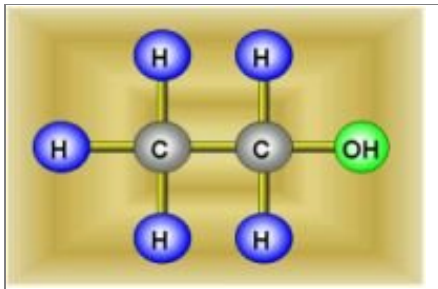


Studiu de caz

I. ALCOOLUL ETILIC-ISTORIC,GENERALITATI, METABOLISM

Clasic, omul a impartit materiile din mediu in produse inofensive si produse periculoase, respectiv: alimente si otravuri. Astfel, unele substante exista in mod fiziologic in organismul uman dar care s-au dovedit susceptibile de a produce intoxicatii acute si cronice grave in caz de administrare excesiva(16).Este si cazul alcoolului etilic raspunzator de flagelul societatii noastre – alcoolismul. Alcoolul este cunoscut din cele mai vechi timpuri.Istoria medicinei il nominalizeaza pe Paracelsus ca fiind cel care a dat numele de Alekhol substantei volatile obtinute la distilarea vinului.Cel mai vechi document scris care contine referiri la vin si la bere este considerat a fi papyrusul lui Eber scris in anul 1500 i.e.n. si care contine si prescriptii medicale(15).Consumul de alcool este mentionat in scrierile lui Homer , Herodot ,Aristotel si Platon. In tratamentul sau asupra ranilor Hipocrate remarca folosirea pansamentelor cu vin cu exceptia ranilor articulare.(4)Etimologic,cuvantul alcool inseamna "lucru subtil " avandu-si originea in limba araba (al=.articol si cohol =**lucru subtil**) - o metafora cinica daca ne gandim ca alcoolul apartine "marii familii" a drogurilor(4).Chimic vorbind despre alcool, ne referim la **alcoolul etilic** a carui formula chimica este **C₂H₅OH** , avand urmatoarea formula structurala:



Alcoolul etilic

Din punct de vedere fizic alcoolul etilic in stare pura este un lichid incolor, inflamabil, cu punctul de fierbere la 78,3° C, cu gust amar, care arde cu flacara albastra Se amesteca in orice proportii cu apa, cu alcoolul metilic, cu eterul si cu alte substante organice.Alcoolul se obtine pe cale naturala prin fermentarea zaharului si a amidonului din fructe, cereale, cartofi, in prezenta unei enzime (ferment) numita coenzima A.Alcoolul se obtine si pe cale sintetica prin hidrogenarea catalitica a aldehidei acetice sau prin hidratarea etilenei, avand o larga utilizare in industria chimica, farmaceutica si alimentara.Alcoolul poate lua nastere in natura fara nici o interventie din partea omului.intr-un film documentar realizat in Africa este prezentat un exemplu in acest sens. Anumite fructe exotice cazute pe pamant si intrate in fermentatie sunt consumate de diferite animale care prezinta apoi semne clare ale starii de ebrietate.

Poate asa a cunoscut si omul alcoolul. Dar de la acest moment pana cand omul a produs intentionat si consumat regulat bauturi alcoolice a trecut o lunga perioada de timp.Exista anumite indicii ca omul de Cro-Magnon (incepand cu anul 40.000 i.Hr) cunostea prepararea unor bauturi fermentate.Cu siguranta asemenea bauturi au fost produse intentionat in perioada de inceput a agriculturii, in mezolitic

(intre anii 10.000 si 5.000 i.Hr), folosindu-se apa cu miere de albine (hidromel), orz sau lapte de iapa. Aceste bauturi serveau preponderent drept aliment sau drept ofrande. Insa alcoolul a fost intotdeauna si un drog fiind folosit adesea si in ritualuri magice. Cele mai vechi documente istorice in care sunt mentionate bauturile alcoolice dateaza de aproximativ 6.000 de ani. In toate scrierile vechi din Mesopotamia, Egipt, China, Grecia precum si in Biblie gasim marturii despre folosirea bauturilor alcoolice, dar si despre abuzul in consumul lor. Ca substanta aparte, alcoolul a fost produs mult mai tarziu, in jurul anului 1.000 prin inventia unei tehnici performante de distilare. Aceasta inseamna ca bauturile spirtoase exista numai incepand din evul mediu. De atunci, el este folosit si ca solvent pentru extractia principiilor active din plante. (4)

Metabolismul alcoolului Dupa ce alcoolul este consumat, cea mai mare parte a alcoolului este resorbit in circulatia sanguina, cam 80% la nivelul intestinului subtire, iar restul la nivelul stomacului. Rapiditatea patrunderii alcoolului in sange depinde de modul de a bea (mai incet, mai repede sau dintrodusa), sortimentul de bautura consumat (concentratia de alcool, continutul de bioxid de carbon, continutul de zahar, temperatura), starea stomacului. Astfel resorbtia cea mai rapida se produce in cazul consumului unor bauturi calde, dulci si carbogazoase cu o concentratie de alcool de pana la 6% pe stomacul gol. Din punct de vedere al duratei in timp, in general se considera ca dupa 10 pana la 15 minute s-a resorbit jumatate, dupa 20 de minute cam 60%, iar dupa 30 de minute cam doua treimi din cantitatea totala de alcool. Dupa 60 pana la 90 minute, procesul este incheiat. Concentratia de alcool in sange se exprima in procente. O alcolemie de 1% inseamna un mililitru de alcool pur pe un litru de sange.

Formula de calcul a alcoolemiei este

$$C = A : G \cdot r \text{ unde}$$

C = concentratia alcoolului in sange

A = cantitatea de alcool in grame

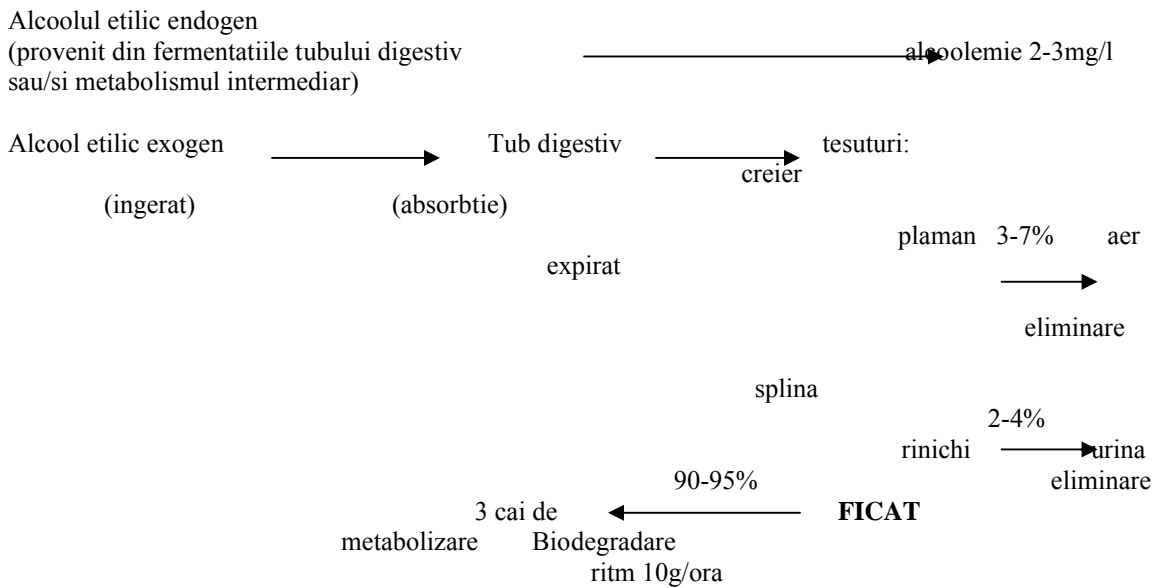
G = greutatea corporala

r = un factor de difuziune (0,7 la barbati si 0,6 la femei)

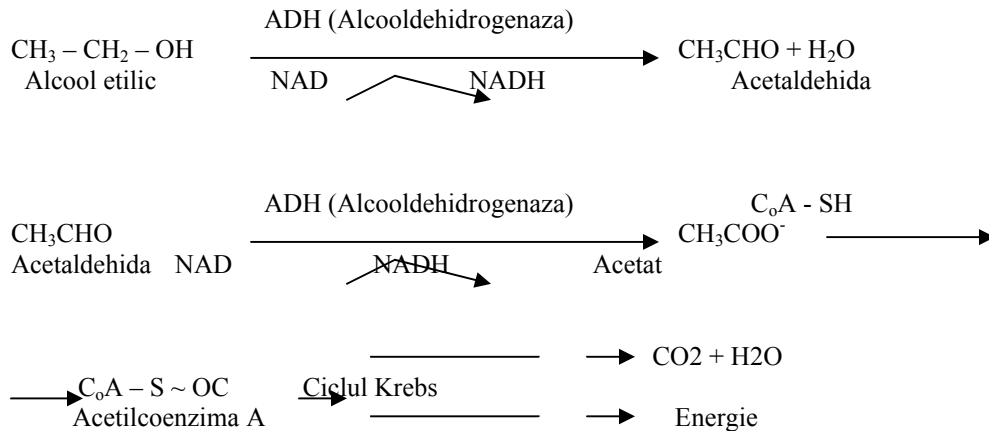
Rezulta ca alcoolemia depinde si de greutatea corporala, respectiv de cantitatea de lichide in care alcoolul ingerat poate difuza. In realitate calculul este mai complex deoarece si factori precum sexul, toleranta individuala si durata consumului joaca un rol. Daca persoana bea o perioada mai lunga, din valoarea calculata mai trebuie scazuta cantitatea de alcool eliminata din organism, pe cale naturala care si ea depinde de greutatea corporala fiind de aproximativ 0,15% pe ora. Eliminarea alcoolului se face pe 3 cai : prin expiratie (5 - 10% din alcoolul patruns in sange paraseste corpul nealterat prin aerul expirat,) o cantitate mai mica prin urina si prin transpiratie iar marea majoritate se metabolizeaza in ficat (ficatului ii revine sarcina de a prelucra 90 - 95% din alcoolul asimilat. Eliminarea alcoolului nu poate fi accelerata semnificativ prin cresterea diurezei sau hiperventilatiei. Biotransformarea alcoolului (fig2) se produce la nivelul microzomilor hepatici prin influenta alcooldehidrogenozei (ADH), enzima care are drept cofactor nicotin-amid-adenin-dinucleotidul (NAD). Etanolul este transformat in acetaldehida concomitent cu

transformarea NAD in NADH. Mai departe acetaldehida este transformata in acetat la nivelul mitocondriilor prin intermediul enzimei – acetaldehiddehidrogenaza (ALDH) al carui cofactor este tot NADH. Acetatul intra in ciclul Krebs unde este degradat pana la CO₂ in H₂O. Formarea NADH in cursul biotransformarii alcoolului etilic ar avea dupa unii autori un rol important in determinarea efectelor toxice ale alcoolului. in afara acestei cai metabolice principale, alcoolul etilic mai este degradat si prin alte doua cai secundare. Una mediata de oxidaza microzomala (impreuna cu NADPH) iar alta mediata de catalaza impreuna cu piroxidul de hidrogen. Pe ambele cai secundare alcoolul este transformat in acetaldehida. Tratamentul alcooldependentei cu disulfiram se bazeaza pe proprietatea medicamentului de a opri oxidarea acetaldehidei la acetat, avand ca urmare o acumulare de acetaldehida in organism si aparitia de fenomene toxice chiar dupa ingestia de cantitati mici de alcool (17).

METABOLISMUL ALCOOLULUI ETILIC



I. Calea principala:



II Cai secundare:

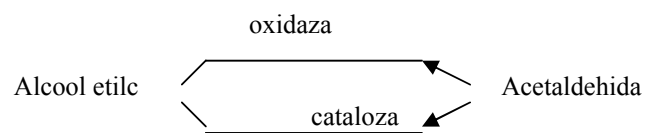
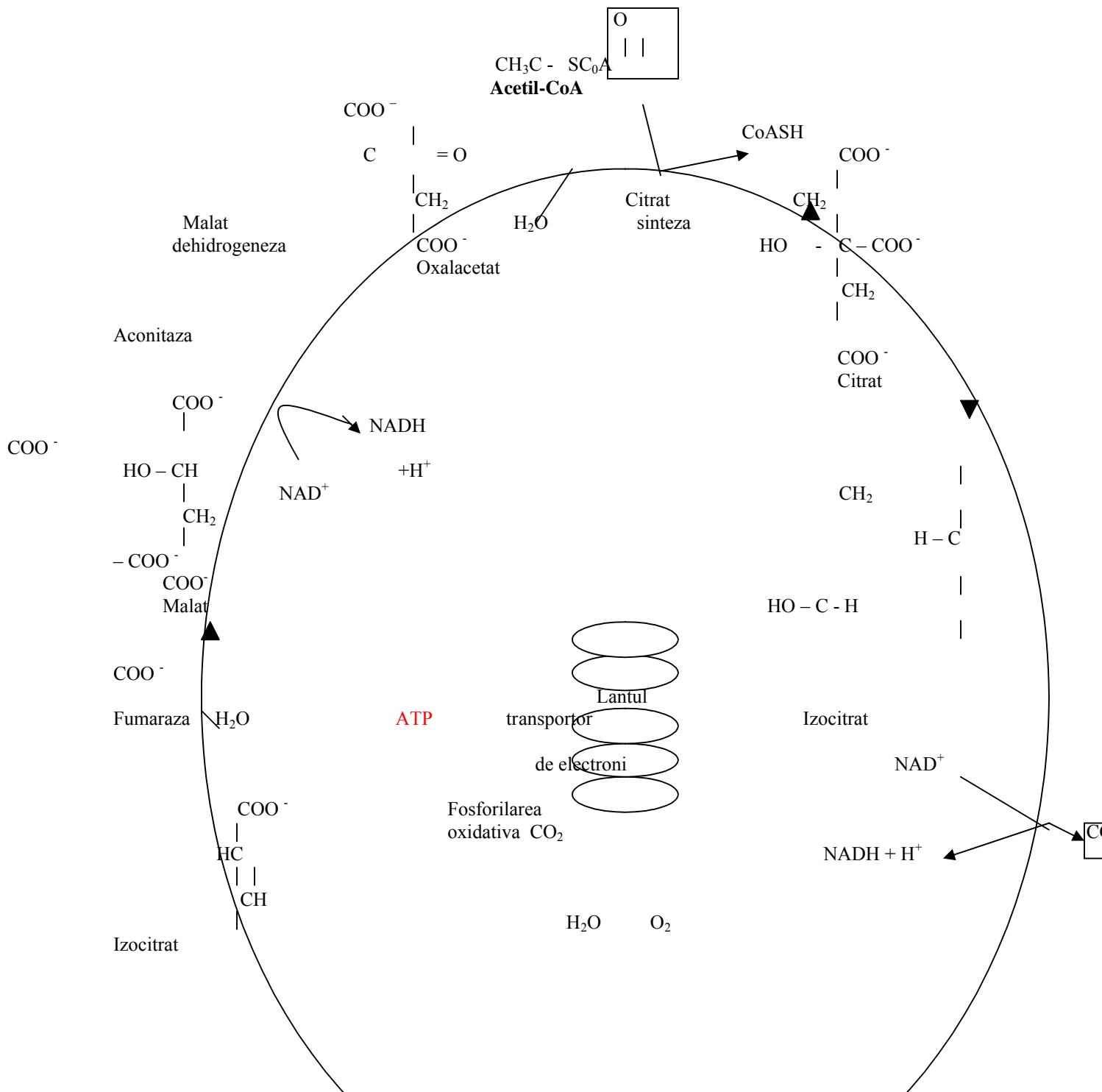
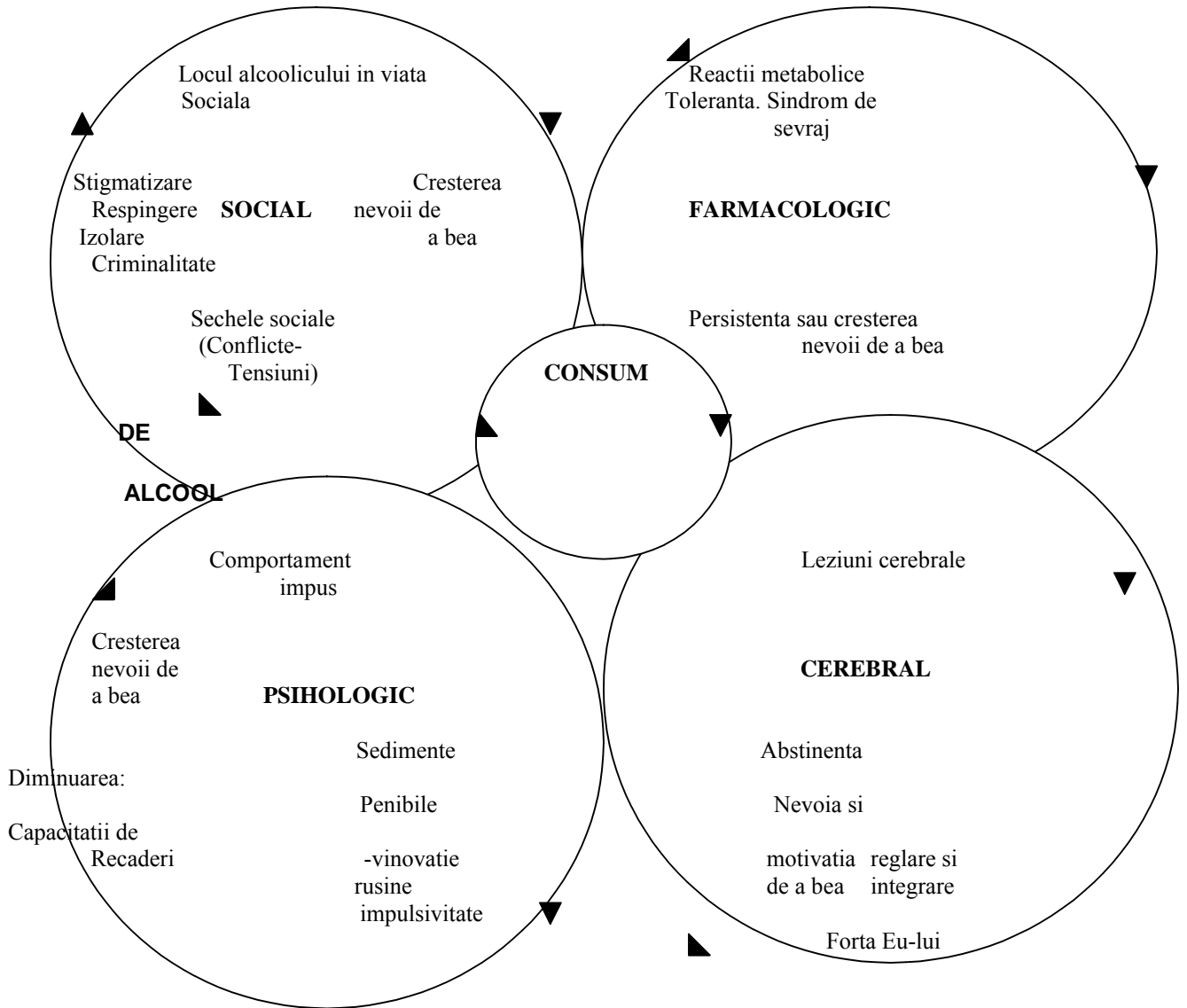


fig 2 biotransforarea alcoolului



Schema cercurilor vicioase W. Van Dijk



II. CONSUMUL DE ALCOOL. OBICEIURI LEGATE DE CONSUM.VARIATI TRANSCULTURALE

Prima cunostinta cu alcoolul .Initierea

Este evident ca evenimentele timpurii din viata subiectului au o pondere importanta in geneza de mai tarziu a problemelor generate de consumul de alcool, ele facand parte intrinseca din lantul etiologic al alcoolismului (14) Astfel, primele experiente ale subiectului sunt cele din familie, petrecute cu persoanele semnificative ale copilariei intre care parintii sunt pe primul loc. Este bine cunoscut ca experientele timpurii de socializare din familie determina structura si functionalitatea relatiilor interpersonale de mai tarziu, de exemplu, o educatie parentala disfunctionala va fi asociata cu legaturi sociale negative la varsta adulta (Teoria lui Parker- 1992). Pe de alta parte, experientele din familia de origine vor contribui la construirea expectatiilor de mai tarziu privitor la efectele alcoolului, expectante care vor influenta decisiv modul de consum, circumstantele lui si tipul de probleme generate de consum. Este cunoscut faptul ca ca rejectia parentala este o trasatura frecvent intalnita in familiile in care alcoolicii traiesc (14) Ea duce la incapacitatea copilului de a stabili relatii de atasament si socializare, la distorsiuni ale schemelor cognitive pe baza carora se vor construi mai tarziu expectante alcoolice si o capacitate de coping defectuoasa si la o debila constructie de valori morale si sociale.

Copilul are in primii ani de viata un comportament de coping ,apoi isi modeleaza personalitatea pe baza evenimentelor de viata si propriilor sale opinii despre lume si viata.Credem ca paharul de vin este o imagine destul de des amprentata pe retina copilului .Unii mai insistenti primesc in biberonul lor putin vin indulcit pentru a fi in ton cu restul familiei. Imagini freudiene fiindca aceste momente sunt corelate sau mai corect suprapuse cu momentele de fericire ,de siguranta ceea ce la inceput creeaza impresia copilului ca a bea e un lucru bun din moment ce toata lumea e fericita si vesela .Ulterior va fi trimis cu sacosa dupa bautura.Acum apar primele sentimente de indoiala , sentimente de teama cel mai frecvent.Copilul ia contact cu aspectele neplacute ale parintilor alcoolici-frecvent este pedepsit fara vina el sau fratii sau mama in caz ca sare sa il apere.Apar primele frustrari ,dar si dileme.Totusi tatal este un model de viata ,de ce bea ? Poate e totusi placut! Astfel apar tentatiile! De multe ori, minorii sunt indemnati chiar

de parinti sa consume alcool. Sunt multe familii aflate la limita subzistentei, care au ca principale victime minorii. Din acest motiv, unii dintre ei aleg sa se revolte fata de familie si sistem, doresc sa atraga atentia si recurg la bautura. Varsta de la care se incepe consumul alcoolului a scazut! Numeroase studii arata ca obiceiul consumului de alcool incepe, adesea, inca din adolescenta si la debutul varstei adulte, . Adolescentii sunt rareori consumatori cronici de alcool; mai degraba au tendinta de a ceda ocazional unui consum excesiv de alcool. in numeroase tari consumul de alcool de catre tineri este considerat ca o consolidare a imaginii masculine de virilitate si maturitate.

Consumul de alcool a fost legat totdeauna de stilul de viata si frecvent este o expresie a libertatii(14) Primele experiente de acest gen se inregistreaza la adolescenti, care au tendinta de a-si depasi varsta. Tentatia, la 14-18 ani, este cu atat mai mare cu cat aceasta varsta este marcata de integrarea tinerilor intr-o asa-zisa gasca(14,). Adolescentii si tinerii de la tara consuma, in special, bauturi spirtoase (tuica, palinca, rachiu), in timp ce la oras elevii prefera mai ales berea si vinul.(14)

Consumul de alcool la femei

Rolul femeii s-a schimbat cu siguranta mult, in multe regiuni ale globului. Aceasta se reflecta in reducerea unor constrangeri, care in trecut obligau femeia la cumpatare, chibzuinta si la restrictia de a bea in locuri publice sau oriunde in alta parte. in unele tari (mai recent si in tara noastra) persoanele de sex feminin consuma alcool la fel de frecvent ca cele de sex masculin, dar in cantitate mai mica. Continutul mai redus in apa al organismului femeilor face ca acestea sa fie mai vulnerabile la efectele alcoolului decat barbati (rezulta ca prin consumarea aceleiasi cantitati de alcool consecintele asupra sanatatii vor fi mai grave la femei). Alte diferente intre barbati si femei pot fi de ordin socio-cultural. Consumarea de alcool de catre femei este privita diferit: femeia care bea mult este obiectul dezaprobarii sociale si, in consecinta, ea incearca sa disimuleze dificultatile cu care se confrunta consecutiv consumului de alcool, in loc sa solicite un ajutor calificat. Femeile consuma alcool reactiv ,cel mai frecvent dupa psihotraume majore. De regula, femeile beau de unele singure, ascunzand cu grija acest fapt. Studiu de caz din prezenta lucrare este o comparatie axat in special pe tulburarile psihice induse de alcool la femei fata de barbati .

Alcoolismul feminin, ia amploare . Specialistii sustin ca in cazul in care proportiile fenomenului numit alcoolism feminin nu se vor diminua, multe tari civilizate risca sa ajunga in pragul unei catastrofe demografice.Conform medicilor, la femei, dependenta de alcool se instaleaza mai repede decat la barbati, iar atunci cand este intr-o faza inaintata, boala nu mai poate fi vindecata.

Consumatorul problema.Alcoolicului

Conform directivelor Organizatiei Mondiale a Sanatatii, care au la baza cercetarile profesorului E.M. Jellinek pe baza studieri istoricului bolii a peste 2000 de pacienti, **comportamentul diferitelor grupuri sociale fata de alcool** se poate clasifica dupa cum urmeaza:

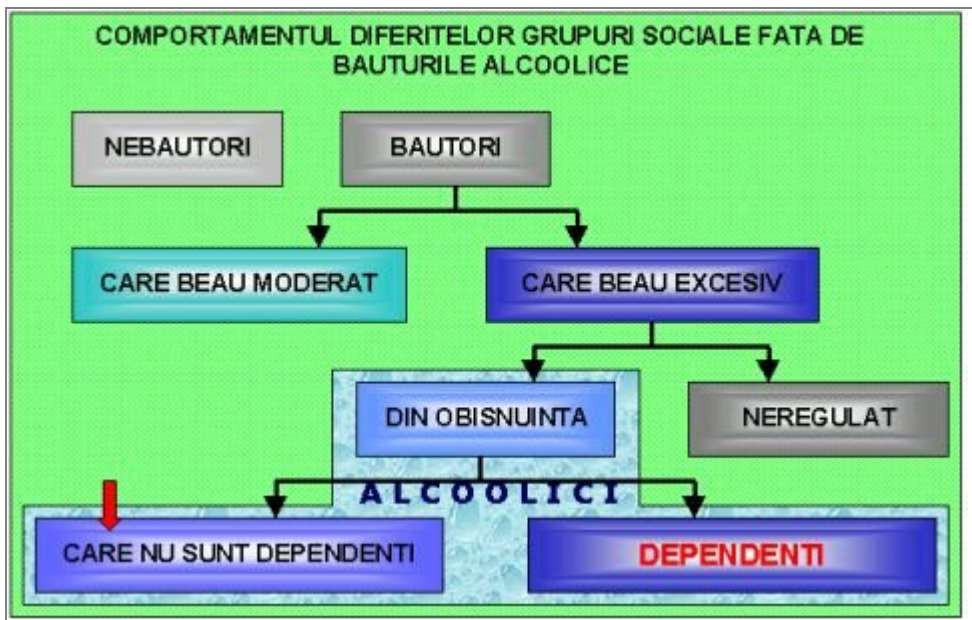


Fig 3 comportamentul diferitelor grupuri sociale fata de alcoolice

Paradoxal exista o categorie (marcata cu sageata rosie), care reprezinta categoria consumatorilor care beau excesiv din obisnuinta fara a-si pierde insa autocontrolul asupra cantitatii consumate, ale caror leziuni fizice pot corespunde cu cele ale alcoolicilor dependenti sau pot fi chiar mai grave-este asa numitul bautor social sau „alcoolicul nedependent,,.

Cum diferentiem bautorul social de bautorul problema. De ce bautorul problema

respectiv alcoolicul nu poate stapani bautul ? De ce nu se poate opri ? Se pare ca vointa individului nu poate fi implicata si iata de ce : in procesul chimic complicat de descompunere a alcoolului, se afla o veriga intermediara – acetaldehida - o substanta extrem de toxica care in cazul bauturului social se descompune pana la CO₂ si H₂O, produsi ce se elimina din organism.(fig 1) In cazul bauturului problema, al alcoolicului printr-un determinism genetic se intampla cu totul altceva : acetaldehida se combina cu dopamina care se gaseste in creier, si care in prezenta unei enzime monoaminooxidaza are ca rezultat o substanta opiacee de tip heroina /THIQ/ ce se acumuleaza in creier si este responsabila de comportamentul addictiv.

La primul pahar omul se simte relaxat, bine dispus si in control, dar substanta fiind activata de alcool apare un fenomen fizic care poate fi definit ca o intensa si nestapanita dorinta sau nevoie pentru al doilea pahar. Al doilea pahar va creste aceasta dorinta, al treilea si mai mult al patrulea... etc. si alcoolicul nu se va mai putea opri. Deci cheia intelegerii lipsei de control este ca aceasta apare dupa primul pahar. De aici afirmatia ca pentru un alcoolic un pahar este prea mult iar o suta nu-s destule.(16). Chiar daca unii pot controla bautul o vreme indelungata se ajunge in timp la o crestere a cantitatii pentru a obtine acelasi efect. Se descriu trei faze pe care le parcurge aceasta boala. In prima faza, bautura produce o usurare a durerii emotionale, morale sau fizice, o reducere a tensiunilor si o scadere a anxietatii. Durata acestei faze este individuala : luni sau ani. Urmeaza un stadiu intermediar al bolii care coincide cu modificari de personalitate, probleme crescande in familie, la serviciu, conflicte cu legea. Acest stadiu dureaza de asemenea luni sau ani. Al treilea stadiu tardiv coincide cu aparitia deteriorarii fizice cu multiple complicatii somatice si determina moartea prematura.si totusi persona continua sa bea in ciuda consecintelor negative. Alcoolismul este o boala totala, o boala care afecteaza persoana in totalitatea celor trei dimensiuni : corp, minte, suflet. Efectul distructiv primar al bolii este asupra creierului unde prin anestezia chimica se ajunge la aparitia unor teribile simptome a bolii : negarea si argumentarile care sunt de fapt mecanisme de defensiva psihologica: „ *eu nu sunt alcoolic* „ , „ *toata lumea bea* „ , etc. Pe langa tulburarile de memorie ce reprezinta un risc important pentru bolnav o alta consecinta este bulversarea intregului sistem moral si valoric. Valorile sunt zero,

indepartate si inlocuite cu nonvalori. Astfel rezulta neputinta bolnavului de a se vedea pe sine insusi, neputinta de a-si recunoaste boala. Se mai poate adauga inca un element - capacitatea alcoolicului de a deveni dependent de alt drog simultan sau prin substituire ,deaceea subscriem unui tratament specializat in unitati destinate numai acestui scop. Aceasta si din considerentul ca boala poate fi oprita din evolutie dar nu si vindecata. Astfel, sa te pastrezi abstinent - este o conditie obligatorie daca doresti recuperarea. Speranta de recuperare consta in abilitatea de a recunoaste nevoia de ajutor iar societatea are obligatia de a-l ajuta.

III. ALCOOLISMUL

in termeni psihiatrici, alcoolismul a disparut ca si tulburare psihica fiind inlocuit cu un numar variabil de tulburari functie de stadiul de evolutie al bolii (fig 4-clasificare alcoolism). in 1951 Comitetul de Experti OMS a formulat o definitie considerata astazi ca nesatisfacatoare „Alcoolicii sunt bautori excesivi ,a caror dependenta fata de alcool a atins un asemenea grad incat aceasta antreneaza,sau este pe cale de a antrena tulburari psihice sau somatice ,precum si alterarea relatiilor sociale" (11).Totusi folosim acest termen fie si numai pentru impactul psihologic pe care il provoaca.

Granita acceptata de societate intre uzul si abuzul de alcool nu este clar definita, in orice caz, majoritatea populatiei nu o cunoaste, aceasta granita orientandu-se mai degraba dupa riscurile pentru sanatate decat dupa atitudinea fata de alcool.

O clasificare empirica (dupa Kramer si Cameron) deosebeste :

1. Alcoolismul acut -betia acuta
- 2.Alcoolismul cronic- alcoolodependenta
- 3.Alcoolismul periodic -dipsomania

Termenul de alcoolism a fost folosit în 1859 de către medicul suedez Magnus Huss pentru a defini abuzul de alcool. Alcoolismul cronic reprezintă o toxicomanie cu caractere particulare:

- uzul răspândit al substanței, ceea ce face să existe un număr extrem de mare de consumatori de alcool, dintre care circa 10% ajung la alcoolism cronic.

- timpul de vindecare de alcool este mult mai mare comparativ cu alte substanțe cu potențial aditiv;

- toleranța presupune mărirea dozei până la 3-4 ori doza uzuală;

Tratatul de psihiatrie Oxford subliniază mai clar termenii :

Intoxicatia se referă la modificări psihologice și somatice produse de o substanță psihoactivă (alcoolul), modificări care dispar atunci când substanța în cauză este eliminată din corp.

Consumul cu risc (hazardus use) este folosit în ICD10 pentru a desemna acest consum cu risc mare de lezare a sănătății fizice și mentale, dar nu a dus încă la aceste efecte.

Consumul nociv (harmful use) semnifică acel consum care afectează deja sănătatea. împreună, consumul cu risc și consumul nociv constituie **abuzul**.

Sindromul de dependență se referă la anumite fenomene fiziologice și psihologice induse de administrarea repetată a unei substanțe (alcoolul). Aici sunt incluse starea de întrerupere și o puternică dorință de a consuma alcool.

Toleranța este o stare în care alcoolul după administrare repetată, produce un efect mai scăzut sau pentru producerea aceluși efect necesită doze crescând. Starea de întrerupere (withdrawal state) este o stare în care un drog, după administrare repetată, produce un grup de simptome și semne care apar când se întrerupe administrarea alcoolului și care persistă o perioadă limitată de timp.

Stare reziduală - termen care descrie modificări fiziologice sau psihologice care se manifestă atât la administrarea alcoolului, cât și la întrerupere și care persistă după ce alcoolul a fost eliminat și orice stare de întrerupere a fost remisă.

**F10 - TULBURARI MENTALE SI COMPORTAMENTALE DATORATE
UTILIZARIIL ALCOOLULUI**

F10.0-INTOXICATIa ACUTa

- F10.00-necomplicata
- F10.01-cu traumatism sau alta leziune corporala
- F10.02-cu alta complicatie medicala
- F10.03-cu delirium
- F10.04cu distorsiuni perceptuale
- F10.05cu coma
- F10.06-cu convulsii
- F10.07intoxicatie patologica

F10.1-UTILIZARE NOCIVa

F10.2-SINDROM DE DEPENDENTA

- F10.20-in prezent abstinent
- F10.21-in prezent abstinent dar in ambianta protectiva
- F10.22-in prezent in supraveghere clinica continua sau regim de inlocuire (dependenta controlata)
- F10.23in prezent abstinent dar in tratament cu droguri aversive sau blocante
- F10.24-in prezent utilizand substanta (dependenta activa)
- F10.25utilizare continua
- F10.26utilizare episodica(dipsomanie)

F10.3-STARE DE SEVRAJ

- F10.30-necomplicata
- F10.31-cu convulsii

F10.4-STARE DE SEVRAJ CU DELIRIUM

- F10.40-fara convulsii
- F10.41-cu convulsii

F10.5-TULBURARE PSIHOTICa

- F10.51-schizofrenia –like
- F10.52predominant deliranta
- F10.53-predominant halucinatorie
- F10.54-polimorfa
- F10.55predominant cu simptome depresive
- F10.56predominant cu simptome maniacale
- F10.5-cu simptome mixte

F10.6-SINDROM AMNESTIC

F10.7-TULBURARE PSIHOTICa REZIDUALa SI CU DEBUT TARDIV

- F10.70-flashbackuri (rememorari paroistice)
- F10.71tulburare de personalitate sau comportament
- F10.72 tulburare afectiva reziduala
- F10.73dementa
- F10.74alta deteriorare cognitiva persistenta
- F10.75 tulburare psihotica cu debut tardiv

F10.8- ALTE TULBURARI MENTALE SI COMPORTAMENTALE

F10.9-TULBURARE MENTALA si COMPORTAMENTALA ,NESPECIFICATA

Date statistice

Implicatiile medico-sociale ale alcoolismului sunt impresionante.

Alcoolismul reprezinta a patra problema de sanatate publica din lume dupa bolile cardiovasculare ,boli psihice si cancer.

Studiile la nivel mondial indica aproximativ 62 milioane de persoane afectate de alcool.

Alcoolismul este implicat in 30 % din internarile anuale din spitale cu profil general.

Alcoolismul ocupa locul al 2-lea (dupa schizofrenie)in solicitarile de asistenta in spitalele de psihiatrie si ocupa locul al 3-lea (dupa nevroze si schizofrenii) pe lista globala a tuturor tipurilor de asistenta psihiatrica .

Aproximativ jumătate dintre decesele survenite accidental (fatalitati)sunt legate de consumul de alcool(accidente de trafic,omucideri,sinucideri,complicatii somatice asociate)

Aproximativ o treime dintre persoanele care se sinucid sunt alcoolici.

Alcoolismul ocupa locul al treilea intre cauzele accidentelor de circulatie.

Decesele prin accidente de circulatie datorate consumului excesiv de alcool ocupa locul sase pe lista cauzelor de deces.

Aproximativ 15% din accidentele de munca sunt determinate de consumul de alcool.

Milioane de copii si sotii sunt traumatizati de comportamentul alcoolicilor.

Durata de viata a alcoolicilor este in general cu 10 ani mai mica decat a nealcoolicilor.

Paradoxal studiile arata ca probabilitatea de a fi consumat vreodata bauturi care contin alcool creste odata cu cresterea nivelului educational al individului: persoane cu studii primare - 75,6%; persoane cu studii secundare incomplete - 82%;persoane cu studii secundare - 87,6%; persoane cu studii superioare - 92,9%(4-agenda.

Riscul de a deveni alcoolic este de 3 ori mai mare la barbati decat la femei.

Dupa un studiu al lui , motivatiile ar fi mai multe. Pe primul loc se situeaza veselia (30,9%), urmata la mica distanta de relaxare (29,6%), sa uite de probleme (22%) si sa aiba energie pentru a dansa si a se distra (20,5%). Alte motive ar fi anturajul prietenilor care beau (16,1%), pentru a deveni mai sociabili (9,8%), a avea energie pentru a munci (7,9%), imbunatatirea starii spirituale (6,3%) etc. Practic, desi s-ar crede ca romanii se arunca masiv in alcool pentru a uita de griji, o asemenea cauza ocupa abia locul trei, ceea ce confirma inca o data parerea specialistilor.(4)Starea de ebrietate, incercata de 37% din populatie(4) .

Date OMS releva faptul ca media consumului de alcool in Uniunea Europeana este de 9,43 litri pe cap de locuitor. Romania avand un consum de 6,21 litri de alcool pe cap de locuitor.

Etiopatogenie

Exista numeroase studii si cercetari asupra etiopatogeniei alcoolismului.

Potrivit modelului medical ,o persoana care face abuz de alcool este mai degraba bolnava decat rea .(8).Aceasta teorie a aparut abia in 1960 cand Jullinek in lucrarea sa „Alcoolism concept de boala „, avansa trei idei fundamentale :

1. unii oameni au o vulnerabilitate specifica la abuzul de alcool ;
- 2.excesul de alcool trece prin stadii bine definite ,intr-unul din acestea nemaiputand controla consumul;
- 3.excesul de alcool poate duce la boli somatice si mintale de diferite tipuri.

Conceptul de vulnerabilitate individuala in alcoolism pare sa explice mai bine interactiunea continua si relatiile de feet-back dintre factorii cauzali.Cea mai noua si completa formula a conceptului de vulnerabilitate in bolile psihice apartine profesorului Perris(6).Modelul Perris pune bazele unui concept dinamic de vulnerabilitate(fig5)

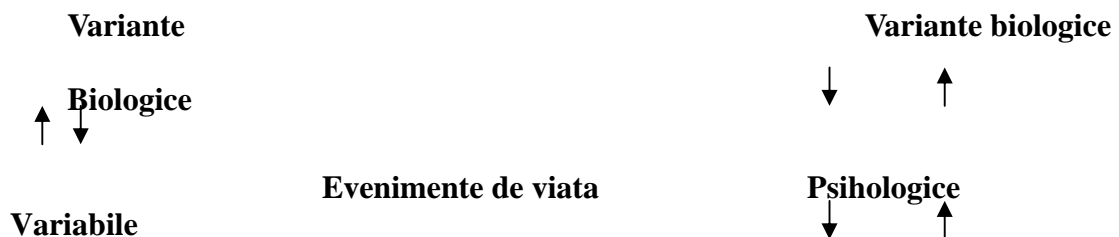
Factorii biologici ,psihologici si sociali sunt presupusi a determina atat aparitia cat si evolutia ,tratamentul si prognosticul bolilor mintale.Pentru prima data se adauga si factorul cultural si o dimensiune cronologica acestui concept..Numeroasele sageti indica interactiunea continua intre factorii cauzali,potentiali si individ si mediul sau,ceea ce face din vulnerabilitate o trasatura dinamica in continua schimbare ,modulandu-se de-a lungul vietii.Deaceea relevante ineractiuni se pot petrece cu mult timp inaintea aparitiei manifestarii patologice precum acelea ce privesc interactiunea genetica-

ambientala(6).inca din 1979 Erlinsmeyer-Kimling -sugerau ca vulnerabilitatea din orice moment al vietii reflecta, "relatii cumulative de feet-back" care au aparut intre predispozitia genetica si intrega istorie de viata a unei persoane.(6) Factorii socioculturali si materiali joaca un rol important in obisnuinta de a consuma alcool si a posibilelor probleme cauzate de alcool. De aceea, modificarile acestor factori pot influenta riscul de alcoolism, pe langa existenta unor combinatii genetice favorizante a celor doua enzime discutate. Aspectele genetice ce privesc alcoolismul formeaza doar unul dintre numerosii markeri ai vulnerabilitatii – concept ce tinde sa explice intr-o forma cat mai buna, etiopatologia bolilor mintale.

in 1987 Perris si un grup de colaboratori au elaborat un concept comprehensiv al vulnerabilitatii. S-a sugerat prin aceasta ca o abordare a studiului etiologiei tulburarilor mentale si al tratamentului lor adecvat trebuie sa se bazeze pe un cadru teoretic complex ce ia in considerare interactiunea variabilelor culturale, sociale, biologice si psihologice in dezvoltarea susceptibilitatii individuale pentru manifestari psihopatologice (1).

Comparand modelul lui Perris cu “schema celor patru cercuri vicioase” propusa in 1979 de W.K. Van Dijk, se observa numeroase elemente comune. Redam ambele scheme cu cateva comentarii de continut.

Modelul lui Perris



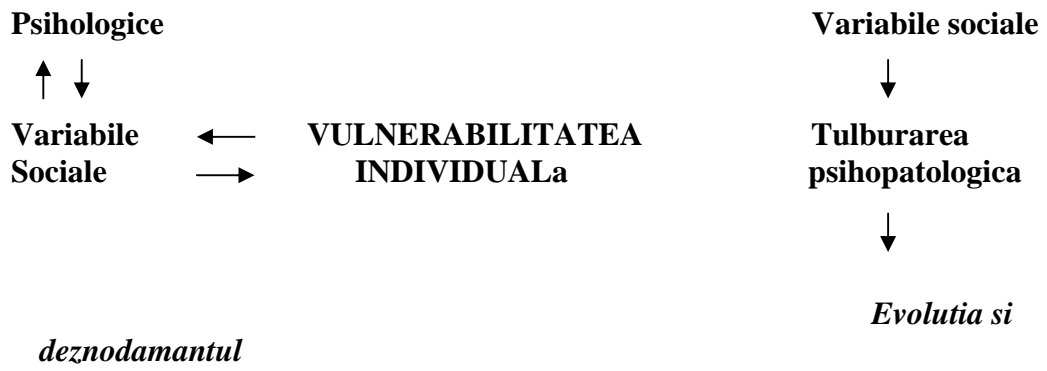
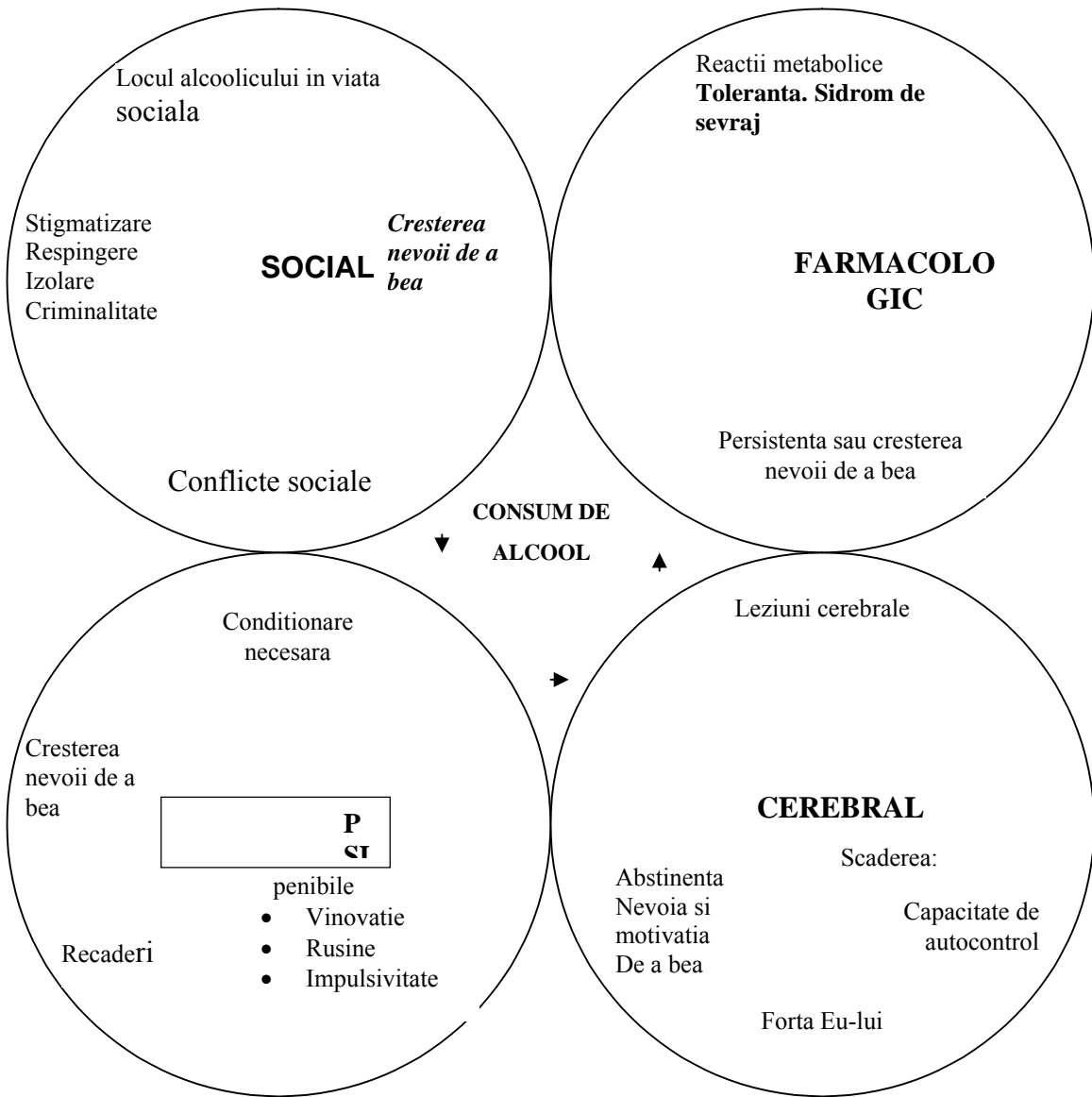
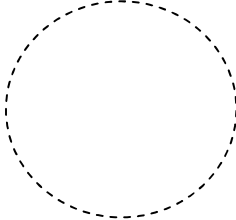


Fig 6

Schema cercurilor vicioase– W.K. Van Dijk



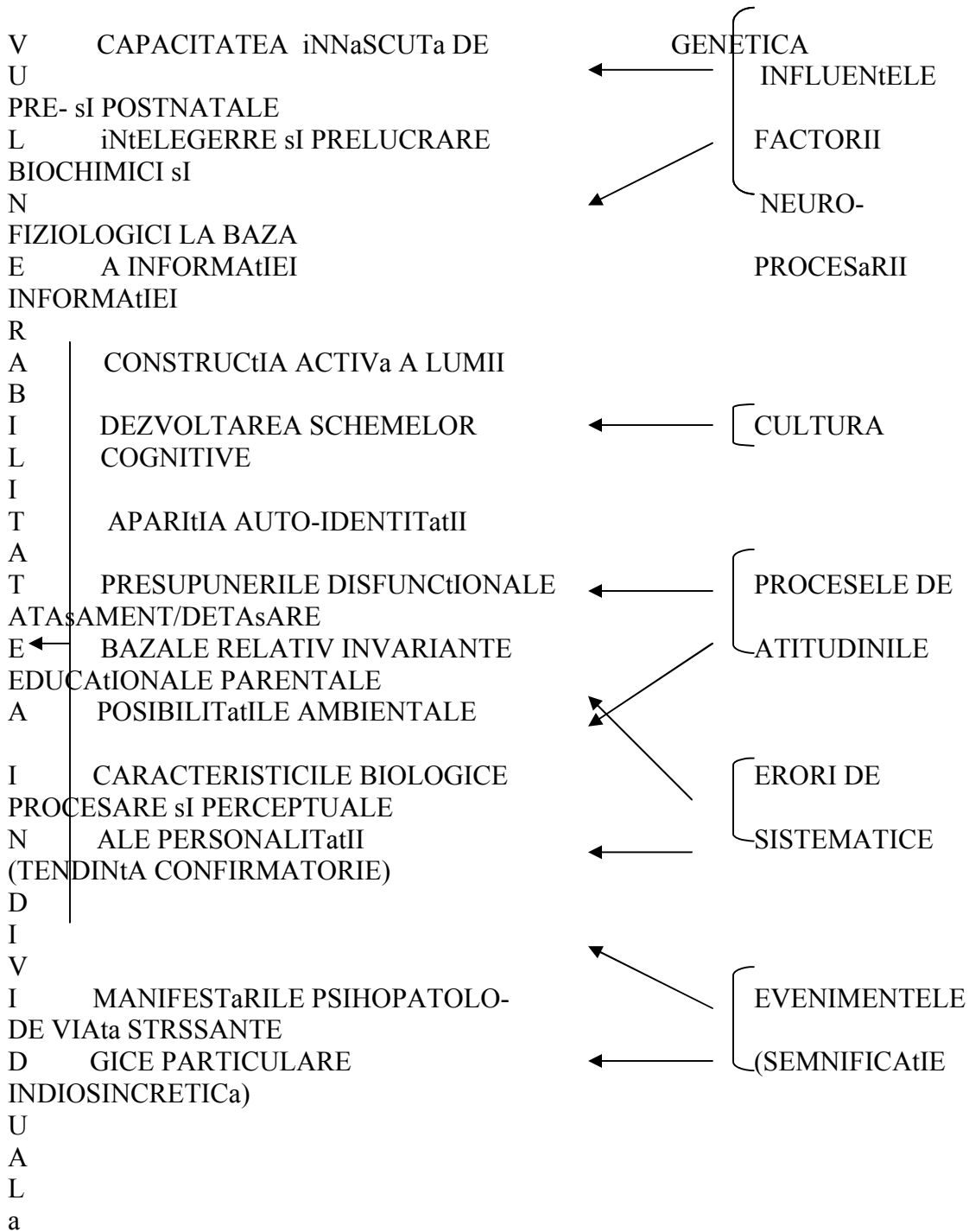


Fig 5-Concept de vulnerabilitate individuala

in 1979 Van Dijk a imaginat un model etiopatogenic al alcoolismului intitulat „Schema celor 4 cercuri vicioase,(fig 7). Analiza celor doua modele releva elemente comune .Factorii cauzali sunt aceiasi ,factorii biologici fiind impartiti in doua grupe -

farmacologici si cerebrali..Se observa caracterul dinamic si intretinut al acestor factori. Cercul vicios farmacologic implica dezvoltarea progresiva a tolerantei si dependentei fizice prin complexe mecanisme biochimice,odata aparuta alcoolodependenta intretine si accentueaza la randul sau perturbari farmacologice.Cercul vicios cerebral se refera atat la potentialul caracter organic al alcoolismului (leziuni cerebrale de diverse etiologii)cat si slabirea fortei eu-lui responsabil de un prost control al abstinentei si a motivatiilor consumului de alcool.Cercul vicios psihologic face referire la sentimentele de vinovatie ,rusine ,impulsivitate a caror singur remediu ar fi tot consumul de alcool care le-a generat.Aceasta conduce la un proces care in termeni comportamentali ar putea fi numit conditionare necesara (comportament impus).Consumul prelungit de alcool determina o regresie a factorilor instinctuali si afectivi si o slabire a eu-lui.Cercul vicios social implica conflicte in anturaj ,probleme de serviciu.Acestea vor genera efecte de stigantizare ,respingere cu decaderea alcoolicului la periferia societatii ,efecte ce vor determina cresterea nevoii de a bea ,inchizand astfel cercul.(17)

Abordand etiopatogenia alcoolismului prin prisma factorului genetic s-a ajuns la concluzia ca masurarea susceptibilitatii genetice in alcoolism ar putea fi utila in identificarea si prevenirea alcoolismului dar pana in prezent nu s-au identificat gene responsabile de dezvoltarea acesteeeee boli in toate grupurile etnice. Deaceea unele cercetari genetice s-au indreptat spre cele 2 enzime implicate in degradarea alcoolului etilic :alcooldehidrogenaza (ADH)ce transforma alcoolul etilic in acetaldehida si aldehyd dehidrogenaza (ALDH)ce transforma acetaldehida in acetat care va lua calea ciclului Krebs.Studii complexe biochimice si genetice a celor 2 enzime au demonstrat existenta a cite 3 genotipuri pentru fiecare(16):

ADH-forma uzuala ; ADH-forma atipica heterozigota; ADH-forma atipica homozigota

ALDH- forma activa 1/1 ; ALDH-forma heterozigota1/2; ALDH-forma inactiva homozigota.Rezultatele au relevat cateva concluzii importante.

- Eliminarea alcoolului poate fi incetinuta mult mai mult la persoanele cu forma uzuala de ADH decat la cei cu forma atipica ,deaceea mentinerea unei alcoolemii crescute favorizeaza dezvoltarea alcoolismului.

- Formarea si eliminarea rapida a acetaldehidei sunt datorate formei uzuale de ADH si active de ALDH ca urmare rezulta nivele scazute de acetaldehida in sange - fenomen ce reduce la minim efecte adverse datorate ingestiei de alcool.

- Homozigitii ALDH-inactiv indiferent de genotipurile ADHnu sunt pasibili de a dezvolta alcoolism pentruca se produce un sindrom de „flushing response”,

- Riscul relativ (odd ratio -fig 8) pentru alcoolism a fost maxim -4,5-15 pentru homozigotii cuADH -forma activa si forma uzuala ADH corelat si cu supravietuiri scurte.

Cercetari comparative pe loturi de persoane diferite de rase au stabilit ca rasa europeana are numai forma activa ALDH si uzuala ADH si deci rasa noastra are o sensibilitate crescuta si un potential crescut de a dezvolta alcoolismul comparativ cu rasa asiatica ce pare protejata biologic(majoritate a avand forma inactiva homozigota ALDH si forma atipica de ADH.

TABELE 1. ADH2 and ALDH2 Genotype Frequencies in Japanese Patients With Alcohol Dependence or Abuse and Comparison Subjects

Genetic Polymorphism ^a	Alcoholic Patients (N = 655)		Comparison Subjects (N = 461)	
	N	%	N	%
ADH2 ^b				
Usual (1/1)	204	31	33	7
Atypical (1/2)	224	34	160	35
Atypical (2/2)	227	35	268	58
ALDH2 ^c				
Active (1/1)	575	88	268	58
Inactive (1/2)	80	12	162	35
Inactive (2/2)	0	0	31	7

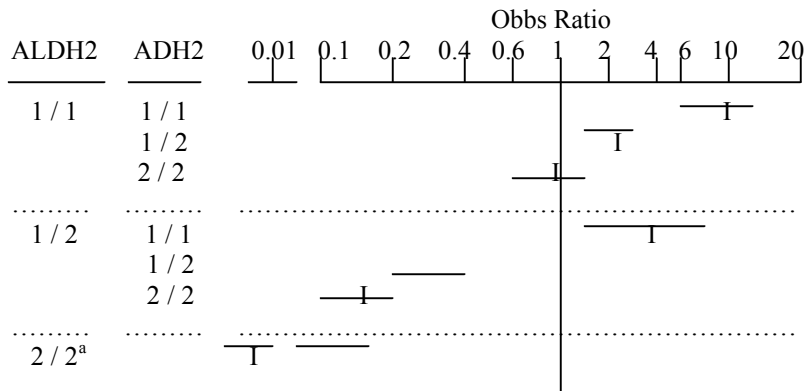
^a Numbers in parentheses indicate genotypes

^b Significant difference between groups ($\chi^2 = 106,95$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

^c Significant difference between groups ($\chi^2 = 141,13$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

Fig8-preluata din American Journal Psychiatry 153 1 January 1996a autorilor .H. Krystal, Elisabeth Webb “The genetic polymorphism in alcoholism”.

FIGURE 1. Relative Risk (Odds Ratio and 95% Confidence Interval) for Alcoholism Based on ALDH2 and ADH2 Genotypes of 655 Japanese Patients With Alcohol Dependence or Abuse and 461 Comparison Subjects



^a For calculation of odds ratios, 0.5 instead of 0 was used as the number of alcoholics with homozygous ALDH2*2.

Fig8-preluata din American Journal Psychiatry 153 1 January 1996al autorilor .H. Krystal, Elisabeth Webb “The genetic polymorphism in alcoholism”.

Tablou clinic

Alcoolismul:

Fazele alcoolismului, dupa Jellinek:

1. Faza prealcoolica: obiceiul de a se relaxa cu bautura, cu tendinta de a creste cantitatea ingerata;
2. Faza prodromala: consumul, in secret, de alcool, gandire orientatata mereu spre consum, aparitia sentimentelor de vinovatie, frustrari.
3. Consumul prin constrangere: pierderea controlului! Deraierea totala in relatiile sociale, accese de furie, gelozie, mila fata de propria persoana, preocupare pentru asigurarea unor cantitati suficiente, bautul de dimineata;
4. Faza cronica: decaderea personalitatii, tulburari cognitive. Individul bea impreuna cu persoane din medii sociale inferioare. Pierderea tolerantei la alcool, tremuraturi, stari de anxietate, stari de colaps.

Consecinte fizice/biologice:

- gastrita, ulcer gastric, tulburari de absorbtie a vitaminei B12
- ficat de staza(ficat gras), ciroza hepatica cu varice esofagiene
- impotenta, polineuropatie (afectarea tuturor nervilor periferici)
- leziuni cerebrale toxice (modificari de caracter, scaderea performantelor intelectuale)

Tabloul clinic al dependentei la alcool

Cloninger (1987) si alti cercetatori au descris *doua tipuri de alcoolici*:

- tipul I - debut tardiv, dependenta psihologica este mai puternica decat cea fizica, apar sentimente de culpabilitate dupa abuz

- tipul II - cu probabilitate crescuta de transmitere ereditara (transmitere tata-fiu), asociaza alcoolismul cu un comportament antisocial accentuat si cu unul de explorare a noutatii - *novelty seeking behavior*.

1. Intoxicatia acuta (betia acuta) se manifesta prin euforie, dezechilibre comportamentale, dislalie, labilitate emotionala, ataxie.

2. Sevrăjul necomplicat (sindromul de abstinenta) cuprinde *semne* (elemente fizice) *si simptome* (elemente subiective) aparute *la un dependent de alcool cand se intrerupe brusc consumul*. Se instaleaza simptome de obicei opuse celor produse de drog (alcoolul este anxiolitic, iar primul simptom al sevrăjului este instalarea progresiva a unei stari de anxietate difuza, care poate deveni, in starea de sevrăj profund sau complicat cu *delirum tremens*, o anxietate psihotica). Durata si debutul sevrăjului depind de timpul de injumatatire al substantei (pentru alcool este de 4-5 ore - in consecinta, chiar si o noapte de somn este suficienta pentru aparitia primelor semne de sevrăj, de unde necesitatea ingerarii primei ratii de alcool chiar dimineata, la sculare). De cele mai multe ori apare la circa 12 ore de la ultima ingestie, atinge maximum de intensitate la 48-72 de ore si se reduce progresiv pana in ziua a 4-a, a 5-a. In 95% din cazuri sevrăjul este mediu/moderat ca intensitate si se manifesta, la jumătate din pacienti, prin simptome neuro-vegetative (transpiratii, tahicardie, tahipnee, temperatura) sau neurologice (hiperreflexie osteo-tendonoasa, tremor) mai rar semne gastrointestinale (greață, varsaturi etc.). *Anxietatea este simptomul psihic principal, cel mai des si precoce intalnit, fiind insotit sau nu de*

disforie (stare depresiva iritabila), insomnie cu/fara cosmaruri. Pe durata sevrajului are loc o hipoperfuzie a cortexului frontal si temporal. Simptomele sevrajului sunt asimilabile unei hiperactivitati neuro-vegetative si centrale de tip *rebound*, cu originea intr-o hiperactivitate a sistemului receptorului NMDA.

Dupa stingerea starii acute de sevraj se poate observa ***sindromul de sevraj alcoolic tardiv*** manifestat prin: HTA moderata, tremor discret, disforie, disconfort care persista saptamani, chiar luni; aceasta stare este o justificare pentru pacient sa reia consumul de alcool. *Psiho-educatia, includerea intr-un program de preventie a recaderilor il vor ajuta pe bolnav sa traverseze aceasta perioada fara a face o recadere.*

3. Sevrajul complicat -sevrajul complicat cu *delirium tremens* (DT) apare la circa 5% din pacientii intrati in sevraj; se instaleaza la 72 de ore (sau mai tarziu) dupa intreruperea consumului. Simptomele apar in urmatoarea ordine: la cateva ore dupa intrerupere - tremuraturi ale extremitatilor, febra (> 39°C), tahicardie (> 120 batai/min.), HTA; la 12-24 de ore - anxietate, agitatiie psiho-motorie, halucinatii vizuale (mai rar auditive), semne de simpaticotonie, confuzie agitata (delirium), halucinatii (de obicei zoopsihice), idei delirante etc. Complicatii: crize epileptice simptomatice (*rum fits*) la 48-72 de ore, la marii bautori, cu o "cariera" indelungata de alcoolici. Mortalitatea este de 0,2% si in primele 48 de ore entitatea nosologica constituie o urgenta medicala ce trebuie tratata in serviciul de terapie intensiva.

Comorbiditate: insuficienta hepatica, pancreatita, infectii bronho-pulmonare, hematoame subdurale posttraumatice, miocardiopatie metabolica cu tulburare de ritm, polineuropatii periferice toxice -sevrajul complicat cu crize epileptice este modalitatea de debut a sevrajului in 1% din cazuri, sub forma unei crize convulsiv unice.

Complicatiile psihiatrice ale alcoolismului: - tulburarea psihotica (halucinoza Wernicke) -tulburari amnestice (sindromul amnestic - Korsakoff indus de alcool) -*back-out*-urile (episoade tranzitorii de amnezie anterograda - de fixare) - dementa alcoolica - tulburarea de dinamica sexuala indusa de alcool -tulburarea de somn indusa de alcool.

Complicatiile somatice ale alcoolismului - complicatii digestive - steatoza hepatica, esofagita, gastrita, ciroza hepatica, risc de pancreatita acuta si sechele functionale pancreatice (deficienta de insulina si enzime) -*complicatii cardiovasculare si cerebrovasculare* - HTA, coronaropatie, cardiomiopatia alcoolica, tulburari grave de ritm

(pot fi fatale), microhemoragii in vasele cerebrale, risc (considerabil) de AVC - *complicatii hematologice* - leucopenie, scaderea imunitatii, afectarea celulelor stem ale seriei rosii, cresterea volumului eritrocitar mediu peste 95 *complicatii neurologice* - encefalopatia hepatica cu confuzie, agitatiie, alterari de personalitate si apoi *flapping tremor*; sindromul amnestic Korsakoff; neuropatia periferica; degenerare cerebrala ce se poate asocia psihozei Wernicke-Korsakoff; dementa alcoolica -*complicatii psihiatrice*: sindromul de sevraj complicat/nu cu *delirium tremens*, tulburarea amnestica (sindromul Korsakoff alcoolic), dementa alcoolica, depresia alcoolica etc.

Sindromul alcoolic fetal

Sindromul alcoolic fetal (SAF) este un ansamblu de malformatii care apar la fatul a carui mama a consumat alcool in cantitati semnificative pe durata sarcinii (peste 80 g alcool pur/zi si se manifesta prin: greutate la nastere si crestere post-natala reduse cu cel putin 10% in raport cu varsta sau numarul saptamanii de sarcina, crize de epilepsie, orice tip de anomalii neurologice, aplatizarea regiunii centrale a fetei, ingustarea *filtrum*-ului, deficite de atentie sau intelectuale, tulburari hiperkinetice, microcefalie, dificultati de invatare, tulburari de comportament in copilarie sau adolescenta. Persistenta dificultatilor de invatare, indeosebi a matematicii, a tulburarilor de atentie in adolescenta si la varsta adulta genereaza tulburari de comportament si adaptare..

IV. PRINCIPII TERAPEUTICE

Abordarea terapeutică a alcoolodependentei a depășit granițele unei terapii obișnuite și aceasta deoarece alcoolismul este o problemă socială. Cum întotdeauna este mai ușor să previi decât să tratezi „POLITICA PASILOR MICI „s-a dovedit eficientă în cazul acestei maladii.

Profilaxie

1. *Primii ani de viață*

Nu considerăm necesar a descrie ce importanță covârșitoare pentru copil o are educația primilor 7 ani de viață. Primele imagini și impresii sunt uneori fundamentale sau chiar singurele care dezvoltă personalitatea copilului. O educație prenatală a părinților și în această direcție ar fi benefică .

2. Educatia in scoli .La inceputul lucrarii aminteam de comportamentul de coping al copilului. Oricat de negative ar fi patternurile parentale ,se stie ca educatia din primii ani de scoala se „prinde „, miraculos!

Poate fi considerata excesiva o campanie anti alcool din clasele primare. si totusi facem acest demers fiindca, cu regularitate se prezinta in triajele spitalelor de psihiatrie copii in coma prin ingestie de alcool .Cel mai frecvent combinat cu „punga de bronz...,,
Interventia scolii poate fi cu atat mai eficaçe cu cat comunicarea este mai deschisa, incurajand copii sa puna intrebarile de care aminteam in prima parte a lucrarii .

Detectia precoce

Detectare precoce a bautorului problema este importanta fiindca tratamentul caurilor vechi este dificil mai ales daca apare dependenta.

. Bilantul anual la medicul de familie sau vizita ocazionala

In mod obisnuit, fiecare medic trebuie sa solicite unui adult/adolescent sa descrie consumul (lui) de alcool indiferent de problemele medicale pentru care acesta s-a adresat doctorului.

Aceasta este o regula de buna practica clinica in toate tarile avansate economic. Mult timp s-a considerat ca raportarile prin chestionare sau scale ale subiectului ce consuma alcool nu sunt de incredere datorita inclinatiei acestuia de a nega comportamentul de consum; s-a demonstrat insa contrariul si astazi este un consens ca marturia bolnavului poate fi luata in considerare; Fiecare test de *screening* furnizeaza un scor-prag (cut-off point) dincolo de care se poate considera ca subiectul este "pozitiv", identificat sau detectat. Pasii caracteristici unei proceduri de *screening*: -identificarea consumului de alcool - un raspuns pozitiv implica trecerea la urmatorul pas -determinarea cantitatii/frecventei consumului; unitatea internationala standard este numita "*drink*" si este definita conventional ca egala cu 12 g de alcool pur (echivalentul unei sticle de bere de 330 ml, unui pahar de vin de 200 ml sau a 40 ml de bautura spirtoasa de 40°); sunt considerati "la risc" un barbat ce bea mai mult de 14 drink-uri/saptamana sau mai mult de 4 intr-o ocazie ori o femeie ce trece peste 7 drink-uri/saptamana sau 3 intr-o ocazie; un varstnic ce depaseste 7 drink-uri/saptamana sau mai mult de un drink intr-o ocazie -daca se doresc rezultate de finete pentru aprecierea consumului de alcool se recurge la

chestionare de *screening*, de exemplu cele cunoscute prin acronimele CAGE si AUDADIS -un alt pas este *screening*-ul biochimic, la care se apeleaza daca exista dubii serioase privind onestitatea raspunsurilor subiective. Sensibilitatea si specificitatea testelor este mica, in jur de 10-30%, si in consecinta sunt putn raspandite.

Tratament -interventii

1 Interventia medicului de familie

Medicul de familie poate face -INTERVENTII SCURTE: -sa ofere sfaturi -sa informeze pacientul -sa consilieze pacientul; unii bolnavi isi schimba in mod semnificativ comportamentul de consum (chiar si) dupa o singura consultatie; altii au nevoie de mai mult timp si de mai multe consultatii. *Este responsabilitatea medicului de prim contact sa selecteze acei pacienti care vor beneficia cel mai mult de pe urma interventtilor scurte si sa-i indrume pe ceilalti catre alte specialitati* (de exemplu, subiectii cu o depresie severa)

- EVALUARE, SCREENING SI MOTIVARE: medicul, impreuna cu pacientul, apreciaza consumul de alcool, circumstantele in care se produce etc.; toti clientii, indiferent de varsta, sunt chestionati referitor la consumul de alcool/tutun/droguri; doctorul apreciaza ***interesul motivational*** - *motivele pentru care subiectul ar trebui sa faca schimbarea plus existenta obstacolelor in calea schimbarii* - este o tehnica utila in a ajuta o persoana sa evalueze natura si nivelul de risc asociat unui anumit comportament si stil de viata precum si sa decida daca este pregatita sau nu sa faca vreo schimbare in aceasta eta.pa *O sarcina importanta este sublinierea responsabilitatii proprii si exprimarea clara a faptului ca este in totalitate in sfera de competenta a clientului sa ia deciziile si sa faca schimbarile pe care le considera necesare. Daca pacientul decide sa NU se schimbe, i se va comunica faptul ca este oricand primit si tratat, daca hotaraste ca are nevoie de ajutor in procesul de schimbare; daca persoana considera ca vrea sa faca o schimbare, urmatorul pas este sa-si dea seama cum anume va face aceasta schimbare - stabilirea obiectivelor. Este important sa se clarifice modul in care acestea vor fi atinse (medicul poate da sfaturi clientului), dar clientul alege singur calea de urmat (isi asuma responsabilitatea), in functie de potrivirea cu propriul stil de viata, alaturi de ***identificarea suportului social*** (de la un prieten, coleg, membru de familie, grup de autoajutor sau de la un profesionist)*

- MONITORIZAREA - clientul tine *un jurnal de monitorizare a "schimbarii de comportament"* (cel mai bun mod de a verifica amploarea consumului real de alcool); unii pacienti vor sa urmareasca si rezultatele bune (nu mai beau, dar sunt mai sanatos, mai fericit) ***pentru a mentine motivatia*** (de exemplu medicul arata progresele inregistrate in dinamica unor parametri biochimici - gama glutamiltranspeptidaza,)

- EVALUAREA - la o consultatie-evaluare se discuta modurile de mentinere a "schimbarii" si se formuleaza planuri pentru prevenirea recaderilor (se elaboreaza strategii adecvate pentru rezolvarea problemelor, se ofera date cu rol de *feedback*, se ***intareste motivatia*** si, daca pacientul apreciaza ca schimbarile sunt prea dificile pentru a le pune in practica, se hotaraste de comun acord asupra oportunitatii unei strategii alternative sau trimiterea clientului la un alt serviciu medical). Medicul de familie face apel, pentru bolnavul sau, la un specialist/serviciu medical specializat daca:

- exista dependenta severa si/sau probleme multiple legate de consumul de alcool
- exista comorbiditate (diagnostic psihiatric + dependenta de alcool) –
- este necesara detoxifierea
- apar esecuri terapeutice
- pacienta este gravida/alaptea.

SERVICIUL (slujba) este un motiv de mare ingrijorare si, de aceea, un determinant major al succesului; deoarece satisfactia la locul de munca este foarte strans legata de recuperarea pe termen lung, este important ca pacientii sa fie asistati in rezolvarea problemelor legate de acesta.

5. Interventia organizatiilor si/institutiilor

ALCOOLICII ANONIMI (AA) sunt o comunitate de barbati si femei care isi impartasesc experienta, puterea si speranta cu scopul de a-si rezolva problema lor comuna si de a-i ajuta pe altii sa-si recapete sanatatea -singura cerinta pentru a participa ca membru este dorinta de a abandona consumul excesiv de alcool; AA nu percep taxe de inscriere sau cotizatii (finantarea se realizeaza prin contributi) -AA nu se afiliaza nici unei secte, nici unei formatiuni religioase sau politice, nici unei organizatii sau institutii si nu doresc sa se angajeze in nici o controversa; nu sprijina si nu contesta nici o cauza - *scopul primordial al AA este acela de a ramane abstinenti si de a-i ajuta si pe alti alcoolici sa ajunga la abstinenta.*

AMBULATORIUL DE ALCOOLOGIE ofera un program complex si unitar de interventie bio-psiho-sociala in tulburarile legate de consumul de alcool si isi propune sa ofere un raspuns adecvat, coordonat si imbunatatit la problema cresterii continue a consumului de alcool si a efectelor asociate.

SPITALUL DE PSIHIATRIE ofera asistenta psihiatrica mai ales pentru complicatiile psihice ale alcoolodependentei – psihoze alcoolice, demente, e tc.

SPITALUL DE ALCOOLOGIE

Aceasta forma de spital nu exista din pacate in tara noastra dar ar constitui o alternativa consideram noi cu efecte spectaculare. Dovada sunt spitalele de acest tip din Franta unde sunt angajati ca si personal fosti pacienti alcoolici de la medici si pana la personal de ingrijire. Modelul lor a unor oameni care au reusit sa invinga alcoolul repreinta un puternic argument pentru viitorii candidati. la viata.

Posibil ca prin interventie guvernamentala sa putem vorbi despre un management autentic al spitalelor de profil din Romania. Un effort sustinut din partea statului ,o educatie buna coroborata cu lucrul si asistenta sociala din partea unui personal cu vocatie pot diminua impactul atat de puternic al alcoolismului.

Tratamentul psihologic

Din terapiile abordate, consilierea sau psihoterapia se detaseaza ca metode terapeutice prin succesul lor. Dintre psihoterapiile aplicate terapia de grup detine monopolul intrucat are la baza comunicarea cu persoane ce au aceeasi problema.

V. STUDIU DE CAZ - RELATIA SCHIZOFRENIE-ABUZ DE ALCOOL

METODA

In acest studiu am inclus un lot de 17 pacienti cu varste intre 18 si 66 ani . Am selectat ti pacienti schizofreni de sex masculin internati in Spitalul GeneralCF Galati – compartimentul Psihiatrie in perioada anului 2005.

Nu am inclus in studiu pacientii aflati la prima internare . Toti pacientii evaluati aveau cel putin o internare anterioara, fiind diagnosticati ca schizofrenie conform criteriilor ICD-10.

Anamneza si examenul fizic au permis impartirea intregului grup in doua subgrupuri: primul format din 9 pacienti care consumasera abuziv alcool in ultimele 12 luni iar celalalt format din 8 pacienti fara consum de alcool. Aceste doua loturi au fost evaluate separat, prin examinarea starii psihice si testarile de laborator.

Am urmarit evolutia clinica a pacientilor doar pe durata spitalizarii. Evaluarea rezultatelor s-a realizat prin observarea directa si discutiile zilnice cu pacientii, in cadrul vizitelor medicale obisnuite.

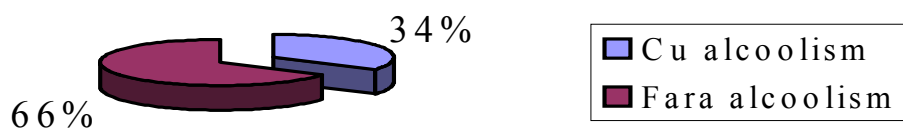
Toti pacientii au fost tratati cu agenti antipsihotici asociati uneori cu benzodiazepine.

S-au folosit doze moderate

Rezultate

Din lotul intreg de 17schizofreni, 6 pacienti (34%) au asociat numeroase episoade de intoxicatii alcoolice sau consum abuziv de alcool.

Frecventa consumului de alcool la pacientii schizofreni



In concordanta cu criteriile ICD-10 toti pacientii au fost diagnosticati cu diferite tipuri de schizofrenie. Cel mai frecvent diagnostic a fost tipul paranoid. La pacientii schizofreni care au asociat consum abuziv de alcool, tipul paranoid a fost mai frecvent decat in grupul de pacienti fara consum de alcool (67% in primul grup, respectiv 55% in celalalt).

Dintre pacientii cu diagnostic dublu, 58% proveneau din mediul rural, pe cand in celalalt grup doar 45% locuiau in arii rurale.

Schizofrenii cu consum de alcool erau mai frecvent divortati decit ceilalti (17,6% pacienti divortati in primul grup, in comparatie cu 7,6% in cel de-al doilea).

Doar doi pacienti (22,2%) din lotul cu diagnostic dublu erau incadrati intr-un loc de munca, pe cind in celalalt lot 60% (6 pacienti) aveau o ocupatie profesionala.

Pacientii schizofreni cu alcoolism asociat aveau mai multe spitalizari anterioare decit ceilalti. 67% pacienti din primul grup aveau mai mult de 10 internari anterioare, pe cand in al doilea grup 53% aveau mai mult de 10 internari anterioare.

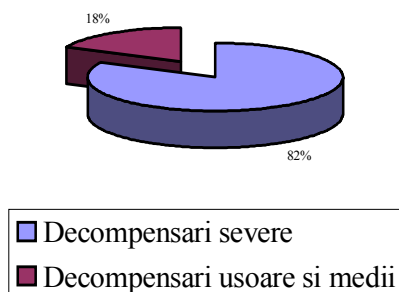
Tabelul 1.

	Schizofrenie cu alcoolism	Schizofrenie fara alcoolism
Prevalenta	34%	66%
Tip paranoid	67%	55%

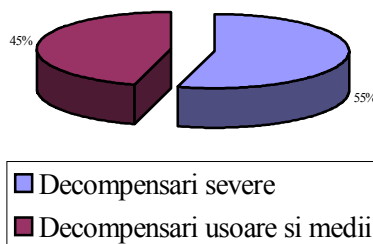
Arii rurale	58%	45%
Divortati	17,6%	7,6%
Ocupatie sociala	2,9%	7,5%
Mai mult de 10 internari anterioare	67%	53%

Dintre pacientii schizofreni cu alcoolism 82,4% (7din 9) au manifestat decompensari psihotice severe, cu agitatie psihomotorie, agresivitate si comportament periculos, fiind clasificati la internare ca urgente psihiatrice. Printre pacientii fara alcoolism doar 50% (4 din 8) au fost etichetati la internare ca urgente psihiatrice.

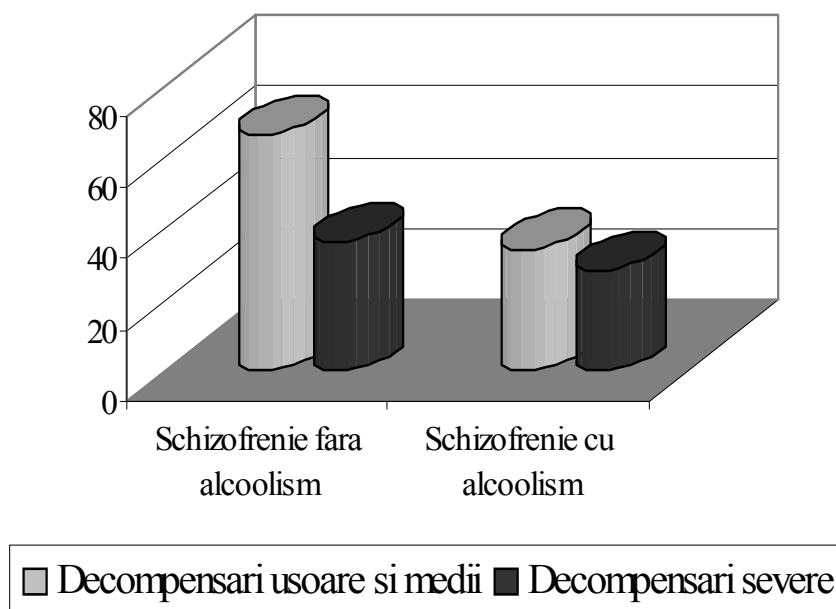
Schizofrenie si alcoolism



Schizofrenie fara alcoolism



Prezentarea comparativa a decompensarilor psihotice severe pentru cele doua loturi studiate



Durata medie a spitalizarii a fost mai mare la pacientii schizofreni cu alcoolism asociat decit la ceilalti (17,73 zile comparativ cu 15,71 zile).

Discutii

Rezultatele acestui studiu arata o frecventa crescuta a consumului de alcool la pacientii schizofreni, datele fiind comparabile cu rezultatele altor studii efectuate in acest domeniu. Frecventa de 34% a comorbiditatii dintre schizofrenie si alcoolism din lucrarea noastra este mai mare decit in unele studii, cum ar fi studiul realizat in Germania de catre Hambrecht M. si col., in care rata abuzului de alcool la schizofreni era 24% (19). Acest lucru ar putea fi explicat prin nivelul educational mai scazut al populatiei studiate de noi

dar si prin faptul ca, in tara noastra, alcoolul este cel mai accesibil si mai cunoscut drog. In alte studii , efectuate de autori straini, consumul de total de substante psihoactive la schizofreni (alcool, cocaina, amfetamine, canabis, fenilciclidina etc) este estimat a avea o frecventa de 40% (7). Rolul educatiei este demonstrat si prin faptul ca, in studiul nostru, schizofrenii care consuma alcool provin mai frecvent din arii rurale.

Comorbiditatea crescuta dintre schizofrenie si alcoolism naste intrebarea unei relatii cauzale intre aceste doua tulburari. Dar din studiul de fata nu se pot trage concluzii asupra cauzei si efectului. Nu este clar daca schizofrenia determina pacientii sa bea, daca alcoolismul induce schizofrenia sau daca alti factori neevidentiati induc ambele tendinte.

Faptul ca abuzul de alcool deterioreaza semnificativ evolutia schizofreniei este similar cu rezultatele altor studii). S-ar parea ca pacientii cu diagnostic dublu sunt mai frecvent agitati si agresivi, cu o forma paranoida de boala si necesita spitalizare cu durata mai mare. Mai mult decat atat acesti pacienti sunt mai putin comunicativi, mai putin activi si mai putin adaptabili in mediul profesional si social, fapt ce rezulta din frecventa mai crescuta a divorturilor si din lipsa ocupatiilor profesionale.

Totusi, acest studiu a examinat doar populatia masculina. Nu putem stabili asemanari sau deosebiri intre sexe cu privire la comorbiditatea alcoolism-schizofrenie. Insa alte studii sugereaza ca, spre deosebire de barbati, femeile cu diagnostic dublu (schizofrenie si alcoolism) au mai multe contacte sociale si mai putine probleme medico-legale dar sunt mai frecvent victimizate si au mai multe afectiuni somatice. In schimb, nu exista diferente intre sexe privind evolutia si severitatea abuzului de substante (9, 10). Westreich si col. sugereaza ca femeile cu diagnostic dublu necesita scheme de tratament diferite de barbati (10).

Deci comorbiditatea dintre schizofrenie si alcoolism confera particularitati speciale bolii de baza. Este important de subliniat faptul ca prezenta abuzului sau dependentei de alcool in randul schizofrenilor este adesea subestimata datorita lipsei de cooperare a acestor pacienti. Alcoolismul poate fi banuit la schizofrenii violenti, noncomplianti la tratament, cu decompensari psihotice frecvente, cu mari probleme financiare dificultatii familiale sau vagabondaj.

Datorita riscului de deteriorare rapida, pacietii schizofreni cu alcoolism asociat necesita scheme terapeutice speciale si identificare precoce. Mai mult decat atat,

rezultatele acestui studiu sugereaza necesitatea educarii familiilor pacientilor precum si cresterea calitatii asistentei medicale si sociale in acest domeniu.

Concluzie

Comorbiditatea ridicata dintre alcoolism si schizofrenie are un rol nefast asupra evolutiei psihozei. Deaceea, pentru imbunatatirea prognosticului bolii sunt necesare preventia alcoolismului in randul schizofrenilor precum si tratamentul adecvat al acestuia.

VI CONCLUZII

1. In termeni de sanatate publica, cu cat vom determina tinerii (prin programe eficiente de preventie primara) sa inceapa mai tarziu experimentarea consumului de alcool, cu atat va creste probabilitatea de a avea un procent mai scazut de dependenti de alcool in populatia generala. Ratele mai mari ale debutului precoce al consumului de alcool se coreleaza pozitiv cu niveluri mai crescute de delicventa si comportamente antisociale.

2. Se estimeaza ca *peste 90% din pacientii cu alcoolism, care se prezinta la tratament psihiatric, au complicatii somatice: -ciroza hepatica -hipertensiune arteriala -ulcer gastric si/sau duodenal -BPOC -gastrite -epilepsie simptomatice secundara alcoolismului -cardiomiopatii -neuropatii periferice.*

3. Comorbiditati psihiatrice sunt mai periuloase decat alcoolismul pur.

4. in conditia in care alcoolismul este considerat-boala psihica ar fi benefic existenta unui program subventionat prin politici sociale ,program menit sa ajute la readicarea pe cat posibil a acestui flagel.

VII. BIBLIOGRAFIE

- (1) Maria Voinea –Sociologie Medicala-curs master -Bucuresti 2006
- (2)Raportul mondial privind drogurile emis de Biroul Natiunilor Unite pentru Controlul Drogurilor si al Criminalitatii (UNODC)pe anul 2005
- (3) V. Chirita, „Coordonate etice in asistenta psihiatrica” –Editura Plumb – Bacau – 1997
- (4)ISTORICC
- (5)Manual de Diagnostic si Statistica a Tulburarilor Mentale-DSM –IV- revizuita -2004 Asociatia Psihiatrilor Americani
- (6) L. M. Eisemann, R. Vrasti, Modelele vulnerabilitatii in psihopatologie, in “Depresii – noi perspective” sub red. Radu Vrasti, Martin Eisemann, Ed. ALL 1996
- (7)Robert K.Yin-Studiu de caz –ed.Polirom 2005
- (8) Tratat de Psihiatrie –OXFORD –Editia .a II a 1994-Editura-Asociatia Psihiatrilor Liberi din Romania
- (9) Buletin de Psihiatrie integrativa - Editura Psihomnia - 2000
- (10) Gheorghe Grecu, Marieta Grecu-Gabor, I. Gabor-Grecu
- (11) Aurelia Sarbu -Psihiatrie clinica Ed.Dacia 1979-alcoolism
- (12) V.Predescu, C.Oancea,,Sanatate mintala in lumea contemporana,, ed.Medicala 1986.
- (13) www.top.sanatate.ro-[Dr. psiholog Gabriela Iorgulescu](#) :Particularitati ale alcoolismului la femei
- (14) Anca Carstea, Radu Vrasti, Mircea Lazarescu,, Agresivitatea la femeile alcoolice in functie de istoria familiala si educatia parentala.,Revista Romana de Psihiatrie nr.1-2 2002