklamnih kampanja plaćenih od industrije alkoholnih pića koje alkohol vežu uz pozitivne aspekte života, kao što su sport, zabava i sl. privlačeci ranjive skupine. Jedan od najboljih primjera je sponzorstvo velikih sportskih događaja od strane industrije alkoholnih pića npr. pivo i nogomet. U današnje vrijeme osim na

klasično reklamiranje treba obratiti pažnju i na nove tehnike reklamiranja poput elektroničke pošte, poruka putem mobitela i društvenih mreža koji su postali sastavni dio života (6). Rješavanje ovog problema zahtjeva angažman države jer je zarada od prodaje alkoholnih pića koliko god ona bila velika još uvijek manja od cijene koju država troši na saniranje posljedica pijenja alkoholnih pića. Procjenjuje se da troškovi uzrokovani alkoholizmom iznose između 2% i 5% ukupnog bruto nacionalnog dohotka (6). Nadu da će u skorijoj budućnosti doći do pozitivnih promjena na području marketinga je primjer duhanske industrije koja ima zabranu reklamiranja i obavezu upozorenja o štetnosti na svakoj kutiji cigareta. Promjene u industriji alkoholnih pića već su počele polako, a kao primjer možemo navesti jednog međunarodno poznatog proizvođača piva, koji je vrlo često sponzor velikih sportskih natjecanja, a koji po prvi puta u svojoj reklami propagira umjereno pijenje sloganom „*da pravi muškarac zna kada treba stati*“. Na kraju možemo zaključiti da je prevencija problema povezanih s pijenjem alkoholnih pića kompleksna i zahtjeva suradnju svih segmenata društva, od kulture, pravosuđa, policije, zdravstva do školstva.

Prema Globalnoj strategiji o alkoholu Svjetske zdravstvene organizacije i preporukama Europske unije, Hrvatska je donijela Nacionalnu strategiju za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja, za razdoblje od 2011. do 2016. godine (6). U tekstu strategije stoji: „*strategija treba biti vodeći dokument koji utvrđuje prioritetna područja za opću akciju i daje preporuke za političke odluke i mjere koje će se moći primijeniti i prilagoditi na svim razinama, uzimajući pri tom u obzir specifične kulturološke okolnosti kao i prioritete javnog zdravstva te raspoložive kapacitete i mogućnosti, a sve u cilju omogućavanja aktivnosti za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja.*“

Društvo je tradicionalno blagonaklono prema pijenju muškaraca, dok je pijenje žena oduvijek stigmatizirano. Broj žena koje prekomjerno piju i broj žena ovisnih o alkoholu kontinuirano raste. U skupini žena najviše je u porastu broj mladih žena koje su sklone periodičnim opijanjima, „binge drinking“, a ovisnost o alkoholu najčešća je u žena srednje životne dobi. Prije pedesetak godina omjer muškaraca i žena ovisnih o alkoholu bio je 10:1, prije dvadesetak godina 7:1, a danas je je taj omjer 3,6:1. Žene čine 10% ukupnog broja osoba liječenih od alkohola (1,5,7).

Alkoholizam u žena svojim specifičnostima razlikuje se od alkoholizma muškaraca. Cilj rada je bio prikazati sve specifičnosti alkoholizma u žena s obzirom na uzroke početka pijenja, životnoj dobi kada počinju piti, načina pijenja, posljedica pijenja i liječenja. Poznavanje i uvažavanje specifičnosti ženskog alkoholizma pri izradi programa prevencije i liječenja, osnovni preduvjet je

njihove uspješnosti. Možemo reći da tako ženama pružamo jednaku šansu za ozdravljenje kao i muškarcima.

2.ALKOHOLIZAM

Povijest pijenja alkoholnih pića stara je kao i povijest ljudskog roda. Alkohol je svojim anksiolitičkim djelovanjem oduvijek pružao čovjeku ugodu i bijeg od stvarnosti. Paleontološka nalazišta otkrivaju nam da je već prehistorijski čovjek znao kako se proizvodi vino (3). Povijest vina možemo pratiti od neolitičkih plemena, Kine, Egipta i Mezopotamije do stare Grčke i Rimskog carstva. Jedno od najstarijih dokaza konzumacije vina od davnina je arheološko otkriće posuđa s ostacima sastojaka rižinog vina u kineskoj provinciji Jiahu i Henan 7000-6600 godina prije Krista. Povijest piva seže 7000 godina prije Krista, kada su ga Babilonci proizvodili od ječmenog i pšeničnog slada. Zanimljivo je da se žito počelo koristiti za pripremanje piva 2000 godina prije nego se počelo koristiti za proizvodnju kruha. Otkriće procesa destilacije omogućilo je proizvodnju žestokih pića npr. viski u Irskoj u 12. stoljeću (2,3).

Štetni utjecaji pijenja alkoholnih pića prepoznati su u dalekoj povijesti. U Kini je abnormalno pijenje opisano u medicinskoj literaturi već oko 2600 godina prije Krista (2,3). Tursko carstvo, u vrijeme vladavine sultana Sulejmana, imalo je zakone po kojima se kažnjavalo nanošenje tjelesnih ozljeda pod utjecajem alkohola (sipanje vrelog olova u usta), a srednjevjekovni vojskovođe zabranjivali su pijenje alkohola prije bitaka (2,3). Proizvodnja i potrošnja alkoholnih pića u renesansi je vrlo raširena i alkohol tradicionalno postaje dio većine kultura. O štetnosti alkohola za zdravlje i svakodnevno funkcioniranje počinje se više razmišljati tek pojavom industrijske revolucije. Istovremeno se razvija i moralistički pristup alkoholizmu koji alkoholizam vidi kao moralnu manu pojedinca. Začeci ideje alkoholizma kao medicinskog problema po prvi puta javlja se u drugoj polovici 19. stoljeća. Ipak, alkoholizam kao medicinski problem definiran je tek stoljeće kasnije, 1960. godine, kada E.M.Jellinek objavljuje svoje djelo „*Disease Concept of Alcoholism*“. Kada govorimo o Jellinekovo doprinosu alkoholologiji moramo spomenuti njegovu poznatu „shemu faza razvoja alkoholizma“ (rast tolerancije, faza baždara, pad tolerancije) i podjelu alkoholizma (alfa, beta, gama, delta, epsilon). Upravo je Jellinekovo definiranje alkoholizma kao bolesti potaknulo liječenje i znanstveni pristup alkoholizmu (1).

Na kraju ovog kratkog povijesnog pregleda moramo spomenuti još dva prijelomna trenutka u liječenju alkoholizma tj. nastanak Anonimnih alkoholičara i Klubova liječenih alkoholičara. Anonimni alkoholičari (*Alcoholics anonymous*) nastali su 1935. godine u SAD-u u svrhu održavanja apstinencije uz pomoć sustava samopomoći i uzajamne pomoći. Danas su Anonimni alkoholičari rašireni po cijelom svijetu i njihovo djelovanje proširilo se i na druge bolesti ovisnosti. U Hrvatskoj je 1964. godine osnovan prvi Klub liječenih alkoholičara koji također ima zadaću očuvanje apstinencije uz pomoć sustava samopomoći i uzajamne pomoći, uz sudjelovanje cijele obitelji ovisnika i superviziju stručnjaka (1,2).

2.1. Epidemiologija alkoholizma

Alkoholizam je najčešća bolest ovisnosti. Javlja se u svim socijalnim i ekonomskim skupinama, u oba spola i u svakoj životnoj dobi. Danas u svijetu oko 15% žena i 25% muškaraca prekomjerno pije alkoholna pića, a u 3-5% žena i 10% muškaraca dijagnosticiran je alkoholizam (1,2). Epidemiološka istraživanja alkoholizma u općoj populaciji provode se na osnovi prodane količine alkohola po glavi stanovnika, alkoholom uzrokovanom morbiditetu, mortalitetu alkoholičara zbog ciroze jetre i alkoholom uzrokovanih prometnih nesreća (1,2).

Procjena prosječne količine popijenog alkohola po osobi, „*per capita pije*“, izračunava se iz podataka o prodaji alkohola za područje cijele države, za populaciju stariju od 15 godina i izražava se u litrama čistog alkohola. Nedostatak mu je jer ne uključuje kućne zalihe alkohola, kućnu proizvodnju alkohola, unesen alkohol iz drugih zemalja neevidentiranim putevima i mogućnost da se kupljen alkohol u tekućoj godini konzumira tek u sljedećoj. Od 60-tih godina prošlog stoljeća, kada je *per capita* potrošnja bila 8,8 litara, postojao je trend laganog rasta do 11 litara čistog alkohola po stanovniku 80-ih godina. Danas se godišnja potrošnja alkoholnih pića u Europi procjenjuje se na 12,1 litru po odrasloj osobi, što je dvostruko više od svjetskog prosjeka od 5,8 litara (6).

U izvješću Svjetske zdravstvene organizacije o potrošnji alkohola u Europskoj regiji, Hrvatska se nalazi u skupini koja se odlikuje srednjom potrošnjom alkoholnih pića. Tako je ukupna potrošnja alkoholnih pića 12,9 l po odrasloj osobi. Procjenjuje se da alkohol konzumira 90% muškaraca i 81% žena, a da je rizičnih konzumenata u populaciji 15,7. Udio bolesti povezanih s alkoholom u

ukupnim godinama izgubljenog zdravog života (DALY) iznosi 11,4 za muški i 1,5 za ženski spol (6).

Dugotrajno pijenje alkohola dovodi do oštećenja brojnih organskih sustava kao što su probavni, živčani, srčano-žilni, reproduktivni i do duševnih poremećaja. Uzročno je vezan uz oko 60 različitih medicinskih stanja, a više od 4% bolesti izravno je vezano uz pijenje alkohola (3). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, alkohol je odgovoran za oko 4,4% ukupnog opterećenja bolešću, 3,7% svih smrtnih slučajeva, a 40 do 60% svih smrtnih slučajeva, zbog namjernog ili nenamjernog ozljeđivanja, povezano je s pijenjem alkohola (6).

Alkoholizam je po morbiditetu i mortalitetu u svijetu na trećem mjestu iza kardiovaskularnih i malignih bolesti. Vrlo često se kod hospitaliziranih bolesnika dijagnoza alkoholizma zamjenjuje somatskom dijagnozom koja je zapravo samo komplikacija osnovne bolesti npr. pneumonija, pankreatitis, ciroza jetre (1,2).

Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom alkohola predstavljaju vodeću psihijatrijsku dijagnozu u Republici Hrvatskoj. 2008. godine duševni poremećaji uzrokovani alkoholom vodeći su uzrok hospitalizacija u skupini duševnih bolesti i poremećaja, dok su prema iskorištenim bolnoopskrbnim danima drugi po učestalosti. Najčešće dijagnoze iz spomenute skupine zbog kojih je bila potrebna hospitalizacija su sindrom ovisnosti o alkoholu, akutna intoksikacija, stanje apstinencije s delirijem, psihotični poremećaj (rezidualni ili s kasnim početkom) i stanje apstinencije. Navedeni podaci o hospitalizacijama ne uključuju bolničko zbrinjavanje alkoholičara zbog drugih bolesti (kronične bolesti jetre i ciroza, pneumonije, bolesti gušterače i dr.) jer se u rutinskom praćenju registrira samo osnovna dijagnoza hospitalizacije (6).
Ciroza jetre se smatra indikatorskom bolešću alkoholizma, jer je najvećim djelom posljedica prekomjerne uporabe alkohola. Kronične bolesti jetre i ciroza nalaze se na šestom mjestu vodećih uzroka smrti u muškaraca, kao i u ukupnom poretku. Smrtnost od ciroze jetre u europskim zemljama značajno varira. Prema podacima SZO, u Hrvatskoj je 2008. godine standardizirana stopa smrtnosti od kroničnih bolesti jetre i ciroze iznosila 23.67/100.000 što nas svrstava otprilike u sredinu liste europskih zemalja. Najnižu stopu bilježi Albanija 0.07/100.000, a najvišu Moldavija 96.67/100.000 (6).

Alkoholom uzrokovane prometne nesreće u svijetu postaju sve veći problem. Studije pokazuju da je oko 60% svih prometnih nesreća prouzročeno zluporabom alkohola (1,2). Snažni dokazi podupiru činjenicu da je granica za dozvoljenu koncentraciju alkohol u krvi od 0,02% do

0,05% učinkovita u smanjenju broja žrtava u prometu (6). Posebno zabrinjavaju podaci o porastu smrtnosti u prometnim nesrećama pod utjecajem alkohola kod mladih vozača. U posljednjih petnaestak godina taj broj je porastao za oko 45%. Podatak za Hrvatsku nam govori da standardizirana stopa smrtnosti od prometnih nesreća iznosi 13.95/100.000 te pokazuje, kao i kod većine europskih zemalja, trend smanjivanja. Ministarstvo unutarnjih poslova utvrdilo je da je u 2008. godini 47.150 osoba upravljalo vozilom pod utjecajem alkohola. Od 8.620 prometnih nesreća koje su prouzročili vozači pod utjecajem alkohola, njih 4.019 ili 48% je imalo više od 1,5 g/kg alkohola (6).

Pijenje alkoholnih pića rizik je za nastanak socijalnih posljedica. Oko 30-45% osoba starijih od 18 godina imalo je najmanje jednom u životu neki problem u vezi s alkoholom npr. poteškoće na radnom mjestu, remećenje javnog reda i mira i sl. Visoko rizične skupine za nastanak alkoholizma su neke profesije npr. ugostiteljski radnici, umjetnici, novinari, zdravstveni radnici (1,2).

Epidemiološka istraživanja usmjerena su i na posebne populacijske skupine (žene, mladež, starije osobe) s obzirom na njihove specifičnosti. Takva istraživanja imaju veliku vrijednost jer nam pružaju mogućnost prilagodbe programa prevencije i liječenja, a time i njihovu veću učinkovitost. Najveći broj istraživanja u svijetu, pa tako i u Hrvatskoj, bavi se populacijom mladih npr. ESPAD. Broj istraživanja usmjerenih prema ženskoj populaciji i starijim osobama je značajno manji, usprkos velikoj potrebi zbog evidentnog povećanja problema pijenjau tim populacijama. Također, pokazuje se i velika potreba za istraživanjima pojedinih grupa unutar određenih populacija zbog njihovih specifičnosti (mlade žene, domovi umirovljenika i sl.).

2.2. Etiologija alkoholizma

Predispozicija za alkoholizam rezultat je kombinacije bioloških, psiholoških i sociokulturoloških čimbenika. Možemo reći da uzroci alkoholizma leže u samom čovjeku, a zatim u njegovoj bližoj ili široj okolini (2).

U biološke čimbenike ubraja se genetski utjecaj na razvoj alkoholizma. Znanstvena potvrda da je dio predispozicija za razvoj alkoholizma naslijeđen dobivena je istraživanjima koja su pokazala da bliži članovi obitelji alkoholičara imaju četiri puta veći rizik za nastanak alkoholizma, da jednojajčani blizanac alkoholičara ima veći rizik za nastanak alkoholizma (60%) nego dvojajčani blizanac (36%) i da usvojena djeca alkoholičara u druge obitelji imaju četiri puta veći rizik za

nastanak alkoholizma (9). Genetski utjecaj na razvoj alkoholizma potvrđuju i abnormalnosti pojedinih biokemijskih funkcija u alkoholičara (smanjena aktivnost monoaminoooksidaze u alkoholičara, promjene u moždanoj električnoj aktivnosti). Također, nađene su etničke i kulturološke razlike s obzirom na osjetljivost prema alkoholu i njegovu djelovanju. Mnogi Azijci pokazuju sliku akutnog toksičnog djelovanja (intoksikacija, crvenilo lica, vrtoglavica, glavobolja) nakon uzimanja minimalne količine alkohola (1,2,8).

Psihološki čimbenici vezani su za anksiolitičko djelovanje alkohola. Osoba pije jer se pod utjecajem alkohola osjeća opuštenijom i veselijom, ali često i zato da ublaži tjeskobu i napetost zbog stresa i frustracija svakodnevnog života. Važno je napomenuti da neke psihijatrijske bolesti mogu dovesti do alkoholizma, pa govorimo o simptomatskom ili sekundarnom alkoholizmu. Simptomatski alkoholizam može pratiti sve psihijatrijske bolesti, ali ipak je najčešći kod anksioznih i depresivnih poremećaja. Istraživanjima je potvrđeno da anksiozni poremećaji dovode do alkoholizma u 20-45% jer oboljeli koriste alkohol kao oblik samoliječenja (1,2,8).

Sociokulturološki čimbenici su vjerovanja i stavovi o alkoholizmu koji potiču pijenje. Incidencija alkoholizma veća je u sredinama gdje je alkohol lakše dostupan, jeftin i gdje postoji pozitivan stav društva prema pijenju. Neke kulture imaju visoku toleranciju na pijenje alkoholnih pića te ga čak i potiču kao dio općeg društvenog stava (neke mediteranske zemlje, Irska), druge u osnovi prihvaćaju pijenje, ali ne i pijanstvo (židovska kultura), a treće potiču potpunu apstinenciju (islamska kultura). Različita zanimanja mogu poticati pijenje alkohola (zaposleni u industriji pića, ugostiteljski radnici, umjetnici) kroz socijalni pritisak. Obiteljski običaji imaju bitan utjecaj na pijenje alkoholnih pića kroz identifikaciju djece s roditeljima koji piju, njihovim očekivanjima i stavovima.

2.3. Alkohol kao psihoaktivna tvar

Alkohol je najstarije i najraširenije sredstvo ovisnosti. On je psihoaktivno sredstvo sa snažnim farmakološkim i toksičnim djelovanjem na psihičke funkcije i na sve dijelove ljudskog organizma. U malim količinama djeluje stimulatивно na središnji živčani sustav, a u većim količinama depresivno iako zapravo pripada skupini depresora živčanog sustava (1,2,8).

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. Brzina apsorpcije alkohola ovisi oviše čimbenika. Brzo pije alkohol i pije na prazan želudac ubrzavaju apsorpciju, a smanjena tjelesna aktivnost, prisutnost šećera u alkoholu i niska tjelesna temperatura smanjuju apsorpciju. Faza menstrualnog ciklusa može utjecati na apsorpciju alkohola. Zbog svoje hidrofilnosti nakuplja se u tkivima s najvećim sadržajem vode. Alkohol kroz posteljicu prolazi u fetalni krvotok. Njegova razina najviša je u dobro prokrvljenim organima, kao što su mozak, pluća i bubrezi (1). 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 (8).

Farmakološki učinci alkohola očituju se na kardiovaskularnom sustavu, regulaciji tjelesne temperature, gastrointerstinalnom traktu, bubrezima, respiraciji i središnjem živčanom sustavu. Umjerene količine alkohola uzrokuju lagano prolazno ubrzanje rada srca i vazodilataciju, posebno u koži (rumenilo lica), a velike količine uzrokuju povišenje cerebralnog protoka krvi i smanjenje cerebralne pohrane kisika. Izraziti pad tjelesne temperature mogu izazvati velike količine alkohola deprimirajući središnji mehanizam za regulaciju tjelesne temperature, a do periferne vazodilatacije i znojenja dovest će umjerena konzumacija. Žestoka alkoholna pića uzrokuju upalu želučane sluznice i erozivni gastritis. Alkohol ima diuretski učinak proporcionalan koncentraciji alkohola u krvi i javlja se kada koncentracija raste.

Učinci alkohola na mozak ovise o količini i brzini povećanja koncentracije alkohola u krvi.

Koncentracija od 3‰ do 5‰ je teška intoksikacija te uzrokuje poremećaj svijesti i hipotermiju, uz mogućnost javljanja hipoglikemije i epileptičkih napadaja. Redoviti potrošači alkoholnih pića postaju tolerantni na utjecaj alkohola na središnji živčani sistem i mogu imati visoku koncentraciju alkohola u krvi bez jasnih znakova intoksikacije, a kod netolerantnih potrošača visoka koncentracija može dovesti do slabljenja refleksa, respiratorne depresije, hipotenzije, hipotermije i ponekad smrti.

Alkohol je nespecifično psihoaktivno sredstvo koje mijenja funkciju neurotransmitora i receptora.

Učinci alkohola:

1. **anksiolitički učinak** – nastaje kao posljedica pojačane aktivnosti na GABA receptore (glavni inhibitorški neurotransmitor), „nagrađujući“ učinak koji potencijalno pojačava daljnje pijenje, pridonosi razvoju psihičke ovisnosti
2. **stimulativni/euforični učinak** – nastaje povećanim otpuštanjem dopamina, pozitivno ispunjenje uz osjećaj euforije i nagrade, pridonosi razvoju psihičke ovisnosti
3. **anestetički učinak** – nastaje kao posljedica inhibitornog djelovanja na NMDA receptore koji su podvrsta receptora za glutamat (glavni ekscitatorni neurotransmitor), potiče anesteziju i amneziju koje ispunjavaju „zadovoljstvom“ u slučaju teške depresije ili „otupljuje“ traumatska sjećanja, pridonosi razvoju fizičke ovisnosti

Neuroadaptacija (adaptivne promjene u mozgu) je posljedica kroničnog pijenja alkohola te objašnjava tri glavna kriterija za definiranje ovisnosti o alkoholu: toleranciju na alkohol, fizičku ovisnost koja se očituje alkoholnim apstinencijskim sindromom i psihičku ovisnost koja se očituje prisilom za pijenje.

Izazov današnje znanosti su multidisciplinarna istraživanja koja bi integrirala znanja iz različitih znanstvenih disciplina (neurofarmakologije, molekularne genetike, psihijatrije itd.) i novim saznanjima poboljšali razumijevanje alkoholizma kao bolesti te unaprijedili liječenja alkoholizma (1,2,8).

2.4. Važnost definicije zlouporabe alkohola i alkoholizma

Definicija alkoholizma nije jedinstvena i niti jedna nije potpuna, ali sve ukazuju na opetovana oštećenja funkcioniranja u različitim područjima života, uzrokovana alkoholom, usprkos kojima se osoba vraća pijenju (8,9,10). Uz naziv alkoholizam u upotrebi je i stručni izraz ovisnost o alkoholu i/ili sindrom ovisnosti o alkoholu. Alkoholizam se po svojim karakteristikama bitno razlikuje od zlouporabe alkohola, pa je nužno poznavati i njegovu definiciju.

U svakodnevnom radu kliničari se danas najviše služe definicijom Svjetske zdravstvene organizacije, a koja govori: „*da je kronični alkoholičar ona osoba koja je prekomjerno uzimala alkoholna pića te u koje se razvila psihička ili fizička ovisnost o alkoholu i koja pokazuje duševni poremećaj ili takve poremećaje ponašanja koji ukazuju na oštećenja fizičkog i psihičkog zdravlja,*

odnosa s drugima i gospodarskog stanja". Definiciju je kasnije modificirao Vladimir Hudolin, začetnik alkoholologije u Hrvatskoj, dodajući joj kako „spomenuti simptomi moraju biti utvrđeni klasičnim medicinskim i socijalnim dijagnostičkim postupcima, a ne smiju se samo pretpostavljati i na temelju anamnestičkih podataka o prekomjernom pijenju zaključivati da bolesnik boluje od alkoholizma.", i to iz čisto praktičnih razloga tj. točnog definiranja dijagnostičkih kriterija alkoholizma i zlouporabe alkohola (8,9,10).

U svrhu točnog postavljanja dijagnoze u upotrebi su dvije vrste operacionaliziranih kriterija: DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, APA 2015.) i MKB 10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja, deseta revizija-WHO 1992.). Ti su dijagnostički sustavi od velikog značenja za standardizaciju dijagnostike u nacionalnim i internacionalnim okvirima. U Republici Hrvatskoj se u registraciji bolesti obvezatno koristi MKB 10 klasifikacije, koja je ujedno i službena klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije.

MKB 10 klasifikacija govori o „sindromu“ ovisnosti o alkoholu, pa je potrebno definirati i što je to sindrom ovisnosti. Sindrom je opis za skupinu određenih znakova i nije nužno da su uvijek prisutni svi sastavni dijelovi sindroma već klinička slika mora omogućiti njegovo prepoznavanje. Sindrom ovisnosti je skupina ponašanja, kognicije i fizioloških promjena koje se razvijaju nakon ponavljano uzimanja pojedine tvari. Uključuje jaku želju za uzimanjem te tvari tj. žudnju i poteškoće u kontroli njezinog uzimanja. Ustrajući na njezinoj uporabi usprkos štetnim posljedicama, mnogo veća važnost pridaje se uporabi psihoaktivne tvari nego ostalim obavezama i aktivnostima, uz povećanje tolerancije i povremenim tjelesnim znakovima apstinencije. Alkoholizam je karakteriziran poremećenim ponašanjem koje uključuje potrebu za alkoholom i slabu kontrolu pijenja uz razvoj ovisnosti, te pojavu zdravstvenih oštećenja i socijalnih poteškoća koje su dostupne klasičnim medicinskim i socijalnim dijagnostičkim postupcima. Alkoholizam je vezan za fenomene tolerancije te psihičke i fizičke ovisnosti. Tolerancija je fenomen koji je karakteriziran potrebom da s vremenom raste količina alkohola kojom se postiže isto djelovanje. Psihička ovisnost karakterizirana je žudnjom, psihičkim stanjem koje uključuje jaku potrebu za alkoholom, a može se pojaviti i bez fizičke ovisnosti. Fizička ovisnost karakterizirana je pojavom apstinencijskog sindroma ako se pijenje prekine nakon duljeg vremena pojačanog pijenja. Alkoholni apstinencijski sindrom uključuje anksioznost, agitaciju i vegetativne smetnje, u nekim slučajevima i epileptične napadaje, a simptomi mogu trajati nekoliko dana.

MKB-10 dijagnostički kriteriji za sindrom ovisnosti o alkoholu, F 10.2

Definitivna se dijagnoza ovisnosti može postaviti samo ako su tri ili više sljedećih kriterija bili izraženi tijekom prethodne godine:

1. Jaka želja ili nagon za pijenjem.
2. Teškoće u samosvladavanju ako osoba pokušava prestati piti, ili u kontroli količine popijenog alkohola.
3. 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.
4. 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).
5. 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.
6. 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.

Dijagnoza zlouporabe alkohola postavlja se kada je došlo do mentalnog ili tjelesnog oštećenja ili ga se upotrebljava u životno rizičnim situacijama npr. 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 alkohola može se razviti u ovisnost o alkoholu. Jedna od karakteristika zlouporabe je društveno neprilagođeno pijenje koje se može javiti u obliku trajnog prekomjernog pijenja, vikend intoksikacija ili faza teškog opijanja i apstinencije (8). Iako je preporuka kod nas koristiti MKB-10 klasifikaciju, zbog njegova možda na prvi pogled zbunjujućeg naziva (štetna

uporaba) i detaljnijeg pregleda kriterija za dijagnosticiranja zlouporabe alkohola u DSM klasifikaciji, navesti ću oba.

MKB-10 dijagnostički kriteriji za štetnu uporabu alkohola, F10.1.

1. 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.
2. Model uporabe tvari ne zadovoljava kriterije za dijagnozu ovisnosti o alkoholu.

DSM-IV dijagnostički kriteriji za zlouporabu alkohola, 305.00

- A.** Neprikladno 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.

I na kraju kao zaključak možemo reći da svaka osoba s problemima pijenja nije i ovisna o alkoholu. Ovisnost podrazumijeva promijenjen odnos između osobe i pijenja te prisutnost fenomena tolerancije te psihičke i fizičke ovisnosti.

2.5. Tjelesne komplikacije alkoholizma

Ovisnost o alkoholu, odnosno šire prihvaćen naziv alkoholizam, je bolest koja uključuje šest simptoma: žudnju, gubitak kontrole, fizičku ovisnost, toleranciju, zanemarivanje obitelji, radnih i drugih obveza i interesa te nastavak pijenja unatoč spoznaji o njegovoj štetnosti. Iz toga proizlazi da pristup samoj bolesti mora biti sveobuhvatan, jer su njegove tjelesne, psihičke i socijalne posljedice međusobno povezane. Tjelesne komplikacije tako utiču na sve aspekte bolesnikovog života i treba im posvetiti posebnu pozornost. Vrlo često one su prvi razlog traženja medicinske pomoći. Prekomjerno i dugotrajno pijenje alkohola uzrokuje niz tjelesnih oštećenja, pa neotkriveni alkoholizam može biti u podlozi bilo koje kliničke slike, te svatko tko radi na području medicine treba biti na oprezu (1,2,3,8). Dovoljno rano otkrivanje alkohola kao uzroka tjelesne bolesti, pruža bolesniku šansu da uspostavom apstinencije postigne oporavak ili barem zaustavi daljnje propadanje. Smrtnost alkoholičara oko tri puta je veća nego u općoj populaciji. Rezultati tjelesnog pregleda i laboratorijskih pretraga ne smiju biti način zastrašivanja bolesnika jer vrlo često umjesto da prestanu piti bolesnici misleći da je prekasno za oporavak počinju piti još više. Ustanove koje se bave liječenjem alkoholizma trebaju imati mogućnost dijagnostike i liječenja tjelesnih komplikacija alkoholizma, a njihovo osoblje treba biti adekvatno educirano (2).

2.5.1. Akutna intoksikacija alkoholom

Alkoholna intoksikacija nastaje jednokratnim unosom alkoholnog pića i dovodi do poremećaja razine svijesti, kognicije, poremećaja opažanja, poremećaja raspoloženja i drugih oblika poremećaja ponašanja (8).

Koncentracija alkohola u krvi odgovorna je za različite poremećaje:

1. 0,2-0,3 % spora motorna aktivnost te smanjenje sposobnosti mišljenja
2. 0,3-0,8 % povećani motorni i kognitivni problemi

3. 0,8-2,0 % slaba koordinacija pokreta, greške u prosuđivanju, promjene raspoloženja
4. 2,0-3,0 % nistagmus, neujednačen, nerazumljiv govor, alkoholne amnezije
5. > 3,0 % nepravilan rad vitalnih funkcija, moguća i smrt, stupnjevi svijesti-somnolencija, sopor, koma

Koncentracija alkohola u krvi koja bi mogla uzrokovati smrt razlikuje se od osobe do osobe, ali koncentracija od 4% smatra se pragom veoma velikog rizika. Alkoholna koma ima stopu smrtnosti približno 5%. Mala je vjerojatnost da alkoholičar zbog svog iskustva u pijenju i povišene tolerancije, bude životno ugrožen intoksikacijom alkoholom (1,2).

Klinička slika intoksikacije alkoholom uključuje simptome: neujednačen i nerazumljiv govor, smetnje koordinacije, nistagmus, poremećaj pamćenja, somnolenciju, sopor, koma.

Komplikacije intoksikacije su: povremeni rizik smrti zbog respiratorne paralize, ozljede glave (subduralni, epiduralni i intrakranijski hematomi), frakture ostalih dijelova koštanog sustava, udisanje povraćenog sadržaja, hipoglikemija, ketoacidoza, hipotermija, epileptički napadaji, predoziranje lijekovima ili ilegalnim drogama, prometne nezgode, kriminogeno ponašanje, homicidi i suicidi.

Blaže intoksikacije ne zahtijevaju praktički nikakvu terapiju (vitamini, glukoza) već samo opservaciju. U težim intoksikacijama s poremećajima svijesti potrebno je internističko zbrinjavanje, kod prisutnog psihomotornog nemira i agitiranosti odgovarajuća terapija (haloperidol, promazin) te nakon što više nije vitalno ugrožen hospitalizacija bolesnika na akutnom psihijatrijskom odjelu.

Na kraju treba napomenuti da bolesnici intoksicirani alkoholom nisu „popularni“ u hitnim službama. Osoblje pruža „otpor“ prema takvim bolesnicima što nosi veliki rizik da mnoge komplikacije ostanu neprimijećene i posljedično nezbrinute. Nažalost, to je posljedica još uvijek prisutnih predrasuda u društvu o alkoholizmu.

Alkoholna intoksikacija može dovesti i do dva stanja koji nisu tipično tjelesne komplikacije alkoholizma, već su specifične kliničke slike duševnih poremećaja, ali zbog njihove povezanosti s intoksikacijom alkoholom potrebno ih je spomenuti.

1. Alkoholna intoksikacija kod nekih osoba može izazvati patološko pijano stanje tj. sumračno stanje koje je poseban 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. Karakteristično je postojanje amnezije za cijeli događaj. Smatra se da je osoba bila u stanju sužene svijesti, transa ili automatizma. Patološko pijano stanje traje od nekoliko minuta do nekoliko sati, iznimno nekoliko dana. Nakon epizode slijedi dugotrajni san. U stanju patološke intoksikacije osoba može biti verbalno i fizički iznimno agresivna, pa čak počinuti i ubojstvo (1,8).

2. Alkoholna intoksikacija može uzrokovati amneziju (tranzitorni gubitak pamćenja). Postoje dvije varijante alkoholne amnezije:

- ✓ Amnezija «en block» koja se očituje gustom, potpunom amnezijom, s djelomičnim oporavkom, spontanom ili uz poticaj, bez kasnijeg sjećanja na događaje tijekom same amnezije. Može potrajati 30-60 minuta, pa i do dva dana.
- ✓ Amnezija «grey-out» odnosno djelomični gubitak pamćenja, povremene epizode amnezije s nejasnim granicama i «otočićima» u sjećanju i traju kratko vrijeme.

Amnezija se osim u slučajevima intoksikacije javlja i u kasnijim stadijima alkoholizma. Neki pacijenti navode da nakon pijanstva, u fazi amnestičkog razdoblja, povremeno odlutaju od kuće, te se kasnije probude na nepoznato mjestu ili gradu. Takvo stanje nazivamo «stanje fuge» (8).

2.5.2. Gastrointestinalni poremećaji

Zloupotreba alkohola najčešći je uzrok oštećenja jetre u Europi. Oštećenja jetre alkoholnog tipa su: masna jetra, alkoholni hepatitis i alkoholna ciroza. Masna jetra prisutna je u oko 90% alkoholičara i reverzibilna je s apstinencijom. Alkoholni hepatitis prisutan je u oko 40% ovisnika, može biti smrtonosan, ali može biti i reverzibilan uz apstinenciju. U 8 do 30% teških ovisnika razviti će se ciroza jetre koja je često progresivna, ali se može stabilizirati s apstinencijom. Transplantacija jetre danas je prihvaćena kao jedna od mogućnosti liječenja za neke osobe s alkoholnom cirozom jetre.

Alkoholizam može uzrokovati pankreatitis. Akutni alkoholni pankreatitis obično pogađa mlađe osobe i procjena smrtnosti je između 10 do 40%. Kronični alkoholni pankreatitis zbog jake i

kronične boli predstavlja rizik za ovisnost o opioidnim analgeticima i rizični je čimbenik za razvoj dijabetesa.

Alkohol često uzrokuje akutne erozivne ulceracije u bolesnika čiji je gornji sloj gastrointestinalne sluznice oštećen njegovom prekomjernom i dugotrajnom upotrebom (1,2,3,8).

2.5.3. Poremećaji središnjeg i perifernog živčanog sustava

Wernicke-Korsakovljev sindrom je uzrokovan manjkom tiamina. U prošlosti su opisivani kao dvije bolesti, ali danas se Wernickeova encefalopatija smatra akutnom komponentom sindroma, a Korsakovljev sindrom kroničnom. Wernickeovae encefalopatije karakterizirana je akutnim smetenim stanjem, nistagmusom, dvoslikama, ataksijom i polineuritisom. Stanje je u potpunosti reverzibilno ako se odmah provede terapija tiaminom. Korsakovljev sindrom karakteriziraju dezorijentacija i poteškoće u pamćenju svježih događaja koje bolesnik kompenzira konfabulacijama te u nekim slučajevima polineuropatija. Liječi se nadoknadom tiamina, a oporavi se tek 20-30% bolesnika.

Alkoholna demencija karakterizirana je blagim do umjerenim oštećenjem u kratkotrajnom i dugotrajnom pamćenju, učenju, prostornoj organizaciji, predodžbeno-opažajnoj apstrakciji, održavanju stalnosti spoznaje i kontroli nagona. Neka oštećenja se poboljšavaju apstinencijom, ali neka ostaju trajno.

Periferna neuropatija je senzomotorna neuropatija koja nastaje zbog nedostatka tiamina. Donji ekstremiteti su češće zahvaćeni nego gornji i simptomi se javljaju simetrično. Simptomi su: mišićna slabost, bolovi, parestezije i hipestezije koji progrediraju proksimalno u obliku rukavica i visokih čarapa. Javlja se u oko 10% alkoholičara, a oporavak je spor i ponekad nepotpun.

Ostale neurološke komplikacije su: epileptički napadaji, alkoholna encefalopatija s pelagrom, cerebralna degeneracija, centralna pontina degeneracija, hepatalna encefalopatija i subduralni hematoma kao posljedica traume (1,2,3,8).

2.5.4. Mišićno-koštani poremećaji

Giht se najčešće javlja u muškaraca srednje dobi, koji često imaju u obitelji takav poremećaj i koji prekomjerno piju pivo.

Osteoporozna je kod alkoholičara povezana s porastom fraktura kostiju, čak i nakon minimalnih ozljeda. Jedan od prvih znakova osteoporozne kod alkoholičara su bolna leđa. Učinak alkohola na koštani metabolizam je reverzibilan.

Miopatija može u alkoholičara biti akutna ili kronična. Akutna je praćena jakim mišićnim bolovima, osjetljivošću, oticanjem i slabošću tjelesne muskulature. Kronična miopatija je relativno uobičajena komplikacija alkoholizma, lako predvidiva i pogrešno pripisivana siromašnoj prehrani. Bolesnici imaju slabost proksimalne muskulature, bol i poremećen hod te je prisutna atrofija i gubitak mišićne mase u ramenima, području pojasa i zdjelice. Mišićna slabost i atrofija poboljšavaju se apstinencijom (1,2).

2.5.5. Kardiovaskularna bolest

Aritmije nastaju kao rezultat akutne intoksikacije alkoholom ili tijekom apstinencijskog sindroma, a atrijska fibrilacija je najčešća aritmija uzrokovana alkoholom.

Kronično i prekomjerno pijenje alkoholnih pića drugi je najvažniji, negenetički čimbenik rizika za hipertenziju, neovisno o dobi, tjelesnoj težini i pušenju. Apstinencija djeluje na spuštanje krvnog tlaka.

Alkohol povećava rizik za intracerebralnu i subarahnoidalnu hemoragiju.

Alkoholna kardiomiopatija posljedica je toksičnog djelovanja alkohola na srčani mišić i karakterizirana je s proširenim, hipertrofičnim srcem. Rana dijagnostika i apstinencija mogu dovesti do oporavka ili barem zaustaviti napredovanje kardiomiopatije.

Velike nedoumice u općoj populaciji stvaraju informacije da je pijenje alkoholnih pića „zdravo za srce i krvne žile“. Istraživanja pokazuju da lagani i srednje teški potrošači alkohola imaju manju stopu obolijevanja od onih koji uopće ne piju ili piju vrlo male količine alkohola. „Zaštitni“ učinak alkohola izražen je kod razine od 10 do 30 g alkohola dnevno, a ako se prijeđe taj prag alkohol nosi povećan rizik obolijevanja od koronarne bolesti. Mehanizmi zaštitnog djelovanja alkohola nisu još uvijek u potpunosti razjašnjeni, ali pretpostavlja se da djeluje na aterosklerozu, povećava HDL, smanjuje agregaciju trombocita, smanjuje fibrinogen i povećava fibrinolizu (1,2,3,8).

2.5.6. Nesreće (ozljede)

Alkohol uzrokuje smanjenje koordinacije i poremećaj ravnoteže, produženje vremena reakcije i smanjenje pažnje, opažanja i prosuđivanja. On je osnovni čimbenik rizika za ozljede u općoj populaciji i vrlo često se na njega zaboravlja. Nesreće pod utjecajem alkohola mogu se desiti u kući, na radnom mjestu, u slobodno vrijeme i u prometu. Podaci iz raznih zemalja nam govore da je pijenje alkohola bilo prisutno u 26-54% ozljeda u kući i u slobodno vrijeme, u 40% industrijskih nesreća sa smrtnim ishodom i 35% bez smrtnog ishoda. Suicid je uzrok smrti u 15% alkoholičara. 50% svih otrovanja prouzročeno je alkoholom (1,2,3,8).

2.5.7. Ostali poremećaji

Istraživanja su pokazala da je pojavnost određenih karcinoma veća u alkoholičara. Alkoholičari imaju povećan rizik za nastanak karcinoma orofarinksa, larinksa, jednjaka, jetre i dojke u žena. Rizik za karcinom orofarinksa i larinksa povećava se pušenjem duhana. Povezanost karcinoma jetre i alkohola je dvostruka: alkohol ima utjecaj na razvoj primarnog karcinoma jetre te jetreni karcinom može nastati kao posljedica alkoholne ciroze (1,2).

Imunološki sustav kod alkoholizma oštećen je kao posljedica alkoholnog oštećenja jetre, neishranjenosti ili izravnog toksičnog učinka alkohola, pa je sklonost infekcijama veća.

Bolesti respiratornog trakta u alkoholičara mogu se javiti zbog oslabljenog imunološkog sustava (infekcije donjeg respiratornog trakta), kao posljedica inhalacije povraćenog sadržaja u stanju poremećene svijesti (plućni apsces, bronhiektazije) i zbog pušenja (karcinom pluća).

Najčešće promjene na koži kod alkoholizma su: psorijaza, diskoidni ekcem, sklonost gljivičnim infekcijama, svrbež, seborejični dermatitis, pogoršanje rozaceae i akna, promjene na koži uzrokovane alkoholnim oštećenjem jetre (spider nevusi, teleangiektazije, ikterus). Težina psorijaze se dovodi u vezu s prekomjernim pijenjem. Istraživanja su pokazala da apstinencija od alkohola dovodi do remisije psorijaze (1,2,3).

Endokrini poremećaji su: pseudo-Cushingov sindrom, inhibicija lučenja antidijuretskog hormona hipofize, alkohol stimulira sintezu i sekreciju tireoidnih hormona i uzrokuje snižavanje razine testosterona.

Metabolički poremećaji koji se mogu javiti u sklopu alkoholizma su: hipoglikemija, alkoholna ketoacidoza, hiperlipidemija i poremećaj metabolizma bjelančevina.

Hematološki učinci prekomjernog pijenja su: anemija, makrocitoza, jednostavni manjak željeza, neutropenija i trombocitopenija.

Alkohol uzrokuje deficit vitamina (tiamin, niacin), djeluje na metabolizam vode i natrija, kalija, magnezija, kalcija, fosfata (hiponatremija, hiperkalcemija, hipomagnezijemija, hipofosfatemija) te djeluje na acidobaznu ravnotežu (1,2,3,8).

2.6. Alkoholizam i duševne bolesti

Alkoholizam je povezan s visokim postotkom psihičkih poremećaja. U približno 37% slučajeva u populaciji alkoholičara se dijagnosticiraju i drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu biti primarni (potiču pijenje i ovisnost o alkoholu), sekundarni (razvijaju se kao posljedica alkoholizma) ili mogu nastati istodobno kad i ovisnost (11). Alkohol se najčešće zlorabi kao sredstvo za ublažavanje anksioznosti, depresije i nesanicice (model samoliječenja).

Primarni ili komorbidni psihički poremećaji javljaju se prije početka pijenja ili za vrijeme pijenja. Oni mogu poticati pijenje, probleme u vezi s pijenjem, ovisnost o alkoholu i značajno otežati dijagnostiku i liječenje. Sekundarni psihijatrijski poremećaji dijagnosticiraju se ako se simptomi psihičkog poremećaja razviju tijekom intoksikacije ili unutar mjesec dana nakon intoksikacije ili početka apstinencije i uzrokuju klinički značajne poteškoće u pogledu radnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja. U kliničkom radu veoma je teško razlučiti primarne od sekundarnih psihičkih poremećaja, pa je za procjenu potrebno dva do četiri tjedna apstinencije (11). Dijagnostički kriteriji za dijagnosticiranje primarnih i sekundarnih psihičkih poremećaja postavljani su u MKB-10 i DSM-V klasifikaciji (11).

Specifične kliničke slike psihičkih poremećaja tijekom ovisnosti o alkoholu su: tranzitorno halucinatorno iskustvo, delirium tremens, sindrom sustezanja od alkohola s konvulzijama, alkoholna halucinoza, alkoholom izazvan psihotični poremećaj sa sumanutim idejama, patološko pijano stanje i alkoholna amnezija (1).

Psihijatrijski poremećaji povezani s ovisnošću o alkoholu su: anksioznost, PTSP, depresija, bipolarni poremećaj, poremećaji ličnosti, poremećaji hranjenja, shizofrenija, istovremena ovisnost

o alkoholu i drogama, patološka ljubomora, suicidalnost, agresivnost, stanja povezana s oštećenjima mozga(1).

Psihijatrijski poremećaji, primarni ili sekundarni, koji se javljaju uz alkoholizam mogu se liječiti samo kada je pacijent u trijeznom stanju. Pravilo je da se komorbidni psihijatrijski poremećaji liječe istovremeno s liječenjem alkoholizma (11).

2.7. Socijalne komplikacije alkoholizma

Društvo je vrlo tolerantno prema pijenju alkoholnih pića sve dok je u granicama prihvatljivog, a kada prijeđe u prekomjerno pijenje postaje socijalno-medicinski problem. Alkoholizam donosi brojne tjelesne, psihičke i socijalne probleme koji su međusobno isprepleteni. Poboljšanje socijalne situacije treba istovremeno pratiti liječenje psihičkih i fizičkih problema jer time povećavamo šanse za uspjeh.

Definicija socijalnih komplikacija alkoholizma govori nam da je to nesposobnost ispunjavanja određenih i očekivanih socijalnih uloga (1,2).

Socijalne komplikacije alkoholizma:

1. problemi u obitelji
2. problemi vezani za radno mjesto
3. novčane teškoće
4. utjecaj na obrazovanje i usavršavanje
5. vožnja pod utjecajem alkohola
6. kriminal, nasilje, seksualni zločini i zlostavljanje
7. viktimizacija
8. stanovanje
9. beskućništvo

Alkoholizam se najbrže i najjasnije očituje unutar obiteljskog sustava. Obitelj postaje disfunkcionalna i dezintegrirana, pa možemo govoriti o alkoholizmu kao poremećaju cijele obitelji. Dolazi do bračnih problema i rastava, agresije i nasilja prema djeci i partneru. Obiteljski

pristup liječenju alkoholizma imperativ je kompleksnog procesa liječenja i rehabilitacije alkoholičara.

Problemi vezani za radno mjesto ovise u velikoj mjeri o toleranciji radne sredine i o vrsti djelatnosti koju osoba obavlja. Nažalost, tolerancija je najčešće velika i disciplinski postupci počinju se primjenjivati tek kada je ovisnost razvijena i podmakla, a onda daju slabe rezultate. Ovisnost o alkoholu vrlo često je razlog gubitku posla, a stigma alkoholizma prepreka je u traženju novog posla. Radna sposobnost alkoholičara je bitno smanjena, vrlo česta su ozljeđivanja i bolovanja, različite materijalne štete i poremećeni međuljudski odnosi.

Sume novca koji alkoholičari troše na svoju ovisnost su velike. Ponekad, tek u procesu liječenja alkoholičari postanu svjesni koliko su novca potrošili na alkohol i koliko su time ugrozili egzistenciju svoje obitelji.

Mlade osobe koje prekomjerno piju vrlo često prekidaju školovanje, što ima dalekosežne posljedice na njihov život. Starije osobe gube interes za dodatnom edukacijom i zadovoljavaju se s manje kvalitetnim poslovima.

Vožnja pod utjecajem alkohola nije problem samo ovisnika o alkoholu već cijele populacije. Veliki broj prometnih nesreća pod utjecajem alkohola otpada na tkz. društvene potrošače.

Nasilje i seksualni zločini vrlo često su posljedica prekomjernog pijenja. Kaznena djela pod utjecajem alkohola su uobičajena, od sitnih pljački pa sve do nasilja i seksualnih zločina. Teško intoksicirana osoba vrlo često postaje žrtva pljačke, silovanja ili bude pretučena. Istraživanja su pokazala i uzročno posljedičnu povezanost pijenja, autoagresije i suicida.

Problemi stanovanja posebno su izraženi u gradovima. Alkoholičar loše održava stambeni prostor, nije u stanju plaćati tekuće režije, u lošim je odnosima sa susjedima i često mijenja adresu stanovanja. Alkoholizam dovodi do sve većeg siromaštva i moralnog propadanja, pa nisu rijetki slučajevi da dovede i do beskućništva.

2.8. Dijagnostika alkoholizma

Osobe s poteškoćama vezanim uz prekomjerno pijenje alkohola nerijetko ostaju neotkrivene. Mnogo njih liječi se od komplikacija alkoholizma, a pravi uzrok problema ostaje nedirnut. Rana dijagnostika zlorabe i ovisnosti o alkoholu olakšala bi liječenje i spriječila nastanak

komplikacija. Dijagnoza alkoholizma postavlja se na temelju anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka, liječničkoga pregleda, laboratorijskih pretraga te uz pomoć upitnika (1,2,8).

Uz osnovnu povijest bolesti kod alkoholizma potrebno je uzeti i tkz. alkohološku anamnezu (razvoj pijenja, pojava alkoholom uzrokovanih poremećaja, razvoj ovisnosti, opis okolnosti koje su dovele do prekomjernog pijenja). U razgovoru bolesniku treba omogućiti da opširno i realno sam opiše kako je alkohol negativno djelovao na njegovo psihičko i tjelesno zdravlje, obitelj i socijalno funkcioniranje općenito, te mu treba pružiti mogućnost postavljanja pitanja i diskusije. Ako je razgovor pogrešno vođen, bez razumijevanja i empatije, pacijent može odustati od liječenja. U postavljanju dijagnoze od pomoći može biti procjena laboratorijskih nalaza (makrocitna anemija, povišeni serumski jetreni enzimi i gama-glutamilttransferaza). Povišene vrijednosti jetrenih enzima mogu biti ujedno markeri recidiva .

Markeri za skrining alkoholizma su:

1. gama-glutamilttransferaza (γ -GT) > 30 U/L
2. karbohidrat-deficijentni transferin (CDT) > 20 mg/L
3. srednji korpuskularni volumen (MCV) > 90 fL
4. urična kiselina > 6,4 mg/dL za muškarce, za žene > 5,0 mg/dL,
5. aspartatna aminotrasferaza (AST) > 45 IU/L
6. alanin aminotrasferaza (ALT) > 45 IU/L
7. trigliceridi > 160 mg/dL

Postoje brojni upitnici za identifikaciju rizičnog pijenja i alkoholom uzrokovanih poremećaja. Prednosti upitnika su što su standardizirani, objektivni i jeftini, a nedostaci jer ovise o iskrenosti ispitanika i ograničene su osjetljivosti i specifičnosti.

U kliničkoj praksi najviše se upotrebljavaju:

1. MAST test (Michigan Alcoholism Screening Test)
2. CAGE upitnik (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener)
3. AUDIT test (Alcohol Use Disorders Identification Test)

2.9. Liječenje alkoholizma

Liječenje alkoholizma je dugotrajan proces koji ima za cilj uspostavu i održavanje trajne apstinencije od alkohola i korjenitu promjenu dosadašnjeg načina života. Liječenjem se trebaju ponovo uspostaviti zdravi odnosi u obitelji i široj društvenoj zajednici, a kod bolesnika treba poticati samoodgovornost za uspjeh liječenja. To je dugotrajan proces koji provodi multidisciplinarni tim i koji zahtjeva odnos pun razumijevanja i poštovanja između bolesnika i terapeuta. Na početku liječenja provodi se detoksifikacija i zbrinjavanje svih zdravstvenih komplikacija alkoholizma. U dijagnostičkom i terapijskom postupku svakako treba voditi računa o prisutnosti komorbiditeta alkoholizma i drugih psihičkih poremećaja, a dijagnosticirane psihičke poteškoće potrebno je liječiti po uspostavi apstinencije. Tijekom liječenja mogući su recidivi koji spadaju u sastavni dio bolesti ovisnosti o alkoholu i ne mora se na njih gledati u negativnom kontekstu, već se o njima mora razgovarati i analizirati ih (1,2,9,11). Potrebno je kod bolesnika osvijestiti i problem recidiva u smislu trajnog gubitka kontrole pijenja. Gubitak kontrole pijenja u ovisne osobe je konačan, tj. ovisnik o alkoholu, bez obzira na uspostavljenu apstinenciju i njeno trajanje, više nikada ne može ponovo kontrolirano piti. Ukoliko počne ponovo piti, bez obzira na duljinu prethodne apstinencije, vrlo brzo dolazi u prijašnje stanje ovisnosti (1,2).

Liječenje alkoholizma obuhvaća: medikamentozni postupak, liječenje disulfiramom, individualnu i grupnu psihoterapiju i klub liječenih alkoholičara.

Medikamentozni postupak uključuje početnu detoksifikaciju (polivitaminska terapija, pogotovo vitamini B skupine, nadoknada tekućine), sedativnu terapiju radi sprječavanja apstinencijskih smetnji te prema indikacijama ostale psihofarmake (anksiolitici, antidepresivi, hipnotici, antipsihotici) i lijekove za liječenje tjelesnih komplikacija (antihipertenzivi, diuretici i sl.).

Danas se u svijetu primjenjuju sredstva za snižavanje žudnje, naltrekson i akamprostat, ali u Hrvatskoj prevladava upotreba disulfirama. Disulfiram je pomoćno sredstvo za jačanje odluke o apstinenciji. Disulfiram ne liječi ovisnost o alkoholu nego pomaže u održavanju apstinencije na osnovi straha od neželjenih posljedica ako se uz njega uzima alkohol. Disulfiram blokira djelovanje acetaldehidogeneze uzrokujuć stvaranje acetaldehida i njegovo nakupljanje, koje za posljedicu ima iznimno neugodnu reakciju. Reakcija obično započinje 10-30 min. nakon konzumiranja alkohola, može trajati nekoliko sati, a simptomi su: crvenilo, dispneja, hiperventilacija, tahikardija, palpitacija, hipertenzija, znojenje, tjeskoba, slabost, a mogu nastati i

po život opasne komplikacije. Blaža reakcija ne zahtjeva terapiju, a kod jačih reakcija terapija je simptomatska i antihistaminici. Dnevna doza je 250 do 500 mg, a preporuka je uzimati ga barem godinu dana. Ne preporučuje se davati osobama koje imaju oštećenje jetre, srčana oboljenja, epilepsiju, teža sistemska oštećenja, ženama koje planiraju trudnoću ili su trudne. Disulfiram se smije uzeti tek nakon nekoliko dana apstinencije (najmanje 48h), a reakcija se može javiti i 2 tjedna nakon prestanka uzimanja. Tijekom uzimanja disulfirama preporučuje se izbjegavati svaki kontakt s alkoholom (hrana, sredstva za osobnu higijenu, boje, lakovi). Svaka osoba samostalno donosi odluku o uzimanju disulfirama i zabranjeno je davanje disulfirama osobama bez njihova znanja. Tijekom terapije disulfiramom potrebne su redovite kontrole hepatograma.

Individualna psihoterapija primjenjuje se na početku liječenja i u trenucima rješavanja emocionalnih kriza. Grupnom psihoterapijom bolesnik dobiva uvid u svoje odnose s drugim članovima zajednice, postiže se bolja socijalizacija, te osjećaj sigurnost i spremnosti za prihvaćanjem cijelog sustava u kojem živi i radi. Obiteljsko-bračna terapija neizostavan je dio liječenja i u kojoj sudjeluje cijela obitelj alkoholičara.

Liječenje se provodi kroz bolnički (stacionar, dnevna i vikend bolnica) i izvanbolnički sustav (grupna psihoterapija i obiteljska terapija u ambulantnim programima), a nastavlja se kroz klubove liječenih alkoholičara.

Klubovi liječenih alkoholičara su skupine samopomoći i uzajamne pomoći organizirane kao udruge građana (do 30 članova ili oko 12 obitelji), a pod nadzorom i u suradnji stručnih djelatnika. KLA podržavaju trajnu apstinenciju svojih članova i promjene dosadašnjeg načina ponašanja i prihvaćanja novog života bez alkohola. U klub treba dolaziti najmanje pet godina.

3. MENTALNO ZDRAVLJE ŽENA

Mentalno zdravlje Svjetska zdravstvena organizacija 2001. godine, definirala je kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici (12).

Procjenjuje se da u svijetu od mentalnih poremećaja pati oko 450 milijuna ljudi. Oni su češći uzrok obolijevanja i preranog umiranja nego tjelesne bolesti. Procjenjuju se da će depresija kroz idućih deset godina biti drugi, a do 2030. godine prvi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima. Problemi koje donose mentalni poremećaji, liječenje, bolovanja i invalidnost, veliki su teret za

obitelj i društvo u cjelini. Obitelj pati zbog bolesti svog člana i vrlo često je egzistencijalno ugrožena, a društvo je u ekonomskom gubitku, pa možemo reći da briga društva za mentalno zdravlje doprinosi dobrobiti i ekonomskoj koristi pojedinca i društva (13).

Mentalno zdravlje je preduvjet i temelj kvalitete života. Mentalno zdravlje žena ima svoje specifičnosti koje moramo poznavati i uvažavati u procesima prevencije i liječenja mentalnih bolesti, da bi ženama pružili jednaku šansu za kvalitetan život kao i muškarcima. Klinička istraživanja na ženskoj populaciji nisu rađena sve donedavno jer se smatralo da nema bitnih razlika u odnosu na spol. Nasreću, unatrag nekoliko desetljeća to se promijenilo. Sve se više znanstvenih istraživanja bavi zdravstvenim pitanjima i bolestima jedinstvenim za žensku populaciju, bolestima koje se očituju različitom simptomatologijom u muškaraca i žena, imaju različiti tijek bolesti ili različito reagiraju na terapijske intervencije (14).

3.1. Spolne razlike u psihijatrijskim poremećajima

Psihijatrijski poremećaji nastaju kao posljedica međuodnosa genetskih, psihosocijalnih i kulturalnih čimbenika. Određene društvene i kulturalne norme mogu pridonijeti pojavnosti pojedinih mentalnih poremećaja, a žene su oduvijek bile ranjivije (obiteljsko nasilje/depresija).

Spolne razlike postoje u prevalenciji psihijatrijskih poremećaja. Neki psihijatrijski poremećaji imaju veću prevalenciju u žena (depresija, anksiozni poremećaj, PTSP, poremećaji hranjenja, panični poremećaj, agorafobija, socijalna fobija).

Spolne razlike utvrđene su u kliničkoj slici, komorbiditetu i tijeku mnogih psihijatrijskih bolesti. Utvrđeno je da se depresija u žena češće javlja u komorbiditetu s anksioznim poremećajima, da depresivne žene u većem postotku od muškaraca imaju anksiozne somatske depresivne simptome karakterizirane pojačanom potrebom za spavanjem i poremećajima apetita, bolovima i anksioznošću. Kronični depresivni poremećaj kod žena rezultira manjom kvalitetom života i slabijom socijalnom prilagodbom nego kod muškaraca, bolest nastupa ranije u životu i češće imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu za poremećaje raspoloženja. Kod žena češće je prisutna klinička slika bipolarnog poremećaja s brzo izmjenjujućim simptomima iako je prevalencija bipolarnog poremećaja podjednaka u oba spola. Shizofrenija ima povoljniji tijek kod žena jer se bolest javlja kasnije u životu, žene imaju manje negativnih simptoma i bolje reagiraju na terapiju od muškaraca.

Uzroke spolnih razlika u psihijatrijskim poremećajima nalazimo u psihosocijalnim, biološkim i kulturalnim čimbenicima. Psihosocijalni čimbenici koji mogu uzrokovati veću pojavnost depresije i anksioznih poremećaja kod žena su tradicionalno lošiji status žena, niže plaće, samohrano roditeljstvo i povećana izloženost seksualnom i obiteljskom nasilju. U biološke čimbenike ubrajamo razlike u anatomiji ženskog i muškog mozga te da muški i ženski reproduktivni hormoni stvaraju psihoaktivne efekte.

Kulturalni običaji mogu utjecati na način na koji žene percipiraju same sebe kada obole od psihijatrijskih poremećaja i na način kako manifestiraju simptome svoje bolesti. U nekim kulturama psihička bolest je sramota ili slabost, pa žene ne traže pomoć ili odbijaju ponuđenu psihijatrijsku pomoć, a psihijatrijske simptome prikrivaju različitim tjelesnim simptomima (14).

3.2.Spolne razlike u psihofarmakologiji

Istraživanja o spolnim razlikama u farmakokinetici i farmakodinamici u ljudi daju nam ograničene i diskutabilne podatke jer je broj istraživanja o tom području nedovoljan, a tek u posljednje vrijeme raste (14). Žene reproduktivne dobi bile su isključene iz kliničkih istraživanja sve do 1993. godine, kada to mijenja regulativa U.S. Food and Drug Administration (FDA). Danas je sudjelovanje žena reproduktivne dobi u kliničkim istraživanjima reguliran nizom strogih pravila u svrhu njihove zaštite.

Spolna razlika potencijalno postoji u apsorpciji i bioraspoloživosti lijeka, njegovoj distribuciji, metabolizmu i konjugaciji, ali potrebna su daljnja istraživanja zbog mnogobrojnih dilema koje su ostale. Tako pojedina istraživanja, koje navodi Degmečić (14), ističu da smanjeno lučenje gastrične kiseline kod žena, dulje vrijeme prolaska krutih tvari kroz gastrointestinalni trakt i razlike u djelovanju gastrointestinalnih enzima kod žena, mogu potencijalno uticati na apsorpciju lijeka. Za potencijalne razlike u distribuciji lijekova kod žena odgovorni su različiti omjer mišićnog i masnog tkiva u muškaraca i žena, niža tjelesna težina žena, veći postotak masnog tkiva te fiziološke promjene tijekom menstrualnog ciklusa.

3.2.1. Spolne razlike i psihofarmaci

Veliki broj istraživanja bavi se spolnim razlikama kod primjene psihofarmaka, i to u njihovoj farmakokinetici, farmakodinamici i nuspojavama. Psihofarmaci se često upotrebljavaju u kompleksnom procesu liječenja alkoholizma. Poznavanje njihovog različitog djelovanja u žena pruža nam veću mogućnost za pozitivan uspjeh u liječenju alkoholizma.

Upotreba benzodiazepina u liječenju alkoholizma je česta, od apstinencijskog sindroma do liječenja anksioznosti. Studije su pokazale da diazepam ima brže vrijeme raspada i eliminacije u mlađih žena nego u muškaraca, dok kod aprazolama nisu zabilježene spolne razlike (14).

Specifičnosti spolnih razlika u djelovanju antidepresiva relativno su malo istražena, iako se poremećaji raspoloženja češće pojavljuju kod žena. Studije su pokazale razlike u djelovanju pojedinih antidepresiva kod žena. Tako npr. žene imaju bolji odgovor na primjenu na selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPS).

Antipsihotici pokazuju bolji terapijski odgovor u žena, potrebna im je niža doza nego kod muškaraca slične dobi i težine i rizik za nuspojave je manji (14).

3.3. Reproductivni ciklus žene

Menstruacijski ciklus mnogim ženama donosi klinički značajne emocionalne i tjelesne simptome i tako posljedično utječe na odnose unutar obitelji, radno i socijalno funkcioniranje (14). Na doživljaj simptoma djeluje subjektivna procjena, utjecaj kulturalnih čimbenika i prisustvo drugih psihijatrijskih poremećaja. U mnogim društvima menstruacija je doživljavana kao nešto negativno. Čimbenici koji također utječu na percepciju premenstrualnih simptoma i na težinu kliničke slike su dob i stupanj naobrazbe. Prema nekim studijama intenzivniji simptomi počinju u kasnim dvadesetim te ranim tridesetim i pogoršavaju se nakon poroda. Žene s višim stupnjem naobrazbe češće opisuju teže tjelesne i psihičke simptome. Žene koje su bolovale od psihijatrijske bolesti u prošlosti ili trenutno boluju, češće imaju probleme vezane za premenstrualne simptome. Od psihijatrijskih bolesti koje su povezane s premenstrualnim simptomima, najčešći su poremećaji raspoloženja, poremećaji osobnosti i bolesti ovisnosti. Postoje znanstveno dokazi da je premenstrualni sindrom nasljedan. Psihosocijalni stresori, kao veliki životni događaji, radni stres, problemi u socijalnom funkcioniranju, povećavaju simptome premenstrualnih sindroma.

Premenstrualni sindrom (PMS) je obrazac emocionalnih, bihevioralnih i tjelesnih simptoma koji se pojavljuju premenstrualno i povlače se nakon mjesečnice. Ti simptomi uključuju blage promjene raspoloženja, napetost grudiju, napuhnutost i glavobolje (Svjetska zdravstvena organizacija, 1996.) Međunarodna klasifikacija bolesti MKB-10 opisuje kriterije za premenstrualni sindrom.

Premenstrualni disforični poremećaj (PMDP) dijagnosticira se kod pojave ekstremno distresnih emocionalnih i bihevioralnih simptoma (iritabilnost, disforija, napetost i nestabilnost raspoloženja) i uveden je u službenu klasifikaciju bolesti.

Povezanost psihijatrijskih bolesti i menstrualnog ciklusa može se očitovati u premenstrualnoj egzacerbaciji postojeće psihijatrijske bolesti, kao „menstrualna psihoza“ tj. prolazni psihotični simptomi u ritmu menstruacije ili se druge psihijatrijske dijagnoze mogu zamijeniti s PMS-om ili PMDP-om (anksiozni poremećaji, bipolarni poremećaj, poremećaji prehrane, bolesti ovisnosti).

Liječenje premenstrualog sindroma je nefarmakološko (dijeta, vježbanje, minerali, terapija svjetlom, psihoterapija), farmakološko (hormoni, anksiolitici, antidepresivi) i kirurško (ovarietomija).

Tjelesni i psihički simptomi premenstrualnog sindroma mogu potaknuti pijenje alkoholnih pića, pa ga mnoge žene koriste i kao oblik samoliječenja.

Psihijatrijski poremećaji tijekom trudnoće utječu na majku i na ishod trudnoće. Rezultati istraživanja o utjecaju depresivnih, anksioznih i psihotičnih poremećaja na ishod trudnoće nisu jedinstvena. Dio njih govori da su povezani s povećanim rizikom za preeklampsiju, abnormalnosti placente, nižom porođajnom težinom, prijevremenim trudovima i fetalnim distresom, ali dio njih ne potvrđuje te rezultate (14). Loši ishodi trudnoće povezuju se s fiziološkim promjenama povezanim s psihijatrijskim poremećajem ili s lošim odnosom prema zdravlju koji ga može pratiti. Depresiju i anksioznost povezuju se s visokim koncentracijama hormona stresa u trećem trimestru koji mogu u značajnoj mjeri povećati rizik za prijevremene trudove. Njih može pratiti i loš odnos prema zdravlju tj. loša prehrana, neadekvatna zdravstvena skrb, uzimanje alkohola ili drugih sredstava ovisnosti. U farmakološkom liječenju psihijatrijskih poremećaja u trudnica treba uzeti u obzir rizik za majku i za plod, od primjene psihofarmaka, ali i od same psihijatrijske bolesti. Pravilo je da se psihofarmaci prepisuju samo kad je rizik od neliječenja bolesti majke veći od mogućih rizika primjene lijeka. Prekid terapije kod trudnice može dovesti do relapsa bolesti i tako povećati rizik za lošu prehranu, lošu zdravstvenu skrb ili uzimanje različitih sredstava ovisnosti.

Doze lijekova koje se daju u trudnoći trebaju biti u minimalnoj dozi za kontrolu simptoma. Psihijatrijski poremećaji u žena najčešće se javljaju između 18 i 45 godine života tj. u reproduktivnoj dobi, pa je planiranje trudnoće kod psihijatrijskih bolesnica izuzetno važno zbog planiranja i korekcije psihofarmaka (14).

Psihijatrijske bolesti u postpartalnom periodu utječu na majku i dijete. U prvoj postpartalnoj godini najveći je broj hospitalizacija žena u psihijatrijskim ustanovama. Podaci studije Duffya, prema Degmečić, govore nam da čak 12,5% svih hospitalizacija žena dešava se u tom periodu. Postpartalni poremećaji su postpartalna tuga, depresija i psihoza te postpartalni anksiozni poremećaj. Postavlja se i pitanje dojenja, a odluka o tome da li dojiti ili ne, mora biti donesena nakon sagledavanja svih mogućih koristi i rizika.

Danas žene prožive gotovo trećinu života tijekom menopauze, a taj period obilježen je hormonalnim promjenama i promjenama u socijalnim i psihološkim okolnostima. Menopauza se često se povezuje s pojavom depresije, iako istraživanja nisu utvrdila međusobnu povezanost, već samo povećani rizik za razvoj depresije u menopauzi kod žena koje su prethodno tijekom života bolovale od depresije (14).

4. ALKOHOLIZAM U ŽENA

Pijenje alkoholnih pića dio je općeprihvaćenog društvenog ponašanja u mnogim kulturama i prati sve važne životne događaje. Ipak, oduvijek je bilo i „povlastica“ muškaraca, dok se žensko pijenje alkoholnih pića smatralo sramotnim, nedopustivim, znakom moralnog propadanja (1,8). Već u 5 stojeću pr. Krista u najstarijem indijskom zakoniku, Manusmriti, nalazimo zapis da „*žena koja pije vino ... može se napustiti u bilo kojem trenutku*“ (15). Nažalost, još i danas na alkoholizam u žena se gleda više kao na porok, a manje kao na bolest. Problemi vezani uz prekomjerno pijenje alkoholnih pića tijekom prošlih vremena uvijek su se češće vezali za muškarce nego za žene, pa se većina spoznaja koje danas imamo o alkoholizmu temelji na istraživanjima u kojima je bio veći postotak muškaraca (16). Međutim, danas je zlouporaba i ovisnost o alkoholu u žena u stalnom porastu, pa se je i broj istraživanja usmjerenih na žensku populaciju u zadnjih nekoliko desetljeća povećao. Rezultati istraživanja identificirali su specifičnosti alkoholizma u oba spola, a one se odnose na uzroke pijenja, razlike u načinu pijenja, starosnoj dobi kada se počinje piti i u posljedicama prekomjernog pijenja. Smatra se da broj žena ovisnih o alkoholu raste brže od

ukupnog porasta broja osoba ovisnih o alkoholu (17). Postavlja se pitanje zašto je to tako, a odgovor pronalazimo u nagloj promjeni uloga i položaja žene u društvu u posljednjem stoljeću. „Thaller i sur. (1) kažu da je prekomjerno pijenje i ovisnost o alkoholu u žena razmjerno stupnju slobode, ženske emancipacije i zapošljavanja.“ Žene su se u relativno kratkom vremenu izborile za mnoga prava i jednakost u gotovo svim područjima života, ali su uz to dobile i mnogo novih obaveza, zadržavajući pritom i sve stare. Žena danas uz svoje tradicionalne uloge u obitelji, kao majka i supruga, ima i svoj poziv koji zahtjeva puno rada, napora i dokazivanja. Stalna želja da na svim područjima života zadovolji i da pri tome bude još i „savršena“, izvor je konstantnih napetosti, nesigurnosti, strahova i frustracija. Izlaz se ponudio u pijenju alkoholnih pića koje svojim anksiolitičkim djelovanjem pruža privremeno olakšanje, rasterećenje i bijeg iz stvarnosti. Društvena tolerancija umjerenog pijenja alkoholnih pića samo je dodatno pospješilo takav izbor, stavljajući ženu pred opasnost da sve dublje i dublje tone prema alkoholizmu jer s vremenom samo s povećanjem količine alkohola će postići isti učinak. Iz svega navedenog možemo zaključiti, da je porast pijenja žena rijetka negativna posljedica emancipacije (1,2,16).

Zanimljivo je da je i industrija alkoholnih pića u emancipaciji žena tj. u njejoj ekonomskoj i socijalnoj jednakosti, prepoznala mogućnost velike zarade i u novije vrijeme usmjerila puno pažnje na žensku populaciju kao izvor profita. Europski institut za zdravlje žena (European Institute of Women's Health, EIWH) u svom izvještaju, 2013. godine, posebno poglavlje posvetio je problemu marketinga alkoholnih pića usmjerenim na žene. U izvještaju stoji da je industrija pića, sljedeći primjer duhanske industrije, usmjerila svoje djelovanje prema povećanju broja ženskih potrošača alkohola, služeći se pri tome raznim marketinškim strategijama. Oko 2,2% proizvodnje novih alkoholnih pića namijenjeno je ženama, u usporedbi s 1,1% namijenjenog muškarcima. Reklamiraju se tradicionalno „muška pića“ kao npr. pivo vezujući ga za interese karakteristične za žene („ a world where women love beer as much as they love shoes“) ili aludirajući na tradicionalnu podjelu muško/ženskih uloga u društvu („...keep up with boys“), tako da danas oko 25% svjetske konzumacije piva otpada na žene. Alkoholna pića da bi bila privlačnija ženama aromatiziraju se voćnim okusima, promoviraju se kao „light“ varijante ili pakiraju u privlačnu ambalažu. Tehnike reklamiranja su mnogobrojne i prilagođene suvremenom svijetu, od sponzoriranih televizijskih emisija, preko modnih blogova do organizacija društvenih događaja za žene tkz. *girls nights*, praćenih besplatnim pićem i modnim savjetima. EIWH je u svom izvještaju naveo i paradoksalnu činjenicu da neke multinacionalne kompanije reklamiraju svoje nove

alkoholne proizvode namijenjene ženama, financirajući istraživanja karcinoma dojke, usprkos dokazanoj povezanosti konzumiranja alkoholnih pića i karcinoma dojke (4).

4.1. Umjerenost pijače i preporučene količine alkoholnih pića u žena

Umjerenost pijače alkohola je socijalno prihvaćen oblik ponašanja, a prekomjerno pijače povezano je s povećanim rizikom obolijevanja, ozljeđivanja i umiranja. Umjerenost pijače vrlo je teško definirati. „Wöfl (18) govori, da kod umjerenog pijača ne pija se zbog farmakološkog djelovanja alkohola na mozak ... u smislu euforizirajućeg anksiolitičkog djelovanja ... umjerenost pijače je škola u kojoj se ljudi odgajaju za karijeru alkoholičara.“

Prevalencija alkoholizma kod muškaraca je veća, ali kod žena postoji veći rizik za oštećenja koje ga prate (19). Manje količine alkohola potrebne su da izazovu tjelesna oštećenja u žena nego u muškaraca, što se pripisuje manjoj tjelesnoj težini žena, većoj količini vode i masti u njihovom organizmu, manjoj količini enzima koji su zaslužni za razgradnju i eliminaciju alkohola i utjecaju ženskih spolnih hormona (20). Povezujući umjerenost pijače i činjenicu da su žene osjetljivije na štetno djelovanje alkohola, određene su preporučene količine alkoholnih pića za oba spola, na dnevnoj ili tjednoj bazi. Preporučene količine alkohola temelje se gramima alkohola koje sadrži jedno standardno piće, a ono se razlikuju od države do države. Možemo reći da je standardno piće praktični prikaz preporučene doze alkohola jer nam govori koja količina određenog alkoholnog pića sadrži preporučeni broj grama alkohola. ICAP (International Centar for Alcohol Policies) tako navodi preporuke za žene za niz zemalja, od kojih najmanje grama alkohola po standardnom piću za žene ima Ujedinjeno Kraljevstvo (8g alkohola), a najveću Sjedinjene Američke Države (14g alkohola). Međutim, potrebno je pogledati i preporučeni broj standardnih pića po danu ili tjednu da bi se dobila potpuna slika. U Ujedinjenom Kraljevstvu preporuka za žene je da se ne prekorači broj od dva do tri standardna pića dnevno, a u Sjedinjenim Američkim Državama samo jedno (20), pa zaključujemo da SAD-e imaju strože kriterije. U Hrvatskoj se preporučena količina alkohola kreće od 8g, pa čak do 14g, ovisno o izvoru. Na internet stranicama Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara nalazimo podatke da standardno piće sadrži otprilike 14 grama čistog alkohola, količine koje se ne smiju prekoračiti za muškarce su 1-2 pića na dan, odnosno 1 piće na dan za žene te prikaz približnog odnosa različitih standardnih vrsta alkoholnih pića s jednakom količinom alkohola. Tako jednaku količinu alkohola imaju 3,5dl piva, 1,4dl stolnog vina, 0,7dl

aperitiva i 0,4dl žestokog pića (21). „Thaller i sur. (2)određuju količinu koja se ne preporučuje prekoračiti za muškarca tri, a za žene na dva alkoholna pića po danu, navode 8-10 grama alkohola po standardnom piću, što odgovara 2,5dl piva, 1dl vina i 0,2dl žestokog pića.“ Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2015. godine u sklopu letka „Pijenje alkoholnih pića“ definira da standardno piće najčešće sadrži otprilike 10 g čistog alkohola i daje približne odnose različitih standardnih vrsta alkoholnih pića s jednakom količinom alkohola (2,5dl piva, 1,25dl vina, 0,3dl žestokog pića). Nažalost, letak ne sadrži preporuke odvojeno za muškarce i žene (22). Bez obzira na izvor podataka, domaći ili strani, uvijek stoje preporuke kada uopće ne treba piti. Neke preporuke odnose se na oba spola (ako se uzimaju određeni lijekovi, određene profesije, mlađi od 18 godina itd.), a neke su usmjerene prema ženskoj populaciji (žene koje planiraju trudnoću ili su trudne).

4.2.Umjereno pijenje i pozitivni učinci za zdravlje u žena

Mnoštvo je oprečnih mišljenja po pitanju konzumiranja alkohola i njegovih pozitivnih učinaka na zdravlje. Novine, televizijske emisije, internetski portali i društvene mreže, često se bave tom tematikom i na kraju ostajemo zbunjeni nedorečenim ili oprečnim savjetima i ne znamo kojem izvoru informacija vjerovati. Ipak, znanstvena istraživanja su pokazala da niska do umjerena konzumacija alkohola može imati pozitivan učinak na zdravlje čovjeka (20,23). I u ovom slučaju studije su pokazale da količina alkohola koja ima pozitivne učinke na zdravlje kod žena je manja nego kod muškaraca. Kardioprotektivni učinak alkohola kod muškaraca postiže se s 2-3 pića, a kod žena s 1-2 pića (23). Pozitivni učinci za zdravlje žena povezane s umjerenim konzumiranjem alkohola su: smanjen rizik za kardiovaskularne bolesti, pogotovo kod žena u menopauzi i postmenopauzi, smanjenje LDL kolesterola, povećanje HDL kolesterola, zaštitno djelovanje za dijabetes tip 2, kod starijih žena ima pozitivne učinke na ublažavanje osteoporoze i posljedično tome na smanjenje broja različitih lomova (20), te smanjuje rizik pojave Alzheimerove bolesti i demencije (23). I na kraju moramo znati da postoje puno bolji načini očuvanja zdravlja od pijenja alkoholnih pića, poput tjelesne aktivnosti, pravilne prehrane ili nepušenja (24). Također, moramo biti svjesni činjenice da ista količina alkohola koja ima potencijalno pozitivno djelovanje na neke zdravstvene probleme, istovremeno negativno djeluje na druge. Najbolji primjer za to je da alkohol

u žena u preporučenim količinama od 1 do 2 pića dnevno ima kardioprotektivni učinak, a istovremeno već jedno piće dnevno povećava rizik od karcinom dojke za 9% (4).

4.3.Epidemiologija alkoholizma u žena

Pretjerano konzumiranje alkohola predstavlja jedan od vodećih preventabilnih uzroka smrti, bolesti i ozljeda u mnogim društvima diljem svijeta. Procjenjuje se da u svijetu ima oko 140 milijuna ljudi ovisnika o alkoholu (25). Alkoholizam je rašireniji i socijalno prihvatljiviji među muškarcima, ali u posljednje vrijeme žene sve više i sve ranije počinju piti alkohol. U radu već je spomenuto da broj žena ovisnih o alkoholu raste brže od ukupnog porasta broja osoba ovisnih o alkoholu (17) te da je prije dvadesetak godina omjer muškaraca i žena ovisnih o alkoholu bio 7:1, a danas iznosi 3,6:1 (1,7). Mlade žene su društvena skupina unutar koje najbrže raste potrošnja alkohola. Njihov broj raste među osobama koje umjereno piju i koje prekomjerno piju te među osobama sklonim periodičnim opijanjima tkz. „bringe drinking“ (26). Žene mlađe dobi (od 18 do 35 godina) imaju veći postotak alkoholom uzrokovanih problema od starijih žena, a ovisnost o alkoholu prisutnija je kod žena srednje životne dobi (od 35 do 50 godine). Alkoholizam je poseban problem kod starijih žena. Starije žene zbog niza objektivnih promjena u svom životu sklone su alkohol koristiti kao oblik „samoliječenja“ za anksioznost i depresiju, vrlo često uz alkohol koriste psihofarmake za spomenute poremećaje, mnoge piju lijekove za različite tjelesne bolesti, a zbog fizioloških procesa starenja podložnije su štetnom djelovanju alkohola. Usprkos takvim saznanjima istraživanja koja su usmjerena na populaciju starijih žena još uvijek su u malom broju (4,24).

Žene koje imaju višestruke uloge u životu (majka, supruga, zaposlena žena) imaju niži postotak alkoholom uzrokovanih problema, ali istovremeno u određenom periodu života gubitak nekih od tih uloga može povećati rizik za nastanak prekomjernog pijenja alkohola (16,26). Žene koje se nisu udavale, koje su rastavljene ili su rastavljene, a i dalje žive sa suprugom imaju veću vjerojatnost da započnu prekomjerno piti. Žene koje žive s partnerom koji prekomjerno pije ili je nasilan, vrlo često i same počinju prekomjerno piti. Žene višeg socio-ekonomskog statusa piju više od žena nižeg socio-ekonomskog statusa. Istraživanja su pokazala da posebno raste broj obrazovanih žena koje prekomjerno piju. Više žena prekomjerno pije u gradovima, nego na selima

(27). Ženski obrasci pijenja razlikuju se prema vrsti pića, količini popijenog alkohola i učestalosti pijenja. Mlade žene češće piju pivo, dok žene srednje životne dobi više piju vino i žestoka pića. Mlade žene više piju javno, a starije najčešće alkohol kupuju u dućanima i piju potajice u kući. Najviše i najčešće piju mlade, zaposlene i neudate žene.

Vožnja u pijanom stanju godišnje u Europi uzrokuje 17 000 prometnih nesreća i 10000 smrti. Od ukupnog broja nesreća 15000 se pripisuje muškarcima, a samo 2000 ženama. Ipak, sve više raste broj žena koje voze pod utjecajem alkohola kao posljedica mijenjanja navika žena. U Velikoj Britaniji tako je od 1995. do 2004. godine broj žena koje su osuđene za vožnju pod utjecajem alkohola ili droga, porastao za 58%, a u istom periodu broj osuđenih muškaraca pao je za 0,25%. Trećina osuđenih žena za vožnju u pijanom stanju bila je mlađa od 30 godina (4).

Žene pod utjecajem alkohola imaju veći rizik da postanu žrtve seksualnog napada ili fizičkog nasilja (24). Također, žene vrlo često piju da se mogu lakše nositi s nasiljem svojih partnera, oko 22% žena navelo je da je to uzrok njihovom prekomjernom pijenju. U porastu je broj žena koje su pod utjecajem alkohola agresivne. Od 2005. do 2007. godine broj žena koje su uhićene zbog nasilja pod utjecajem alkohola u Velikoj Britaniji porastao je za 50% (4).

Žene se teže i kasnije uključuju u programe liječenja jer prikrivaju bolest, a u trenutku kada nastupi ovisnost imaju teža tjelesna oštećenja od muškaraca. Najčešće se počnu opijati u dobi od 31 do 40 godina, a većina ih prije liječenja ima dugi alkoholičarski staž, od 10 do 20 godina (17). Studije pokazuju da tek 15% žena s problemom pijenja traži stručnu pomoć da bi ga riješile, a istovremeno da najčešće napuštaju terapijske programe (26,27).

4.4. Simptomatski alkoholizam

Društveno dozvoljena količina alkohola u žena je u porastu (17), a rastuća jednakost među spolovima dovodi do toga da žene preuzimaju iste obrasce pijenja kao i muškarci (27). Žene mogu piti na tzv. „muški način“, zbog društva, opuštanja, navike, a iz navike se vremenom razvije ovisnost o alkoholu. Tada govorimo o primarnom alkoholizmu gdje ne postoje psihički poremećaji koji su podloga pijenju i gdje je najvažniji čimbenik nastanka ovisnosti socijalne prirode. U najvećem broju slučajeva alkoholizam u žena je posljedica psihičkih poremećaja, poteškoća ili smetnji, pa govorimo o simptomatskom ili sekundarnom alkoholizmu. U sekundarnom obliku alkoholizma najvažniji čimbenik nastanka ovisnosti je struktura ličnosti (neurotična, psihotična,

psihopatska), a socijalni uzroci su od manje važnosti. Alkohole najčešće zlorabi kao sredstvo za ublaživanje anksioznosti, depresije i nesаницe, kao oblik samoliječenja, što može rezultirati zluporabom i ovisnošću o alkoholu. Prekomjerno pijenje alkoholnih pića dovodi do daljnjeg pogoršanja anksioznih i depresivnih simptoma sve do jasnih sekundarnih psihijatrijskih poremećaja (11). Simptomatski ili sekundarni alkoholizam jedna je od specifičnosti alkoholizma u žena karakterizirana čestim usamljenim pijenjem tkz. „solo drinker“. Žene piju same, potajno, da bi izbjegle osudu obitelji i društva. Druga karakteristika simptomatskog alkoholizma u žena je da pretežno piju žestoka pića, zbog njihovog bržeg djelovanja (17). Alkoholom žene „zaliječe“ ili privremeno ublaže psihičke poteškoće nastale kao posljedica obiteljskih problema, poteškoća na radnom mjestu, hormonalnih poteškoća, emocionalnih kriza, strahova, niskog samopoštovanja, osjećaja nesigurnosti, anksioznosti ili depresije. Dugotrajna izloženost stresu i „ljekovito“ djelovanje alkohola u kombinaciji, žene vode putem od društvenog potrošača, preko zluporabe alkohola do simptomatskog alkoholizma.

5. ETIOLOGIJA ALKOHOLIZMA U ŽENA

Uzroci nastanka alkoholizma su složeni i nalaze se prvenstveno u samoj osobi, a zatim u njenom užem i širem društvenom okruženju. Etiološke čimbenike za alkoholizam dijelimo u tri grupe: biološke, psihološke i socio-kulturne čimbenike. Sve tri grupe etioloških čimbenika igraju veliku ulogu u nastanku alkoholizma, ali smatra se da ipak najveću ulogu imaju socio-kulturni čimbenici, pa zaključujemo da je alkoholizam u žena, uvelike posljedica položaja koji žene imaju u društvu, kao i brojnih drugih kulturnih specifičnosti zajednice u kojoj žive (28).

Alkoholizam u žena bitno se razlikuje prema dobi, a svaka dobna skupina žena ima specifične rizične čimbenike za razvoj alkoholizma (adolescencija, mlađa odrasla dob, srednja i starija dob). Ipak, postoje rizični čimbenici koji pogoduju razvoju ovisnosti o alkoholu u žena tijekom cijelog životnog vijeka kao što su genetski čimbenici, obiteljska anamneza, socijalni kontekst u kojem piju i psihijatrijski komorbiditet. Što je više rizičnih čimbenika prisutno veća je vjerojatnost da će se razviti ovisnost o alkoholu (28).

Genetski čimbenici potvrđeni su istraživanjima npr. pojava alkoholizma kod usvajanja blizanaca roditelja alkoholičara u različite obitelji.

Pozitivna obiteljska anamneza na alkoholizam rizični je čimbenik za alkoholizam podjednako u oba spola.

Socijalni kontekst u kojem piju važan je rizični čimbenik za žene svih dobnih skupina. Istraživanja među adolescentima, pokazuju da su djevojke više pod snažnim utjecajem vršnjaka nego dječaci, te da "izlaganje grupama" vršnjaka koji prekomjerno piju značajno doprinosi nastanku i razvoju alkoholizma među adolescenticama. I žene ostalih dobnih skupina su u većoj opasnosti od razvoja zlouporabe alkohola ili ovisnosti ako su okružene ljudima koji prekomjerno piju. Starije žene vrlo često preuzmu obrasce pijenja od bliskih osoba, najčešće supruga, koje prekomjerno piju.

Psihijatrijski komorbiditet često prati alkoholizam. Najveći broj istraživanja usmjeren je na kompleksnu povezanost između alkoholizma u žena i depresije.

Važan faktor rizika za nastanak alkoholizma, koji se pojavljuju tijekom cijelog života žene, je njezina reakcija na stresne događaje i njezina sposobnost da se nosi s njima. Stres, duševna bol koja nastaje kao posljedica stresa i tehnike suočavanja sa stresom ključni su u razvoju alkoholizma u žena. Istraživanja su pokazala da prekomjernom pijenju žena često prethode specifični traumatski događaji (smrt bliske osobe, razvod, pobačaj, histerektomija), odrastanje u disfunkcionalnoj obitelji ili seksualno i fizičko zlostavljanje u djetinjstvu.

Adolescencija je razdoblje sazrijevanja i intenzivnih fizičkih, seksualnih, emocionalnih, psihosocijalnih i kognitivnih promjena. Adolescenti korak po korak napuštaju sigurnost djetinjstva i preuzimaju odgovornosti odraslih. Kada govorimo o rizičnim čimbenicima vezanim za pijenje alkoholnih pića, adolescenciju dijelimo na ranu i kasnu. U ranoj adolescenciji roditelji su uzor i njihov utjecaj je jak, dok u kasnoj adolescenciji za razvoj poteškoća vezanih za pijenje alkohola presudna je uloga vršnjaka. Najrelevantniji čimbenik rizika za adolescentice su problemi u ponašanju (krađe, vandalizam, izljevi ljutnje, problemi u ponašanju u ranom djetinstvu, acting out ponašanja, odbacivanje autoriteta, povećana impulzivnosti i agresivnost). Ostali čimbenici rizika su: problemi u školi (česti izostanci, loš uspjeh, napuštanje školovanja), odrastanje u disfunkcionalnoj obitelji, alkoholizam ili zlouporaba alkohola u obitelji, rane alkoholne intoksikacije, konzumacija marihuane i očekivanja od alkohola.

Rizični faktori za mlađu odraslu dob, dvadesete i tridesete godine života, su: problemi vezani za životne uloge, problemi vezani za zdravstveno stanje i problemi vezani za izbor loših životnih stilova. Žene u tom životnom razdoblju završavaju školovanje, udaju se, rađaju djecu. Očekivanja su velika, a razočaranja česta i mogu voditi u prekomjerno pijenje i s vremenom u ovisnost. Rizični

čimbenici vezani za posao su: netradicionalna ženska zanimanja, poslovi s niskim društvenim statusom, povremeni poslovi koji ne daju financijsku sigurnost, otkazi i nezaposlenost. Veći rizik za probleme s pijenjem imaju neudate, razvedene ili žene u vanbračnoj zajednici. Posebno velik rizik imaju žene čiji partner pije. U literaturi se spominje da žene vrlo često preuzimaju model ponašanja svojih majki u svezi s toleriranjem partnerove zlouporabe ili ovisnosti o alkoholu (28). Žene koje ne mogu postati majke, nakon pobačaja ili histerektomije često pribjegavaju alkoholu. Pušenje, zlouporaba psihoaktivnih lijekova izdanih na recept ili ilegalnih droga povećavaju rizik za razvoj alkoholizma. Mlađe žene često piju na javnim mjestima, pa alkoholiziranost može rezultirati prometnim nesrećama, seksualnim ili fizičkim napadima, pljačkama ili sukobima s policijom.

Za žene srednje dobi, od 40 do 59 godina, kao rizične čimbenike možemo navesti gubitak životnih uloga kao što su supružnička pri raspadu braka ili roditeljska uloga pri odlasku djeteta iz roditeljskog doma (sindrom praznog gnijezda). Zaposlene žene imaju manje šanse za razvoj alkoholizma od nezaposlenih. O visini rizika za alkoholizam kod domaćica stavovi stručnjaka nisu usuglašeni, pa neki govore da je veći, a neki da je podjednak onom kod zaposlenih žena. Ostali rizični čimbenici koji karakteristični za srednju dob su: minimalna vjerojatnost stjecanja novih uloga, zaposlenja ili interesa, supružnik koji prekomjerno pije, bračni problemi, seksualni problemi, pijenje kod kuće i sama, zlouporaba psihoaktivnih lijekova dobivenih na recept i psihijatrijski komorbiditet (depresija, anksioznost, poremećaji hranjenja).

Kod žena starije životne dobi, iznad 60 godina, rizični čimbenici za razvoj ovisnosti su umirovljenje (smanjenje društvene mreže, smanjenje prihoda), umirovljene supružnika kod kućanica, život s ovisnikom o alkoholu, zajedničko pijenje sa supružnikom, udovištvo, slabije zdravlje, smanjena pokretljivost, nedostatak socijalne podrške i korištenje psihoaktivnih lijekova dobivenih na recept (30).

6. KARAKTERISTIKE PIJENJA MEĐU ŽENAMA OVISNO O DOBI

Karakteristike i navike povezane s pijenjem značajno se razlikuju među ženama ovisno o dobi. Posebno značajne razlike nalazimo ako uspoređujemo grupu adolescentica i žena mlađe odrasle dobi s grupom žena srednje i starije životne dobi (29).

Adolescencija je period kada utjecaj vršnjaka postaje jači i važniji od utjecaja roditelja. Nažalost, ponekad se adolescentice identificiraju s grupom vršnjaka s devijantnim ili delikventnim ponašanjem, pogotovo ako im roditelji, škola ili druge socijalne institucije ne ponude zanimljive sadržaje prilagođene njihovim potrebama i željama. Delikventno ponašanje nosi veliki rizik za razvoj svih vrsta ovisnosti (pušenje, alkohol, ilegalne droge).

U razdoblju adolescencije i mlađe odrasle dobi glavni motiv za pijenje je rješavanje anksioznosti i depresivnosti. Ostali motivi za pijenje su: izbjegavanje socijalne izolacije, pijenje za ohrabrenje u socijalnim kontaktima i traženje uzbuđenja i želja za uživanjem. Mlade osobe kojima je primarna motivacija za pijenje traženje uzbuđenja i želja za uživanjem, pod većim su rizikom za razvoj ovisnosti nego mlade osobe koje piju iz ostalih motiva. Specijalne vrste pijenja u populaciji adolescentica i mladih žena su ekscesivno pijenje („binge drinking“) i pijenje velikih količina alkohola u relativno kratkom vremenu zbog natjecanja („drinking games“). Ekscesivno pijenje definirano je brojem standardnih pića u jednoj prigodi, koji varira od države do države. U Velikoj Britaniji tako je definirano s osam pića i više za muškarce, i šest pića i više za žene, po jednoj prigodi. U natjecateljskom pijenju postavljaju se pravila s ciljem da se u što kraćem vremenskom periodu popije što više alkohola. Ovaj oblik pijenja posebno je opasan za mlade žene zbog velike mogućnosti seksualnog iskorištavanja u alkoholiziranom stanju. Glavni problem povezan s pijenjem mladih nije ovisnost o alkoholu, već posljedice zlorporabe alkohola koje se očituju u njihovom ponašanju (29).

Vrijeme studiranja je vrijeme koje pruža socijalno okruženje gdje je konzumacija i zloupotreba alkohola dopuštena, pa čak i poželjna. Ekscesivno pijenje u tom periodu često je kod oba spola i prihvaćeno je od vršnjaka, ali i od odraslih. Mlade žene sklone ekscesivnom pijenju tijekom studija češće izostaju s predavanja, imaju lošiji uspjeh na ispitima, sklone su ozljedama, pod rizikom su za nezaštićeni i neželjeni seks, sudjeluju u prometu pod utjecajem alkohola, vrlo često snose pravne posljedice svog ponašanja u alkoholiziranom stanju i imaju veći rizik za konzumiranje drugih sredstava ovisnosti (cigarete, marihuana, kokain). Ekscesivno pijenje obično završava sa završetkom studija, ali ako se nastavi i nakon toga vrlo velika je vjerojatnost da će se razviti u ovisnost o alkoholu (29).

Žene danas na sebe preuzimaju sve više obaveza i odgovornosti te pokušavaju adekvatno funkcionirati u više uloga istovremeno. Posljedice takvog života, života pod kroničnim stresom, je pojava raznih psihičkih smetnji i poteškoća, a za koje rješenje vrlo često pronalaze u konzumiranju

alkohola. Žene u srednjim godinama mogu početi piti zbog osjećaja da nisu voljene, da su zakazale na nekim područjima života, da su ostale zauvijek „uskraćene“ za neke njima ili društvu važne stvari ili jednostavno zbog usamljenosti. Hormonalne promjene i psihološke poteškoće koje ih prate, mogu pridonijeti prekomjernom pijenju alkoholnih pića. Ukratko, možemo reći da su najvažniji čimbenici rizika u ovoj dobnoj skupini žena povezani s njihovim ulogama i zdravstvenim problemima.

Starija dob žene je period u životu kada ona gubi neke od svojih uloga, što može izazvati niz psihičkih poteškoća i posljedično pokušaj da si „olakša“ život pijenjem alkoholnih pića. Psihičke poteškoće zbog pogoršanja zdravstvenog stanja, financijska nesigurnost, usamljenost, gubitak dragih osoba, također mogu potaknuti pijenje u žena starije dobi. Posebno velik problem u ovoj skupini žena je istovremeno konzumiranje alkohola i lijekova (30). Biološki, žene su osjetljivije na djelovanje alkohola nego muškarci, a starije žene zbog fizioloških procesa starenja još su u većoj mjeri podložnije štetnom djelovanju alkohola nego mlađe žene (smanjena mišićna masa i količina vode u tijelu, jetreni enzimi za razgradnju alkohola i lijekova manje su efikasni, veća osjetljivost središnjeg nervnog sistema). Istovremena konzumacija alkohola i lijekova (psihoaktivnih i/ili za liječenje tjelesnih bolesti) može dovesti do smetenih stanja, padova, samozanemarivanja i na kraju do nemogućnosti samostalnog života i smještaja u ustanovu. Komorbiditet alkoholizma i depresije kod starijih žena je problem koji se vrlo često zanemari. Općenito, za alkoholizam u ovoj skupini žena karakteristično je da se često predvidi od obitelji, ali i od zdravstvenih i socijalnih radnika. Starije žene puno rjeđe se odlučuju na liječenje alkoholizma od muškaraca iste dobne skupine (4,29,30).

Žene srednje i starije dobi obično piju same kod kuće, „solo drinkeri“, skrivajući to od ukućana i obitelji zbog stigmatizacije društva. Osjećaj srama i krivnje koji se javlja razlog je što dugo pokušavaju sakriti svoju bolest te se teže odlučuju potražiti stručnu pomoć.

7. KAKO SPOL UTJEČE NA FIZIOLOGIJU ALKOHOLA

Žene su osjetljive na uzimanje alkohola od muškaraca, pa se alkoholizam kao bolest brže razvija. Tjelesna oštećenja zbog prekomjernog pijenja i intoksikacija alkoholom nastaju puno brže kod žena nego kod muškaraca. Istraživanja su dokazala varijabilnost u apsorpciji, distribuciji i metabolizmu alkohola između žena i muškaraca, kao rezultat genetskih, hormonalnih i okolišnih

čimbenika (31). Alkohol u tijelu žene ima drugačije učinke nego u muškaraca kao posljedica postojanja triju mogućih mehanizama temeljenim na nekim specifičnostima u građi ženskog tijela (16,31).

1. Žene imaju manji postotak sadržaja vode u cjelokupnom organizmu (45% do 50%) u usporedbi s muškarcima (55% do 65%), pa nakon pijenja jednake količine alkoholnog pića žene će imati veću koncentraciju alkohola u krvi.
2. U žena postoji smanjena aktivnost alkoholne dehidrogenaze, enzima neposredno uključenog u metabolizam alkohola i odgovornog za metabolizam oko 15% konzumiranog alkohola. Koncentracija alkoholne dehidrogenaze značajno je viša kod muškaraca (oko 50%), pa je nakon konzumacije alkoholnog pića, koncentracija alkohola u krvi 7% veća kod žena nego kod muškaraca za istu tjelesnu težinu, istu količinu alkohola, u istom vremenskom periodu.
3. Fluktucija gonadalnih hormona i njihovih vrijednosti, tijekom menstrualnog ciklusa, može utjecati na stupanj metabolizma alkohola, pa su žene osjetljivije na porast koncentracije alkohola u različitim fazama ciklusa. Ako tijekom lutealne faze menstrualnog ciklusa žena konzumira alkoholna pića koncentracija alkohola biti će veća i trajati će duže, što vrijedi i za žene koje uzimaju oralne kontraceptive.

8. ALKOHOLIZAM U ŽENA I TJELESNA OŠTEĆENJA

Žene imaju veći rizik za sve uzroke mortaliteta povezanih s konzumacijom alkohola nego muškarci, pogotovo kod razvijenog alkoholizma. Studije pokazuju da bi žene trebale promijeniti svoje navike pijenja (kardiovaskularne bolesti) ili potpuno prestati piti (trudnoća, karcinom dojke), da bi očuvale svoje zdravlje (32). Razvijeni alkoholizam ostavlja teže posljedice na žene nego na muškarce, pa žene alkoholičarke imaju od 50 do 100% veću smrtnost nego muškarci (16). Alkohol izaziva ista tjelesna oštećenja kao i kod muškaraca, samo što kod žena ta oštećenja nastaju brže, te niz problema povezanih s zdravstvenim pitanjima i bolestima jedinstvenim za žensku populaciju. Oštećenja jetre i ciroza kod žena ovisnih o alkoholu više su prisutne i razvijaju se nakon kraćeg vremenskog razdoblja pijenja. Žene će razviti cirozu jetre za prosječno duplo manju količinu konzumiranog alkohola nego muškarci. Povećani rizik za oštećenja jetre uvjetovan je fiziološkim

učincima estrogena (16). Prekomjerno i dugotrajno pijenje povećava rizik za srčane poteškoće i bolesti (kardiomiopatija), a žene su osjetljivije na toksični učinak alkohola, pa su za razvoj bolesti potrebne manje količine alkohola nego kod muškaraca (33). U svrhu prevencije, sve dobne skupine žena treba educirati o štetnom djelovanju prekomjernog pijenja alkohola (zbunjujuće informacije da je pijenje alkoholnih pića „zaštita“ za srce), a posebnu pažnju treba usmjeriti na mlade žene sklone ekscesivnom pijenju (34). Hipertenzija i hiperlipidemija vrlo često prate alkoholizam u žena i predstavljaju dodatni rizik za bolesti kardiovaskularnog sustava. Alkoholizam uzrokuje oštećenje mozga u oba spola, ali kod žena ono je izraženije. Istraživači su utvrdili pregledom moždanih struktura, koristeći se MR-om i PET-om, da je mozak žena alkoholičara manjeg volumena od mozga žena koje ne piju, ali i da je manjeg volumena u usporedbi s mozgom muškaraca alkoholičara. Oštećenje mozga uzrokovano alkoholom, rezultirati će oštećenjem procesa pamćenja, koncentracije, pažnje i zapamćivanja (16,31,35). Periferna neuropatija brže se razvija kod žena nego muškaraca (35). Prekomjerno pijenje alkoholnih pića rizični je faktor za osteoporozu, a posljedično i lomove kostiju već i kod manjih trauma. Alkoholizam je povezan s povećanim rizikom za psorijazu, a najnovija istraživanja pokazuju da povećava i rizik za psorijatični artritis kod žena (36). Kod žena će u kraćem vremenskom periodu i nakon manje količine konzumiranog alkohola nego kod muškaraca, doći do razvoja miopatije, gastrointerstinalnih krvarenja, ulceracija sluznice gastrointerstinalnog sustava, anemija, dijabetesa, malnutricije, oštećenja imunološkog sustava i metaboličkih poremećaja.

Kada govorimo o posljedicama alkoholizma na tjelesno zdravlje žene moramo spomenuti i vrlo česte ozljede koje nastaju kao posljedica intoksikacije (padovi) ili fizičkog zlostavljanja te problem spolno prenosivih bolesti kao posljedice rizičnog ponašanja koje prati ovisnost (najčešće u mlađim dobnim skupinama).

Problemi povezani sa zdravstvenim pitanjima i bolestima jedinstvenim za žensku populaciju su: poremećaji menstrualnog ciklusa, neplodnost, pobačaj, fetalni alkoholni sindrom i karcinom dojke. Detaljnije ćemo se osvrnuti na dva problema, karcinom dojke i fetalni alkoholni sindrom.

8.1.Karcinom dojke

Konzumacija alkohola jedan je od najvažniji poznatih rizičnih čimbenika za nastanak karcinoma, na koji možemo utjecati. Karcinom dojke najčešći je karcinom u žena diljem svijeta i vodeći

uzroksmrtnosti od karcinoma u žena (37). U Europi jedna od pet smrti od karcinoma dojke može se pripisati alkoholu (4). Alkohol je potvrđen rizični čimbenik u nastanku raka dojke, a povezanost između količine konzumiranog alkohola i karcinoma dojke je linearna. Znanstveno je potvrđeno da čak i niska do umjerena potrošnja alkohola povećava rizik za karcinom dojke. Na povezanost između pijača alkoholnih pića i karcinoma dojke utječe učestalost pijača, obrasci pijača, vrijeme izloženosti alkoholu i kumulativni učinak pijača tijekom života. Također, hormonalni status, genetsko opterećenje i nutritivni status mogu u interakciji s metabolizmom alkohola, utjecati na rizik pojave karcinoma dojke (37). Nekoliko bioloških mehanizama objašnjava kancerogeni učinak alkohola, a najvažniji među njima je utjecaj etanola i njegovog genotoksičnog metabolita acetaldehida (38). Na osnovi svih znanstvenih dokaza, preporuka ženama je da ako piju alkoholna pića, ograniče njihov unos, ali da je najbolja prevencija ako alkoholna pića uopće ne konzumiraju (38).

8.2.Fetalni alkoholni sindrom

Pijače alkoholnih pića u žena za vrijeme trudnoće najčešći je poznati teratogeni uzročnik mentalne retardacije u zemljama zapadnog svijeta (39), a zahvaća oko 1% (5 miliona) ljudi u Europskoj uniji (4). Fetalni alkoholni sindrom (FAS) specifični je oblik tjelesnih abnormalnosti i mentalne retardacije u djece koji nastaje kao posljedica djelovanja majčinog alkoholizma na plod tijekom njegovog embrionalnog i fetalnog razvoja. Posljednjih godina dijagnosticiranje FAS-a je u porastu zbog sve veće raširenosti alkoholizma u žena, ali i boljeg poznavanja samog sindroma. Incidencija FAS-a je jedan do tri na tisuću porođaja, a oko 5% svih evidentiranih teratogenih oštećenja treba pripisati alkoholu (39). Smatra se da su negativni učinci alkohola proporcionalni količinama alkohola koje su majke pile tijekom trudnoće, a da rizik za njegov nastanak raste ako alkohol djeluje u kombinaciji s nekim drugim nepovoljnim čimbenicima (druga sredstva ovisnosti, pušenje, malnutricija, nedostatak vitamina). Kada majka pije alkohol raste nivo alkohola u njevoj krvi, alkohol slobodno prolazi kroz placentu i plod već za nekoliko minuta biva eksponiran istoj koncentraciji alkohola kao i majka. Plod zbog nezrelosti jetre nije u stanju metabolizirati alkohol (nedostatak enzima alkoholne dehidrogenaze) i nastaju trajna oštećenja (40).

Klinička slika FAS-a sastoji se od niza simptoma tjelesnog i duševnog oštećenja koje možemo svrstati u nekoliko skupina:

1. zastoj u rastu kojipočinje intrauterino, a postaje izraženiji nakon poroda
2. abnormalnosti lica i čela - mikrocefalija, hipertelorizam, uski palpebralni otvori, nerazvijena gornja čeljust, spljošten hrbat nosa, slaba pokretljivost zglobova
3. psihomotorna retardacija (IQ oko 60) – smetnje u finoj motorici i koordinaciji, tremor, smetnje pažnje, sporije vrijeme reagiranja, hiperaktivnost
4. rjeđi popratni simptomi FAS-a – srčane mane, strabizam, otvoreno nepce, kapilarni hemangiomi, abnormalnosti u EEG-u novorođenčeta

Da bi se FAS dijagnosticirao jedna osoba mora imati prisutna sva tri glavna kriterija: zastoj u rastu, specifične abnormalnosti lica i čela te disfunkciju centralnog živčanog sustava. Češće u praksi možemo naći izolirane efekte koji su posljedica prenatalne izloženosti alkoholu tj. samo neke od karakteristika lica, probleme u ponašanju ili kognitivne poremećaje, pa govorimo o fetalnim alkoholnim efektima (FAE). Osim što uzrokuje FAS i FAE, alkoholizam majke uzrokuje perinatalni mortalitet (oko 17%), a rizik spontanog pobačaja povećava za 3 do 5% (40).

Trenutno nema znanstvenog koncenzusa o tome kolika količina alkohola tijekom trudnoće može štetiti nerođenom djetetu, pa većina preporuka savjetuje potpunu apstinenciju (4).

9. ALKOHOLIZAM U ŽENA I PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITET

Poznato je da se alkoholna pića vrlo često zlorabe kao sredstvo za ublaživanje anksioznosti, depresije i nesanicu u svakodnevnom životu, zbog svoje lake dostupnosti i psihoaktivnog djelovanja. Upravo upotreba alkohola u svrhu „samoliječenja“ jedan je od važnih razloga zašto sve više i više ljudi postaje ovisno o njemu. Alkoholizam vrlo često prate i drugi psihijatrijski poremećaji koji mogu poticati njegov razvoj, razviti se kao njegova posljedica ili nastati istovremeno. Pravilo je da se komorbidni psihijatrijski poremećaji liječe istovremeno s liječenjem alkoholizma i samo kada je uspostavljena apstinencija. Komorbidni psihijatrijski poremećaji javljaju se u oba spola, ali postoje razlike u učestalosti pojedinih psihijatrijskih poremećaja ovisno o spolu (41). Najčešći psihijatrijski poremećaji koji se javljaju kod žena ovisnih o alkoholu su: anksiozni poremećaji (pogotovo PTSP), poremećaji raspoloženja i poremećaji hranjenja (42).

Anksiozni poremećaji najčešći su psihijatrijski poremećaji u žena, sa životnom prevalencijom od 30,5%. Anksioznost vrlo često prati druge psihijatrijske poremećaje, pa je ponekad teško odrediti

koji je poremećaj dominantan. Na početku apstinencije anksioznost je očekivana pojava, ali ako se ne smanjuje tijekom vremena i preraste u kroničnu anksioznost, upozoravajući je znak za prijeteći recidiv. Od svih anksioznih poremećaja, posttraumatski stresni poremećaj najteži i najkompleksniji je za liječenje. Prevalencija PTSP-a kod žena je 10,4%, u usporedbi s 5 % kod muškaraca. Uzroci nastanka najčešće su: silovanje, seksualno zlostavljanje, zanemarivanje roditelja i fizičko zlostavljanje u djetinstvu, zlostavljanje u braku. Čak 1/3 žena se ne oporavi od PTSP-a ni nakon mnogo godina od traume i nakon pružene profesionalne pomoći.

Prevalencija depresije tijekom života kod žena je 21,3%, a kod muškaraca 12,7%. U procjeni depresije pravilo je da prvo moramo isključiti kao uzrok depresivnog raspoloženja izravno djelovanje alkohola, drugih droga ili pojedinih medicinskih stanja (hipotireoza). Procjenu radimo tek nakon dva do tri tjedna apstinencije od alkohola. Žene koje se liječe od ovisnosti često „depresijom“ nazivaju simptome poput anksioznosti, tuge, jada, krivnje i sl. Da bi se dijagnosticirala depresija moraju biti zadovoljeni postavljeni kriteriji prema klasifikaciji DSM-V ili MKB-10. Problem u dijagnosticiranju depresije u žena ovisnih o alkoholu, može predstavljati prikrivanje simptoma depresije zbog kulturalnih razloga (znak slabosti, neuspjeha) ili maskiranje depresije tjelesnim simptomima. Dio ovisnica uopće neće govoriti o svom depresivnom raspoloženju, već ćemo zbog njihovog ponašanja posumljati na komorbiditet s depresijom (nezainteresiranost, ravnodušnost usprkos uspostavi apstinencije, nedostatak želje za stvaranjem novih socijalnih kontakata nevezanih za ovisničke krugove).

Poremećaji prehrane relativno su česti u komorbiditetu s ovisnostima, ali njihova procjena još uvijek nije uvrštena u rutinske protokole. Bulimija je češća nego anoreksija kod ovisnica o alkoholu. Bulimiju i alkoholizam u žena vrlo često prati i treća psihijatrijska dijagnoza (depresija, opsesivno kompulzivni poremećaj, ovisnost o nikotinu, ovisnost o drogama). Pijenje alkoholnih pića ženama oboljelim od bulimije daje osjećaj „oslobođenja“ kao što im daje i samo povraćanje ili im olakšava osjećaj srama poslije povraćanja. Poremećeni obrasci hranjenja (dijete) kod mladih djevojaka mogu biti povezani s povećanim rizikom za razvoj alkoholizma kasnije u životu (42).

Poremećaji osobnosti kod ovisnica o alkoholu dosta često su pogrešno dijagnosticirani. Krive dijagnoze posljedica su konfuzije između simptoma poremećaja osobnosti i simptoma alkoholizma i ranog oporavka (nestabilna raspoloženja, poremećena slika o sebi). Točnost dijagnoze možemo potvrditi tek nakon uspostave apstinencije (42).

Suicidalni rizik često se javlja u sklopu poremećaja raspoloženja, ali i sklopu drugih psihijatrijskih poremećaja. Suicidalnost kod žena ovisnih o alkoholu puno je češća nego kod žena koje nisu ovisne o alkoholu. Studije pokazuju da je pokušalo suicid 40% ovisnica o alkoholu i 8,8% žena koje nisu ovisne o alkoholu. Također, postoje i razlike unutar grupe samih ovisnica, pa je tako čak 50,5% mladih žena ovisnih o alkoholu pokušalo suicid, a u grupi starijih 25,5% (43).

10. RASPRAVA

Alkoholizam ostavlja slične posljedice za žene i muškarce na svim razinama funkcioniranja, fizičkom, mentalnom, obiteljskom, bračnom i profesionalnom. Međutim, alkoholizam u žena ima svoje specifičnosti s obzirom na uzroke početka pijenja, životne dobi kada žene počinju piti, obrazaca pijenja i posljedica pijenja, pa ih u procesu liječenja i rehabilitacije treba poštovati. Alkoholizam u žena nosi veliku socijalnu stigmju. Stigmatizacija dodatno otežava procese liječenja i rehabilitacije, pa žene teže ulaze u programe liječenja, češće od njih odustaju i imaju puno manju socijalnu podršku tijekom liječenja. Programi liječenja trebaju obuhvatiti psihijatrijski komorbiditet, potrebe određenih grupa ili dobnih skupina žena, moguće nasilje u obitelji, alkoholizam u obitelji i uvažavati neke specifične izazove s kojima se žene susreću (ekonomski problemi, problemi majčinstva).

Žene ovisnice o alkoholu posebno se opiru da budu etiketirane kao alkoholičarke. Svoje probleme s prekomjernim pijenjem pripisuju depresiji, anksioznosti ili nizu svakodnevnih problema, kao što su obiteljski problemi, bračni problemi ili problemi na radnom mjestu. Osim straha od osude društva, koje još uvijek na alkoholizam gleda kao na moralni problem, a ne kao na bolest, žene su suočene s objektivnim poteškoćama. Financijski problemi mogu biti razlog odustajanja ili odgađanja liječenja (prijetnje otkazom, nemogućnost dobijanja bolovanja, financijska ovisnost o suprugu). Žene s malom djecom prije ulaska u programe liječenja trebaju riješiti problem tko će preuzeti brigu o njima. Također, uvijek postoji i strah da će im djeca biti oduzeta, bilo od strane institucija ili partnera, kada pristanu na liječenje. Žene koje su bile izložene seksualnom ili fizičkom zlostavljanju teško prihvaćaju liječenje u programima dizajniranim za oba spola (44).

Liječenje trudnica ovisnih o alkoholu predstavlja veliki izazov za zdravstveni sustav. Neke žene i nakon saznanja da su trudne nastavljaju piti (oko 10%), a oko 4% njih se i opija. Ipak, većina se odlučuju na apstinenciju tijekom trudnoće i pristaje na liječenje alkoholizma. U planiranju

intervencija liječenja uvijek treba postojati osjetljivost na kulturalne razlike, na emocionalna stanja trudnice, ne smije ih se osuđivati već motivirati i ohrabljivati, ali istovremeno biti dosljedan u provedbi liječenja (45). Socijalna stigmatizacija trudnih ovisnica o alkoholu puno je veća nego stigmatizacija alkoholičarki koje nisu trudne, pa vrlo često mogu poricati ovisnost, negirati negativne učinke alkohola na plod ili odbijati ponuđenu stručnu pomoć. Trudne ovisnice o alkoholu često ne uklapaju u stereotipe o ženama alkoholičarima, pa je njihovo otkrivanje otežano. Alkoholizam u obitelji i liječena ovisnost trudnice u prošlosti, upućuju nas na potencijalnu opasnost pijenja u sadašnjoj trudnoći. Također, moramo znati da trudnoća nije protektivni faktor za obiteljsko nasilje, ali vrlo mali broj žena će ga i prijaviti. Psihijatrijski komorbiditet, najčešće depresija, čest je u trudnica i treba ga liječiti istovremeno s alkoholizmom. Neliječeni alkoholizam i neliječeni psihijatrijski komorbiditet veći je rizik za majku i nerođeno dijete, nego kontrolirana upotreba psihofarmaka. Opasnost od recidiva trudnica koje su uspostavile apstinenciju posebno je jaka kod onih koje nemaju podršku bliskih osoba, pred sam porod (strah, neizvjesnost) i kada se rodi dijete s poteškoćama uzrokovanih pijenjem tijekom trudnoće (sram, krivnja). Uključivanje obitelji u proces liječenja i edukacija trudnica, o tijeku trudnoće, porodu, brizi o djetetu po rođenju i kontracepciji, bitno smanjuju šanse za recidiv. Dojenje treba podupirati dok traje apstinencija. U procesu liječenja tijekom trudnoće i poslije poroda, nužan je koordinirani multidisciplinarni medicinski tim (ginekolog, pedijatar, psihijatar) i suradnja sa socijalnom službom ako to zahtijevaju okolnosti (45).

Alkoholizam u žena bitno se razlikuje prema dobi. Svaka dob ima specifične etiološke čimbenike i karakteristike i navike povezane s pijenjem. Liječenje treba obuhvatiti i rješavanje specifičnih problema svake dobne skupine žena, koliko god je to više moguće unutar postojećeg definiranog procesa liječenja, putem grupnog rada i individualiziranih intervencija. U svakodnevnom radu možemo se susresti s problemima poput ekscesivnog pijenja kod mladih žena, pijenja žena srednje dobi po tipu „solo drinkera“, pijenja starijih žena zajedno s bračnim partnerom, kombinirane ovisnosti alkohola sa sedativima ili analgeticima, te mnogim drugima. Svaka žena u sustavu liječenja treba imati individualni pristup, potrebnu empatiju terapijskog tima i potrebno je uložiti sve napore da se u liječenje uključe bliske osobe.

Veliki problem alkoholizma u žena je uključivanje obitelji u proces liječenja. Žene dugo pokušavaju prikriti svoj alkoholizam jer se boje osude društva i stide se svoje ovisnosti. Istovremeno i obitelj pokušava od društva prikriti alkoholizam svog člana jer ga se srami. Suprug

čija žena pije nevoljko se uključuje u procese liječenja, pa ga je potrebno motivirati. Česti su i slučajevi da žene budu ostavljene od svojih partnera kada se odluče na liječenje (46).

Neke žene teže se uključuju u programe liječenja kada su namijenjeni i muškarcima, pa postoje preporuke za stvaranja programa namjerenih samo ženama. Programi dizajnirani samo za žene, daju veću mogućnost rada na njihovim individualnim problemima i više pažnje posvećuju rješavanju logističkih problema, poput zbrinjavanje djece ili rješavanja egzistencijalnih problema. Rezultati pojedinih istraživanja pokazuju nam da nudeći ženama izbor o načinu liječenja povećava se vjerojatnost ulaska u terapiju, ali ne utječe bitno na njihov ostanak u procesu liječenja (47).

Važan segment liječenja alkoholizma je specifična farmakoterapija (disulfiram, naltrekson, acamprosat). U istraživanja koja su se u prošlosti bavila djelovanjem specifične farmakoterapije, bio je uključen mali broj žena, pa su i saznanja o njihovoj djelotvornosti i eventualnim štetnim posljedicama na žene štura i nepotpuna. Preporuka je da žene u reproduktivnoj dobi prije početka specifične farmakoterapije naprave test na trudnoću jer je trudnoća apsolutna prepreka za njihovo uzimanje. Buduća istraživanja trebaju nam dati odgovore na pitanja, da li žene imaju drugačiji odgovor na pojedine lijekove od muškaraca, da li je potrebna prilagodba doze lijeka s obzirom na spol i da li kod određenih grupa žena postoje razlike u djelovanju lijekova (48).

Uloga Klubova liječenih alkoholičara i Anonimnih alkoholičara je očuvanje apstinencije uz pomoć sustava samopomoći i uzajamne pomoći. Proces rehabilitacije putem Klubova liječenih alkoholičara trebao bi trajati najmanje pet godina, uz sudjelovanje cijele obitelji ovisnika. Veliki je problem što žene vrlo često u tom procesu nemaju podršku supružnika ili partnera.

Anonimni alkoholičari započeli su svoj rad kao isključivo muška organizacija, ali danas jednu trećinu članova čine žene. Istraživanja su potvrdila da uključivanje u rad Anonimnih alkoholičara ženama i muškarcima pomaže u održavanju apstinencije i u procesu rehabilitacije, ali da bi prilagodba načina rada pojedinim specifičnostima alkoholizma u žena još više pomogla ženama u očuvanju apstinencije (49).

Razlike u uporabi alkoholnih pića između žena i muškaraca se smanjuju na početku 21. stoljeća u odnosu na cijelo 20. stoljeće, ali istovremeno stigmatizacija žena ovisnih o alkoholu ostaje ista. Znajući kako stigmatizacija negativno utječe na tijek alkoholizma u žena, liječenje i rehabilitaciju, potrebno je kreirati socijalnu politiku i društvene aktivnosti za smanjenje stigme. Zanimljivi su rezultati istraživanja koji pokazuju da su u tradicionalnim kulturama žene više od muškaraca

stigmatizirane tijekom razdoblja opijanja, a muškarci tijekom razdoblja liječenja i apstinencije (50).

11. ZAKLJUČAK

Provedena istraživanja tijekom proteklih dvadesetak godina omogućila su puno bolje razumijevanje specifičnosti alkoholizma u žena, i posljedično tome nužnost kreiranja programa liječenja prilagođenim njihovim potrebama. Uklanjanjem prepreka koje stoje pred ženama koje trebaju liječenje, kao što su briga za djecu, nepovoljna financijska situacija, povećava se broj onih koje pristaju na liječenje alkoholizma i liječenje provedu do kraja.

12. LITERATURA

1. Thaller V, i sur. Alkoholologija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.
2. Thaller V, i sur. Psihijatrija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2004.
3. Žuškin E, Jukić V, Lipozenčić J, Matošić A, Mustajbegović J, Turčić N, i sur. Ovisnost o alkoholu – posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. Arh Hig Rada Toksikol.2006;57:413-426.
4. European Institute of Women's Health. Women and alcohol in the EU. Dublin: European Institute of Women's Health; 2013 [pristupljeno 06.12.2015.]. Dostupno na: http://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2013/07/Alcohol_PB_3June.pdf
5. Vitale K, Brborović O, Sović S, Benčević Striehl H, Čivljak M. Five-Years Cumulative Incidence of Alcohol Consumption in Croatian Adult Population: the CroHort Study. Coll. Antropol. 2012; 36(1):105-108.
6. Nacionalna strategija za sprečavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja za razdoblje od 2011-2016. godine [pristupljeno 06.12. 2015.]. Zagreb.2015. Dostupno na: www.mspm.hr/content/download/10362/77016/version/1/file/75+-+7.pdf
7. Stojaković M, Vukadinović S. Alkoholna bolest kod žena: istraživanje odabranih faktora. Biomedicinska istraživanja. 2010; 1(1): 42-7.
8. Thaller V, Marušić S. Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja [Internet]. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za alkoholizam i druge ovisnosti, Hrvatsko psihijatrijsko društvo [pristupljeno 19.06.2016]. Dostupno na: http://ww.hlz.hr/smjernice/Smjernice_Hrvatskog_društva_za_alkoholizam_i.pdf
9. Žarković-Palijan, T. Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2004.
10. Hudolin V. Alkoholološki priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 1991.
11. Buljan D, Kovak-Muftić A, Gašpar V, Ljubičić R. Psihijatrijski komorbiditet alkoholizma (dvojne dijagnoze). Alkoholološki glasnik. 2010; 6(180):4-14.
12. Wikipedia: the free encyclopedia [Internet]. Mentalno zdravlje. [pristupljeno 25.06.2016.]. Dostupno na: https://hr.wikipedia.org/wiki/Mentalno_zdravlje

13. Teglović J. Svjetski dan mentalnog zdravlja - 10. listopada. ZZJZDNZ [Internet]. [pristupljeno 25.06.2016.]. Dostupno na: http://zzjzdnz.hr/hr/mentalno_zdravlje/381-ch
14. Degmečić D. Mentalno zdravlje žene. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
15. Lal Rakesh, Deb SK, Kedia S. Substance use in women: Current status and future directions. Indian J Psychiatry. 2015. Jul; 57(2): 275-285. doi: 104103/0019-5545.161491.
16. Marušić S. Alkoholizam žena. Zdrav život-obiteljski časopis o zdravlju [Internet]. [pristupljeno 05.01.2015.]. Dostupno na: http://www.zdrav-zivot.com.hr/izdanja/vi_i_vase_dijete/alkoholizam-zena/
17. Juraj J. Alkoholizam žena. U: Golik-Gruber V. ur. Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika - priručnik. Zagreb: Hrvatski savez liječenih alkoholičara; 2003. Str. 147-151.
18. Breitenfeld D, Wöfl D. Alkoholizam-PIPA. Rijeka: Tiskara Šuljić; 2010.
19. Ceylan-Isik AF, McBride SM, Ren J. Sex difference in alcoholism: Who is at greater risk for development of alcoholic complication?. Life Sciences. 2010 July; 87 (5-6): 133-8. doi: 10.1016/j.lfs.2010.06.002.
20. International Center for Alcohol Policies. Women and alcohol. [Internet] Washington, DC: International Center for Alcohol Policies; 2015 [pristupljeno 06.12.2015.]. Dostupno:<http://www.icap.org/policytools/icapbluebookmodules/9womenandalcohol/tabid/170/default.adpx>
21. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara. Što je standardno piće? [Internet]. Zagreb:Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara; 2014 [pristupljeno 05.07.2016.]. Dostupno na:<http://www.hskla.hr/ovisnostoalkoholu/postavljenapitanja/2014.htm>
22. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Pijenje alkohonih pića [Internet] Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2015 [pristupljeno 07.06.2016.]. Dostupno na: <http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/11/hzjz-PIJENJE-2-refined.pdf>
23. Krstev BS. Piti ili ne piti – preporuke za unos alkohola. Zdravo budi [Internet]. 2015 Prosinac 23 [pristupljeno 10.07.2016]. Dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/486/piti-ili-ne-piti-preporuke-za-unos-alkohola>
24. National Insitute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol a Women's Health issue. [Internet] Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National

- Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2015 [pristupljeno 07.07.2016.].
Dostupno na: <https://www.pubs.niaaa.gov/publications/brochurewomen/women.htm>
25. Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar. Zdravstveno statistički ljetopis grada Zagreba 2007. Polić-Vižintin M, Leppée M, ur. [Internet] Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar; 2008 [pristupljeno 05.07.2016.].
Dostupno na: http://www.stampar.hr/sites/default/files/Publikacije/2014/zdravstveno-statisticki_ljetopis_grada_zagreba_za_2007.pdf
26. Majnarić M. Sestrinska skrb za žene ovisne o alkoholu. U: Božičević M, Bradaš Z, ur. Brendiranje i znanstveno istraživanje u sestinstvu. 20. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara; 2014 Svibanj 28-31; Brijuni, Hrvatska. Zagreb: HUMS; 2014. Str. 321-33.
27. Torre R, Zoričić Z, Orešković A. Žene ovisnice o alkoholu – specifičnosti pijenja i tretmana. *Socijalna psihijatrija*. 2010; 3: 190-6.
28. Lisansky-Gomberg ES. Risk Factors for Drinking Over a Woman's Life Span. *Alcohol, Health&Research World*. 1994; 18(3): 220-7.
29. Kovač A, Kovčo VI, Zoričić Z, Peco M, Vukić VA. Characteristics of female drinking by age. *Alcoholism*. 2014; 50(1): 49-62.
30. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. *J Women Aging*. 2007; 19(1-2): 31-48.
31. Ceylan-Isik AF, McBride SM, Ren J. Sex Difference in Alcoholism: Who is at a Greater Risk for Development of Alcoholic Complication?. *Life Sci*. 2010 July 31; 87(5-6): 133-8. doi: 10.1016/j.lfs.2010.06.002.
32. Wang C, Xue H, Wang Q, Hao Y, Li D, Gu D, i sur. Effect of drinking on all-cause mortality in women compared with men: A meta-analysis. *Journal of Women's Health*. 23(5): 373-81.
33. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Women and Alcohol. [Internet] Washington, D.C.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2015. [pristupljeno 05.01.2016.].
Dostupno na: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/womensfact/womensFact.pdf>

34. Zheng YL, Lian F, Shi Q, Zhang C, Chen YW, Zhou YH, i sur. Alcohol intake and associated risk of major cardiovascular outcomes in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *BMC Public Health*. 2015 Aug 12; 15(1):773. doi: 10.1186/s12889-015-2081-y.
35. Hommer DW. Male and Female Sensitivity to Alcohol-Induced Brain Damage. *Alcohol Research&Health*. 2003; 27(3): 181-5.
36. Wu S, Cho E, Li W-Q, Han J, Qureshi. Alcohol intake and risk of incident psoriatic arthritis in women. *Journal of Rheumatology*. 2015 May 1; 42(5): 835-40. doi:103899/jrheum.140808.
37. Scoccianti C, Lauby-Secretan B, Bello PY, Chajes V, Romieu I. Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *Am J Prev Med*. 2014 Mar; 46(3S1): 16-25. doi: 10.1016/j.amepre.2013.10.031.
38. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, Espina C, i sur. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015 Jun 25; S1877-7821(15): 00023-5. doi:10.1016/j.canep.2015.01.007.
39. Pećina-Hrnčević A, Buljan Lj. Fetalni alkoholni sindrom - prikaz slučaja. *Acta stomatol. Croat*. 1991; 25(4): 253-8.
40. Buljan D, Thaller V. Fetusni alkoholni sindrom (FAS). U: Golik-Gruber V, ur. Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika-priručnik. Zagreb. Hrvatski savez liječenih alkoholičara; 2003. Str. 135-9.
41. Khan S, Okuda M, Hasin DS, Secades-Villa R, Keyes K, Lin KH, i sur. Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Oct; 37(10): 1696-705. doi: 10.1111/acer.12158.
42. Zweben JE. Special issues in treatment: Women. U: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, ur. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. Baltimore: ASAM and Lippincott Williams & Wilkins; 2014. Str. 465-74.
43. Center for Science in the Public Interest. Fact sheet: women and Alcohol. [Internet] Washington, D.C: Center for Science in the Public Interest; 2000 [pristupljeno 16.12.2015.]. Dostupno na: <https://www.cspinet.org/booze/women.htm>

44. HelpGuide.org. Women&Alcohol: The Hidden risks of Drinking [Internet] Santa Monica: Helpguide.org International; 2015 [pristupljeno 16.12.2015.].
Dostupno na:<http://www.helpguide.org/harvard/women-and-alcohol.htm>
45. Wunsch MJ, Weaver MF. Alcohol and other drug use during pregnancy: Management of the affected mother and child. U: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, ur. The ASAM Principles of Addiction Medicine. Baltimore: ASAM and Lippincott Williams & Wilkins; 2014. Str. 1111-22.
46. Brienza RS, Stein MD. Alcohol Use Disorders in Primary Care. Do Gender- specific Differences Exist. JGIM. 2002; 17:387-94.
47. McCrady BS, Epstein E, Cook S, Jensen NK, Ladd BO. What Do Women Want? Alcohol Treatment Choices, Treatment Entry and Retention. Psychol Addict Behav. 2011 September; 25(3): 521–529. doi:10.1037/a0024037.
48. Agabio R, Pani PP, Preti A, Gessa GL. Efficacy of medications Approved for the treatment of Alcohol Dependence and Alcohol Withdrawal Syndrome in Female Patients: A Descriptive Review. Eur Addict Res. 2016; 22: 1-16. doi: 10.1159/000433579.
49. Kelly JB, Hoepfner BB. Does Alcoholics Anonymous work differently for men and women? A moderate multiple-mediation analysis in a large clinical sample. Drug Alcohol Depend. 2013 June; 130(0): 186-193. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.11.005.
50. Dragšić LS. Alcohol use: social aspect, gender differences and stigmatization. Alcoholism and Psychiatric Research. 2016;52:51-64.

13. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 27.12.1973. godine u Zagrebu, gdje i danas živim. Pohađala sam Srednju medicinsku školu u Zagrebu, smjer medicinska sestra/ tehničar. Odmah nakon srednje škole upisala sam redovni Studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, Mlinarska cesta 38. Nakon Studija sestrinstva 1995. godine zaposlila sam se na Klinici za psihijatriju, KBC "Sestre milosrdnice", gdje i danas radim. Na Klinici za psihijatriju započela sam raditi na odjelu Intenzivne njege te sam nakon nekoliko godina rada i stečenog iskustva postala glavna sestra odjela. Odjel Intenzivne skrbi vodila sam do 2014. godine, kada prelazim na novo radno mjesto, u Dnevnu bolnicu alkoholizma. U Dnevnoj bolnici alkoholizma radim do danas te sam također imenovana glavnom sestrom odjela. Tijekom cijelog radnog vijeka sudjelujem u kliničkim studijama kao „studijska sestra“ ili koordinator studija. Aktivni sam član Psihijatrijskog društva Hrvatske udruge medicinskih sestara od davne 1995 godine, a 2014. godine postajem tajnik društva. Autor sam brojnih radova iz područja psihijatrijskog sestrinstva objavljenih u Zbornicima Psihijatrijskog društva HUMS-a. Već niz godina mentor sam studentima Sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, iz predmeta Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu upisujem u akademskoj godini 2014/2015.

