Αλκοόλ και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Κλινικές οδηγίες για την ανίχνευση και τις βραχείες παρεμβάσεις

Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης:
Ιωάννης Διακογιάννης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
Παναγιώτης Παναγιωτίδης, Ψυχίατρος

Μετάφραση:
Παναγιώτης Παναγιωτίδης, Ψυχίατρος
Ελένη Τσούκαλη, Καθηγήτρια Τοξικολογίας Α.Π.Θ.
Μαρία Μυρωνίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φαρμακολογίας Α.Π.Θ.
Ιωάννης Διακογιάννης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.

Αλκοόλ και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Κλινικές οδηγίες για την ανίχνευση και τις βραχείες παρεμβάσεις

This document has been prepared by Peter Anderson, Antoni Gual and Joan Colom on behalf of the .Primary Health Care European Project on Alcohol. (PHEPA) network and is a result of the PHEPA project.
The Phepa project has been co-financed by the European Commission and the Department of Health of the Government of Catalonia (Spain). The project has the participation of representatives of 17 European countries. The responsibility of the content of this document lies with the authors, and the content does not represent the views of the European Commission; nor is the Commission responsible for any use that may be made of the information contained herein. For more information and the electronic version of the document, see: http:www.phepa.net.

This document should be quoted: Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.
Health Department of the Government of Catalonia Barcelona,
Layout and cover design by Xavier Cañadell Printed in Spain

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη		**4**
I.	**Εισαγωγή**	**12**
II.	**Προετοιμασία των κατευθυντήριων οδηγιών**	**15**
III.	**Περιγράφοντας την κατανάλωση αλκοόλ και την προκαλούμενη βλάβη**	**17**
IV.	**Αλκοόλ και υγεία**	**25**
V.	**Αναγνώριση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ**	**83**
VI.	**Αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων**	**112**
VII.	**Κόστος και μείωση κόστους των βραχέων παρεμβάσεων**	**127**
VIII.	**Εφαρμογή των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης**	**133**
IX.	**Εκτίμηση της βλαπτικής επίδρασης του αλκοόλ και της προκαλούμενης εξάρτησης**	**148**
Παράρτημα		**174**
Ευχαριστίες		**184**

Περίληψη

Εισαγωγή

Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η περιοχή του κόσμου με το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ και με τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ ανά πληθυσμό. Το αλκοόλ είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου ασθενειών και πρόωρου θανάτου, μετά το κάπνισμα και την υψηλή αρτηριακή πίεση, όντας σημαντικότερος από τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και την παχυσαρκία. Εκτός από το γεγονός ότι προκαλεί εξάρτηση και ευθύνεται για 60 ή και περισσότερους διαφορετικούς τύπους ασθενειών και τραυματισμών, το αλκοόλ είναι υπεύθυνο και για εκτεταμένες κοινωνικές, πνευματικές και συναισθηματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένου του εγκλήματος και της ενδοοικογενειακής βίας, οδηγώντας και σε τεράστιο κοινωνικό κόστος. Το αλκοόλ δεν προκαλεί βλάβες μόνο στο χρήστη, αλλά και σε όσους τον περιβάλλουν, ακόμη και στα έμβρυα, τα παιδιά, τα μέλη της οικογένειας και όσους υποφέρουν από εγκλήματα, βία και τροχαία ατυχήματα οφειλόμενα στο αλκοόλ.

Όσοι παρέχουν ιατρική βοήθεια στη πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν αναλάβει την ευθύνη να αναγνωρίσουν και να παρέμβουν στους ασθενείς, των οποίων η κατανάλωση αλκοόλ είναι επικίνδυνη ή επιβλαβής για την υγεία τους. Η αναγνώριση και η βραχεία παρέμβαση στην κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ασθενών παρέχει τη δυνατότητα ενημέρωσης των ασθενών για τους κινδύνους της επικίνδυνης και επιβλαβούς χρήσης του. Η πληροφόρηση σχετικά με την ποσότητα και τη συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να εμπλουτίσει τη διάγνωση της παρούσας κατάστασης των ασθενών, και μπορεί να κινητοποιήσει τους ιατρούς όσον αφορά την ανάγκη να συμβουλεύσουν τους ασθενείς των οποίων η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φαρμακευτική τους αγωγή ή άλλες μορφές της θεραπείας τους. Υπέρτατης σημασίας για τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης είναι το γεγονός ότι τα άτομα που δεν είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ βρίσκουν ευκολότερο να μειώσουν ή να διακόψουν την κατανάλωση αλκοόλ, με την κατάλληλη βοήθεια και προσπάθεια, από ό,τι όσοι είναι εξαρτημένοι.

Ωστόσο, οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θεωρούν συχνά δύσκολο να αναγνωρίσουν και να συμβουλεύσουν τους ασθενείς όσον αφορά στη χρήση του αλκοόλ. Μεταξύ των λόγων που συχνότερα αναφέρονται είναι η έλλειψη χρόνου, η ανεπαρκής εκπαίδευση, η ανησυχία για τους ανταγωνιστικούς ασθενείς, η αντιλαμβανόμενη ασυμβατότητα των βραχέων παρεμβάσεων για το αλκοόλ με την πρωτοβάθμια φροντίδα και η πεποίθηση ότι όσοι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ δεν ανταποκρίνονται καλώς στις όποιες παρεμβάσεις.

Η προετοιμασία των κατευθυντήριων γραμμών

Ο στόχος αυτών των οδηγιών είναι να παρουσιάσουν περιληπτικά τα στοιχεία για τη βλάβη που προκαλείται από το αλκοόλ καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης της επικίνδυνης και επιβλαβούς χρήσης του στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον, οι οδηγίες αυτές περιγραφούν τα την εξάρτηση από το αλκοόλ και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί, ώστε οι

πάροχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να γνωρίζουν τι να περιμένουν, όταν ασθενείς περισσότερο δύσκολοι στη διαχείριση απευθύνονται για εξειδικευμένη αντιμετώπιση.

Ο βασικός στόχος των κατευθυντηρίων γραμμών είναι να συμβουλεύσουν τους ιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σχετικά με τις πρόσφατες γνώσεις για την αποτελεσματικότητα διαφόρων τεχνικών στην προσπάθεια να βοηθηθούν τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ με έναν επικίνδυνο ή επιβλαβή τρόπο. Οι οδηγίες βασίζονται σε ανασκοπήσεις των διάφορων δεδομένων και στην εμπειρία μιας ειδικής ομάδας που δημιουργήθηκε προκειμένου να καταρτιστούν. Οι οδηγίες βασίζονται, όταν είναι δυνατό σε στοιχεία από καλώς σχεδιασμένες ερευνητικές μελέτες. Όταν τέτοια στοιχεία δε διατίθενται, οι συμβουλές βασίζονται στην κατάλληλη κλινική εμπειρία.

Περιγράφοντας την κατανάλωση αλκοόλ και τη βλάβη που σχετίζεται με αυτήν
Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να περιγραφεί με τα γραμμάρια της αλκοόλης που καταναλώνονται ή με την μονάδα αναφοράς ποτού. Στην Ευρώπη σε μία μονάδα αναφοράς ποτού περιέχονται 10 γραμμάρια αλκοόλης.

Η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ είναι το επίπεδο κατανάλωσης ή ο τρόπος κατανάλωσης του αλκοόλ, που είναι πιθανό να οδηγήσει σε βλάβη εάν οι συνήθειες κατανάλωσης του αλκοόλ συνεχιστούν. Ένας ορισμός της Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) την περιγράφει ως μία χχχ μέση κατανάλωση των 20-40 gr ημερησίως για τις γυναίκες και των 40-60 γραμμάρια για τους άνδρες. Η επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται ως ο τρόπος κατανάλωσης που οδηγεί σε βλάβη της υγείας, είτε σωματική είτε ψυχική. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η μέση κατανάλωση σε αυτήν την περίπτωση είναι πάνω από 40 γραμμάρια αλκοόλης ημερησίως για τις γυναίκες και πάνω από 60 γραμμάρια για τους άνδρες. Η βαριά επεισοδιακή λήψη [μερικές φορές ονομάζεται binge drinking], η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιβλαβής σε μερικές καταστάσεις, μπορεί να οριστεί ως η κατανάλωση τουλάχιστον 60 gr αλκοόλης ανά περίσταση. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένας συνδυασμός σωματικών, συμπεριφορικών και γνωστικών εκδηλώσεων, στα οποία η πρόσληψη αλκοόλ λαμβάνει μεγαλύτερη προτεραιότητα για το άτομο από τις συνήθεις συμπεριφορές που κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία.

Τα γονίδια παίζουν κάποιο ρόλο στην επιβλαβή χρήση και εξάρτηση από το αλκοόλ, με ορισμένα γονίδια να αυξάνουν τον κίνδυνο και ορισμένα άλλα να τον ελαττώνουν. Υπάρχει μία αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος, και τα άτομα που καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ ή που ζουν σε περιβάλλον στο οποίο καταναλώνεται περισσότερο αλκοόλ είναι πιο ευάλωτα να αναπτύξουν ασθένειες σχετιζόμενες με το αλκοόλ. Σε οποιοδήποτε επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ, οι γυναίκες φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο, με διαφορετικό βαθμό κινδύνου για τις διάφορες ασθένειες. Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν μικρότερη ποσότητα σωματικού ύδατος ανά βάρος σώματος συγκριτικά με τους άνδρες. Περίπου το ένα τέταρτο των αυξημένων κινδύνων θανάτου στους άνδρες μέσης ηλικίας που ανήκουν σε χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες, σε σχέση με τις υψηλότερες, μπορεί να οφείλεται στο αλκοόλ.

Η κατανάλωση αλκοόλ, η σχετιζόμενη βλάβη και η εξάρτηση από αυτό υπάρχουν μέσα σε ένα συνεχές. Δεν είναι απόλυτα διαχωρισμένες καταστάσεις και τα άτομα μπορούν να περνούν από τη μία στην άλλη κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Αλκοόλ και υγεία

Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για μεγάλο εύρος κοινωνικών επιπτώσεων με δοσοεξαρτώμενο τρόπο, χωρίς ενδείξεις ότι υπάρχει ουδός. Για το άτομο που καταναλώνει αλκοόλ, όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση τόσο σοβαρότερος είναι ο κίνδυνος. Οι βλάβες που προκαλούνται από τρίτους ποικίλλουν από κοινωνικές οχλήσεις, όπως το να παραμένει κανείς ξυπνητός την νύκτα έως σημαντικότερες συνέπειες, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η κακοποίηση παιδιών, το έγκλημα, η βία και τελικά η ανθρωποκτονία. Γενικά, όσο σοβαρότερο είναι το έγκλημα ή ο τραυματισμός, τόσο πιθανότερο να εμπλέκεται το αλκοόλ. Η βλάβη σε τρίτους είναι ένας ισχυρός λόγος, για να παρέμβει κανείς στην επιζήμια και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ.

Το αλκοόλ αποτελεί αίτιο τραυματισμών, σωματικών και συμπεριφορικών διαταραχών, γαστρεντερικών διαταραχών, νεοπλασιών, καρδιαγγειακών παθήσεων, διαταραχών του ανοσοποιητικού, νόσων των οστών, επηρεασμού της αναπαραγωγικής ικανότητας και βλαβών στα νεογνά. Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο αυτών των νόσων και των τραυματισμών με έναν δοσοεξαρτώμενο τρόπο, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις ότι υπάρχει ουδός. Όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση τόσο σοβαρότερος είναι ο κίνδυνος.

Μία μικρή ποσότητα προσλαμβανόμενου αλκοόλ ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιακών νόσων, αν και η ακριβής έκταση αυτής της μείωσης και το επίπεδο της κατανάλωσης αλκοόλ στο οποίο παρατηρείται το καλύτερο αποτέλεσμα, είναι ακόμη υπό συζήτηση. Καλύτερης ποιότητας μελέτες -και αυτές που ερευνούν τους πιθανούς παράγοντες που συνεπηρεάζουν- βρίσκουν μικρότερο κίνδυνο και σε χαμηλότερο επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Το μέγιστο της ελάττωσης του κινδύνου μπορεί να επιτευχθεί με μία μέση κατανάλωση 10 gr αλκοόλης κάθε δεύτερη μέρα. Πάνω από 20 γραμμάρια αλκοόλης ημερησίως αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Φαίνεται ότι είναι το αλκοόλ που ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, παρά το είδος του καταναλούμενου ποτού. Πίνοντας μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ σε μία περίσταση αυξάνει ο κίνδυνος αρρυθμιών και αιφνίδιου καρδιαγγειακού θανάτου.

Ο κίνδυνος θανάτου από αλκοόλ είναι μία ισορροπία μεταξύ του κινδύνου για ασθένειες και τραυματισμούς που το αλκοόλ αυξάνει και του κινδύνου για θάνατο λόγω καρδιακών παθήσεων, που σε μικρή ποσότητα πρόσληψης αλκοόλ, ελαττώνονται. Αυτή η ισορροπία δείχνει, ότι εκτός από τους ηλικιωμένους, η κατανάλωση αλκοόλ δεν είναι απαλλαγμένη κινδύνων. Το επίπεδο της λήψης αλκοόλ με τον ελάχιστο κίνδυνο θανάτου είναι μηδενικό ή σχεδόν μηδενικό για τις γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 65 ετών και λιγότερο από 5 γραμμάρια ημερησίως για γυναίκες ηλικίας 65 ετών ή μεγαλύτερης. Όσον αφορά στους άνδρες, το επίπεδο της λήψης αλκοόλ με τον ελάχιστο κίνδυνο θανάτου είναι μηδενικό για όσους είναι κάτω των 35 ετών, περίπου 5 γραμμάρια ημερησίως για όσους βρίσκονται στη μέση ηλικία και λιγότερο από 10 γραμμάρια ημερησίως για όσους είναι 65 ετών ή μεγαλύτεροι.

Υπάρχουν και οφέλη στην υγεία από τη μείωση ή τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Όλοι οι οξείς κίνδυνοι μπορούν πλήρως να εξαλειφθούν όταν η κατανάλωση αλκοόλ διακόπτεται. Ακόμη και για χρόνιες ασθένειες, όπως είναι η ηπατική κίρρωση και η κατάθλιψη, η μείωση ή η διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζεται με ραγδαία βελτίωση της υγείας.

Επίσης, καθώς το αλκοόλ σχετίζεται με ευρεία ποικιλία προβλημάτων σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο με δοσοεξαρτώμενο τρόπο, υπάρχει η δυνατότητα για τους πάροχους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να αναγνωρίσουν τους ενήλικες ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, και αφού η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει την αντιμετώπιση κοινών σωματικών και ψυχικών παθήσεων, οι σχετιζόμενες με τη χρήση αλκοόλ αιτίες τους, πρέπει να αντιμετωπισθούν. Είναι μεγάλης σημασίας η ελάττωση του κινδύνου πρόκλησης βλάβης σε τρίτους.

Αναγνώριση της ριψοκίνδυνης και επιζήμιας χρήσης αλκοόλ

Μία πραγματικά προληπτική προσέγγιση μπορεί να επιτευχθεί μόνο εάν όλοι οι ενήλικες ασθενείς ελέγχονται για επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης και της επεισοδιακής κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Εάν αυτή η προσέγγιση δεν είναι εφικτή, ο περιορισμός των προληπτικών ελέγχων σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ίσως αποτελεί μία πραγματοποιήσιμη εναλλακτική. Τέτοιες ομάδες θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν από νεαρούς έως μέσης ηλικίας άρρενες. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να καθορίζουν πόσο συχνές πρέπει να είναι οι μετρήσεις μίας επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά εάν δεν υπάρχει κάποιος κλινικός λόγος, πιθανώς δεν θα πρέπει να είναι συχνότερες από μία φορά κάθε τέσσερα χρόνια.

Οι απλούστερες ερωτήσεις είναι αυτές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Οι πρώτες τρεις ερωτήσεις της κλίμακας AUDIT-C του Π.Ο.Υ., που σχεδιάστηκε για την ανίχνευση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχουν ελεγχθεί και σταθμιστεί. Η πρώτη ερώτηση αφορά τη συχνότητα της κατανάλωσης του αλκοόλ, η δεύτερη την ποσότητα αυτού που καταναλώνεται σε μία συνηθισμένη μέρα κατανάλωσης και η τρίτη τη συχνότητα της επεισοδιακής λήψης μεγάλης ποσότητας αλκοόλ. Η ανίχνευση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ λειτουργεί καλύτερα όταν ενσωματώνεται στον κλινικό έλεγχο ρουτίνας, έτσι ώστε να ερωτούνται όλοι οι νέοι ασθενείς όταν προσέρχονται για πρώτη φορά, όλοι οι ασθενείς όταν κάνουν τον τυπικό έλεγχο της κατάστασης υγείας τους ή όλοι οι άνδρες μεταξύ 18-44 ετών, όταν αποζητούν ιατρική συμβουλή. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία που να υποδεικνύουν ότι τέτοιου είδους ανίχνευση της επικίνδυνης κι επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα, όπως το να αισθάνονται άβολα ή δυσάρεστα οι ασθενείς.

Οι άνδρες ασθενείς που έχουν βαθμολογία από 5 και πάνω στη κλίμακα AUDIT-C ή όσων η κατανάλωση είναι 210 gr αλκοόλης ή παραπάνω εβδομαδιαίως και οι γυναίκες ασθενείς με βαθμολογία 4 και πάνω στη AUDIT ή εβδομαδιαία κατανάλωση 140 gr και πλέον αλκοόλης θα πρέπει να κληθούν να συμπληρώσουν την πλήρη κλίμακα AUDIT με τις δέκα ερωτήσεις για μια πληρέστερη εκτίμηση.

Οι βιοχημικές εξετάσεις των διαταραχών από την κατανάλωση αλκοόλ περιλαμβάνουν τα ηπατικά ένζυμα (όπως γGT και αμινοτρανσφεράσες), τη CDT και τον MCV. Δεν είναι, όμως, χρήσιμοι δείκτες για προληπτικό έλεγχο, αφού τα αυξημένα επίπεδα έχουν μικρή ευαισθησία, αναγνωρίζοντας μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ.

Αποτελεσματικότητα της βραχείας παρέμβασης

Οι ενδείξεις υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να προσφέρουν βραχείες παρεμβάσεις σε άνδρες ασθενείς που έχουν βαθμολογία 8-15 στην κλίμακα AUDIT ή σε όσους έχουν κατανάλωση 280 gr αλκοόλ ή και περισσότερο εβδομαδιαίως, και σε γυναίκες με την ίδια βαθμολογία ή κατανάλωση 140 gr αλκοόλης και παραπάνω εβδομαδιαίως. Αυτά τα όρια θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τα δεδομένα και τις κατευθυντήριες γραμμές κάθε χώρας. Μία βαθμολογία στη κλίμακα AUDIT μεταξύ 8 και 15 γενικά υποδεικνύει επικίνδυνη λήψη αλκοόλ, αν και μπορεί να περιλαμβάνει και ασθενείς με σοβαρές βλάβες και εξάρτηση. Το πλαίσιο της βραχείας παρέμβασης μπορεί να περιλαμβάνει: **Ενημέρωση** ότι ο τρόπος κατανάλωσης αλκοόλ του ασθενή ανήκει στην επικίνδυνη κατηγορία κατανάλωσης αλκοόλ, **Παροχή Πληροφοριών** για τους ειδικούς κινδύνους της συνεχιζόμενης σε επικίνδυνα επίπεδα χρήσης, **Δημιουργία ενός στόχου να επιτευχθεί** από τον ασθενή ώστε να αλλάξει η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, **Συμβουλές σχετικά με τα όρια** κατανάλωσης ποσότητας αλκοόλ των 280 gr αλκοόλης ή και περισσότερων εβδομαδιαίως για τους άνδρες, και των 140 gr ή και περισσοτέρων εβδομαδιαίως για τις γυναίκες και τη **Διαβεβαίωση** ότι όσοι καταναλώνουν αλκοόλ κατά έναν επικίνδυνο τρόπο δεν είναι απαραιτήτως εξαρτημένοι από αυτό, και ότι μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ.

Η βραχεία συμβουλευτική παρέμβαση θα πρέπει να γίνεται στους άνδρες με βαθμολογία 16-19 στην κλίμακα AUDIT ή με κατανάλωση ίση ή μεγαλύτερη των 350 gr αλκοόλ εβδομαδιαίως, και στις γυναίκες με την ίδια βαθμολογία και κατανάλωση 210 gr ή παραπάνω αλκοόλης εβδομαδιαίως. Και εδώ τα όρια θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με τα δεδομένα και τις κατευθυντήριες γραμμές κάθε χώρας. Παρόλο που κάποιοι ασθενείς με βαθμολογία μεταξύ 16 και 19 στην κλίμακα AUDIT μπορεί να πληρούν τα κριτήρια της εξάρτησης από το αλκοόλ, μπορούν να επωφεληθούν από τη βραχεία συμβουλευτική παρέμβαση. Το πλαίσιο της βραχείας συμβουλευτικής παρέμβασης περιλαμβάνει: **Παροχή Συμβουλών** που βασίζονται στα ανωτέρω, **Εκτίμηση και Προσαρμογή των Συμβουλών στο Στάδιο της Αλλαγής** του ασθενή, αναγνωρίζοντας ότι εάν ο ασθενής είναι στο στάδιο της προ-συνειδητοποίησης, τότε η συμβουλευτική προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στη συνεχή ανατροφοδότηση, ώστε να ενεργοποιηθεί ο ασθενής και να αναλάβει δράση. Αντίθετα, εάν το άτομο σκέφτεται να αναλάβει δράση (στάδιο συνειδητοποίησης), θα πρέπει να δοθεί έμφαση στα πλεονεκτήματα μιας τέτοιας απόφασης, στους κινδύνους της καθυστέρησης στη λήψη αυτής, καθώς και στο πώς θα γίνουν τα πρώτα βήματα. Όταν ο ασθενής έχει ήδη προετοιμαστεί να αναλάβει δράση, έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη στοχοθέτηση και στην εξασφάλιση της δέσμευσης από τον ασθενή, ότι θα ελαττώσει την κατανάλωση αλκοόλ. Θα πρέπει να **Παρέχονται Επανεκτιμήσεις** με τις οποίες από την αρχή θα δημιουργούνται στρατηγικές διατήρησης της υποστήριξης, της πληροφόρησης και των ρεαλιστικών στόχων που θέτει, επιτυγχάνει και προσπαθεί να διατηρήσει ο ασθενής. Σημειώνεται ότι εάν συνεχίσει για αρκετούς μήνες να έχει δυσκολίες στη προσέγγιση ή στη διατήρηση του στόχου του, όσον αφορά την

κατανάλωση αλκοόλ, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και η παραπομπή του σε ένα επόμενο υψηλότερο επίπεδο παρέμβασης, εάν αυτό είναι διαθέσιμο.

Οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη μείωση των σχετιζόμενων με το αλκοόλ προβλημάτων, μεταξύ των ατόμων με επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, αλλά χωρίς εξάρτηση από αυτό. Από τους οκτώ ασθενείς που ενημερώνονται συμβουλευτικά ο ένας θα ωφεληθεί. Υπάρχουν λίγες ενδείξεις για μία δοσοεξαρτώμενη αποτελεσματικότητα και δε φαίνεται ότι εκτεταμένες παρεμβάσεις είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τις βραχείες. Η αποτελεσματικότητα σίγουρα διατηρείται για πάνω από ένα έτος και μπορεί να διατηρηθεί έως και για τέσσερα χρόνια.
Οι βραχείες παρεμβάσεις φαίνεται ότι είναι εξίσου αποτελεσματικές σε άνδρες και γυναίκες, σε νεαρά και ηλικιωμένα άτομα. Φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικές σε λιγότερο σοβαρά προβλήματα. Τα μέχρι σήμερα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τέτοιες προσεγγίσεις είναι περιορισμένης αποτελεσματικότητας.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα που να δείχνουν ότι τέτοιες προσεγγίσεις οδηγούν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα, όπως το να αισθάνονται άβολα ή δυσάρεστα οι ασθενείς.

Κόστος και μείωση του κόστους μέσω των βραχέων παρεμβάσεων
Υπολογίζεται ότι για κάθε 1.000 ασθενείς που επισκέπτονται το γενικό ιατρό το μέσο ετήσιο κόστος στην Ευρωπαϊκή Ένωση για τη δημιουργία και διατήρηση ενός προγράμματος βραχείας παρέμβασης θα ήταν 1644χχ. Έχει επίσης υπολογιστεί ότι για ένα ετήσιο κόστος των 1960 για τη πρόληψη των ασθενειών και των πρόωρων θανάτων, οι βραχείες παρεμβάσεις για επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συγκαταλέγονται μεταξύ των φθηνότερων ιατρικών προσεγγίσεων, που οδηγούν στην βελτίωση της υγείας. Με άλλα λόγια, εάν ο λειτουργός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναλάβει τη πρωτοβουλία της βραχείας παρέμβασης σε ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, θα προσφέρει σημαντικότερο όφελος στον εξεταζόμενο πληθυσμό, από ό,τι σχεδόν αν διαθέσει 10 λεπτά για να κάνει οτιδήποτε άλλο.

Εφαρμόζοντας τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης
Η υποστήριξη είναι η προϋπόθεση για την εμπλοκή των λειτουργών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα σχετιζόμενα με το αλκοόλ προβλήματα, στα πλαίσια της αντιμετώπισης των δυσκολιών και της εξασφάλισης μιας συνεχούς επαγγελματικής υποστήριξης. Οι γενικοί ιατροί που εργάζονται εντός ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος αποκτούν μία θετική προδιάθεση στο να εργαστούν με τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, και στο να αναλάβουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

Η παροχή εκπαίδευσης και υποστήριξης σε θέματα πρακτικής είναι αποτελεσματική και αυξάνει κατά 50% τη δυνατότητα ανίχνευσης και συμβουλευτικής υποστήριξης εκ μέρους των λειτουργών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ακόμα κι αν περιορίζεται σε μία αρχική εκπαιδευτική επίσκεψη και συνεχιζόμενη δια τηλεφώνου παροχή συμβουλών, όταν η απλή παροχή κατευθυντήριων οδηγιών είναι πιθανό να παρουσιάζει χαμηλή αποτελεσματικότητα. Η παροχή εκπαίδευσης και του εκπαιδευτικού υλικού παρουσιάζεται εξίσου αποτελεσματική, αλλά η προσφορά και των δύο είναι περισσότερο αποτελεσματική

από ό,τι η καθεμιά χωριστά. Δε φαίνεται απαραίτητο μία εντατική παροχή υποστήριξης να είναι αποτελεσματικότερη μίας λιγότερο εντατικής.

Εάν αυτή η υποστήριξη δεν καθορίζεται από τις ανάγκες και τη στάση των γενικών ιατρών, δε θα είναι αποτελεσματική μακροπρόθεσμα και μπορεί να έχει ακόμα και αρνητικά αποτελέσματα. Για τη βελτίωση της εμπειρίας και της αποτελεσματικότητας στην εργασία των γενικών ιατρών με προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ, απαιτείται τόσο η ενημέρωση και η εκπαίδευση όσο και το υποστηρικτικό περιβάλλον που θα βελτιώνει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωσή τους. Η παροχή βοήθειας από έναν ειδικό λειτουργικότητα μπορεί να αυξήσει τη της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, αφού σε περίπτωση εμφάνισης δυσκολιών η υποστήριξη και η δυνατότητα για εξειδικευμένη βοήθεια θα είναι δυνατή.

Εν όψη της αποτελεσματικότητας και του μειωμένου κόστους των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης στη μείωση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ, οι χρηματοδότες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας θα πρέπει να παρέχουν τα απαραίτητα κεφάλαια. Έχει υπολογιστεί ότι μία βραχεία παρέμβαση ενός ιατρού με 25% κάλυψη μπορεί να προφυλάξει από 91 έτη ασθενειών και πρόωρου θανάτου ανά 100.000 πληθυσμού, 9% των ασθενειών και πρόωρων θανάτων εξαιτίας του αλκοόλ σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Το πρόγραμμα PHEPA δημιούργησε ένα εργαλείο για τον προσδιορισμό της επάρκειας των υπηρεσιών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχή υγείας για την επιζήμια και ριψοκίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ.

Προσδιορισμός της βλάβης που προκαλείται από το αλκοόλ και την εξάρτηση από αυτό

Οι ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ και όσων η κλινική εικόνα εγείρει την υποψία μιας επιζήμιας κατανάλωσης αλκοόλ ή και εξάρτησης από αυτό, μπορούν να επωφεληθούν από μία περαιτέρω διερεύνηση. Πρώτης γραμμής εργαλείο είναι η κλίμακα των δέκα ερωτήσεων AUDIT του Π.Ο.Υ. Μία βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 20 είναι ενδεικτική για την εξάρτηση από το αλκοόλ, αν και η εξάρτηση μπορεί να υφίσταται και σε χαμηλότερες βαθμολογίες και οι ασθενείς μπορεί να χρήζουν παραπομπής σε κάποιον ειδικό για εκτίμηση και θεραπεία. Η εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να μετρηθεί με τη κλίμακα για την εξάρτηση από το αλκοόλ CIDI του Π.Ο.Υ. Περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις που προσδιορίζουν την εξάρτηση από το αλκοόλ και αρκούν τέσσερις ή περισσότερες θετικές απαντήσεις, ώστε να τεθεί η διάγνωση. Τα αυξημένα επίπεδα γGT και αμινοτρανσφερασών, CDT και MCV συχνά οφείλονται στο αλκοόλ. Εφόσον αυτές οι εξετάσεις αποτελούν τμήμα του συνηθισμένου βιοχημικού ελέγχου, η παρουσία αυξημένων τιμών τους μπορεί να υποψιάσει τον ιατρό για μια πιθανή διάγνωση επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ ή και εξάρτησης από αυτό.

Αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων

Τα άτομα που είναι οργανικώς εξαρτημένα από το αλκοόλ είναι πιθανό να βιώσουν συμπτώματα στέρησης 6 έως 24 ώρες μετά από την κατανάλωση του τελευταίου ποτού. Η διαζεπάμη προτείνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής των συμπτωμάτων στέρησης, εξαιτίας του σχετικά μακρού χρόνου ημίσειας ζωής και των δεδομένων για αποτελεσματικότητά της. Η βασική θεραπευτική στρατηγική περιλαμβάνει τακτική χορήγηση διαζεπάμης έως 2

με 6 ημέρες, με διακοπή της μετά την έκτη ημέρα, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος εξάρτησης.

Αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ

Ορισμένα άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ βελτιώνονται στηριζόμενα στις δικές τους δυνάμεις και δε χρειάζονται όλοι θεραπεία από ειδικούς, αν και οι περισσότεροι χρειάζονται υποστήριξη. Άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ μπορούν να αντιμετωπίζονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας, αν συμφωνήσουν να απέχουν, ακόμη και εάν δεν πιστεύουν ότι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ, αρνούνται να απευθυνθούν σε εξειδικευμένο κέντρο και δεν έχουν σοβαρές ψυχιατρικές, οργανικές και κοινωνικές επιπλοκές. Τα άτομα με εξάρτηση από αλκοόλ πρέπει να παραπέμπονται για εξειδικευμένη αντιμετώπιση, όταν έχουν προηγούμενες ανεπιτυχείς θεραπευτικές προσπάθειες, όταν έχουν σοβαρές επιπλοκές ή κίνδυνο εμφάνισης χχχ σοβαρών στερητικών συμπτωμάτων, όταν υπάρχουν σοβαρές ιατρικές παθήσεις ή ψυχιατρική συνοσηρότητα και όταν η θεραπεία δεν μπορεί να επιτελεστεί σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Η εξειδικευμένη θεραπεία περιλαμβάνει συμπεριφορικές προσεγγίσεις και φαρμακοθεραπεία. Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η προσέγγιση και ενίσχυση της κοινότητας, και η συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία είναι μεταξύ των πλέον αποτελεσματικών προσεγγίσεων, ειδικά όταν δίνουν έμφαση στην ικανότητα του ατόμου να διακόψει ή να ελαττώσει το αλκοόλ μέσω διαδικασιών εκμάθησης ικανοτήτων αυτοδιαχείρισης και ενίσχυσης των κινήτρων και μέσω της ενδυνάμωσης του υποστηρικτικού συστήματος του ασθενούς. Η Acamprosate και ο ανταγωνιστής των οπιοειδών naltrexone είναι επίσης αποτελεσματικά. Οι μέθοδοι που στερούνται αποτελεσματικότητας περιλαμβάνουν όσες σχεδιάστηκαν να εκπαιδεύσουν, να αντιμετωπίσουν, να σοκάρουν ή να υποδαυλίσουν την οξυδέρκεια όσον αφορά τη φύση και τα αίτια της εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως και η υποχρεωτική παρακολούθηση των Ανώνυμων Αλκοολικών. Υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η γενική έκβαση της θεραπείας μπορεί να βελτιωθεί, όταν οι ασθενείς λαμβάνουν διάφορους τύπους θεραπείας.

Το καλύτερο μοντέλο σύνδεσης μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών δεν είναι σαφές, αν και φαίνεται ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η θεραπεία από ειδικούς δίνουν καλύτερα αποτελέσματα σε συνδυασμό, από ότι εάν η καθεμία από αυτές παρέχεται ξεχωριστά. Η παρακολούθηση μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο της υποτροπής, και είναι σημαντικό για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να διατηρεί μακροχρόνια επαφή με ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν εξάρτηση από το αλκοόλ και δεν βρίσκονται σε παρακολούθηση από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες.

1. Εισαγωγή

Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η περιοχή του κόσμου με το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ και με τα μεγαλύτερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ ανά πληθυσμό (Anderson et al. 2005). Το αλκοόλ είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου ασθενειών και πρόωρου θανάτου μετά το κάπνισμα και την υψηλή αρτηριακή πίεση, όντας σημαντικότερος και από τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και την παχυσαρκία, τρεις φορές σοβαρότερος από το σακχαρώδη διαβήτη και πέντε φορές σημαντικότερος από το άσθμα (Π.Ο.Υ. 2002). Το αλκοόλ προκαλεί 1 στις 14 ασθένειες και πρόωρους θανάτους που εμφανίζονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Anderson et al. 2005). Εκτός από το γεγονός ότι προκαλεί εξάρτηση και ευθύνεται για 60 ή και περισσότερους διαφορετικούς τύπους ασθενειών και τραυματισμών, το αλκοόλ είναι επίσης υπεύθυνο για εκτεταμένες κοινωνικές, ψυχικές και συναισθηματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένου του εγκλήματος και της ενδοοικογενειακής βίας, κοστίζοντας στην Ευρωπαϊκή Ένωση περίπου 124 δισεκατομμύρια € ετησίως (Baumberg & Anderson 2005). Το αλκοόλ όχι μόνο προκαλεί βλάβες στους χρήστες, αλλά και σε όσους τους περιβάλλουν, συμπεριλαμβανομένων των εμβρύων, των παιδιών, των μελών της οικογένειας και όσων υποφέρουν από το έγκλημα, τη βία και τα ατύχημα από την κατανάλωση αλκοόλ.

Περίπου 55 εκατομμύρια ενηλίκων Ευρωπαίων, το 15% του ενηλίκου πληθυσμού, καταναλώνουν τουλάχιστον σε επικίνδυνο επίπεδο ποσότητες αλκοόλ (που προσδιορίζεται ως η τακτική κατά μέσο όρο κατανάλωση 20-40 gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και 40-60 gr στους άνδρες), με ένα δείκτη θνησιμότητας 3,5-4,8 ανά 1.000 γυναίκες και 3,7-8,1 ανά 1.000 άνδρες (Chisholm et al. 2004). Περίπου 20 εκατομμύρια εξ'αυτών, που αντιπροσωπεύουν το 6% του ενήλικου πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, καταναλώνουν ποσότητες αλκοόλ σε επιβλαβές επίπεδο (που καθορίζεται ως η μέση ημερήσια κατανάλωση άνω των 40 gr αλκοόλης για τις γυναίκες και άνω των 60 gr για τους άνδρες). Συνοπτικά, η μέση συχνότητα κατανάλωσης ποτών στους Ευρωπαίους όσον αφορά τη βαριά επεισοδιακή χρήση αλκοόλ (που συχνά λέγεται binge drinking) είναι περίπου 1 ½ φορά μηνιαίως, αντιπροσωπεύει το 10-60% των περιπτώσεων κατανάλωσης αλκοόλ για τους άνδρες και περίπου το 50% για τις γυναίκες (Anderson et al. 2005). Περίπου 118 εκατομμύρια Ευρωπαίων πίνουν επεισοδιακά τουλάχιστον μία φορά μηνιαίως, αριθμός που είναι μόλις λιγότερος από 1 στους 3 στον ενήλικο πληθυσμό. Το 5% των ενηλίκων ανδρών και το 1% των ενηλίκων γυναικών είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ και αυτό ερμηνεύεται ως 23 εκατομμύρια ατόμων που εξαρτώνται από το αλκοόλ στη διάρκεια ενός έτους (Anderson et al. 2005).

Οι λειτουργοί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν αναλάβει την υπευθυνότητα της ανίχνευσης και της λήψης ιστορικού των ασθενών που πίνουν σε επικίνδυνο και επιβλαβή βαθμό για την υγεία τους (Babor & Higgins-Biddle 2001). Ο έλεγχος και η βραχεία παρέμβαση για την κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ασθενών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχει τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν οι ασθενείς για τους κινδύνους της επικίνδυνης και επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ. Η πληροφόρηση σχετικά με την ποσότητα και τη συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να εμπλουτίσει τη διάγνωση της παρούσας κατάστασης των ασθενών και μπορεί να κινητοποιήσει τους

κλινικούς ιατρούς προς την ανάγκη παρέμβασης σε ασθενείς των οποίων η κατανάλωση αλκοόλ θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά τη λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή τους και άλλες πλευρές της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα άτομα που δεν είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ βρίσκουν ευκολότερο να ελαττώσουν ή να διακόψουν την κατανάλωσή του, με επαρκή και κατάλληλη βοήθεια και προσπάθεια, σε σχέση με τα άτομα που είναι εξαρτημένα.

Εντούτοις, πολλοί ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βρίσκουν δύσκολο να ανιχνεύσουν και να συμβουλεύσουν τους ασθενείς σε σχέση με τη χρήση του αλκοόλ. Μεταξύ των λόγων που αναφέρονται συχνότερα είναι η έλλειψη χρόνου, η ανεπαρκής εκπαίδευση, ο φόβος της αντιμετώπισης των ασθενών, η αντίληψη της ασυμβατότητας μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της βραχείας παρέμβασης στο αλκοόλ (Beich et al. 2002), και η πεποίθηση ότι όσοι είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ δεν ανταποκρίνονται σε παρεμβάσεις (Roche & Richard 1991: Roche et al. 1991; Roche et al. 1996; Richmond & Mendelsohn 1998; McAvoy et al. 1999; Kaner et al. 1999; Cornuz et al. 2000; Aalto et al. 2001; Kaariainen et al. 2001).

Ο στόχος αυτών των κατευθυντηρίων οδηγιών είναι η σύνοψη των στοιχείων για τη βλάβη που προκαλείται από το αλκοόλ και ο τρόπος εφαρμογής στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της ανίχνευσης και των βραχέων παρεμβάσεων στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωσή του. Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι ένα εγχειρίδιο για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Ωστόσο, περιγράφουν σύντομα την εξάρτηση από το αλκοόλ και πώς αυτή μπορεί να αντιμετωπισθεί, ώστε οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να ξέρουν τι να περιμένουν και όταν περισσότερο δύσκολα στην διαχείριση περιστατικά προσέλθουν για αντιμετώπιση.

Οι βραχείες παρεμβάσεις για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση του αλκοόλ είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές και χαμηλού κόστους. Εάν εφαρμόζονταν ευρέως στην Ευρώπη και τουλάχιστον στο ένα τέταρτο των ενηλίκων με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, με ένα σχετικά χαμηλό κόστος των 740 εκατομμυρίων €, περίπου 9% των συνολικών προβλημάτων υγείας και πρόωρων θανάτων που προκαλούνται από τη χρήση του αλκοόλ, θα μπορούσε να είχε προληφθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Anderson et al. 2005).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες προετοιμάζονται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ως μέρος του προγράμματος PHEPA, περιλαμβάνοντας 17 Ευρωπαϊκές χώρες που χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, και συντονίζονται και διευθύνονται από το Υπουργείο Υγείας της Καταλονίας. Οι οδηγίες λειτουργούν ως ένα πλαίσιο σε εθνικό και επαρχιακό επίπεδο, με ειδικές στρατηγικές και κατευθύνσεις για την ανίχνευση και μείωση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η οδηγός σημείωση για τους ιατρούς ώστε να ασχοληθούν με την ανίχνευση και τις βραχείες παρεμβάσεις στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, βασισμένη στο εγχειρίδιο του Π.Ο.Υ. παρουσιάζεται στο Παράρτημα 1 (Babor & Higgins-Biddle 2001).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. Addiction, 96, 305-11.

Anderson, P., Baumberg, B. & McNeill, A. (2005). Alcohol in Europe. Report to the European Commission.

Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization

Baumberg, B. & Anderson, P. (2005). The social cost of alcohol to Europe. Submitted for publication.

Beich, A., Gannik, D. & Malterud, K. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. British Medical Journal, 325,870-872.

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., & Monteiro, M. (2004) Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. Journal of Studies on Alcohol, 65(6),782-93.

Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A. & Paccaud, F. (2000) Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Family Practice,17,535-40.

Kaariainen, J., Sillanaukee, P., Poutanen, P. & Seppa, K. (2001) Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. Alcohol Alcohol,36,141-6.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. & Gilvarry, E. (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol Alcohol,34,559-66.

Richmond, R.L. & Mendelsohn, C.P. (1998) Physicians' views of programs incorporating stages of change to reduce smoking and excessive alcohol consumption. American Journal of Health Promotion, 12,254-7.

Roche, A.M & Richard, G.P. (1991) Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. Social Science & Medicine,33,1053-61.

Roche, A.M., Guray, C. & Saunders, J.B. (1991) General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. British Journal of Addiction,86,263-75.

Roche, A.M., Parle, M.D. & Saunders, J.B. (1996) Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. Australian and New Zealand Journal of Public Health,20,401-8.

World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; World Health Organization.

2. Προετοιμασία των κατευθυντήριων οδηγιών

Ο πρωταρχικός στόχος των κατευθυντηρίων οδηγιών είναι να παρέχουν συμβουλές στους λειτουργούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με τις σύγχρονες γνώσεις αναφορικά με την αποτελεσματικότητα διαφόρων τεχνικών παροχής βοήθειας σε άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ κατά έναν επικίνδυνο και επιβλαβή τρόπο. Οι οδηγίες βασίζονται σε αναφορά στην ανασκόπηση δεδομένων και στην εμπειρία μίας ομάδας η οποία σχηματίστηκε για να τις δημιουργήσει. Οι οδηγίες βασίζονται, όταν αυτό είναι δυνατό, σε στοιχεία και ενδείξεις από καλώς σχεδιασμένες ερευνητικές μελέτες. Όταν δε διατίθενται τέτοια δεδομένα, οι προτάσεις που γίνονται στηρίζονται στην κατάλληλη κλινική εμπειρία. Τα δεδομένα ανακεφαλαιώνονται σε κάθε κεφάλαιο. Η πρόθεση είναι να παρέχονται δεδομένα που καθοδηγούν παρά που υπαγορεύουν τις όποιες παρεμβάσεις, εκπαίδευση ή επαγγελματική εξέλιξη. Οι κατευθυντήριες οδηγίες δε στοχεύουν να αντικαταστήσουν τις ήδη υπάρχουσες οδηγίες σε κάποια χώρα, αντίθετα ο στόχος είναι να κινητοποιήσουν την ανάπτυξη και την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών σε όλες τις χώρες.

Στόχος των κατευθυντήριων οδηγιών: Ο πρωταρχικός στόχος των οδηγιών αυτών είναι να παρέχουν πρόσφατες, βασισμένες σε στοιχεία πληροφορίες προς τους λειτουργούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετικά με το γιατί και το πώς να ανιχνεύουν και να παρεμβαίνουν σε άτομα με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ. Η ενημέρωση αυτή απαιτείται λόγω του μεγέθους και της σοβαρότητας της επιβάρυνσης στην υγεία από το αλκοόλ, και της ποικιλίας των πρακτικών και συχνά της έλλειψης αυτών στην Ευρωπαϊκή Ένωση που εφαρμόζονται έναντι της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ.

Το κοινό των οδηγιών: Οι κατευθυντήριες οδηγίες απευθύνονται σε ιατρούς και νοσηλευτές της Π.Φ.Υ. που φροντίζουν ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και σε managers, εκπαιδευτές, χρηματοδότες και εκτιμητές των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που επιθυμούν να γνωρίζουν το «γιατί» και το «πως» μιας αποτελεσματικής παρέμβασης.

Η ανάπτυξη των οδηγιών: Στηρίζονται στην ανασκόπηση των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τη βλάβη και την αποτελεσματικότητα καθώς και τις γνώσεις μιας ομάδας ατόμων που συγκροτήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος PHEPA ώστε να αναπτυχθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες. Η έρευνα αφορούσε ηλεκτρονική αναζήτηση σε σχετικές βάσεις δεδομένων, δημοσιευμένων μετα-αναλύσεων και ανασκοπήσεων, αναζήτηση βιβλιογραφίας από το διαδίκτυο και επαφή με σημαντικούς ερευνητές και ερευνητικά κέντρα για σχετικές πληροφορίες και οδηγίες. Οι βάσεις δεδομένων περιλαμβάνουν το Medline, το Phychinfo και το Cochrane Database of Systematic Reviews. Στηριχθήκαμε σημαντικά σε δημοσιεύσεις και ανασκοπήσεις από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον Π.Ο.Υ. και το Εθνικό ινστιτούτο Κατάχρησης Αλκοόλ και Αλκοολισμού των Ηνωμένων Πολιτειών (σχετικά με τις βιβλιογραφικές αναφορές δες τα αντίστοιχα κεφάλαια).

Το επίπεδο των δεδομένων και η αξιοπιστία των συστάσεων: Οι οργανισμοί που προετοιμάζουν κατευθυντήριες οδηγίες ταξινομούν την ποιότητα των δεδομένων που

διαθέτουν και την αξιοπιστία των συστάσεων που προκύπτουν. Ο κάθε οργανισμός χρησιμοποιεί ένα ελαφρώς διαφοροποιημένο σύστημα και δεν υπάρχει προς το παρόν ένα καθολικά αποδεκτό σύστημα.

Αν και τα προτιμούμενα επίπεδα δεδομένων προέρχονται από συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις[1] επιδημιολογικών μελετών και τυχαιοποιημένων ερευνών, κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό για όλα τα θέματα ενδιαφέροντος. Όταν οι συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις δεν είναι διαθέσιμες, οι συγγραφείς των κατευθυντηρίων οδηγιών βασίζονται σε τυχαιοποιημένες μελέτες[2] ως το δεύτερο ικανό επίπεδο δεδομένων. Ελεγμένες δοκιμασίες επιτρέπουν στον ερευνητή να συμπεράνει, με ένα βαθμό βεβαιότητας, εάν η θεραπεία που ελέγχεται είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη μη παροχή θεραπείας. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμες τυχαιοποιημένες μελέτες, οι συγγραφείς πρέπει να στηριχθούν σε συγκριτικές μελέτες, μη αναλυτικές μελέτες και απόψεις ειδικών κατά φθίνουσα σειρά. Εφόσον το πρόγραμμα του PHEPA δεν έχει συγκροτηθεί ως μία ομάδα ανάπτυξης επίσημων κατευθυντήριων γραμμών, αποφασίστηκε να μην ταξινομηθεί η σημαντικότητα των συστάσεων μας, όπως οι συγγραφείς άλλων οδηγιών έχουν κάνει, παρά να προτείνουμε κατευθύνσεις (συστάσεις) που να είναι σύμφωνες με άλλες εκδόσεις, στηριζόμενες σε απόψεις των ειδικών, μελών του προγράμματος PHEPA, ως συνόλου. Η όλη διαδικασία έχει ελεγχθεί και βρέθηκε συνεπής με το AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, AGREE Collaboration 2001), ως εργαλείο-όργανο.

Βιβλιογραφικές αναφορές

AGREE Collaboration (2001) Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. Available from: http://www.agreecollaboration.org.

[1] *Μετα-ανάλυση είναι μία στατιστική τεχνική η οποία συνδυάζει έναν αριθμό επιμέρους μελετών ή δοκιμών ώστε να αυξηθεί η συνολική ισχύς και βεβαιότητα των συμπερασμάτων.*

[2] *Η τυχαιοποιημένη μελέτη αναφέρεται στην έρευνα η οποία έχει τουλάχιστον μία ομάδα υπό θεραπεία και μία ομάδα ελέγχου, συνήθως χωρίς θεραπεία ή με χορήγηση placebo. Η μελέτη συνήθως αφορά παραμέτρους προ και μετά τη θεραπεία και κατανέμει τους συμμετέχοντες στις υπό έρευνα ομάδες κατά τυχαίο τρόπο. Κάποιες ερευνητικές δοκιμές πραγματοποιούνται ως διπλές τυφλές μελέτες, όπου ούτε ο ερευνητής, ούτε ο συμμετέχοντας γνωρίζουν ποιος λαμβάνει και ποια θεραπεία, ή ως μονές τυφλές μελέτες όπου ο ερευνητής ή ο συμμετέχοντας δε γνωρίζει ποιος λαμβάνει ποια αγωγή.*

3. Περιγράφοντας την κατανάλωση αλκοόλ και την προκαλούμενη βλάβη

Περίληψη των στοιχείων του κεφαλαίου

1. Πώς μπορεί να περιγραφεί η κατανάλωση αλκοόλ;
Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να περιγραφεί με τη μορφή γραμμαρίων αλκοόλης που καταναλώνονται ή με τη μορφή ποτών, όπου στην Ευρώπη, ένα σύνηθες ποτό περιέχει 10 γραμμάρια αλκοόλης.

2. Πώς μπορεί να περιγραφεί η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση και εξάρτηση από το αλκοόλ;
Η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ είναι αυτή που το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης είναι πιθανό να οδηγήσει σε βλάβη εάν συνεχιστεί κατά τον ίδιο τρόπο. Ένας δόκιμος ορισμός του Π.Ο.Υ. την περιγράφει ως μέση κατανάλωση 20-40 gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και 40-60 gr στους άνδρες. Η επικίνδυνη κατανάλωση περιγράφεται ως ο τρόπος κατανάλωσης που οδηγεί σε βλάβη στην υγεία, είτε οργανική είτε ψυχική. Ένας ορισμός του Π.Ο.Υ. την περιγράφει ως μέση ημερήσια κατανάλωση άνω των 40 gr αλκοόλης για τις γυναίκες και άνω των 60 gr για τους άνδρες. Η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση (μερικές φορές ονομαζόμενη και ως binge drinking), η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιζήμια για κάποιες μορφές νόσων, μπορεί να οριστεί ως κατανάλωση τουλάχιστον 60 gr αλκοόλης σε μία περίσταση. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένας συνδυασμός συμπεριφορικών, οργανικών και γνωσιακών εκδηλώσεων, όπου η χρήση αλκοόλ αποκτά μεγαλύτερη προτεραιότητα για ένα άτομο, έναντι συμπεριφορών που παλαιότερα είχαν μεγαλύτερη αξία.

3. Η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ και η εξάρτηση από αυτό αποτελούν ένα συνεχές;
Η κατανάλωση αλκοόλ, η σχετιζόμενη με αυτήν βλάβη και η εξάρτηση από αυτό αποτελούν ένα συνεχές. Δεν είναι σταθερές καταστάσεις και τα άτομα μπορούν να κινούνται κατά τη διάρκεια της ζωής τους μπροστά και πίσω σε ένα συνεχές.

Συστάσεις

1. Σε επιστημονικό επίπεδο, τα γραμμάρια αλκοόλης είναι η προτιμούμενη σημειογραφία. Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας, ο αριθμός των καθορισμένων ποτών είναι η προτιμούμενη σημειογραφία.

2. Οι προτιμητέοι όροι για να περιγραφούν οι μορφές επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ είναι η επικίνδυνη κατανάλωση, η επιβλαβής κατανάλωση, η επεισοδιακή βαριά κατανάλωση και η εξάρτηση, παρά όροι όπως η κατάχρηση αλκοόλ, η κακή χρήση αλκοόλ και ο αλκοολισμός.

3.1. Πώς θα πρέπει να περιγραφεί η κατανάλωση αλκοόλ;

Οι πάροχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν την κατανάλωση αλκοόλ στους ασθενείς τους είτε με όρους κατανάλωσης gr αλκοόλ είτε με όρους standard drinks (τυποποιημένων ποτών-ΤΠ), όπου στην Ευρώπη ένα τυποποιημένο ποτό συνήθως περιέχει 10 γραμμάρια καθαρού αλκοόλ (Turner 1990).

Σε επιστημονικό επίπεδο, οι αναφορές στις ποσότητες του αλκοόλ που καταναλώνεται, πρέπει να γίνονται σε γραμμάρια αλκοόλης, ώστε να διευκολύνεται η σύγκριση σε διεθνές επίπεδο.

Ο όρος του ΤΠ χρησιμοποιείται ώστε να απλουστευθεί η καταμέτρηση του καταναλούμενου αλκοόλ. Αν και κάποια ανακρίβεια είναι αναμενόμενη, το επίπεδο ακρίβειας είναι αρκετό για να προταθεί ως μέθοδος καταγραφής της κατανάλωσης αλκοόλ σε μία ποικιλία δομών, όπως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε τμήματα επειγόντων και ατυχημάτων καθώς και σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

Αν και το να χρησιμοποιείται ο όρος του ΤΠ έχει πλεονεκτήματα, υπάρχουν και δυσκολίες:

- Το αλκοόλ που περιέχεται στα ποτά ποικίλει σε μεγάλο βαθμό, από 1% έως 45%, που μπορεί να οδηγήσει εύκολα σε λανθασμένους υπολογισμούς.
- Το ίδιο είδος ποτού μπορεί να τοποθετηθεί σε διαφορετικές συσκευασίες, με διαφορετικές ποσότητες αλκοόλης.
- Ο ίδιος τύπος ποτού μπορεί να διαφέρει όσον αφορά στη συγκέντρωση της αλκοόλης, ανάλογα με το που και πώς παρασκευάζεται.
- Τα ΤΠ ποικίλουν από τη μία χώρα στην άλλη.
- Στις περισσότερες χώρες το αλκοόλ που περιέχεται σε ένα standard drink έχει καθοριστεί κατόπιν κοινής συμφωνίας, χωρίς προηγούμενη επιστημονική έρευνα.

Η χρήση του όρου των ΤΠ απλοποιεί την εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλ και η συστηματική χρήση του στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να υιοθετηθεί. Εντούτοις, εφόσον υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών, το περιεχόμενο της αλκοόλης σε κάθε ΤΠ πρέπει να καθορίζεται σε κάθε χώρα ανάλογα με τις επιστημονικές μελέτες και όχι μόνο κατόπιν συμφωνίας.

Ο Π.Ο.Υ. (Babor & Higgins-Biddle 2001) προτείνει ότι ένα τυποποιημένο ποτό είναι το ισοδύναμο :

- 330 κυβικών εκατοστών μπίρας 5%
- 140 κυβικών εκατοστών κρασιού 12%
- 90 κυβικών εκατοστών ενισχυμένου κρασιού (sherry) 18%
- 70 κυβικών εκατοστών λικέρ 25%
- 40 κυβικών εκατοστών οινοπνευματώδους ποτού 40%

Λόγω του ειδικού της βάρους, 1 κυβικό εκατοστό αλκοόλης ισούται με 0,785 γραμμάρια αλκοόλης, οπότε ο ορισμός του Π.Ο.Υ. ενός ΤΠ αναφέρεται σε 13 γραμμάρια περίπου αλκοόλης. Στην Ευρώπη ένα ΤΠ συνήθως περιέχει 10 γραμμάρια αλκοόλης (Turner 1990).

3.2. Πώς μπορεί να περιγραφεί η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση και η εξάρτηση από το αλκοόλ;

Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ
Ως επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ έχει οριστεί το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που είναι πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη εάν οι συνήθειες κατανάλωσης επιμείνουν (Babor et al. 1994). Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ που θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επικίνδυνο και, όπως φαίνεται για πολλές καταστάσεις στο κεφάλαιο 4, οποιοδήποτε επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνο. Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. την περιγράφει ως τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40 gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40-60 gr για τους άνδρες (Rehm et al. 2004).

Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ
Ως επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με πρόκληση βλάβης στην υγεία, είτε οργανική (όπως κίρρωση του ήπατος) είτε ψυχική (όπως η δευτερογενής κατάθλιψη που ακολουθεί τη χρήση αλκοόλ) (Π.Ο.Υ. 1992). Βασιζόμενος σε επιδημιολογικά στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση αλκοόλ με τη βλάβη (αναφορά στο κεφάλαιο 4), ο Π.Ο.Υ. υιοθέτησε ως ορισμό για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ τη μέση κατανάλωση άνω των 40 gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60 gr για τους άνδρες (Rehm et al. 2004).

Τοξίκωση
Ως τοξίκωση ορίζεται ένα λίγο πολύ βραχύ διάστημα λειτουργικής διαταραχής της ψυχολογικής και ψυχοκινητικής επίδοσης που προκαλείται από την παρουσία αλκοόλ στον οργανισμό (Π.Ο.Υ. 1992), ακόμη και σε πολύ χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης (Eckardt et al. 1998). Η τοξίκωση δεν είναι συνώνυμη με το “binge drinking” ή τη βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ.

Βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ
Ως βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οριστεί η κατανάλωση σε μία μόνο περίσταση το λιγότερο 60 gr αλκοόλης (Π.Ο.Υ. 2004). Με κοινούς όρους συχνά αποκαλείται ως “binge-drinking”.

Εξάρτηση από το αλκοόλ
Η διεθνής ταξινόμηση του Π.Ο.Υ. για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (1992), ICD-10, ορίζει την εξάρτηση από το αλκοόλ ως το σύνολο των οργανικών, συμπεριφορικών και γνωσιακών φαινομένων όπου η χρήση αλκοόλ αποκτά μεγαλύτερη προτεραιότητα για ένα άτομο σε σχέση με άλλες συμπεριφορές που είχαν κάποτε μεγαλύτερη αξία. Ένα κεντρικό χαρακτηριστικό είναι η επιθυμία (συχνά ισχυρή, ορισμένες φορές ακαταμάχητη) για κατανάλωση αλκοόλ. Η επιστροφή στο ποτό μετά από μία περίοδο αποχής συχνά σχετίζεται με την ταχεία επανεμφάνιση των χαρακτηριστικών του συνδρόμου. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιγράφονται στον Πίνακα 3.1.

Πίνακας 3.1 ICD-10 Κριτήρια για την εξάρτηση από το αλκοόλ.

1. Έντονη επιθυμία ή επιτακτική ανάγκη λήψης της ουσίας.

2. Δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης ουσίας σε σχέση με την έναρξή της, τη διακοπή της ή το βαθμό χρήσης.

3. Η φυσιολογική κατάσταση απόσυρσης (ή στέρησης), όταν διακοπεί η χρήση της ουσίας ή όταν έχει ελαττωθεί η δοσολογία της, όπως αυτή εκδηλώνεται με το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης από την ουσία (σύνδρομο στέρησης) ή η χρήση της ίδιας (ή κάποιας στενά συνδεδεμένης) ουσίας, με σκοπό την ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης.

4. Αντοχή στην ουσία, διαπιστούμενη απλο το φαινόμενο ότι απαιτούνται αυξημένες δόσεις, προκειμένου να επιτευχθεί επίδραση, η οποία αρχικά απαιτούσε μικρότερες δόσεις (χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτού του φιανομένου απαντώνται στα άτομα με εξάρτηση από οινοπνευματώδη και οποιούχα, τα οποία μπορούν να λαμβάνουν ημερήσιες δόσεις ικανές να προκαλέσουν σωματική ανικανότητα ή ακόμα και να επιφέρουν το θάνατο σε μη εθισμένους χρήστες).

5. Προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης ή ενδειφερόντων εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, προοδευτικά αυξανόμενος χρόνος απαραίτητος για την απόκτηση ή για τη λήψη της ουσίας ή για ανάνηψη από τις επιδράσεις της.

6. Επιμονή στη χρήση της ουσίας, παρά τις αναμφισβήτητες ενδείξεις σοβαρών βλαπτικών συνεπειών, όπως η βλάβη του ήπατος λόγω υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια, προκειμένου να διευκρινίζεται, εάν ο χρήστης είχε πράγματι ή θα αναμενόταν να έχει επίγνωση της φύσης και της έκτασης της βλάβης.

Όροι που δε συνιστάται πλέον η χρήση τους. Υπάρχει ένας αριθμός ορισμών καθορισμού νόσου που η αναφορά δε χρησιμοποιεί περιλαμβάνοντας:

- **Μέτρια κατανάλωση**: Η αναφορά απέφυγε τη χρήση της λέξης «μέτρια» αφού είναι ένας ασαφής, μη ακριβής όρος για τον χαρακτηρισμό ενός τρόπου κατανάλωσης, που αντιπαραβάλλεται με τη βαριά κατανάλωση. Αν και συνήθως περιγράφει κατανάλωση που δεν προκαλεί προβλήματα (και επομένως δεν είναι υπερβολική κατανάλωση) είναι δύσκολο να ορισθεί. Μία καλύτερη περιγραφή μπορεί να είναι η «χαμηλού κινδύνου κατανάλωση».

- **Λογική κατανάλωση, υπεύθυνη κατανάλωση και κοινωνική κατανάλωση**: είναι απίθανο να καθοριστούν και εξαρτώνται από

κοινωνικές, πολιτιστικές και ηθικές αξίες που μπορεί να διαφοροποιούνται ευρέως από χώρα σε χώρα, από πολιτισμό σε πολιτισμό, από τη μία εποχή στην άλλη.

- **Έντονη κατανάλωση**: Είναι προς το παρόν ένας προτεινόμενος όρος για μία μορφή κατανάλωσης που θεωρείται ότι ξεπερνάει το όριο μίας ελαφριάς κατανάλωσης. Η επικίνδυνη χρήση είναι ο όρος που προτιμάται να χρησιμοποιείται επί του παρόντος.

- **Αλκοολισμός**: Είναι ένας όρος ποικίλης σημασίας για τη μακροχρόνια χρήση, γενικά αναφερόμενος στη χρόνια συνεχή κατανάλωση αλκοόλ ή στην περιοδική κατανάλωση αλκοόλ χωρίς έλεγχο της χρήσης, συχνά επεισόδια τοξίκωσης και ενασχόληση με το αλκοόλ και τη χρήση του παρά τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ανακρίβεια του όρου οδήγησε την ειδική επιτροπή του Π.Ο.Υ. στην απόρριψη του, προτιμώντας τον στενότερο ορισμό του συνδρόμου εξάρτησης ως ενός ορισμού μίας πλειάδας προβλημάτων σχετιζόμενων με το αλκοόλ (Edwards & Gross 1976; Π.Ο.Υ. 1980) ενώ δεν συμπεριλήφθηκε ως διαγνωστική οντότητα στο ICD-10. Ο προτιμητέος όρος είναι η αλκοολική εξάρτηση.

- **Κατάχρηση αλκοόλ**: Είναι ένας όρος ευρείας χρήσης αλλά με ποικίλη σημασία. Αν και χρησιμοποιείται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο του DSM, πρέπει να θεωρείται ως υπολειμματική κατηγορία, με την εξάρτηση να προτιμάται όταν μπορεί να εφαρμοστεί διαγνωστικά. Ο όρος χρησιμοποιείται κάποιες φορές χωρίς αποδοχή, για την αναφορά σε οποιαδήποτε χρήση, ειδικά όσον αφορά τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Λόγω της ασάφειας του, ο όρος δε χρησιμοποιείται στην κατηγοριοποίηση ICD-10. Η επικίνδυνη και επιζήμια χρήση είναι οι ισοδύναμοι όροι.

- **Κακή χρήση αλκοόλ**: Είναι ένας όρος που περιγράφει τη χρήση του αλκοόλ κατά τη μη νόμιμο τρόπο ή μη συνεπή με τις ιατρικές οδηγίες όπως κατά τη μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αν και η κακή χρήση προτιμάται από μερικούς αντί του όρου κατάχρηση, πιστεύοντας ότι είναι λιγότερο επικριτική, είναι επίσης ασαφής. Η επικίνδυνη χρήση είναι ο ισοδύναμος όρος.

3.3. Η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ και η εξάρτηση από αυτό υφίστανται εντός ενός συνεχούς;

Η κατανάλωση αλκοόλ, η σχετιζόμενη με το αλκοόλ βλάβη και η εξάρτηση από αυτό υφίστανται εντός ενός συνεχούς. Η κατανάλωση αλκοόλ κυμαίνεται μεταξύ της μη χρήσης του αλκοόλ, της χαμηλού κινδύνου κατανάλωσης, της επικίνδυνης κατανάλωσης, της επιβλαβούς κατανάλωση και της εξάρτησης. Με τον ίδιο τρόπο, η προκαλούμενη από το αλκοόλ βλάβη ποικίλλει από καθόλου έως μέτριου βαθμού βλάβη, έως τη σημαντική και σοβαρή βλάβη. Η κατανάλωση αλκοόλ και η βλάβη που προκαλείται από αυτό δεν είναι

σταθερές καταστάσεις και τα άτομα μπορούν με ευκολία να μεταπηδούν προς τη μία ή την άλλη πλευρά του συνεχούς, συμπεριλαμβανομένων και εισόδων και εξόδων στη φάση εξάρτησης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μία αμερικάνικη μελέτη έδειξε ότι από τα άτομα με αλκοολική εξάρτηση προ του τελευταίου έτους, ποσοστό 18% εξ'αυτών απείχαν από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, 18% ήταν χαμηλού κινδύνου χρήστες, 12% ήταν ασυμπτωματικοί σε κίνδυνο χρήστες που παρουσίαζαν έναν τρόπο κατανάλωσης που τους έθετε σε κίνδυνο υποτροπής, 27% κατηγοριοποιήθηκαν σε φάση μερικής ύφεσης και 25% παρέμειναν στην κατηγορία των εξαρτημένων (Dawson et al. 2005). Μόνο το ένα τέταρτο όλων αυτών των ατόμων είχαν λάβει θεραπεία κάποια στιγμή της ζωής τους για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ.

Η αιτιολογία και η πορεία της επιζήμιας κατανάλωσης αλκοόλ και η εξάρτηση από αυτό, σε μεγάλο βαθμό εξηγούνται από συμπεριφορικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες και παράγοντες που προκύπτουν κατά την πορεία της ζωής (McLellan et al. 2000; Bacon 1973; Öjestö 1981; Edwards 1989; Moos 1990). Μπορούν να περιγραφούν ως κλινικές διαταραχές περιβαλλοντικά επηρεαζόμενες (Curran et al. 1987; Pattison et al. 1977; Humphreys et al. 2002). Είναι εμφανώς ανταποκρινόμενες σε πολιτικές όπως η τιμή του αλκοόλ και οι κανονισμοί σχετικά με τη διαθεσιμότητά του. Είναι επίσης εμφανώς ανταποκρινόμενες στη θεραπεία, της οποίας η επίπτωση πιθανόν να ενδυναμώνεται από την παρουσία αποτελεσματικών περιβαλλοντικών πολιτικών.

Βιβλιογραφικές αναφορές

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders. 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association

Babor T et al. (2003) Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford, Oxford University Press.

Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., eds. (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva.

Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization

Bacon, S. D. (1973) The process of addiction to alcohol: social aspects. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1-27.

Blomqvist, J. (1998) The .Swedish model. of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. Contemporary Drug Problems, 25, 253-320.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skög, O-J., Sulkunen, P. & Osterberg, E. (1975) Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Curran, W., Arif, A. & Jayasuriya, D. (1987) Guidelines for assessing and revising national legislation on treatment of drug- and alcohol-dependent persons. International Digest of Health Legislation, 38, Suppl. 1.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001.2002. Addiction, 100, 281.292

Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, Kalant H, Koop GF, Li TK, Tabakoff B (1998) Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 22, 998.1040.

Edwards, G. & Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal, 1, 1058-1061.

Edwards, G. (1989) As the years go rolling by: drinking problems in the time dimension. British Journal of Psychiatry, 154, 18-26.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., & Skog, O-J. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.

Humphreys, K., & Tucker, J. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. Addiction, 97, 126-132.

Klingemann, H., Takala, J-P. & Hunt, G., eds. (1992) Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries. Albany, NY: State University of New York Press.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O.Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. Journal of the American Medical Association, 284, 1689-1695.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990) Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome. New York: Oxford University Press.

Öjesjö, L. (1981) Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. British Journal of Addiction, 76, 391-400.

Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C., eds. (1977) Emerging Concepts of Alcohol Dependence. New York: Springer.

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U. & Jernigan, D. (2004) Alcohol. In: WHO (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO.

Turner, C. (1990) How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. British Journal of Addiction, 85, 1171-6.

World Health Organization (1980) Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee. Geneva. World Health Organization (WHO Technical Report Series, No.650).

World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004) Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva, World Health Organization.

4. Αλκοόλ και υγεία

Περίληψη των στοιχείων του κεφαλαίου

1. **Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης κοινωνικών βλαβών και βλαβών προς άλλα άτομα;**

Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για μία πληθώρα κοινωνικών βλαβών κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο και χωρίς στοιχεία ύπαρξης ενός επιπέδου, πέραν του οποίου, αυτές προκαλούνται. Σε ατομικό επίπεδο, όσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση του αλκοόλ τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος. Οι προκαλούμενες βλάβες από τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ ενός ατόμου κυμαίνονται από κοινωνικές οχλήσεις, όπως η διασάλευση του ύπνου κατά τις βραδινές ώρες έως και σοβαρότερες επιπτώσεις με προβλήματα στο γάμο, κακοποίηση παιδιών, εγκλήματα, βία, έως και ανθρωποκτονία. Γενικώς, όσο σοβαρότερο είναι το έγκλημα ή ο τραυματισμός, τόσο πιθανότερο είναι να εμπλέκεται η κατανάλωση αλκοόλ. Οι βλάβες που προκαλούνται σε τρίτους αποτελούν έναν επίσης βασικό λόγο παρέμβασης για τις επικίνδυνες και βλαβερές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.

2. **Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο να ασθενειών;**

Πέραν του γεγονότος ότι αποτελεί μία εξαρτησιογόνο ουσία, το αλκοόλ αποτελεί την αιτία εξήντα διαφορετικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων τραυματισμών, ασθενειών που αφορούν τη συμπεριφορά και την ψυχική υγεία, γαστρεντερικών παθήσεων, νεοπλασιών, καρδιοαγγειακών παθήσεων, ασθενειών του ανοσοποιητικού συστήματος, σκελετικών παθήσεων, διαταραχών του αναπαραγωγικού συστήματος και εμβρυϊκών βλαβών. Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτών των ασθενειών και τραυματισμών κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο, χωρίς στοιχεία ύπαρξης ενός επιπέδου κατανάλωσης πέραν του οποίου οι βλάβες αυτές εμφανίζονται. Όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση του αλκοόλ τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος.

3. **Η κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο καρδιακών ασθενειών;**

Η μικρές ποσότητες κατανάλωσης αλκοόλ μειώνουν τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, παρόλο που το ακριβές μέγεθος της μείωσης του κινδύνου καθώς και το επίπεδο κατανάλωσης του αλκοόλ στο οποίο εμφανίζεται και η μεγαλύτερη μείωση, αποτελούν ακόμη θέμα συζήτησης. Καλύτερες ποιοτικές μελέτες και μελέτες που λαμβάνουν υπόψην πιθανούς επιδρώντες παράγοντες έδειξαν μικρότερο κίνδυνο και σε χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ. Η μεγαλύτερη μείωση για τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων μπορεί να επιτευχθεί με μέση κατανάλωση 10 gr αλκοόλ ανά κάθε δεύτερη ημέρα. Πέραν των 20 gr αλκοόλ ημερησίως, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου αυξάνεται. Φαίνεται ότι είναι η αλκοόλη που μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιακών παθήσεων παρά το είδος του καταναλούμενου ποτού. Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ σε μία περίσταση αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών αρρυθμιών και του αιφνίδιου θανάτου συνεπεία στεφανιαίας νόσου.

4. **Η κατανάλωση του αλκοόλ είναι ελεύθερη κινδύνων;**

Ο κίνδυνος θανάτου από κατανάλωση αλκοόλ ισορροπεί μεταξύ του κινδύνου ανάπτυξης ασθενειών και πρόκλησης ατυχημάτων, που το αλκοόλ αυξάνει, και του

κινδύνου εμφάνισης καρδιακών παθήσεων, που σε μικρές ποσότητες κατανάλωσης το αλκοόλ μειώνει. Η ισορροπία αυτή δείχνει ότι, πλην των ηλικιωμένων ατόμων, η κατανάλωση αλκοόλ δεν είναι ελεύθερη κινδύνων. Το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ το μικρότερο κίνδυνο θανάτου είναι το μηδέν ή περίπου στο μηδέν για τις γυναίκες κάτω των εξήντα πέντε ετών και λιγότερο από 5 gr αλκοόλ ημερησίως για τις γυναίκες των εξήντα πέντε ετών και άνω. Για τους άντρες, το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ ώστε να έχουμε το μικρότερο κίνδυνο θανάτου είναι το μηδέν, για ηλικίες κάτω των τριάντα πέντε ετών και περίπου στα 5 gr ημερησίως για άτομα μέσης ηλικίας, ενώ είναι μικρότερο των 10 gr ημερησίως για ηλικίες των εξήντα πέντε ετών και άνω.

5. Τι καθορίζει την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση και εξάρτηση από το αλκοόλ;

Το γονιδιακό υπόβαθρο παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην αύξηση του κινδύνου πρόκλησης βλαβερών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ και εξάρτησης από αυτό. Κάποια γονίδια φαίνεται να αυξάνουν αυτόν τον κίνδυνο ενώ άλλα να τον μειώνουν. Υπάρχει μία αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος και άτομα που πίνουν περισσότερο αλκοόλ ή άτομα που ζουν σε περιβάλλον όπου γίνεται κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ασθενειών σχετιζόμενων με το αλκοόλ. Σε κάθε επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ, οι γυναίκες παρουσιάζουν έναν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ασθενειών, με διαφορετικό βαθμό επικινδυνότητας αναλόγως με την πάθηση. Πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν μικρότερο ποσοστό ύδατος ανά κιλό βάρους σώματος σε σχέση με τους άνδρες. Έως και το 25% του αυξημένου κινδύνου θανάτου των ανδρών μέσης ηλικίας και χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής τάξης, σε σχέση με αντίστοιχες ομάδες υψηλότερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων οφείλεται στην κατανάλωση αλκοόλ.

6. Πόσο σημαντικό είναι το αλκοόλ ως παράγοντας πρόκλησης ασθενειών;

Για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης το αλκοόλ αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες πρόκλησης ασθενειών και πρόωρου θανάτου. Είναι λιγότερο σημαντική αίτια από το κάπνισμα και την υπέρταση, περισσότερο σημαντικό από την υπερχοληστεριναιμία και την παχυσαρκία.

7. Η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της υγείας;

Υπάρχουν οφέλη στην υγεία του ατόμου από τη μείωση ή διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Όλες οι οξείες καταστάσεις κινδύνου για την υγεία του ατόμου μπορούν να αναστραφούν εντελώς με την διακοπή του αλκοόλ. Ακόμη και μεταξύ χρόνιων παθήσεων όπως η κίρρωση του ήπατος και η κατάθλιψη, η μείωση ή η διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ συσχετίζεται με ταχεία βελτίωση της υγείας του ατόμου.

Συστάσεις

1. Επειδή το αλκοόλ εμπλέκεται σε μία πλειάδα οργανικών και ψυχικών ασθενειών με δοσοεξαρτώμενο τρόπο, υπάρχει η ευκαιρία για τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να εντοπίσουν όλους τους ενήλικες ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ.
2. Επειδή η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει τη θεραπεία πολλών συνήθων οργανικών και ψυχικών παθήσεων, η αιτιότητά τους στη χρήση του αλκοόλ πρέπει να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί. Είναι ιδιαίτερης σημασίας η μείωση του κινδύνου πρόκλησης βλαβών σε άλλα άτομα.

4.1. Το αλκοόλ μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πρόκλησης κοινωνικών βλαβών και βλαβών προς τρίτους;

Αλκοόλ και κοινωνική ικανοποίηση

Η χρήση του αλκοόλ επιφέρει έναν αριθμό ικανοποιήσεων (Peele & Grant 1999; Peele & Brodsky 2000). Η πεποίθηση ότι η μικρή κατανάλωση αλκοόλ είναι ωφέλιμη για την υγεία είναι πιθανώς τόσο παλιά, όσο και η ιστορία του αλκοόλ (Thom 2001) και εντάσσεται στη λαϊκή παράδοση (Cherrington 1925). Όταν άτομα στο γενικό πληθυσμό ερωτώνται σχετικά με τις προσδοκίες τους από την επίδραση του αλκοόλ, συνήθως αναφέρουν περισσότερο θετικές παρά αρνητικές αισθήσεις και εμπειρίες (π.χ. χαλάρωση, κοινωνικότητα) με λίγες αναφορές στις βλάβες που προκαλεί (Mäkelä & Mustonen, 1988; Mäkelä & Simpura, 1985; Nyström, 1992).

Το αλκοόλ παίζει ένα ρόλο στην καθημερινή κοινωνική ζωή, σηματοδοτώντας γεγονότα όπως η γέννηση ενός παιδιού, ο γάμος και ο θάνατος, είτε επισημαίνοντας τη μετάβαση από την εργασία στη διασκέδαση και διευκολύνοντας την κοινωνική συναναστροφή. Σε όλη την ιστορική διαδρομή και σε πολλούς διαφορετικούς πολιτισμούς το αλκοόλ αποτελεί ένα σύνηθες μέσο μεταξύ φίλων για την ενίσχυση της απόλαυσης της συντροφιάς των άλλων και γενικότερα της διασκέδασης.

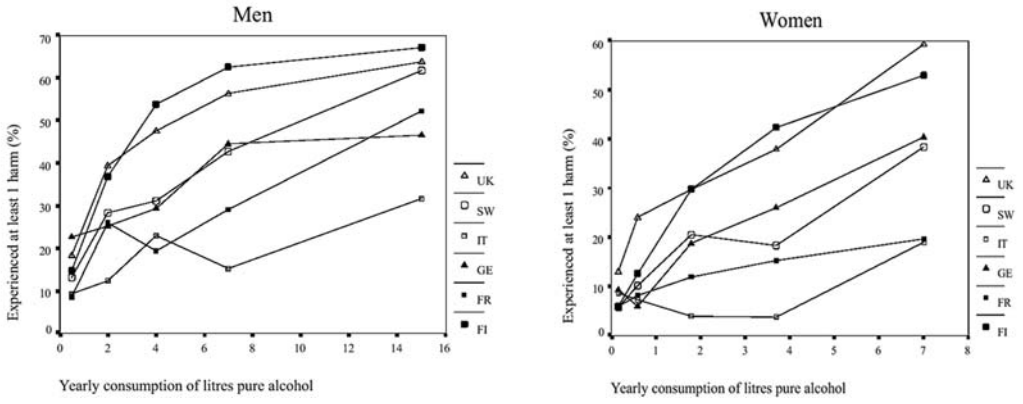
Τα οφέλη αυτών που πίνουν στη διάρκεια κοινωνικών εκδηλώσεων επηρεάζονται σημαντικά από την κουλτούρα, την περίσταση κατά την οποία η κατανάλωση προκύπτει και τις προσδοκίες των ατόμων σχετικά με τις επιδράσεις του αλκοόλ. Είναι τόσο δυνατή η πίστη γύρω από τα θετικά αποτελέσματα του αλκοόλ ώστε τα άτομα γίνονται πιο κοινωνικά όταν νομίζουν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ ενώ στην πραγματικότητα κάτι τέτοιο δεν είχε συμβεί (Darkes & Goldman 1993). Το γεγονός ότι το αλκοόλ βραχυπρόθεσμα βελτιώνει τη διάθεση του ατόμου που το καταναλώνει, είναι σημαντικός παράγοντας που εξηγεί το γιατί πολλά άτομα πίνουν (Hull & Stone 2004). Πράγματι υπάρχει μεγάλος αριθμός στοιχείων ότι τα άμεσα αποτελέσματα της κατανάλωσης αλκοόλ περιλαμβάνουν την ενίσχυση της απόλαυσης, ευφορίας, χαράς και γενικότερα της θετικής διάθεσης, συναισθημάτων τα οποία βιώνονται εντονότερα σε ομάδες ατόμων παρά όταν ένα άτομο καταναλώνει αλκοόλ μόνο του (Pliner & Cappell 1974) ενώ επηρεάζονται πολύ από τις προσδοκίες του ατόμου (Brown et al. 1980; Hull et al. 1983). Στις λίγες μελέτες που υπάρχουν ατόμων που αναφέρουν ότι είχαν ψυχολογικά οφέλη από τη χρήση αλκοόλ, ο

αριθμός των αναφερόμενων θετικών συνεπειών σχετιζόταν με την ποσότητα της καταναλούμενης αλκοόλης, όπως επίσης και με τη συχνότητα της βαριάς κατανάλωσης (Mäkelä & Mustonen 1988). Φυσικά, οι πλέον βαρείς χρήστες στη μελέτη ήταν επίσης πιθανότερο να αναφέρουν προβλήματα από τη χρήση και ο λόγος ωφέλειας προβλημάτων έτεινε προς τη μείωση για τους βαρύτερους χρήστες.
Παρότι η μείωση του άγχους, η βελτίωση της διάθεσης, η αυξημένη κοινωνικότητα του ατόμου και η χαλάρωση αποτελούν τα πιο συχνά αναφερόμενα ψυχοκοινωνικά οφέλη της κατανάλωσης αλκοόλ (Hull & Bond 1986; Baum-Baicker 1987), δεν έχει μελετηθεί ακόμη η αποτελεσματικότητα της χρήσης αλκοόλ σε σχέση με άλλα μέσα μείωσης των σχετιζόμενων με άγχος ασθενειών. Εντούτοις υπάρχουν εκτεταμένα δεδομένα που αποδεικνύουν ότι άτομα που υποφέρουν από ψυχολογική πίεση και επαφίενται στη χρήση αλκοόλ για την ύφεση των συμπτωμάτων τους είναι πιθανότερο να εξαρτηθούν από το αλκοόλ (Kessler et al. 1996 1997; Book & Randall 2002). Κάθε έτος, ένα στα οκτώ άτομα με μία αγχώδη διαταραχή πάσχει επίσης από μία διαταραχή χρήσης του αλκοόλ. Το αλκοόλ συχνά επίσης προκαλεί υπνηλία – αλλά ενώ μπορεί να επιτείνει τον ύπνο, επίσης οδηγεί σε αυξημένες αφυπνίσεις και διεγερσιμότητα αρκετές ώρες αργότερα, ενώ επιδεινώνει τις διαταραχές του ύπνου (Castaneda et al. 1998).

Αλκοόλ και αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις

Το αλκοόλ πολύ συχνά καταναλώνεται για την τοξίκωση που προκαλεί, γι'αυτό και πολλοί χρήστες και ιδιαίτερα νεαροί άνδρες, ελεύθερα και συνειδητά καταναλώνουν αλκοόλ προκειμένου να μεθύσουν. Η τοξίκωση αυτή αποτελεί σύνηθες αίτιο πρόκλησης κοινωνικών βλαβών.

Ο κίνδυνος των πιο συχνών αρνητικών κοινωνικών επιπτώσεων από το αλκοόλ - όπως η εμπλοκή σε καβγάδες, η διαταραχή της οικογενειακής ζωής, του γάμου, της εργασίας, των σπουδών, των φιλικών σχέσεων ή της κοινωνικής ζωής - αυξάνεται αναλογικά με την καταναλούμενη ποσότητα αλκοόλ, χωρίς ενδείξεις ύπαρξης για κάποια ουδό επίπτωσης (Εικόνα 4.1). Ο αυξημένος κίνδυνος στα χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ οφείλεται κυρίως στους χρήστες μικρών ποσοτήτων αλκοόλ που παροδικά καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες (Rehm & Gmel 1999).



Σχήμα 4.1 Αυξημένος κίνδυνος για μία τουλάχιστον αρνητική κοινωνική επίπτωση από την ετήσια κατανάλωση αλκοόλ για επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες (εμπλοκή σε καυγά, βλάβη στην οικογενειακή ζωή,

γάμο, δουλειά, σπουδές, φιλίες και κοινωνική ζωή). UK Ηνωμένο Βασίλειο, SW Σουηδία, IT Ιταλία, GE Γερμανία, FR Γαλλία, FI Φινλανδία. Πηγή: Norström et al. 2001.

Η κοινωνικές βλάβες που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλ άλλων ατόμων, είναι επίσης ένα σύνηθες φαινόμενο, με συχνότερες τις λιγότερο σοβαρές επιπτώσεις (όπως για παράδειγμα τη νυχτερινή όχληση από μεθυσμένα άτομα) σε σχέση με την παρενόχληση σε δημόσιους χώρους, σε ιδιωτικά πάρτι, ή την προσβολή και τον εκφοβισμό από μεθυσμένα άτομα σε δημόσια μέρη, όπως και ποιο σοβαρές μορφές συνεπειών (εκδήλωση σωματικής βίας ή καταστροφών περιουσίας) (Rossow & Hauge 2004). Μελέτες δείχνουν ότι ένα μικρό τμήμα του πληθυσμού βλάπτεται κατ' εξακολούθηση και με ποικίλους τρόπους, με τα νεαρά άτομα, τις γυναίκες, και τα άτομα που αναφέρουν υψηλή ετήσια κατανάλωση αλκοόλ, συχνότερα επεισόδια τοξίκωσης και συχνότερες επισκέψεις σε δημόσιους χώρους κατανάλωσης αλκοόλ, να είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν βλάβες προκαλούμενες από άλλους αλκοολικούς (Rossow 1996; Mäkelä et al. 1999). Η συμπεριφορά κατανάλωσης ενός τυπικού θύματος ενός άλλου αλκοολικού προσομοιάζει με την τυπική συμπεριφορά ατόμων που βιώνουν αρνητικές συνέπειες εξαιτίας της δικής τους συμπεριφοράς κατανάλωσης (Hauge & Irgens-Jensen 1986; Room et al. 1995; Midanik 1999; Mustonen & Mäkelä 1999; Rehm & Gmel 1999). Οι βλάβες που προκαλούνται από το αλκοόλ σε άτομα πέρα από τον ίδιο τον πότη συνοψίζονται στο σχεδιάγραμμα 4.1

Σχεδιάγραμμα 4.1 Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί το αλκοόλ σε άλλα άτομα, εκτός εκείνων που καταναλώνουν

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	***Περίληψη των ευρημάτων***
Αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις	Οι κοινωνικές επιπτώσεις σε τρίτους από άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ είναι συχνότερες για τις λιγότερο σοβαρές μορφές (όπως η νυχτερινή όχληση από μεθυσμένους) παρά για σοβαρότερες επιπτώσεις (όπως ο φόβος από μεθυσμένα άτομα σε δημόσιους χώρους). Οι αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις προς τρίτους είναι συχνότερες στο γενικό πληθυσμό σε σχέση με τις κοινωνικές επιπτώσεις προς τον ίδιο τον πότη.
Βία και έγκλημα	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και αυξημένου κινδύνου βίας (συμπεριλαμβανομένης της ανθρωποκτονίας). Η συσχέτιση αυτή είναι ισχυρότερη σε καταστάσεις τοξίκωσης σε σύγκριση με τη συνολική κατανάλωση. Υπάρχει επίσης συσχέτιση μεταξύ αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ και σεξουαλικής βίας (ιδιαίτερα βίας κατά αγνώστων) και σε τοπικό επίπεδο (παρόλο που παρατηρείται όταν και άλλοι παράγοντες λαμβάνονται υπ'όψην). Γενικότερα όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ τόσο πιο σοβαρής μορφής βία παρατηρείται.
Προβλήματα στο γάμο	Πέραν της ισχυρής συσχετίσεως μεταξύ της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και της διάλυσης του γάμου, ελάχιστες καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει μία σημαντική αύξηση του κινδύνου διαζυγίου ή διάστασης σε παντρεμένους βαρείς χρήστες αλκοόλ.
Κακοποίηση παιδιών	Ένας μεγάλος αριθμός μελετών, όχι πάντοτε με ορθή μεθοδολογία, παρουσιάζει μία ποικιλία αρνητικών επιπτώσεων προς τα παιδιά, με υψηλότερη επίπτωση μεταξύ παιδιών, ατόμων με βαριά χρήση αλκοόλ.

Προβλήματα στο εργασιακό περιβάλλον	Υψηλά επίπεδα χρήσης αλκοόλ έχουν ως αποτέλεσμα μείωση της παραγωγικότητας και αυξημένη πρόκληση τραυματισμών προς άλλους.
Κατανάλωση και οδήγηση	Ο κίνδυνος των τροχαίων και των τραυματισμών άλλων ατόμων από την κατανάλωση αλκοόλ αυξάνεται με τον αριθμό των περιστατικών βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ.
Προγενετικές καταστάσεις	Το αλκοόλ παρουσιάζει τοξικότητα προς το αναπαραγωγικό σύστημα. Η προγενετική έκθεση στο αλκοόλ μπορεί να συσχετιστεί με συγκεκριμένες γνωσιακές βλάβες που γίνονται εμφανείς αργότερα κατά την παιδική ηλικία. Παρόλο που η καταναλούμενη ποσότητα μπορεί να είναι μικρή, η κατανάλωση αρκετών ποτών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτόματης αποβολής, ελλειπωβαρούς γέννας, ανώριμης ή καθυστερημένης ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου ή μείωσης της παραγωγής γάλατος στις θηλάζουσες μητέρες.

Βία: Ένα ικανό ποσοστό περιστατικών που χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα και βίαια εγκλήματα περιλαμβάνουν έναν ή περισσότερους συμμετέχοντες που έχουν ήδη καταναλώσει αλκοόλ (Permanen 1991; Collins 1993; Wells et al. 2000; Pernanen et al. 2002; Allen et al. 2003), με ένα μέσο όρο 40-50% των βίαιων εγκλημάτων να περιλαμβάνουν ένα άτομο που κατανάλωσε αλκοόλ, και την αναλογία να ποικίλει μεταξύ χωρών και πολιτισμών (Murdoch, Pihl & Ross 1990). Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου εμπλοκής κάποιου με τη βία, συμπεριλαμβανομένης της ανθρωποκτονίας, που είναι μεγαλύτερη στην τοξίκωση σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση (Rossow 2000; Wells et al 2000). Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έδειξαν ένα σημαντικά αυξημένος κίνδυνο εμπλοκής σε βία μεταξύ των βαρέων χρηστών, οι οποίοι είναι επίσης πιθανότερο να είναι και αποδέκτες της βίας (Rossowet et al. 2001; Greenfield & Henneberg 2001).

Στη βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ, η συχνότητα και ο όγκος κατανάλωσης σχετίζονται ανεξάρτητα με τον κίνδυνο επιθετικότητας (Weschsler et al. 1994; Weschsler et al. 1995; Weschsler et al. 1998; Swahn & Donovan 2004; Wells et al. 2005), με τη συχνότητα κατανάλωσης να αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα (Wells et al. 2005). Ο όγκος κατανάλωσης συσχετίσθηκε με την προκληθήσα από το αλκοόλ επιθετικότητα, σε ένα δείγμα ατόμων από το γενικό πληθυσμό, ακόμη και όταν η υψηλότερη σε ποσότητα κατανάλωση ελέγχθηκε (Room et al. 1995).

Υπάρχει μία γενική σχέση μεταξύ της υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ και της εγκληματικής και της ενδοοικογενειακής βίας, με ιδιαίτερα ισχυρά στοιχεία από μελέτες ενδοοικογενειακής και σεξουαλικής βίας (Mirrlees-Black 1999; Abbey et al. 2001; Caetano et al. 2001; Brecklin & Ullman 2002; White & Chem 2002; Lipsey et al. 1997; Greendeld 1998). Η σχέση αυτή αλλάζει όταν άλλα χαρακτηριστικά όπως η κουλτούρα, το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική τάξη, το ποινικό μητρώο, η παιδική κακοποίηση και η χρήση άλλων φαρμάκων μαζί με το αλκοόλ λαμβάνονται υπόψη. Γενικά όσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ τόσο πιο σοβαρά είναι τα φαινόμενα βίας (Gerson & Preston 1979; Martin & Bachman 1997; Sharps et al. 2001). Μελέτες από το Ηνωμένο Βασίλειο (Mirrless-Black 1999) και την Ιρλανδία (Watson & Parsons 2005) υποδεικνύουν ότι το 1/3

των βίαιων επεισοδίων μεταξύ συντρόφων εμφανίζεται όταν ο "πρωταγωνιστής" μίας τέτοιας πράξης είναι υπό την επήρεια αλκοόλ. Η βία έναντι ξένων ατόμων είναι πιθανότερο να εμπλέκει την κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τη βία μεταξύ συντρόφων (Abbey et al. 2001; Testa & Parks 1996).

Υψηλά επίπεδα αλκοόλ στο αίμα ή υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αναφέρονται συχνά, όχι μόνο αναφορικά με άτομα που βιαιοπραγούν αλλά και στα άτομα που είναι αποδέκτες της βίας (Makkai 1997; Mirrles-Black 1999; Breklin & Ullman 2002). Οι σχετιζόμενες με το αλκοόλ σεξουαλικές επιθέσεις από αγνώστους φαίνεται να εμφανίζονται συχνότερα με τη μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ από μέρους του θύματος, ενώ ο κίνδυνος σχετιζόμενων με το αλκοόλ σεξουαλικών επιθέσεων από συντρόφους ή συζύγους φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από την κατανάλωση αλκοόλ εκ μέρους του θύματος (Kaufman Kantor & Asdigian 1997; Chermack et al. 2001). Πολλά από τα θύματα τέτοιων πράξεων αναπτύσσουν προβλήματα με την κατανάλωση αλκοόλ ως αντίδραση στη σεξουαλική βία που υπέστησαν (Darves-Bornoz et al. 1998).

Εκτός από την επιδημιολογική και πειραματική έρευνα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει μία αιτιολογική σύνδεση μεταξύ τοξίκωσης και βίας (Graham & West 2001), υπάρχει επίσης έρευνα που υποδεικνύει την ύπαρξη ειδικών βιολογικών μηχανισμών που συνδέουν το αλκοόλ με την επιθετική συμπεριφορά (Bushman 1997; Lipsey et al. 1997) όπου ρυθμίζονται από περιστασιακούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Wells & Graham 2003). Οι φαρμακολογικές ιδιότητες του αλκοόλ περιλαμβάνουν αυξημένη συναισθηματική μεταβλητότητα και επικέντρωση του ατόμου στο παρόν (Graham et al. 2000), μειωμένη επίγνωση εσωτερικών ζητημάτων ή μειωμένη αυτογνωσία (Hull 1981), μειωμένη ικανότητα κατανόησης των συνεπειών (Hull & Bond 1986; Pihl et al. 1993; Ito et al. 1996) ή μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Sayette et al. 1993), και χαμηλό αυτοέλεγχο και αυτο-ρύθμιση (Hull & Stone 2004).

Το αλκοόλ φαίνεται να διαντιδρά με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας καθώς και άλλους παράγοντες, που συσχετίζονται με ατομικές τάσεις προς τη βία, όπως η παρορμητικότητα (Zhang et al. 1997, Lang & Martin 1993). Τραυματισμοί προερχόμενοι από βία μπορούν επίσης να συσχετιστούν στενότερα με την εξάρτηση από το αλκοόλ παρά με άλλους τύπους τραυματισμών σχετικούς με το αλκοόλ (Cherpitel 1997). Επιπρόσθετα, με την κατανάλωση του αλκοόλ και τις μορφές με τις οποίες γίνεται, το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η κατανάλωση γίνεται, είναι επίσης σημαντικό όσον αφορά την σχετική με το αλκοόλ επιθετικότητα (Eckardt et al. 1998; Fagan 1990; Martin 1992; Collins & Messerschmidt 1993; Graham et al. 1998; Parker & Auerhahn 1998), ειδικά για νεαρά άτομα των οποίων η συμπεριφορά κατανάλωσης επηρεάζεται έντονα από τους συντρόφους τους (Hansen 1997). Σε μία μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι οι επιδράσεις του αλκοόλ ήταν πολύ μεγαλύτερες σε περιπτώσεις που χαρακτηρίζονταν από υψηλότερο άγχος, δυσχέρεια στις αναστολές και απογοήτευση, ενώ οι διαφορές μεταξύ ατόμων σε τοξίκωση και ατόμων χωρίς κατανάλωση αλκοόλ ήταν μικρότερες σε καταστάσεις με υψηλές προκλήσεις ή ενδοπαρατήρηση (Ito et al. 1996). Further, given sufficient disincentives for aggression the effects of alcohol on aggression can be reduced or even eliminated altogether (Hoaken et al. 1998; Jeavons & Taylor 1985).

Οι δημόσιοι χώροι κατανάλωσης αλκοόλ είναι περιοχές υψηλού κινδύνου όσον αφορά την εμφάνιση επιθετικότητας συσχετιζόμενης με το αλκοόλ (Permanen1991; Stockwell et al. 1993; Archer et al. 1995; Rossow 1996; Leonard et al. 2002). Εντούτοις τα πλαίσια κατανάλωσης του αλκοόλ από μόνα τους δεν εξηγούν τη σχέση μεταξύ αλκοόλ και επιθετικότητας, μιας και το αλκοόλ εμφανίζει επιπτώσεις και ανεξάρτητα του πλαισίου ή του περιβάλλοντος όπου η κατανάλωση λαμβάνει χώρα. Για παράδειγμα, σε περιβάλλοντα προοριζόμενα για κατανάλωση αλκοόλ όπως τα bar και οι pub είναι άνευ νοήματος η προσπάθεια καθορισμού του ποσοστού της βίας που θα προέκυπτε, ακόμη και αν το άτομα δεν κατανάλωνε αλκοόλ, μιας και τέτοια περιβάλλοντα δεν υφίστανται χωρίς την κατανάλωση αλκοόλ. Αν και μερικά περιστατικά που συμβαίνουν σε bar αφορούν διενέξεις μεταξύ φίλων ή ζευγαριών που μπορεί να προέκυπταν και σε ένα διαφορετικό περιβάλλον, σχεδόν όλα τα περιστατικά επιθετικότητας που εμφανίζονται σε bar δεν είναι προσχεδιασμένα, ξεκινούν από κοινωνικές επαφές εντός των bar (Graham & Wells 2001) και συχνά περιλαμβάνουν άγνωστα άτομα. Έτσι φαίνεται λογικό να υποθέσουμε ότι σχεδόν όλα τα περιστατικά βίας που εμφανίζονται σε bar και άλλα περιβάλλοντα όπου η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί την κύρια δραστηριότητα, θα πρέπει να θεωρηθούν ως προερχόμενα από το αλκοόλ, είτε άμεσα λόγω των φαρμακολογικών ιδιοτήτων της αλκοόλης είτε έμμεσα μέσω των κοινωνικών προτύπων συμπεριφοράς που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.

Προβλήματα και βία στο γάμο: Ένας μεγάλος αριθμός μελετών εγκάρσιας τομής έχουν δείξει ότι υπάρχει μία σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ βαριάς κατανάλωσης και κινδύνου χωρισμού στο γάμο (Leonard & Rothbard 1999), εντούτοις μόνο λίγες καλά σχεδιασμένες μελέτες έχουν δείξει μία σημαντική αύξηση του κινδύνου διάστασης ή διαζυγίου μεταξύ των βαρέων καταναλωτών αλκοόλ όταν συγκρίνονται με άλλους (Fu & Goodman 2000). Ένας μεγάλος αριθμός διασταυρωμένων μελετών (Lipsey et al. 1997; Leonard 2005) και ελάχιστες μακράς διάρκειας μελέτες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και τη βία στο γάμο έδειξαν ότι η βαριά χρήση των συζύγων αυξάνει τον κίνδυνο ενδοοικογενειακής βίας (Quigley & Leonard 1999), κατά έναν δοσοεξαρτώμενο τρόπο (Kaufman Kantor & Straus 1987). Φαίνεται επίσης ότι η θεραπεία για την εξάρτηση από το αλκοόλ μειώνει τη βία μεταξύ των ζευγαριών (O'Farrell & Choquette 1991; O'Farrell et al. 1999; O'Farrell et al. 2000; O'Farrell et al. 2003; Stuart et al. 2003). Γυναίκες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ έχουν συχνά προβλήματα στο γάμο τους (Blankfield & Maritz 1990) και έχουν λιγότερη αυτοπεποίθηση για την επίλυση διαφωνιών στο γάμο (Kelly et al. 2000). Γυναίκες που έχουν εξάρτηση από το αλκοόλ παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα βίας προς τους συζύγους (Miller et al. 1989, Miller & Downs 1993) και γυναίκες που είναι θύματα βίας σχετιζόμενης με το αλκοόλ τείνουν να πίνουν περισσότερο (Olenick & Chalmers 1991).

Κακοποίηση παιδιών: Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει επισημάνει μία ποικιλία ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών σε παιδιά ατόμων με βαριά κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με άλλους, παρόλο που πολλές από τις μελέτες αυτές έχουν κατακριθεί για τη μη επαρκή μεθοδολογία τους (Miller et al. 1997; Rossow 2000; Widom & Hiller-Sturmhofel 2001). Μερικές πρόσφατες μελέτες από καλά σχεδιασμένα πρωτόκολλα έχουν δείξει τον αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης παιδιών από γονείς που είναι βαρείς πότες (Rossow 2000).

Μειωμένη απόδοση στην εργασία: Υψηλά επίπεδα χρήσης αλκοόλ έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας (Mullahy & Sindelar 1996) και την εν δυνάμει μείωση των αποδοχών, προκειμένου για ηπιότερη χρήση (Hamilton & Hamilton 1997). Τα υψηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ και η τοξίκωση αυξάνουν τον κίνδυνο απουσίας από τον εργασιακό χώρο (συμπεριλαμβανομένης τη αργοπορίας στην προσέλευση στην εργασία και της πρόωρης αποχώρησης από αυτή) λόγω ασθένειας ή πειθαρχικών μέτρων, οδηγώντας σε απώλεια παραγωγικότητας, πρόωρο θάνατο, πειθαρχικά προβλήματα ή χαμηλή παραγωγικότητα από τη χρήση του αλκοόλ, ακατάλληλη συμπεριφορά (όπως συμπεριφορά που οδηγεί σε διαδικασίες επιβολής πειθαρχικών μέτρων), κλοπές ή άλλα εγκλήματα, και φτωχές σχέσεις συνεργασίας και χαμηλό ηθικό στην εταιρία (Marmot et al 1993; Mangione et al. 1999; Rehm & Rossow 2001).

4.1. Μπορεί το αλκοόλ να αυξήσει το κίνδυνο νόσησης ενός ατόμου;

Το αλκοόλ αποτελεί μία τοξική ουσία που σχετίζεται με περισσότερες από 60 διαφορετικές οξείες και χρόνιες διαταραχές (Gutjahr et al. 2001; English et al. 1995; Ridolfo & Stevenson 2001). Η σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου νόσησης από μερικές από τις πιο σημαντικές ασθένειες συνοψίζεται στον πίνακα 4.1. Για πολλές καταστάσεις υπάρχει ένας αυξημένος κίνδυνος σε συνάρτηση με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ χωρίς απόδειξη ύπαρξης ενός φαινομένου πύλης (Rehm et al. 2003), και με τον κίνδυνο να ποικίλει μεταξύ των φύλων (Corrao et al. 1999; Corrao et al. 2004). Το σχεδιάγραμμα 4.2 συνοψίζει τις βλάβες που προκαλούνται από το αλκοόλ στο άτομο.

Πίνακας 4.1. Σχετικός κίνδυνος για επιλεγμένες καταστάσεις όπου το αλκοόλ αποτελεί παράγοντα κινδύνου

	Γυναίκες			Άνδρες		
	Κατανάλωση αλκοόλ, g/ημέρα					
	0 -19	20-39	40+	0-39	40-59	60+
Νευροψυχιατρικές καταστάσεις						
Επιληψία	1.3	7.2	7.5	1.2	7.5	6.8
Γαστρεντερικές καταστάσεις						
Κίρρωση ήπατος	1.3	9.5	13.0	1.3	9.1	13.0
Κιρσοί του οισοφάγου	1.3	9.5	9.5	1.3	9.5	9.5
Οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα	1.3	1.8	1.8	1.3	1.8	3.2
Μεταβολικές και ενδοκρινικές καταστάσεις						
Σακχαρώδης διαβήτης	0.9	0.9	1.1	1.0	0.6	0.7
Κακοήθη νεοπλάσματα						
Καρκίνοι στόματος και στοματοφάρυγγα	1.5	2.0	5.4	1.5	1.9	5.4
Καρκίνος οισοφάγου	1.8	2.4	4.4	1.8	2.4	4.4
Καρκίνος λάρυγγα	1.8	3.9	4.9	1.8	3.9	4.9
Καρκίνος ήπατος	1.5	3.0	3.6	1.5	3.0	3.6
Καρκίνος μαστού	1.1	1.4	1.6			
Άλλα νεοπλάσματα	1.1	1.3	1.7	1.1	1.3	1.7

Καρδιαγγειακές παθήσεις

Υπερτασική νόσος	1.4	2.0	2.0	1.4	2.0	4.1
Στεφανιαία νόσος	0.8	0.8	1.1	0.8	0.8	1.0
Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο	0.5	0.6	1.1	0.9	1.3	1.7
Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο	0.6	0.7	8.0	1.3	2.2	2.4
Καρδιακές αρρυθμίες	1.5	2.2	2.2	1.5	2.2	2.2

Καταστάσεις που προκύπτουν κατά την περιγεννετική περίοδο

Αυτόματη αποβολή	1.2	1.8	1.8	1.0	1.4	1.4
Γέννηση ελλειποβαρής [1]	1.0	1.4	1.4	0.9	1.4	1.4
Προωρότητα [1]	0.9	1.4	1.4	1.0	1.7	1.7
Καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη[1]	1.0	1.7	1.7			

[1]ο σχετικός κίνδυνος αναφέρεται στην κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα Πηγή: Rehm et al. (2004)

Σχεδιάγραμμα 4.2 Βλάβες προκαλούμενες από το αλκοόλ στο άτομο		
	Κατάσταση	**Περίληψη ευρημάτων**
Κοινωνική υγεία	**Αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις**	Ο κίνδυνος βλαβών μέσω εμπλοκής σε διαμάχες, διαταραχών της οικογενειακής ζωής, του γάμου, της εργασίας, των σπουδών, των φιλικών σχέσεων και της κοινωνικής ζωής, αυξάνει αναλογικά με την καταναλούμενη ποσότητα αλκοόλ, χωρίς εμφανή στοιχεία ύπαρξης ενός φαινομένου «πύλης».
	Μειωμένη απόδοση στην εργασία	Η αυξημένη κατανάλωση οδηγεί σε μείωση της εργασίας και αύξηση της ανεργίας και των απουσιών από την εργασία.
Ακούσιοι και εκούσιοι τραυματισμοί	**Βία**	Υπάρχει μία σχεδόν γραμμική σχέση κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου εμπλοκής σε βίαιες καταστάσεις.
	Κατανάλωση αλκοόλ και οδήγηση	Ο κίνδυνος κατανάλωσης αλκοόλ και οδήγησης αυξάνεται τόσο με την καταναλούμενη ποσότητα αλκοόλ όσο και με τη συχνότητα των περιπτώσεων αυξημένης κατανάλωσης. Υπάρχει 38% αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ατυχημάτων σε συγκεντρώσεις αλκοόλης αίματος των 0.5g/L.

	Τραυματισμοί	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και του κινδύνου θανάσιμων ή μη ατυχημάτων και τραυματισμών. Άτομα με χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης, αλλά με περιοδική κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ, βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων κατά δοσοεξαρτώμενο τρόπο και αυξάνει τους κινδύνους κατά την εγχείρηση και τις χειρουργικές επιπλοκές.
	Αυτοκτονία	Υπάρχει μία άμεση σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας, η οποία είναι ισχυρότερη σε καταστάσεις τοξίκωσης σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση.
Νευροψυχιατρικές καταστάσεις	**Άγχος και διαταραχές ύπνου**	Ένα στα 8 άτομα με αγχώδη διαταραχή πάσχει επίσης από μία διαταραχή σχετιζόμενη με το αλκοόλ. Το αλκοόλ επιτείνει τις διαταραχές στον ύπνο.
	Κατάθλιψη	Οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ αποτελούν παράγοντες κινδύνου για καταθλιπτικές καταστάσεις κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο. Συχνά προηγούνται της καταθλιπτικής διαταραχής ενώ η αποχή από το αλκοόλ οδηγεί σε βελτίωση της καταθλιπτικής διαταραχής.
	Εξάρτηση από το αλκοόλ	Ο κίνδυνος εξάρτησης από το αλκοόλ ξεκινά από τα χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης και αυξάνεται άμεσα, τόσο ανάλογα με τον όγκο της καταναλούμενης ποσότητας, όσο και με το μοτίβο κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ κατά περίσταση.
	Βλάβη των νεύρων	Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο βλάβης στα περιφερικά νεύρα μετά από μία ικανή χρονική περίοδο αλλά κατά ένα δοσοεξαρτόμενο τρόπο.
	Εγκεφαλική βλάβη	Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ επιταχύνει τη συρρίκνωση του εγκεφάλου που οδηγεί σε γνωσιακά ελλείμματα. Φαίνεται ότι υπάρχει ένα συνεχές εγκεφαλικής βλάβης σε άτομα με χρόνια εξάρτηση από το αλκοόλ.
	Γνωσιακή έκπτωση και άνοια	Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο γνωσιακής έκπτωσης κατά έναν δοσοεξαρτώμενο τρόπο.

	Διαταραχές εξάρτησης	Η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα έχουν στενά συνδεδεμένα πρότυπα συμπεριφοράς και η αυξημένη χρήση καπνού συσχετίζεται με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ.
	Σχιζοφρένεια	Η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ είναι συνήθης σε άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας. Χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα και να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
Γαστρεντερικές παθήσεις	**Κίρρωση ήπατος**	Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ηπατικής κίρρωσης κατά δοσοεξαρτώμενο τρόπο. Σε κάθε επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης ηπατικής κίρρωσης, σε σχέση με τους άνδρες.
	Παγκρεατίτιδα	Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας κατά δοσοεξαρτόμενο τρόπο.
	Διαβήτης τύπου ΙΙ	Παρόλο που μικρές δόσεις αλκοόλ μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο , συγκριτικά με άτομα που απέχουν της χρήσης, σε μεγαλύτερες ποσότητες ο κίνδυνος αυξάνει.
Καρκίνος	**Γαστρεντερικού σωλήνα**	Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνων του στόματος, οισοφάγου, λάρυγγα (ανώτερου αναπνευστικού) και σε λιγότερη έκταση του στομάχου, παχέως εντέρου και ορθού, με μία γραμμική σχέση.
	Ήπατος	Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του ήπατος κατά έναν εκθετικό τρόπο.
	Μαστού	Υπάρχουν πλέον ισχυρά δεδομένα ότι το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
Καρδιοαγγειακές παθήσεις	**Υπέρταση**	Το αλκοόλ αυξάνει την πίεση του αίματος και τον κίνδυνο υπέρτασης σε μεγάλο βαθμό κατά έναν δοσοεξαρτώμενο τρόπο.

	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγικών και ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, με μία ισχυρότερη δοσοεξαρτώμενη σχέση για τις αιμορραγικές μορφές. Παρόλο που επιμέρους μελέτες δείχνουν ότι η ελαφρά κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο ενός ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, μία συστηματική ανασκόπηση όλων των αναφορών, δεν έδειξε σαφή στοιχεία μίας προστατευτικής δράσης για την ελαφριά έως μέτρια κατανάλωση αλκοόλ έναντι του κινδύνου ενός ισχαιμικού ή γενικότερα ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Η αλκοολική τοξίκωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για ένα αιμορραγικό ή ισχαιμικό επεισόδιο και αποτελεί μία ιδιαίτερα σημαντική αιτία εγκεφαλικών επεισοδίων σε έφηβα ή νεαρής ηλικίας άτομα.
	Αρρυθμίες	Η επεισοδιακή βαριά κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο των καρδιακών αρρυθμιών και του αιφνίδιου καρδιαγγειακού θανάτου, ακόμη και σε άτομα χωρίς ενδείξεις μίας προϋπάρχουσας καρδιακής νόσου.
	Στεφανιαία νόσος (ΣΝ)	Παρόλο που η ελαφριά κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, σε επίπεδα ημερήσιας κατανάλωσης άνω των 20g (το επίπεδο με το χαμηλότερο κίνδυνο) ο κίνδυνος καρδιακής νόσου αυξάνει. Σε επίπεδα άνω των 80g ημερησίως ο κίνδυνος αυξάνει περισσότερο από τον αντίστοιχο ενός ατόμου που απέχει της χρήσης.
Ανοσοποιητικό σύστημα		Το αλκοόλ μπορεί να παρεμβάλλει στις φυσιολογικές λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος προκαλώντας αυξημένη ευαλωτότητα σε συγκεκριμένες μολυσματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας, της φυματίωσης και της μόλυνσης από τον ιό HIV.
Σκελετικές παθήσεις		Φαίνεται να υπάρχει δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου πρόκλησης καταγμάτων σε άνδρες και γυναίκες, με ισχυρότερη τη σχέση αυτή στους άνδρες έναντι των γυναικών.
Παθήσεις του αναπαραγωγικού συστήματος		Το αλκοόλ μειώνει τη γονιμότητα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.
Συνολική θνησιμότητα		Σε νέα άτομα (γυναίκες κάτω των 45 ετών και άνδρες κάτω των 35 ετών) οποιοδήποτε επίπεδο

		κατανάλωσης αλκοόλ αυξάνει το συνολικό κίνδυνο θανάτου κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο.

Βλάβες με ή χωρίς πρόθεση

Ποτό και οδήγηση: Ο κίνδυνος από την κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τόσο ανάλογα με την ποσότητα του καταναλούμενου αλκοόλ, όσο και με τη συχνότητα των περιστατικών υψηλής κατανάλωσης (Midanik et al. 1996). Η σύγκριση των συγκεντρώσεων αλκοόλ στο αίμα (BACs – blood alcohol concentrations) των εμπλεκόμενων σε ατυχήματα οδηγών με τις BACs των οδηγών που δεν έχουν εμπλακεί σε ατυχήματα εμφανίζει καμπύλες κινδύνου με αυξημένο τον κίνδυνο κατά 38% στα 0.5g/L και σχεδόν 5 φορές μεγαλύτερο στα 1.0g/L (Blomberg et al. 2002). Οι κίνδυνοι είναι πιο σημαντικοί για σοβαρά και θανατηφόρα ατυχήματα, σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα που εμπλέκεται ένα αυτοκίνητο, και στα άτομα νεαρής ηλικίας. Η χρήση του αλκοόλ αυξάνει τόσο την πιθανότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων συνεπεία μέθης, όσο και τη σοβαρότητα των τραυματισμών.

Τραύματα: Υπάρχει μία σχέση μεταξύ της χρήσης αλκοόλ και του κινδύνου θανατηφόρων και μη ατυχημάτων και τραυματισμών (Cherpitel et al. 1995; Brismar & Bergman 1998; Smith et al. 1999). Σε μία αυστραλιανή έρευνα, ο κίνδυνος πρόκλησης τραυματισμού μετά από κατανάλωση ποσότητας αλκοόλ μεγαλύτερης των 60g σε μία χρονική περίοδο 6 ωρών, ήταν δέκα φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες και δύο φορές μεγαλύτερος στους άνδρες (McLeod et al. 1999). Άτομα που συνήθως καταναλώνουν αλκοόλ σε μικρότερο βαθμό αλλά που περιστασιακά καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες, βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο (Watt et al. 2004). Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο (Cherpitel 1993; Cherpitel et al. 2003; Borges et al. 2004). Ποσοστό μεταξύ του 20-80% των προσελεύσεων στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων σχετίζεται με τη χρήση του αλκοόλ (Hingson & Howland 1987). Το αλκοόλ μεταβάλλει την θεραπευτική πορεία των τραυματιών και οδηγεί σε χειρουργικές επιπλοκές (Smith et al. 1999) και αυξημένη θνησιμότητα (Li et al. 1994).

Αυτοκτονία: Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ είναι κύριος παράγοντας κινδύνου αυτοκτονιών και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, σε νεαρά άτομα και ενήλικες (Shaffer et al. 1996; Lesage et al. 1994; Andrews & Lesinsohn 1992; all cited in Beautrais 1998). Υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου αυτοκτονίας, καθώς και απόπειρας αυτοκτονίας, εικόνα 4.2, που είναι ισχυρότερη στις περιπτώσεις αλκοολικής τοξίκωσης, σε σχέση με τη συνολική κατανάλωση (Rosow 1996).

Εικόνα 4.2 Σχετικός κίνδυνος αυτοκτονίας από κατανάλωση αλκοόλ. Πηγή: Strategy Unit (2003).

Νευροψυχιατρικές καταστάσεις

Κατάθλιψη: Υπάρχει μία σταθερότητα ευρημάτων μεταξύ πολλών ερευνών ότι τα άτομα με κατάθλιψη και διαταραχές της διάθεσης παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ και αντιστρόφως (Regier et al. 1990; Merikangas et al. 1998; Swendson et al. 1998; Kringel et al. 2001; de Graaf et al. 200; Petrakis et al. 2002; Sonne & Brady 2002). Τα εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα παρουσιάζουν 2 έως και 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών (Hilarski and Wodarki 2001; Schuckit 1996; Swendson et al. 1998), και υπάρχουν ενδείξεις ύπαρξης ενός συνεχούς όσον αφορά την επίπτωση της συννοσηρότητας στο επίπεδο χρήσης του αλκοόλ (Kessler et al. 1996; Merikangas et al. 1998; Rodgers et al. 2000). Υπάρχουν αρκετοί πιθανοί βιολογικοί παράγοντες μέσω των οποίων η εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικές διαταραχές (Markou et al. 1998).

Μία αμερικανική μελέτη έδειξε ότι σε ένα χρόνο, το 11% των ατόμων με μείζων κατάθλιψη παρουσίαζε εξάρτηση από το αλκοόλ (Grant et al. 2004), δες πίνακα 4.2 και 4.3. Αντίστροφα, το 20% των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων έπασχαν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Πίνακας 4.2 Κίνδυνος εξάρτησης από το αλκοόλ σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης (δεδομένα Η.Π.Α.)

Συννοσηρότητα διαταραχών διάθεσης* και διαταραχών κατάχρησης ουσιών			
	Κάθε εξάρτηση και κατάχρηση (%)	**Εξάρτηση από αλκοόλ (%)**	**Κατάχρηση αλκοόλ (%)**
Κάθε δχη διάθεσης	32.0	4.9	6.9
Κάθε διπολική δχη	56.2	27.6	6.9
Διπολική δχη τύπου Ι	60.7	31.5	16.1
Διπολική δχη τύπου ΙΙ	48.1	20.8	14.7
Μονοπολική κατάθλιψη	27.2	11.6	18.4

Σημειώσεις: *Οι δχες διάθεσης περιλαμβάνουν την κατάθλιψη και τη διπολική δχη.
Η διπολική δχη ή η μανιοκατάθλιψη χαρακτηρίζεται από ακραίες δχες της διάθεσης.
Η διπολική δχη τύπου I είναι η σοβαρότερη διπολική δχη.
Η διπολική δχη τύπου II είναι λιγότερο σοβαρή.
Η μονοπολική κατάθλιψη είναι κατάθλιψη χωρίς μανιακά επεισόδια.
Πηγή:τα αναφερόμενο στον πίνακα αυτό δεδομένα βασίζονται σε ευρήματα από την Epidemiologic Catchment Area μελέτη (Regler et al. 1990).

Πίνακας 4.3 Κίνδυνος των διαταραχών διάθεσης σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ (δεδομένα Η.Π.Α.)

Επιπολασμός ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα με διαταραχές εξάρτησης και κατάχρησης από το αλκοόλ				
	Κατάχρηση αλκοόλ		**Εξάρτηση από το αλκοόλ**	
Συννοσηρότητα	**1-έτους ποσοστό (%)**	**Odds ratio**	**1-έτους ποσοστό (%)**	**Odds ratio**
National Comorbidity Survey [1]				
Διαταραχές διάθεσης	**12.3**	**1.1**	**29.2**	**3.6***
Μείζον καταθλιπτική δχη	**11.3**	**1.1**	**27.9**	**3.9***
Διπολική δχη	**0.3**	**0.7**	**1.9**	**6.3***
Δχες άγχους	**29.1**	**1.7**	**36.9**	**2.6***
ΓΑΔ	**1.4**	**0.4**	**11.6**	**4.6***
Δχη πανικού	**1.3**	**0.5**	**3.9**	**1.7***
PTSD	**5.6**	**1.5**	**7.7**	**2.2***
Epidemiologic Catchment Area[2] study	**Lifetime rate (%)**	**Odds ratio**	**Lifetime rate (%)**	**Odds ratio**
Σχιζοφρένεια	**9.7**	**1.9**	**24**	**3.8**

Σημειώσεις:*Odds ratio ήταν διαφορετικές σε επίπεδο 1 προς 0.05.Οι odds ratio αντιπροσωπεύουν την αυξημένη πιθανότητα κάποιος με δχη εξάρτησης ή κατάχρησης αλκοόλ να παρουσιάσει συννοσηρότητα με μία ψυχιατρική διαταραχή (π.χ., ένα άτομο με εξάρτηση από το αλκοόλ είναι 3.6 φορές πιθανότερο να παρουσιάζει επίσης μία δχη της διάθεσης σε σύγκριση με κάποιο άτομο μη πάσχων από διαταραχή εξάρτησης από αλκοόλ). Το 1-έτους ποσοστό μίας δχης αντικατοπτρίζει το ποσοστό ατόμων που πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής κατά τη διάρκεια του προηγούμενου της μελέτης έτους. Το lifetime rate αντιπροσωπεύει το ποσοστό των ατόμων που πληρούν τα κριτήρια για μία δχη καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους.
Πηγή:[1] Kessler et al.1996.
[2] Regier et al.1990.

Παρόλο που η κατάθλιψη μπορεί να προηγείται της βαριάς κατανάλωσης ή των διαταραχών χρήσης του αλκοόλ, υπάρχει σημαντικός βαθμός συννοσηρότητας, όπου η έναρξη των διαταραχών χρήσης του αλκοόλ προηγείται της έναρξης των καταθλιπτικών διαταραχών (Merikangas et al. 1998; Kessler et al. 1996; Rehm et al. 2004). Πολλά καταθλιπτικά σύνδρομα παρουσιάζουν εντυπωσιακή βελτίωση μετά από ημέρες ή εβδομάδες αποχής (Brown & Schuckit 1988; Dackis et al. 1986; Davidson 1995; Gibson & Becker 1973; Penick et al. 1988; Pettinati et al. 1982; WillenBring 1986).

Εξάρτηση από το αλκοόλ: Ανεξαρτήτως της μεθόδου μέτρησης της κατανάλωσης αλκοόλ, ο κίνδυνος εξάρτησης από το αλκοόλ ξεκινά από τα μικρά επίπεδα κατανάλωσης και

αυξάνεται άμεσα τόσο με τον όγκο της καταναλούμενης ποσότητας, όσο και με τον τρόπο κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων, περιστασιακά (Caetano et al. 2002). Οι δύο παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η ψυχολογική ενίσχυση και η βιολογική προσαρμογή του εγκεφάλου (World Health Organization 2004).

Βλάβη των νεύρων (περιφερική νευροπάθεια): Μετά μία ικανή χρονική περίοδο, αλλά κατά ένα δοσοεξαρτόμενο τρόπο, το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης βλαβών του κινητικού και αισθητικού νευρικού συστήματος, και ιδιαίτερα των ινών που νευρώνουν τα κάτω άκρα (Monforte et al. 1995). Η επίδραση αυτή είναι ανεξάρτητη της κακής διατροφής, αλλά ο βαθμός στον οποίο η κακή διατροφή επιδεινώνει τη βλάβη είναι άγνωστος.

Γνωσιακή έκπτωση, άνοια και εγκεφαλική βλάβη: Η κατανάλωση αλκοόλ έχει τόσο άμεσες όσο και μακροπρόθεσμες καταστρεπτικές επιδράσεις στον εγκέφαλο και στη νευροψυχολογική λειτουργικότητα. Η σχέση μεταξύ βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και γνωσιακής έκπτωσης είναι δεδομένη (Williams & Skinner 1990). Άτομα που καταναλώνουν 70-84 gr αλκοόλ ημερησίως για μία εκτεταμένη χρονική περίοδο εμφανίζουν κάποιες γνωστικές ανεπάρκειες. Άτομα με κατανάλωση 98-126 gr αλκοόλ ημερησίως παρουσιάζουν ήπιες γνωσιακές εκπτώσεις, και κατανάλωση 140 και άνω gr αλκοόλ ημερησίως οδηγεί σε μετρίου βαθμού γνωσιακά ελλείμματα, παρόμοια με αυτά ατόμων με διαγνωσμένη εξάρτηση από το αλκοόλ (Pearsons & Nixon 1998). Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η ήπια μικρή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο αγγειακής άνοιας, ενώ οι επιδράσεις στη νόσο Alzheimer παραμένουν άγνωστες, με κάποιες μελέτες να παρουσιάζουν συσχέτιση (Stampfer et al. 2005) και άλλες όχι (Gunzerath et al. 2004). Η συχνή κατανάλωση αλκοόλ σε μεσήλικες συσχετίστηκε με γνωστική έκπτωση και βλαπτικές επιδράσεις στον εγκέφαλο στην μετέπειτα ζωή, σε μία φιλανδική μελέτη, οι οποίες ήταν εντονότερες εάν υπήρχε γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση άνοιας (Antilla et al. 2004).

Η βαριά κατανάλωση αλκοόλ επιτείνει τη συρρίκνωση του εγκεφάλου, γεγονός που με τη σειρά του οδηγεί σε γνωσιακή έκπτωση (Rourke & Loberg 1996; Oscar-Berman & Marinkovic 2003). Στην εφηβεία το αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε δομικές αλλαγές στον ιππόκαμπο (μέρος του εγκεφάλου που συμμετέχει στη μάθηση) (De Bellis et al. 2000) και σε μόνιμη βλάβη στην ανάπτυξη του εγκεφάλου (Spear 2002). Φαίνεται να υπάρχει ένα φάσμα βλαβών στον εγκέφαλο ατόμων με μακροχρόνια διαταραχή εξάρτησης από το αλκοόλ, κυμαινόμενο από μέτρια έκπτωση έως τη σοβαρή ψύχωση του αλκοολικού συνδρόμου Wernicke-Korsakoff, με σύγχυση, διαταραχές βάδισης, διπλωπία και αδυναμία εντύπωσης νέων πληροφοριών.

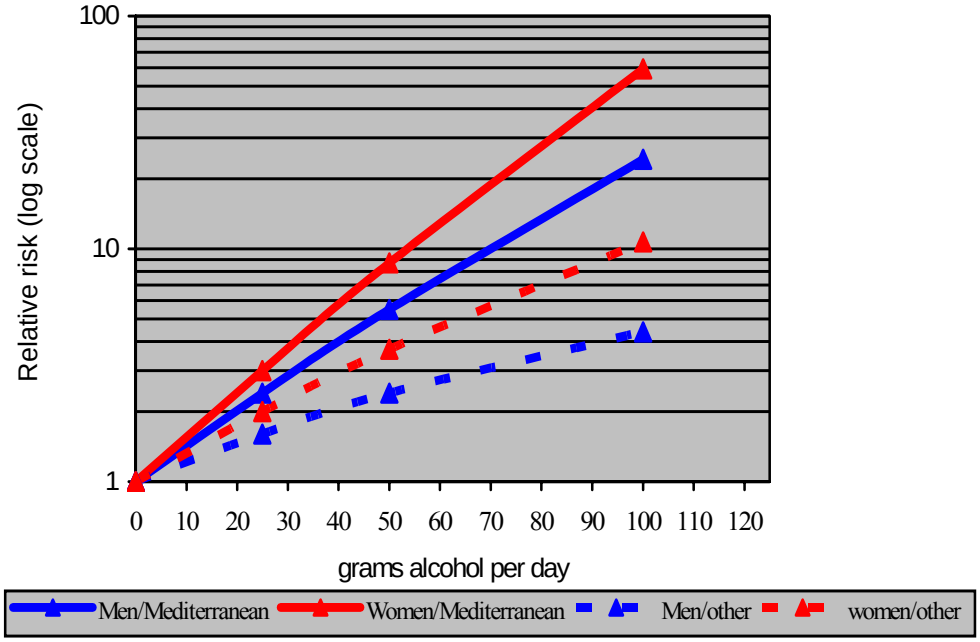
Εξάρτηση από τη νικοτίνη: Η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση καπνού είναι στενά συνδεδεμένα μοντέλα συμπεριφοράς. Έτσι όχι μόνο άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ είναι πιθανότερο να καπνίζουν (κα το αντίθετο), αλλά και άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ τείνουν να καπνίζον και πολύ περισσότερο. Τα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ υπολογίζεται ότι είναι και έως 90%. Παρομοίως, οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώνουν αλκοόλ από ότι οι μη καπνιστές, ενώ οι καπνιστές που είναι εξαρτημένοι στη νικοτίνη έχουν 2.7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σχέση με

τους μη καπνιστές (δες Drobes 2002). Αυτός είναι ένας από τους λόγους της σταθερής σχέσης μεταξύ αλκοόλ και καρκίνου του πνεύμονα που ανευρίσκεται σε όλες τις επιδημιολογικές μελέτες (Bandera et al. 2001; English et al. 1995).

Σχιζοφρένεια: Όχι μόνο είναι συνηθέστερη η κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ατόμων με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια (Hulse et al. 2000), αλλά υπάρχουν και στοιχεία ότι ακόμη και μικρές ποσότητες καταναλούμενου αλκοόλ μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής, όπως και να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα μερικών καθιερωμένων φαρμάκων (Castaneda et al. 1998). Επίσης, έχουν επιτευχθεί καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα όταν η επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ και η σχιζοφρένεια αντιμετωπίστηκαν συνολικά (Mueser & Kavanagh 2001).

Γαστρεντερικές παθήσεις

Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο της ηπατικής κίρρωσης (Εικόνα 4.3) και της οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας (Corrao et al. 1999). Για τους άνδρες που πεθαίνουν μεταξύ 35 και 69 ετών, ο κίνδυνος θανάτου από ηπατική κίρρωση αυξάνεται από 5 στους 10000 άνδρες, σε άτομα που απέχουν της κατανάλωσης αλκοόλ, σε 41 στους 10000 άνδρες, για κατανάλωση 4 ή περισσοτέρων ποτών ημερησίως (Thun et al. 1997).



Πίνακας 4.3 Σχετικός κίνδυνος ηπατικής κίρρωσης από κατανάλωση αλκοόλ για άνδρες και γυναίκες, που ζουν σε περιοχές της Μεσογείου, καθώς και σε άλλες περιοχές. Πηγή: Corrao et all (1999).

Παρόλο που υπάρχει μία ισχυρή σχέση μεταξύ κινδύνου ηπατικής κίρρωσης, ποσότητας καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ σε gr και του χρόνου κατανάλωσης, μόνο περίπου το 20% των ατόμων με εξάρτηση στο αλκοόλ αναπτύσσει ηπατική κίρρωση. Μερικές μελέτες

υποδεικνύουν την ύπαρξη γενετικών παραγόντων που προδιαθέτουν προς μία αλκοολική ηπατοπάθεια. Έτσι η ύπαρξη ηπατικής κίρρωσης σε ομοζυγωτικούς (πανομοιότυπους) διδύμους ήταν 15%, συγκρινόμενη με το 5% των ετερόζυγων διδύμων (Lumeng & Crabb 1994). Οι πολυμορφισμοί των ενζύμων μεταβολισμού της αιθανόλης και/ή οι μεταλλάξεις, μπορεί να συμβάλλουν στον κίνδυνο αλκοολικής ηπατοπάθειας. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η αύξηση της παρουσίας μερικών HLA-αντιγόνων όπως B8, Bw40, B13, A2, DR3 και DR2 συσχετίστηκαν με έναν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης αλκοολικής ηπατοπάθειας (Lumeng & Crabb 1994). Ο τρόπος κατανάλωσης είναι επίσης πολύ σημαντικός μιας και η περιοδική κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο εμφανίζει μικρότερο κίνδυνο σε σύγκριση με τη συνεχή κατανάλωση, για μεγάλες χρονικές περιόδους. Υπάρχει μία αλληλεπίδραση με την ιογενή ηπατίτιδα C, με την ηπατίτιδα να οδηγεί σε αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης ηπατικής κίρρωσης και σε αύξηση της σοβαρότητάς της, για οποιονδήποτε βαθμό κατανάλωσης αλκοόλ (Schiff 1997; Schiff & Ozden 2003). Υπάρχει επίσης μία εμφανής αλληλεπίδραση με τα αλειφατικά παράγωγα του αλκοόλ, που προέρχονται από οινοπνευματώδη οικιακής παρασκευής, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο κίρρωσης σε οποιοδήποτε βαθμό κατανάλωσης (Szucs et al. 2005). Σε οποιοδήποτε βαθμό κατανάλωσης, οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης ηπατικής κίρρωσης, σε σχέση με τους άνδρες (Man et al. 2003).

Δεν υπάρχει εμφανώς σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου γαστρικού και γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους (Corrao et al. 1999). Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι το αλκοόλ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο χολολιθίασης (Leitzmann et al. 1998; βλέπε Ashley et al. 2000), παρόλο που δεν υπάρχει επαλήθευση αυτών τω ευρημάτων σε όλες τις έρευνες (Sahi et al. 1998; Kratze et al. 1997). Αυτό το γεγονός είναι αντίθετο με την αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης χολόλιθων σε ασθενείς με ηπατική κίρρωση.

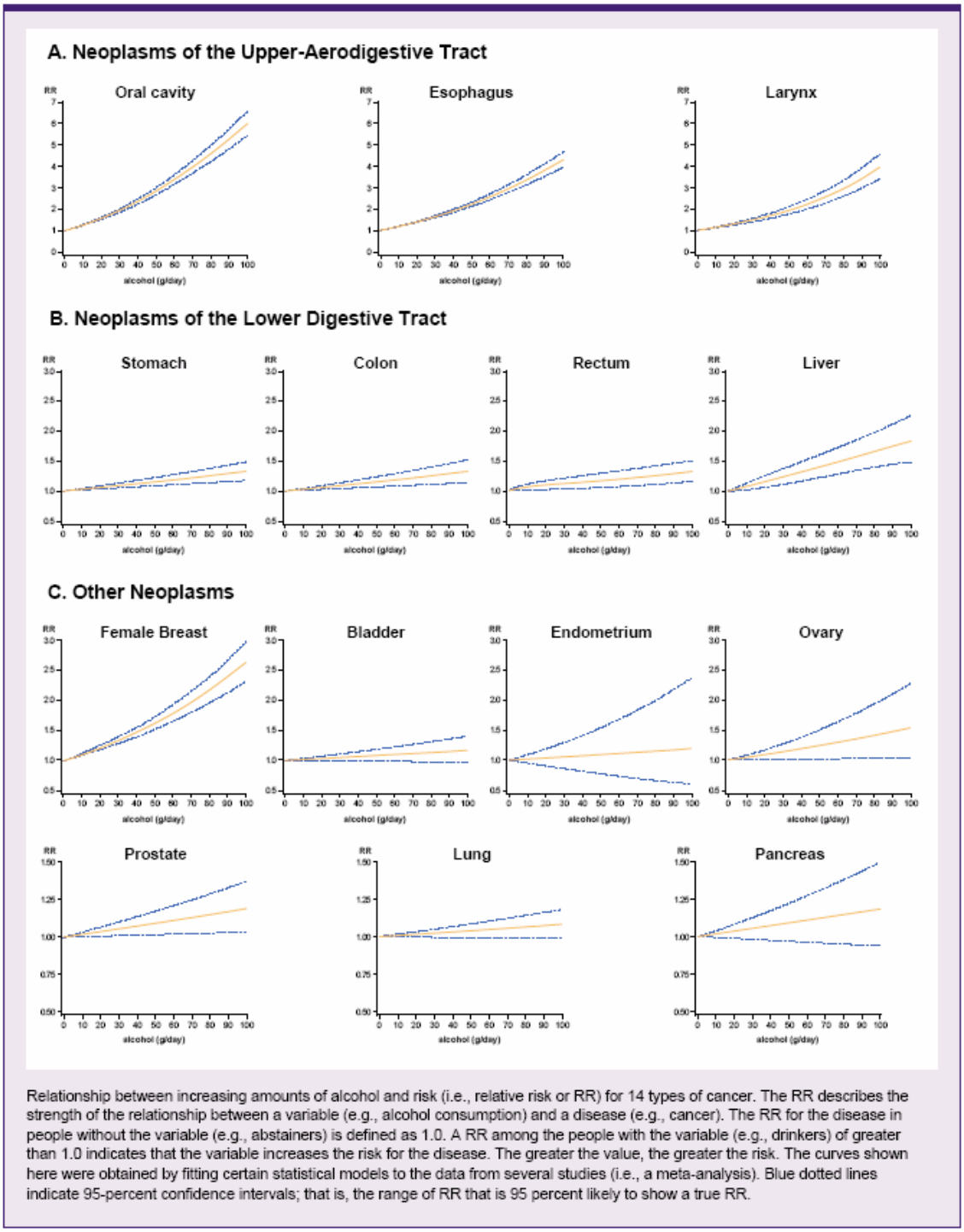
Ενδοκρινολογικές και μεταβολικές καταστάσεις

Η σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ φαίνεται να παρουσιάζει μία μορφή U, με τις χαμηλές δόσεις να μειώνουν τον κίνδυνο, σε σύγκριση με άτομα που απέχουν της κατανάλωσης αλκοόλ (Rimm et al. 1995; Perry et al. 1995; Stampfer et al. 1988) και τις υψηλότερες δόσεις να αυξάνουν τον κίνδυνο (Wei et al. 2000; Wannamethee et al. 2003). Δε βρίσκουν όλες οι μελέτες μειωμένο κίνδυνο από τη μικρού βαθμού κατανάλωση αλκοόλ (Hodge et al. 1993; Feskens & Kromhout 1989). Το αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας, παρόλο που δεν ισχύει σε όλες τις έρευνες (Wannamethee & Shaper 2003).

Νεοπλάσματα

Το αλκοόλ είναι καρκινογόνος παράγων και αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνων της στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου, λάρυγγα, ήπατος και γυναικείου μαστού και σε μικρότερο βαθμό του στομάχου, παχέως εντέρου και του ορθού, κατά μία γραμμική σχέση, εικόνα 4.4 (Bagnardi et al. 2001b). Ο ετήσιος κίνδυνος θανάτου από νεοπλάσματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ (στόματος, οισοφάγου, λαιμού και ήπατος) αυξάνει από 14 ανά 100.000 για τους μη πότες μεσήλικες άνδρες, σε 50 ανά 100.000 για άνδρες που καταναλώνουν 4 ή περισσότερα ποτά (40g) ημερησίως (Thun et al. 1997). Υπάρχουν σήμερα ισχυρά δεδομένα ότι το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του

μαστού στις γυναίκες (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2002). Ο κίνδυνος στην ηλικία των 80 ετών αυξάνει από 88/1000 απέχουσες από το αλκοόλ γυναίκες, στις 133/1000 γυναίκες οι οποίες καταναλώνουν 6 ποτά (60g) ημερησίως. Είναι πιθανόν η κατανάλωση αλκοόλ να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού λόγω της αύξησης των επιπέδων των γυναικείων ορμονών που είναι γνωστό ότι αποτελούν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.



Εικόνα 4.4 Συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου εμφάνισης 14 τύπων καρκίνου. Πηγή: Bagnardi et al. 2001.

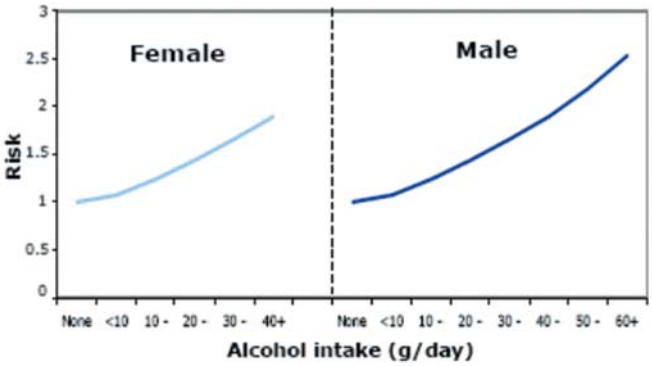
Μία ανάλυση των αρχικών δεδομένων 9 ελεγχόμενων μελετών περιστατικών έχει δείξει ότι τα άτομα που έπιναν αλκοόλ είχαν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης ορισμένων μη-Hodgkin λεμφωμάτων, αλλά όχι όλων (μία ομάδα ετερογενών ασθενειών χαρακτηριζόμενων από

κακοήθη εξαλλαγή των υγιών λεμφοκυττάρων) (Morton et al. 2005). Ο μειωμένος κίνδυνος δε συσχετίστηκε με το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ και οι πρώην πότες είχαν τον ίδιο κίνδυνο με τους μη πότες. Είναι ασαφές το κατά πόσο τα ευρήματα αυτά μπορούν να εξηγηθούν από μη προσδιορισμένους παράγοντες που πιθανόν επιδρούν. Επίσης όπως σημειώθηκε νωρίτερα, υπάρχει μία σταθερή σχέση μεταξύ του αλκοόλ και του καρκίνου του πνεύμονα (English et al. 1995), που πιστεύεται ότι οφείλεται στο κάπνισμα (Bandera et al. 2001).

Μελέτες επίσης ερεύνησαν το κατά πόσο το αλκοόλ είναι τοξικό προς τα γονίδια ή παράγοντας μεταλλαγών – μία ουσία που μπορεί να επάγει μόνιμες αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας των κυττάρων, ιστών και οργάνων, που μπορεί με τη σειρά του να συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνου. Ένας αριθμός μελετών υποστήριξαν ότι το αλκοόλ έχει ασθενείς γονιδιοτοξικές δυνατότητες, ακολουθώντας μεταβολικές αλλαγές (Obe & Anderson 1987; Creim 1998). Παρόλο που η σημαντικότητα των ευρημάτων δεν είναι ξεκάθαρη (Phillips & Jenkinson 2001), έχει τεθεί υπό συζήτηση, αλλά δεν έχει αποφασιστεί ακόμη, μία πρόταση για την ταξινόμηση της αιθανόλης από το European Chemicals Bureau (1999) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, ως μεταλλαξιογόνο κατηγορίας 2 (ουσίες που πρέπει να θεωρούνται μεταλλαξιογόνες για τον άνθρωπο) υπό το σύστημα ταξινόμησης επικίνδυνων ουσιών (67/548/EEC), παράρτημα VI (European Commision 2005).

Καρδιοαγγειακές παθήσεις

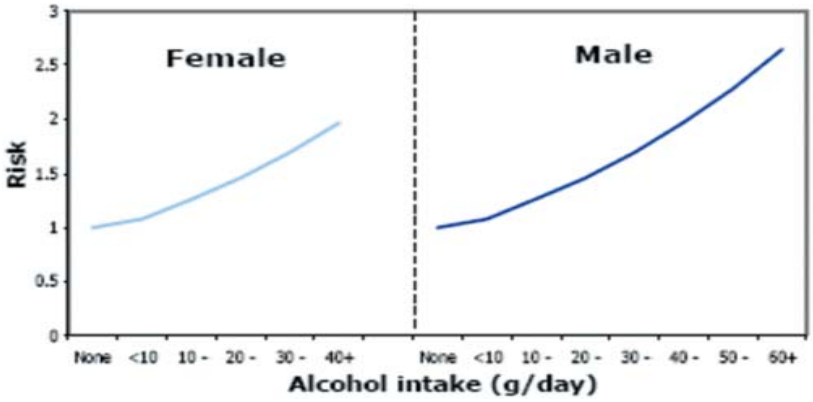
***Υπέρταση*:** Το αλκοόλ αυξάνει την αρτηριακή πίεση και τον κίνδυνο υπέρτασης κατά ένα δοσοεξαρτόμενο τρόπο (Beilin et al. 1996; Curtis et al. 1997; English et al. 1995; Grobbee et al. 1999; Keil et al. 1997; Klatsky 1996; Klatsky 2001), (Εικόνα 4.5).



Εικόνα 4.5 Σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης υπέρτασης από την κατανάλωση αλκοόλ. Πηγή: Strategy Unit (2003)

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων: το ισχαιμικό επεισόδιο, ως επακόλουθο της εμβολής μίας αρτηρίας που τροφοδοτεί με αίμα τον εγκέφαλο και το αιμορραγικό επεισόδιο (περιλαμβάνοντας επίσης την υπαραχνοειδή αιμορραγία) που οφείλεται στην αιμορραγία ενός αγγείου στον εγκέφαλο. Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης και των δύο τύπων εγκεφαλικών επεισοδίων, με μία ισχυρότερη δοσοεξαρτόμενη σχέση για το αιμορραγικό επεισόδιο

(Corrao et al. 1999), εικόνα 4.6. Παρόλο που μερικές μελέτες έχουν βρει ότι η μικρή κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου (Beilin et al. 1996; Hillbom 1998; Keil et al. 1997; Kitamura et al. 1998; Knuiman & Vu 1996; Sacco et al. 1999; Thun et al. 1997; Wannamethee & Shaper 1996), μία συστηματική ανασκόπηση που συνδύασε όλες τις έρευνες, δεν βρήκε ξεκάθαρες ενδείξεις προστατευτικής δράσης μίας ήπιας έως μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ, έναντι του κινδύνου εμφάνισης ενός ισχαιμικού επεισοδίου ή ενός εγκεφαλικού επεισοδίου γενικότερα (Mazzaglia et al. 2001). Η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης τόσο ενός ισχαιμικού, όσο και ενός αιμορραγικού επεισοδίου, και είναι ιδιαίτερα σημαντική αιτία αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε εφήβους και νέους ανθρώπους. Έως και 1 στα 5 επεισόδια σε άτομα κάτω των 40 ετών είναι στενά συσχετιζόμενα με την κατανάλωση αλκοόλ, με μία ιδιαίτερα ισχυρή σχέση να παρατηρείται στους εφήβους (Hillbom & Kaste 1982).



Εικόνα 4.6 Σχετικός κίνδυνος αιμορραγικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου λόγω κατανάλωσης αλκοόλ. Πηγή: Strategy Unit (2003).

Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού: Η βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών αρρυθμιών και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου ακόμη και σε άτομα χωρίς ενδείξεις προϋπάρχουσας καρδιακής νόσου (Robinette et al. 1979; Suhonen et al. 1987; Wannamethee & Shaper 1992). Η κολπική μαρμαρυγή είναι η συχνότερη μορφή αρρυθμίας, επαγόμενη τόσο από τη συνεχή βαριά κατανάλωση όσο και από την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ περιστασιακά. Έχει υπολογιστεί ότι στο 15-30% των ασθενών με κολπική μαρμαρυγή, η αρρυθμία μπορεί να σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ, με πιθανότητα το 5-10% όλων των νέων επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής να εξηγούνται από την υπερβολική κατανάλωση (Rich et al. 1985).

Ανοσοποιητικό σύστημα

Το αλκοόλ μπορεί να παρεμβάλλεται στη φυσιολογική λειτουργία πολλών συστατικών του ανοσοποιητικού συστήματος, οδηγώντας σε ανοσοποιητική ανεπάρκεια, προκαλώντας αυξημένη ευαλωτότητα σε ορισμένες λοιμώδεις παθήσεις, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας, της φυματίωσης και της μόλυνσης από τον ιό HIV (US Department of Health and Human Services 2000).

Σκελετικές παθήσεις

Φαίνεται να υπάρχει μία δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της οστεοπόρωσης και του κινδύνου καταγμάτων σε άνδρες και γυναίκες (US Department of Health and Human Services 2000; Preedy et al. 2001). Φαίνεται ότι η σχέση μεταξύ βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και μειωμένης οστικής μάζας και αυξημένου κινδύνου καταγμάτων είναι μικρότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Sampson 2002), και υπάρχουν ακόμη κάποιες ενδείξεις ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν μικρές ποσότητες αλκοόλ, γενικά έχουν υψηλότερη οστική μάζα σε σχέση με τις γυναίκες που απέχουν της κατανάλωσης (Turner & Sibonga 2001).

Παθήσεις του αναπαραγωγικού συστήματος

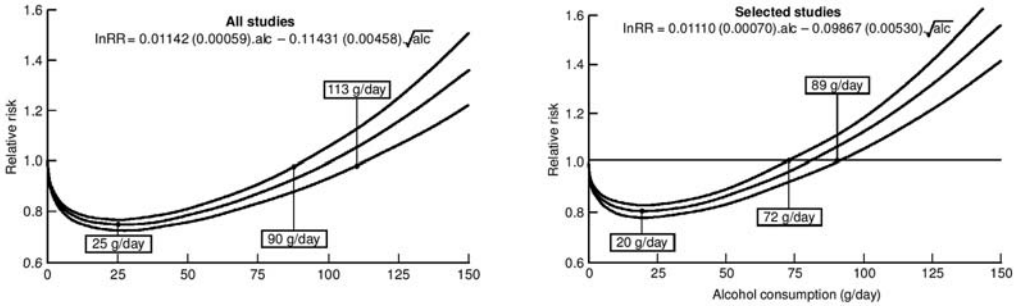
Το αλκοόλ μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στο ανδρικό όσο και στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα. Η χρήση του αλκοόλ επηρεάζει τους ενδοκρινείς αδένες και ορμόνες που εμπλέκονται στο ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα και μπορεί να μειώσει τη γονιμότητα μέσω της σεξουαλικής δυσλειτουργίας και της μειωμένης παραγωγής σπέρματος (Emanuele & Emanuele 2001). Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την πρώιμη εφηβεία μπορεί να καταστείλει την έκκριση ειδικών θηλυκών ορμονών της αναπαραγωγής, καθυστερώντας έτσι την έναρξη της ήβης και επιδρώντας αρνητικά στην ωρίμανση του αναπαραγωγικού συστήματος (Dees et al. 2001). Πέραν της εφηβείας, το αλκοόλ το αλκοόλ έχει βρεθεί ότι διαταράσσει τον φυσιολογικό έμμηνο κύκλο, μειώνοντας τη γονιμότητα (Emanuele et al. 2002).

Προγενετικές διαταραχές

Το αλκοόλ εμφανίζει τοξικότητα στο αναπαραγωγικό σύστημα. Η έκθεση του εμβρύου στο αλκοόλ μπορεί να σχετίζεται με μία ιδιαίτερη μορφή γνωστικών ελλειμμάτων που γίνονται εμφανή μετέπειτα στην παιδική ηλικία, συμπεριλαμβάνοντας εκπτώσεις της γενικής γνωσιακής λειτουργικότητας και των ικανοτήτων μόρφωσης, καθώς και ελλειμμάτων της λεκτικής μάθησης, της χωρικής μνήμης και εκλογίκευσης, του χρόνου αντίδρασης, της ισορροπίας και άλλων γνωσιακών και κινητικών ικανοτήτων (Mattson et al. 2001; Chen et al. 2003; Koditowakko et al. 2003). Μερικά ελλείμματα, όπως προβλήματα στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, φαίνεται να χειροτερεύουν καθώς τα άτομα αυτά πλησιάζουν στην εφηβική και ενήλικη περίοδο, πιθανώς οδηγώντας σε μία αυξημένη συχνότητα ψυχικών διαταραχών (Jacobson & Jacobson 2002). Παρόλο που τα ελλείμματα αυτά είναι πολύ σοβαρά και έχουν τεκμηριωθεί εκτενέστερα σε παιδιά με εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο, παιδιά που κατά την κυοφορία εκτέθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλ μπορεί να παρουσιάσουν παρόμοια προβλήματα (Gunzerath et al. 2004) κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο (Sood et al. 2001). Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι το αλκοόλ ακόμη και σε μικρές κατά μέσο όρο καταναλούμενες ποσότητες, και ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, δύναται να αυξήσει τον κίνδυνο αυτόματης αποβολής, ελλειποβαρών γεννήσεων, προωρότητας και ενδομήτριας καθυστέρησης στην ανάπτυξη (Abel 1997; Bradley et al. 1998; Windham et al. 1997; Albertsen et al. 2004; Rehm et al. 2004). Υπάρχουν επίσης κάποια στοιχεία ότι το αλκοόλ μπορεί να μειώσει την παραγωγή γάλακτος στις θηλάζουσες μητέρες (Mennella 2001; Gunzerath et al. 2004).

4.3. Μπορεί το αλκοόλ να μειώσει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου;

Το αλκοόλ σε μικρές δόσεις μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου (Gunzerath et al. 2004). Υψηλής ποιότητας μελέτες έχουν βρει μικρότερη προστατευτική δράση σε σχέση με μελέτες χαμηλότερης ποιότητας (Corrao et al. 2000). Μία ανασκόπηση των υψηλής ποιότητας ερευνών έδειξε πως ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου, για κατανάλωση 20 gr (2 ποτά) αλκοόλ ημερησίως, μειώθηκε στο 80% του επιπέδου κινδύνου των ατόμων που απέχουν του αλκοόλ, εικόνα 4.7. Η μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου εμφανίζεται στο επίπεδο του ενός ποτού κάθε δεύτερη ημέρα. Πέραν των δύο ποτών ημερησίως (το χαμηλότερο επίπεδο κατανάλωσης με τον χαμηλότερο κίνδυνο), ο κίνδυνος καρδιακής νόσου αυξάνει. Ο κίνδυνος γίνεται μεγαλύτερος του αντίστοιχου ενός ατόμου που απέχει της χρήσης, σε ένα επίπεδο ημερήσιας κατανάλωσης των 80 gr και άνω.



Εικόνα 4.7 Λειτουργίες (και αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης 95%) που περιγράφουν τη δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ αναφερόμενης κατανάλωσης αλκοόλ και σχετικού κινδύνου στεφανιαίας νόσου, όπως προκύπτουν από το σύνολο 51 μελετών και 28 μελετών κοορτής, με υψηλό βαθμό ποιότητας. Τα προσαρμοσμένα μοντέλα (με τα τυπικά σφάλματα στην παρένθεση) και τα τρία κρίσιμα επίπεδα έκθεσης (μέγιστο, μέγιστη δόση με στατιστικής σημασίας προστατευτική δράση και ελάχιστη δόση με στατιστικής σημασίας επιβλαβή δράση) αναφέρονται.
Αναπαραγωγή από : Corrao et al. (2000)

Η προστατευτική δράση του αλκοόλ είναι μεγαλύτερη σε μη θανατηφόρα καρδιακά επεισόδια, σε σχέση με τα θανατηφόρα, για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες και σε άτομα μεσογειακών χωρών, σε σχέση με άτομα από άλλες χώρες. Η δράση του αλκοόλ στη μείωση του κινδύνου είναι εμφανής μόνο σε μεσήλικα και γηραιότερα άτομα, τα οποία βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο καρδιακής νόσου. Όλα τα οφέλη του αλκοόλ για το άτομο που καταναλώνει αλκοόλ εμφανίζονται περιληπτικά στο σχεδιάγραμμα 4.3.

Ενώ οι μικρές δόσεις αλκοόλ μπορεί να δρουν προστατευτικά έναντι των καρδιακών παθήσεων, οι υψηλές δόσεις αυξάνουν τον κίνδυνο και οι περιστασιακά βαριές καταναλώσεις προδιαθέτουν έναντι καρδιακών αρρυθμιών, ισχαιμίας ή εμφράγματος του μυοκαρδίου και καρδιαγγειακού θανάτου (Trevisan et al. 2001a; Trevisan et al. 2001b; Murray et al. 2002; Gmel et al. 2003; Britton & Marmot 2004; Trevisan et al. 2004).

Σχεδιάγραμμα 4.3 τα οφέλη στην υγεία του ατόμου που καταναλώνει αλκοόλ		
	Κατάσταση	**Περίληψη ευρημάτων**
Κοινωνικό ευζειν	***Θετικές αισθήσεις και εμπειρίες***	Ανευρίσκεται σε μελέτες στο γενικό πληθυσμό. Επηρεάζεται από την κουλτούρα, το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η κατανάλωση, και τις προσδοκίες των ατόμων σχετικά με τις δράσεις του αλκοόλ.
	Υποκειμενική υγεία	Η ελαφριά κατανάλωση κρασιού, αλλά όχι μπύρας ή οινοπνευματωδών ποτών, σχετίζεται με την ατομική εντύπωση περί καλής υγείας, όταν συγκρίνεται με την αντίστοιχη ατόμων που απέχουν ή είναι βαρείς χρήστες. Δεν είναι βέβαιο το ποσοστό κατά το οποίο το φαινόμενο αυτό προέρχεται από παράγοντες άλλους, πέραν του αλκοόλ.
Νευροψυχιατρικές καταστάσεις	***Γνωσιακή λειτουργία και άνοια***	Η ελαφριά κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακής άνοιας, ενώ η επίδραση της στη νόσο Alzheimer και στη νοημοσύνη παραμένει ασαφής, με κάποιες μελέτες να αναφέρουν θετικές επιδράσεις και άλλες όχι.
Γαστρεντερικές, ενδοκρινικές και μεταβολικές καταστάσεις	***Χολόλιθοι***	Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι το αλκοόλ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο χολολιθίασης, αν και τα ευρήματα δεν είναι σταθερά σε όλες τις μελέτες.
	Τύπου ΙΙ διαβήτης	Η σχέση με το διαβήτη τύπου ΙΙ φαίνεται να έχει μία μορφή U, με τις χαμηλές δόσεις να μειώνουν τον κίνδυνο σε σύγκριση με άτομα που απέχουν της κατανάλωσης αλκοόλ και τις υψηλότερες δόσεις να αυξάνουν τον κίνδυνο. Δεν βρίσκουν όλες οι έρευνες μειωμένο κίνδυνο για την χαμηλή κατανάλωση.
Καρδιαγγειακές παθήσεις	***Ισχαιμικό έμφρακτο***	Πολλές επιμέρους μελέτες βρίσκουν ότι η ελαφριά κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμικού εμφράκτου, παρόλο που μία συστηματική ανασκόπηση, συνδυάζοντας όλες τις έρευνες, δεν έδειξε σαφή στοιχεία μίας προστατευτικής δράσης.

	Στεφανιαία νόσος (ΣΝ)	Μία μετα-ανάλυση 51 μελετών και 28 υψηλής ποιότητας ερευνών κοορτής έδειξε 20% μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, σε αναφερόμενη κατανάλωση 20g/ημέρα. Το μέγεθος της μείωσης του κινδύνου ΣΝ σε υψηλότερης ποιότητας μελέτες, είναι μικρότερο και εμφανίζεται σε χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ. Παρόλο που η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου ΣΝ είναι βιολογικά δυνατή, υπάρχει ακόμη προβληματισμός για το γεγονός ότι η δράση ή τουλάχιστον μέρος αυτής μπορεί να εξηγείται από προβλήματα κατά τη μέτρηση του αλκοόλ ή άλλους επιδρώντες παράγοντες που δεν έχουν επαρκώς ελεγχθεί σε όλες τις μελέτες.
Σκελετικές καταστάσεις		Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν μικρές ποσότητες αλκοόλ γενικά έχουν μεγαλύτερη οστική μάζα από γυναίκες που απέχουν της χρήσης.
Συνολική θνησιμότητα		Σε ηλικιωμένα άτομα, σε σύγκριση με άτομα που απέχουν της χρήσης αλκοόλ, μικρές ποσότητες αλκοόλ μειώνουν το συνολικό κίνδυνο θανάτου. Το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ με το μικρότερο κίνδυνο συνολικής θνησιμότητας βρίσκεται στα 4 g ημερησίως για τις γυναίκες 65 ετών και άνω και στα 11 g ημερησίως για τους άνδρες 65 ετών και άνω.

Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου στεφανιαίας νόσου είναι βιολογικά δυνατή και ανεξάρτητη από τον τύπο του αλκοολούχου σκευάσματος (Mukamal et al. 2003). Η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τα επίπεδα της χοληστερόλης HDL (Klatsky 1999). Η HDL χοληστερόλη αφαιρεί τις εναποθέσεις λιπαρών οξέων από τα αιμοφόρα αγγεία και έτσι σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο. Η μέτρια λήψη αλκοόλ φαίνεται να επηρεάζει την πηκτικότητα του αίματος, μειώνοντας τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων (McKenzie & Eisenberg 1996; Reeder at al. 1996; Gorinstein et al. 2003; Imhof & Koenig 2003). Η επίδραση του αλκοόλ στους μηχανισμούς πήξης παρουσιάζει ένα σημαντικό όφελος, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω αύξησης των επιπέδων της HDL χοληστερόλης, πιθανώς κατά την κατανάλωση αλκοόλ, στη μέση και Τρίτη ηλικία.

Οι βιοχημικές αλλαγές που μπορεί να επιφέρουν μείωση του κινδύνου καρδιακής νόσου επέρχονται ομοίως από τη μπύρα, το κρασί ή τα οινοπνευματώδη ποτά (spirits) (de Graag et al. 2000) λόγω των πολυφαινόλων και της αιθανόλης (Gorinstein & Trakhtenberg 2003). Παρόλο που το κόκκινο κρασί έχει την υψηλότερη περιεκτικότητα πολυφαινολών, οι βιοχημικές αλλαγές δεν προκύπτουν από το χυμό του σταφυλιού ή το κρασί από το οποίο τα αλκοόλ έχει αφαιρεθεί (Sierksma 2003). Σε αντίθεση με τις βιοχημικές αυτές αλλαγές, υπάρχουν ενδείξεις πως η κατανάλωση αλκοόλ, κατά ένα δοσοεξαρτώμενο τρόπο, και η επεισοδιακή βαριά κατανάλωση, αυξάνουν τον κίνδυνο επασβέστωσης των στεφανιαίων

αρτηριών σε νέους ενήλικες (Pletcher et al. 2005), ενός δείκτη αθηροσκλήρωσης προγνωστικού κάποιας μελλοντικής καρδιακής νόσου (Pletscher et al. 2004).

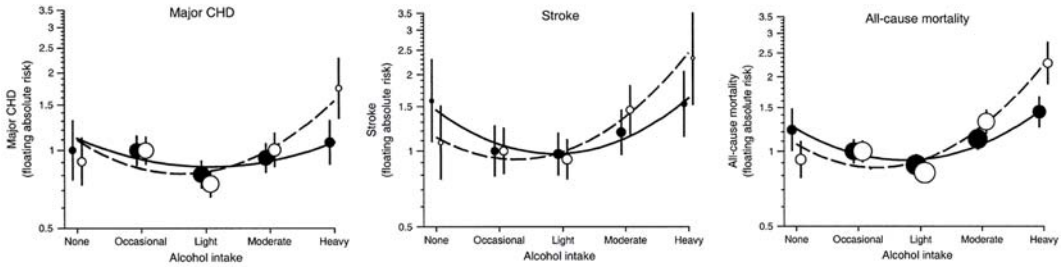
Παρόλο που η σχέση μεταξύ των μειωμένων επιπέδων κατανάλωσης αλκοόλ και του μειωμένου κινδύνου στεφανιαίας νόσου έχει βρεθεί σε πολλές μελέτες, δεν έχει βρεθεί σε όλες. Μία μελέτη ομάδας εργαζομένων σκωτσέζων ανδρών, ηλικίας άνω των 21 ετών, δεν έδειξε αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου μεταξύ των ατόμων που απέχουν της κατανάλωσης, σε σύγκριση με άτομα που καταναλώνουν σε μικρό ή μέτριο βαθμό (Hart et al. 1999). Σε άλλες μελέτες γενικού πληθυσμού, όπου οι συμμετέχοντες θα αναμένονταν να παρουσιάζουν μείωση της κατανάλωσης λόγω της κακής υγείας τους, δε βρέθηκε καμία διαφορά στα ποσοστά θανάτου μεταξύ των ήπιων καταναλωτών αλκοόλ και αυτών που απείχαν (Fillmore et al. 1998a, Fillmore et al. 1998b; Leino et al. 1998).

Μερικές μελέτες σε Αγγλία και ΗΠΑ έχουν δείξει ότι σε σύγκριση με άτομα που απέχουν της χρήσης αλκοόλ, άτομα με ελαφριά κατανάλωση, είχαν γενικότερα έναν υγιεινότερο τρόπο ζωής σε θέματα δίαιτας, φυσικής δραστηριότητας και αποχής από το κάπνισμα (Wannamathee & Shaper 1999; Barefoot et al. 2002) και υψηλότερα εισοδήματα (Hamilton & Hamilton 1997; Zarkin et al. 1998). Έχει προταθεί ότι ίσως αυτό το γεγονός θα μπορούσε να εξηγήσει την εμφανή αύξηση του κινδύνου καρδιακών νοσημάτων σε άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ, σε σύγκριση με τα άτομα με αλαφριά κατανάλωση. Παρόλο που δεν επιβεβαιώθηκε σε μία Φιλανδική μελέτη (Poikolainen et al. 2005), παραδείγματα παραγόντων συχνότερα σχετιζόμενων με την κατάσταση των ατόμων που δεν καταναλώνουν αλκοόλ, περιελάμβαναν τη μεγαλύτερη ηλικία και τη μη υπαγωγή στη λευκή φυλή, τη χηρεία ή την απουσία γάμου, τα χαμηλότερα εισοδήματα και επίπεδο εκπαίδευσης, την έλλειψη πρόσβασης στο σύστημα υγείας ή σε υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, την ύπαρξη συννοσηρότητας με παθήσεις όπως διαβήτης ή υπέρταση, το χαμηλό επίπεδο ψυχικής υγείας, την αναγκαιότητα διάθεσης ιατρικού εξοπλισμού, το χαμηλότερο συνολικό επίπεδο υγείας και η ύπαρξη αυξημένου κινδύνου νόσησης από καρδιοαγγειακές παθήσεις (Naimi et al. 2005). Για παράγοντες για τους οποίους υπήρχαν πολλαπλές κατηγορίες κινδύνων, υπήρχε μία διαβαθμισμένη σχέση μεταξύ των αυξανόμενων επιπέδων κινδύνου και μίας αυξανόμενης πιθανότητας του ατόμου να μην καταναλώνει αλκοόλ.

Σε μία Αυστραλιανή μελέτη βρέθηκε ότι οι απέχοντες από το αλκοόλ είχαν ένα εύρος χαρακτηριστικών σχετιζόμενων με άγχος, κατάθλιψη και άλλες εκδηλώσεις νόσησης, όπως χαμηλού επιπέδου απασχόλησης, φτωχής εκπαίδευσης, τρέχοντα προβλήματα οικονομικής φύσεως, κακή κοινωνική στήριξη και πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως επίσης και αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, το σύνολο των οποίων θα μπορούσε να εξηγήσει την αύξηση του κινδύνου καρδιακών παθήσεων, μεταξύ των ατόμων που απείχαν της κατανάλωσης αλκοόλ και σε σύγκριση με τα άτομα μα χαμηλή κατανάλωση (Rodgers et al. 2000; Greenfield et al. 2002). Μία αμερικανική μελέτη έδειξε ότι ενώ η κατανάλωση αλκοόλ μείωνε τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου στους λευκούς άνδρες, αύξανε τον κίνδυνο στους μαύρους άνδρες, υποδεικνύοντας πως η καρδιοπροστατευτική δράση θα μπορούσε εξηγηθεί από τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των χρηστών (Fuchs et al. 2004).

Η μελέτη British Regional Study έχει επιβεβαιώσει ότι καθώς η κατανάλωση του αλκοόλ μειώνεται με την ηλικία, οι επιδημιολογικές μελέτες που βασίζονται σε μετρήσεις

αναφοράς, μπορεί να οδηγήσουν σε υποτίμηση του κινδύνου (Emberson et al. 2005). Ενώ η τιμές αναφοράς της πρόσληψης αλκοόλ παρουσίαζαν μία σχέση U-μορφής με την καρδιοαγγειακή νόσο και τη συνολική θνησιμότητα, με τους ελαφρείς χρήστες να έχουν τους χαμηλότερους κινδύνους και τους μη χρήστες και τους βαρείς χρήστες να έχουν παρόμοια υψηλότερους κινδύνους, η φύση των σχέσεων αυτών άλλαξε μετά από προσαρμογή ως προς τη μέση πρόσληψη κατά τη διάρκεια των είκοσι ετών της μελέτης. Οι σχετικοί με μη κατανάλωση κίνδυνοι μειώθηκαν και οι σχετικοί με μέτρια και βαριά κατανάλωση κίνδυνοι, αυξήθηκαν, εικόνα 4.8. Οι τακτικοί βαρείς χρήστες είχαν κατά 74% υψηλότερο κίνδυνο ενός μείζονος αγγειακού επεισοδίου, κατά 133% υψηλότερο κίνδυνο ενός εμφράκτου και κατά 127% υψηλότερο κίνδυνο συνολικής θνησιμότητας, σε σχέση με τους περιστασιακούς χρήστες (αυτά τα ποσοστά ήταν 8%, 54% και 44% πριν την προσαρμογή ως προς τη διακύμανση της πρόσληψης).



Εικόνα 4.8 Σχετικός κίνδυνος μείζονος καρδιοαγγειακής νόσου (θάνατος συνεπεία αγγειακού επεισοδίου και μη θανατηφόρο έμφραγμα), αγγειακού επεισοδίου και συνολική θνησιμότητα από την κατανάλωση αλκοόλ, μεταξύ ανδρών της μελέτης British Regional Heart Study, χωρίς ιστορικό κάποιας καρδιοαγγειακής πάθησης, οι οποίοι παρακολουθήθηκαν από το 1978/1980 έως το 1998/2000. Οι μαύροι κύκλοι και η συνεχής γραμμή αναφέρονται στα επίπεδα αναφοράς της πρόσληψης αλκοόλ και οι λευκοί κύκλοι και η διακεκομμένη γραμμή στη «συνήθη» επίπεδα πρόσληψης μετά τη προσαρμογή ως προς την κατά άτομο διακύμανση στη λήψη αλκοόλ. Το μέγεθος του κάθε συμβόλου δείχνει το μέγεθος των στατιστικών πληροφοριών στις οποίες κάθε εκτίμηση βασίζεται. Οι κάθετες γραμμές δείχνουν διαστήματα εμπιστοσύνης 95% για τους απόλυτους κινδύνους. Πηγή: Emberson et al. 2005.

4.4. Είναι η κατανάλωση αλκοόλ ελεύθερη κινδύνου;

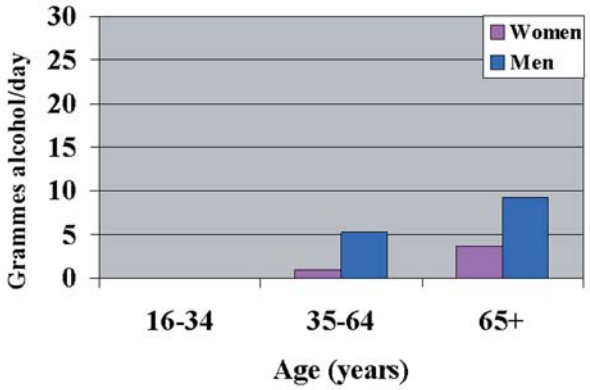
Η μορφή της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και του θανάτου εξαρτάται από την κατανομή των αιτιών θανάτου μεταξύ του πληθυσμού που μελετήθηκε και του επιπέδου και των συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ εντός του πληθυσμού. Σε μικρότερες ηλικίες οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα και βία (που αυξάνονται από την κατανάλωση αλκοόλ) κυριαρχούν, ενώ οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο (οι οποίοι μειώνονται από την κατανάλωση αλκοόλ) είναι σπάνιοι. Η θέση αυτή αντιστρέφεται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Σε κάθε όγκο κατανάλωσης, αυτοί που καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες κατά περίσταση έχουν και υψηλότερο κίνδυνο (Tolstrup et al. 2004).

Έτσι υπάρχει μία θετική, κατά ένα μεγάλο ποσοστό γραμμική συσχέτιση, μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και κινδύνου θανάτου σε πληθυσμούς ή ομάδες με μειωμένα ποσοστά στεφανιαίας νόσου (που περιλαμβάνουν και τους νέους). Από την άλλη πλευρά υπάρχει μία καμπύλη J μορφής ή μεταξύ γηραιότερων πληθυσμών μία U-μορφής συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλης και του κινδύνου θανάτου σε πληθυσμούς με υψηλά ποσοστά στεφανιαίας νόσου. Η ακριβής ηλικία όπου η σχέση αλλάζει από

γραμμική σε J ή U μορφή εξαρτάται από την κατανομή των αιτιών θανάτου, αλλά στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι συνήθως μεταξύ 50 και 60 ετών (Rehm & Sempos 1995).

Όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο, το επίπεδο κατανάλωσης των ατόμων που σχετίζεται με τον ελάχιστο κίνδυνο θανάτου ποικίλει από χώρα σε χώρα. Έτσι μελέτες από τη νότιο και κεντρική Ευρώπη με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης, τουλάχιστον μέχρι πρότινος, βρίσκουν το επίπεδο κατανάλωσης που σχετίζεται με τα χαμηλότερα ποσοστά θανάτου, να είναι υψηλότερο (Farchi et al. 1992; Brenner et al. 1997; Keil et al. 1997; Renaud et al. 1998).

Στην Αγγλία, έχει υπολογιστεί πως τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ με το μικρότερο κίνδυνο θανάτου σε γυναίκες είναι μηδέν, για ηλικίες κάτω των 45 ετών, 3 gr ημερησίως για ηλικίες 45-64 ετών και 4 gr για ηλικίες 65 ετών και άνω, εικόνα 4.9.



Εικόνα 4.9 Επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ με μικρότερο κίνδυνο θανάτου. Πηγή: White et al. 2002.

Για τους άνδρες τα επίπεδα είναι μηδενικά για ηλικίες κάτω των 35 ετών, 2.5 gr ημερησίως για ηλικίες 35-44 ετών, 9 gr ημερησίως για ηλικίες 45-64 ετών και 11 gr ημερησίως για ηλικίες άνω των 65 ετών. Πάνω από αυτά τα επίπεδα ο κίνδυνος θανάτου αυξάνει με την αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ (White et al. 2002). Για τους άνδρες ηλικίας 35-69 ετών ο κίνδυνος θανάτου αυξάνει από 1167 ανά 100.000 στα 10 gr ημερησίως, σε 1431 ανά 100.000 στα 60 ή περισσότερα gr ημερησίως. Στις γυναίκες ο κίνδυνος αυξάνει από 666 ανά 100.000 για τα 10 gr αλκοόλ ημερησίως, στις 828 ανά 100.000 για 60 ή περισσότερα gr ημερησίως (Thun et al. 1997).

Η επίδραση του αλκοόλ στην υγεία για το εύρος της ζωής συνοψίζεται στο σχεδιάγραμμα 4.4.

4.5 Ποιος βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο όσον αφορά σχετιζόμενα με το αλκοόλ προβλήματα υγείας;

Γενετικές επιδράσεις

Το γενετικό υπόστρωμα επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ. Η κλασσική μελέτη διδύμων συγκρίνει τις ομοιότητες μίας κατάστασης μεταξύ μονοζυγωτικών (MZ-πανομοιότυπων) και διζυγωτικών (ΔΖ) διδύμων ώστε να καθοριστεί η έκταση της γενετικής επίδρασης ή της κληρονομικότητας της καταστάσεως.

Η κληρονομικότητα μπορεί να υπολογιστεί γιατί οι ΜΖ δίδυμοι είναι πανομοιότυποι ενώ οι ΔΖ μοιράζονται κατά το ήμισυ το ίδιο γονιδίωμα. Η μέθοδος στηρίζεται στην υπόθεση του «ιδίου περιβάλλοντος», την υπόθεση δηλαδή ότι η ομοιότητα μεταξύ του περιβάλλοντος των ΜΖ διδύμων είναι η ίδια, όπως και η ομοιότητα μεταξύ των περιβαλλόντων των ΔΖ διδύμων, παρόλο που εμφανώς υπάρχει μία αλληλεπίδραση μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος (Heath & Nelson 2002).

Παρόλο που οι μελέτες σε διδύμους δεν εξακριβώνουν ειδικά γονίδια που επηρεάζουν μία κατάσταση, παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τη γονιδιακή επίδραση σε μία κατάσταση (περισσότερο γενικές ιδιότητες του τρόπου κληρονόμησης, όπως για το αν τα γονίδια ενεργούν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ή συνεργικά, ώστε να επηρεάσουν μία κατάσταση), για το ποια χαρακτηριστικά της κατάστασης είναι περισσότερο κληρονομήσιμα, για το αν τα ίδια γονίδια επηρεάζουν την κατάσταση και για τα δύο φύλα και για το εάν πολλαπλές καταστάσεις μοιράζονται κάποιες κοινές γονιδιακές επιρροές. Όταν τα δεδομένα διδύμων ενισχύονται από τα δεδομένα μελετών της οικογένειας, η έρευνα αναφέρεται ως έρευνα οικογένειας/διδύμων και μπορεί να προσφέρει περισσότερο ακριβείς πληροφορίες για το εάν οι γονείς μεταδίδουν μία συμπεριφορική κατάσταση στους απογόνους τους γενετικά ή μέσω κάποιων πτυχών του οικογενειακού περιβάλλοντος (πολιτισμική μετάδοση). Όταν έχουν συλλεχθεί λεπτομερή δεδομένα από το περιβάλλον, οι μελέτες διδύμων και διδύμων/οικογενειών μπορούν να προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με το πώς αλληλεπιδρούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες με τη γονιδιακή προδιάθεση, για την εμφάνιση μίας νόσου.

Μερικές μελέτες διδύμων και οικογενειών έχουν προτείνει ένα ποσοστό κληρονομικότητας της εξάρτησης από το αλκοόλ μεταξύ 50 και 60% (Cook & Curling 2001; Dick & Forud 2002; US Department of Health and Human Services 2000). Η παρούσα βιβλιογραφία περισσότερο εστιάζει στην εξάρτηση από το αλκοόλ, αλλά υπάρχει λόγος να πιστεύεται πως ότι είναι κληρονομούμενο σχετικά με τη βαριά ή προβληματική κατανάλωση αλκοόλ έχει ευρύτερη επίδραση σε σχέση με τη διαγνωσμένη εξάρτηση από το αλκοόλ.

Η ανάλυση 987 ατόμων από 105 οικογένειες στο αρχικό δείγμα της μελέτης Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA), μίας μεγάλης κλίμακας μελέτης οικογενειών σχεδιασμένης να ταυτοποιήσει γονίδια που επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης εξάρτησης από το αλκοόλ και χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με το αλκοόλ, καθώς και συμπεριφορές, έδωσε στοιχεία πως περιοχές σε 3 χρωμοσώματα περιείχαν γονίδια που αύξαναν τον κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ (Reich et al. 1998). Τα ισχυρότερα στοιχεία ήταν για περιοχές στα χρωμοσώματα 1 και 7, με λιγότερο ισχυρά στοιχεία για μία περιοχή του χρωμοσώματος 2. Το επαναληπτικό δείγμα, που περιελάμβανε 1295 άτομα από 157 οικογένειες επιβεβαίωσε τα προηγούμενα ευρήματα, αν και με μικρότερη στατιστική δύναμη (Foroud et al. 2000).

Σχεδιάγραμμα 4.4 Αλκοόλ και υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής					
	Προ-γενετικές	**Παιδική ηλικία**	**Νεαρή εφηβεία**	**Μέση ηλικία**	**Τρίτη ηλικία**
Κοινωνικές επιπτώσεις			Οι απολαύσεις από τη χρήση αλκοόλ υπάρχουν μεταξύ των χρηστών		
	Οι αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις έχουν αντίκτυπο σε όλες τις ηλικίες				
			Οι νεαροί ενήλικες αποτελούν τους συνήθεις χρήστες και βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο		
Τραυματισμοί	Σκόπιμοι και μη τραυματισμοί επηρεάζουν όλες τις ηλικίες				
			Οι νεαροί ενήλικες είναι συνήθεις υποψήφιοι σκόπιμων τραυματισμών και βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο σκόπιμων και μη τραυματισμών		
Νευροψυχιατρικές διαταραχές	Οι συνέπειες των νευροψυχιατρικών διαταραχών επηρεάζουν όλες τις ηλικίες				
			Αν και η εξάρτηση από το αλκοόλ αφορά όλους τους ενηλίκους, οι νεαροί ενήλικες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο		
				Οι μεσήλικες και τα άτομα τρίτης ηλικίας βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικών βλαβών και γνωσιακών ελλειμμάτων	
Γαστρεντερικές διαταραχές			Παρόλο που η ηπατική κίρρωση είναι συνηθέστερη σε μεσήλικες και άτομα τρίτης ηλικίας, οι νεαροί ενήλικες βρίσκονται επίσης σε κίνδυνο		
Νεοπλασίες				Τα νεοπλάσματα είναι πιθανότερο να εμφανιστούν σε άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας	
Καρδιοαγγειακές παθήσεις			Υπέρταση, αγγειακά έμφρακτα και διαταραχές του καρδιακού ρυθμού μπορούν να επηρεάσουν όλους τους ενήλικες		

			Η επεισοδιακή βαριά κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αγγειακά έμφρακτα σε νεαρούς ενήλικες		
			Η στεφανιαία νόσος είναι σπάνια σε νεαρούς ενήλικες		
				Ο μειωμένος κίνδυνος για στεφανιαία νόσο γίνεται σημαντικότερος σε μεσήλικες και άτομα τρίτης ηλικίας	
Προ-γενετικές καταστάσεις	Οι συνέπειες των προγενετικών βλαβών από το αλκοόλ εκτείνονται σε όλο το εύρος της ζωής				

Μία παραλλαγή των γονιδίων ADH2 και ADH3 περιστασιακά (αν και όχι εξολοκλήρου) προστατεύει το άτομο από την ανάπτυξη εξάρτησης στο αλκοόλ, λόγω της πρόκλησης δυσφορίας μετά την κατανάλωσή του (Reich et al. 1998). Τα γονίδια αυτά κωδικοποιούν την δεϋδρογονάση της αλδεΰδης, ένα από τα δύο ηπατικά ένζυμα κλειδιά που εμπλέκονται στο μεταβολισμό του αλκοόλ προς το τελικό προϊόν, την ακετόνη. Αναλύσεις μη αλκοολικών ζευγών συγγενών, στο αρχικό δείγμα της μελέτης Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA), έδωσαν στοιχεία μίας προστατευτικής περιοχής στο γονίδιο 4, παρακείμενης των γονιδίων της αλκοολικής δεϋδρογενάσης (ADH) (Williams et al. 1999; Edenberg 2000; Saccone et al. 2000).

Άλλοι παράγοντες κινδύνου

Σε κάθε βαθμό κατανάλωσης αλκοόλ, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο από τις επιβλαβείς επιδράσεις του αλκοόλ, με διαφορετικά μεγέθη κινδύνου σε διαφορετικές παθήσεις. Αυτό οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν μικρότερη ποσότητα σωματικού ύδατος ανά βάρος, σε σχέση με τους άνδρες (Swift 2003). Έτσι, όταν ένας άνδρας και μία γυναίκα με το ίδιο περίπου βάρος σώματος και ηλικία, καταναλώνουν την ίδια ποσότητα αλκοόλ, η συγκέντρωση του αλκοόλ θα είναι υψηλότερη στη γυναίκα επειδή το αλκοόλ διαλύεται σε μικρότερο όγκο ύδατος σώματος.

Σταθερά, σε διάφορες χώρες και μελέτες, η θνησιμότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ είναι υψηλότερη στους ενήλικες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Romelsjo & Lundberg 1996; Leclerc et al. 1990; Lundberg & Osterberg 1990; Makela et al. 1997; Makela 1999; Loxely et al. 2004). Αυτό οφείλεται κυρίως στα υψηλότερα επίπεδα επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ και τοξίκωσης, ομάδων ατόμων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μιας και η συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ και της θνησιμότητας σε ατομικό επίπεδο παραμένει σταθερή για τα διάφορα επίπεδα μόρφωσης

(Schnohr 2004). Υπάρχει επίσης μία διαντίδραση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και φτώχειας σε όρους βίαιων εγκλημάτων, όπως η ανθρωποκτονία, με υψηλότερα ποσοστά όταν οι δύο αυτοί παράγοντες κινδύνου συνδυάζονται σε σχέση με τα αναμενόμενα από την επιμέρους πρόσθεση των ανεξάρτητων παραγόντων (Parker 1993). Στην Αγγλία, για τους άνδρες ηλικίας 25-69 ετών, τα άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (ανειδίκευτοι εργάτες) είχαν 15 φορές υψηλότερο κίνδυνο σχετιζόμενης με το αλκοόλ θνησιμότητας, έναντι επαγγελματιών υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Harrison & Gardiner 1999). Στη Σουηδία, έως και 30% της θνησιμότητας των μεσήλικων ανδρών σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική ομάδα που ανήκαν, εξηγείται από την κατανάλωση αλκοόλ (Hemström 2001).

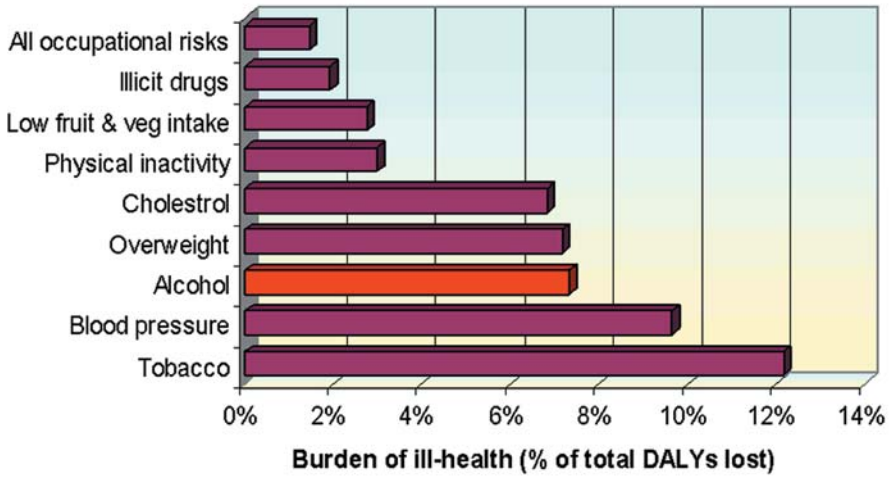
Τα παιδιά έχουν υψηλότερη ευαλωτότητα στο αλκοόλ σε σχέση με τους ενήλικες. Επειδή είναι νεότερα, έχουν μικρότερη εμπειρία με το αλκοόλ και τις επιδράσεις του. δεν έχουν κανένα πλαίσιο ή σημείο αναφοράς για τον έλεγχο ή τη ρύθμιση της κατανάλωσης και επιπλέον δεν έχουν αναπτύξει καμία ανοχή στο αλκοόλ. Από τη μέση εφηβική ηλικία έως και τη νεαρή ενήλικη περίοδο, υπάρχουν μεγάλες αυξήσεις στην ποσότητα και τη συχνότητα της κατανάλωσης του αλκοόλ και των σχετικών με αυτή προβλημάτων (Wells et al. 2004; Bonomo et al. 2004). Τα άτομα με τη βαρύτερη κατανάλωση στη μέση εφηβεία τείνουν να είναι και τα άτομα με τη βαρύτερη κατανάλωση, εξάρτηση από το αλκοόλ και βλάβες προκαλούμενες από αυτό, κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένης και της φτωχότερης ψυχικής υγείας, εκπαίδευσης και του αυξημένου κινδύνου διάπραξης εγκλημάτων (Jefferis et al. 2005). Η κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους και νεαρούς ενήλικες σχετίζεται με τραυματισμούς και θανάτους από τροχαία ατυχήματα, με αυτοκτονίες και κατάθλιψη, μη παρακολούθηση μαθημάτων και μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση, απώλεια μνήμης, μνημονικά κενά, καυγάδες, καταστροφές περιουσιών, διαταραχή κοινωνικών σχέσεων, βιασμούς, σεξουαλικές σχέσεις χωρίς λήψη προστασίας και έκθεση σε κινδύνους σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, μόλυνση από τον ιό HIV και μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (Williams & Knox 1987).

Ωστόσο, ο σημαντικότερος καθοριστής της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ και των διαταραχών χρήσης του αλκοόλ είναι το τι ο υπόλοιπος πληθυσμός πράττει (Rose 1992). Υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ της ολικής κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ και του ποσοστού των βαρέων χρηστών σε έναν πληθυσμό (Skog 1991; Lemmens 2001; Academy of Medical Sciences 2004).

4.6. Πόσο σημαντικό είναι το αλκοόλ ως αιτία νόσησης;

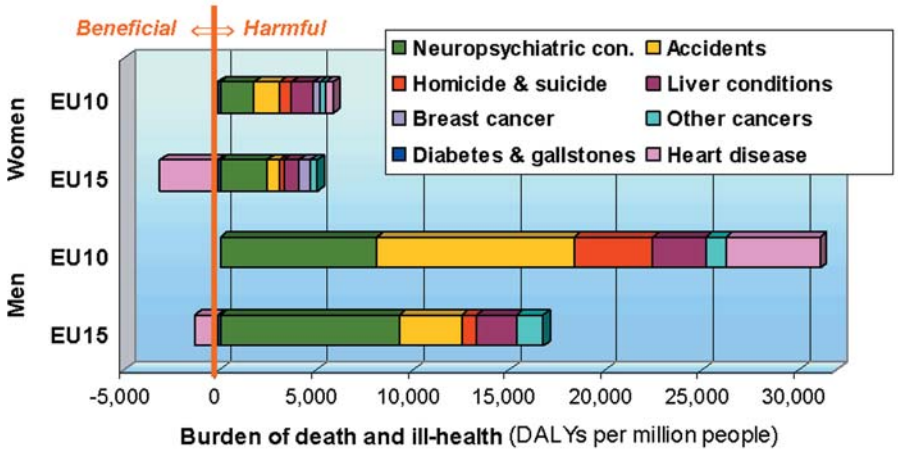
Η έρευνα World Health Organization's Global Burden of Disease (GBD) υπολογίζει το μέγεθος της συνεισφοράς διαφόρων παραγόντων κινδύνου, όπως το αλκοόλ ή το κάπνισμα, και διαφόρων παθήσεων και διαταραχών, όπως ο διαβήτης ή η εξάρτηση από το αλκοόλ, στην πρόκληση βλαβών στην υγεία και πρόωρου θανάτου (Rhem et al. 2004). Η διαταραγμένη υγεία και ο πρόωρος θάνατος μετρώνται μέσω των προσαρμοσμένων μονάδων ως προς την ανικανότητα ετών ζωής (Disability Adjusted Life Years - DALY's), τα οποία είναι ένας τύπος μέτρησης ενός έτους νόσησης ή πρόωρου θανάτου. Η μελέτη Global Burden of Disease study έχει βρει ότι το αλκοόλ είναι ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου μετά το κάπνισμα και την αυξημένη αρτηριακή πίεση για πρόκληση ασθενειών και πρόωρου θανάτου στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Anderson et al. 2005), εικόνα

4.10. Αυτό είναι ένα καθαρό αποτέλεσμα, για το οποίο οι σχετιζόμενες ωφέλειες από τη χρήση του αλκοόλ στις διάφορες παθήσεις έχουν ήδη αφαιρεθεί. Οι διαταραχές από τη χρήση του αλκοόλ (ένα μέτρο της εξάρτησης από το αλκοόλ) ήταν η τέταρτη σημαντικότερη πάθηση μετά τις καρδιοαγγειακές νόσους, την κατάθλιψη και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στην Ευρώπη. Ήταν σημαντικότερη από τις χρόνιες πνευμονοπάθειες και τον καρκίνο του πνεύμονα.



Εικόνα 4.10 Προσαρμοσμένες μονάδες ως προς την ανικανότητα ετών ζωής (DALY's) για επιλεγμένους παράγοντες κινδύνου, Ευρώπη. Πηγή: Anderson et al. 2005.

Συνολικά οι τραυματισμοί αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των προκαλούμενων από το αλκοόλ παθήσεων, αποτελώντας το 40% του συνόλου, με τους μη σκόπιμους τραυματισμούς να είναι κατά περισσότεροι των σκόπιμων, εικόνα 4.11. Η δεύτερη μεγαλύτερη κατηγορία είναι αυτή των νευροψυχιατρικών παθήσεων και διαταραχών, με 38%. Οι άλλες ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ (π.χ. ηπατική κίρρωση), καρκίνοι και καρδιαγγειακές παθήσεις, συμβάλλουν στο 7% με 8% επί του συνόλου.



Εικόνα 4.11 αποδιδόμενος στο αλκοόλ φόρτος θανάτου και διαταραγμένης υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, προερχόμενος από την μελέτη του WHO, Global Burden of Disease stydy. Πηγή: Anderson et al. 2005.

4.7. Μπορεί η μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ να βελτιώσει την υγεία;

Υπάρχουν οφέλη στην υγεία του ατόμου με τη μείωση ή τη διακοπή της κατανάλωσης του αλκοόλ. Μέρος της βλάβης που προκαλείται από το αλκοόλ είναι άμεσα αναστρέψιμη. Όλοι οι οξείς κίνδυνοι μπορούν πλήρως να αναστραφούν αν το αλκοόλ διακοπεί. Τα νεαρά άτομα που διακόπτουν τη χρήση καθώς ενηλικιώνονται, μειώνουν τον κίνδυνο πρόκλησης βλαβών από το αλκοόλ (Toumbourow et al. 2004).

Οι χρόνιες παθήσεις συχνά εξαρτώνται από το μέγεθος της έκθεσης κατά τη διάρκεια της ζωής και επομένως ο κίνδυνος μειώνεται αλλά δεν εξαλείφεται πλήρως με τη διακοπή του αλκοόλ. Από την άλλη, υπάρχουν ενδείξεις ότι η μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ σε πληθυσμούς σχετίζεται με μία σχετικά γρήγορη μείωση των χρόνιων παθήσεων, όπως οι θάνατοι ηπατική κίρρωση (Ledermann 1964). Για παράδειγμα, αναλύσεις χρονικές έδειξαν ότι οι μειώσεις στην κατά κεφαλή κατανάλωση συσχετίστηκαν με σημαντικές ταυτόχρονες μειώσεις θανάτων από ηπατική κίρρωση (π.χ. Ramstedt 2001; Skog 1980; και ειδικά Cook & Tauchen 1982). Ένα άλλο παράδειγμα μίας χρόνιας κατάστασης με γρήγορη και άμεση πολλές φορές ύφεση είναι η κατάθλιψη. Οι περισσότερες μελέτες βρίσκουν πως πολλά καταθλιπτικά σύνδρομα βελτιώνονται αισθητά μέσα σε ημέρες έως εβδομάδες από την αποχή (Brown and Schuckit 1988; Dackis et al. 1986; Davidson 1995; Gibson & Becker 1973; Penick et al. 1988; Pettinati et al. 1982; Willenbring 1986).

Οι παρεμβάσεις των υπηρεσιών υγείας για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, μειώνουν την κατανάλωση και παρουσιάζουν μειώσεις και των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ (Moyer et al. 2002) και τη θνησιμότητα (Cuijpers et al. 2004). Οι μελέτη κοινότητας Malmo study, που έγινε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970,

έδειξε πως η βραχεία παρέμβαση σε βαρείς χρήστες οδήγησε στον υποδιπλασιασμό των σε σχέση με το δείγμα ελέγχου το οποίο δεν είχε δεχτεί καμία παρέμβαση, σε μία εξαετή παρακολούθηση (Kristenson et al. 1983).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A. and McAuslan, P. (2001) Alcohol and Sexual Assault. Alcohol Health and Research World, 25 (1), 43.51.

Abel EL (1997) Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. Alcohol & Alcoholism, 32, 211.219.

Academy of Medical Sciences (2004) Calling Time: The nation's drinking as a major public health issue. Available from: www.acmedsci.ac.uk

Ahlstrom, S. (1987) Women. use of alcohol, in: SIMPURA, J. (Ed.) Finnish Drinking Habits, pp. 109-134 (Helsinki, The Finnish Foundation for Alcohol Studies).

Albano, E. & Clot, P. (1996) Free radicals and ethanol toxicity. IN V.R.Preedy & R.R. Watson (Eds.). Alcohol and the gastrointestinal tract. CRC Press: Boca Raton, FL. 57-68

Albertsen, A., Andersen, A-M, Olsen, J. & Grønbæk, M. (2004) Alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery. American Journal of Epidemiology, 159,155-161.

Allen, J., Nicholas, S., Salisbury, H. and Wood, M. (2003) Nature of burglary, vehicle and violent crime in C. Flood-Page and J. Taylor (eds). Crime in England and Wales 2001/2002: Supplementary Volume. Home Office Statistical Bulletin 01/03. London: Home Office.

Anderson, P., Baumberg, B. & McNeill, A. (2005) Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.

Anderson, P. (2003) The Risk of Alcohol. PhD thesis. Nijmegen, Radboud University. http://webdoc.ubn.kun.nl/mono/a/anderson_p/riskofal.pdf

Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. (1993) The Risk of alcohol. Addiction, 88, 1493-1508.

Andrews JA, Lewinsohn PM (1992) Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 655.662.

Antilla, T., Helkala, E-L., Viitanen, M., Kareholt, I., Fratiglioni, L., Winblad, B., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A. & Kivipelto, M. (2004) Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. British Medical Journal, 329,539-545.

Archer, J., Holloway, R. & McLoughlin, K. (1995) Self-reported physical aggression among young men. Aggressive Behavior, 21,325.342.

Ashley MJ, Rehm J, Bondy S, Single E, Rankin J (2000) Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits form drinking alcohol? Contemporary Drug Problems, 27,735.777.

Australian Bureau of Statistics (1991) 1989.90 National Health Survey Summary of Results, Australia. Catalogue No. 4364.0, Commonwealth of Australia.

Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C., et al. (2001b) A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. British Journal of Cancer, 85(11):1700.1705.

Bagnardi, V.; Blangiardo, M., La Vecchia, C.,et al. (2001a) Alcohol consumption and the risk of cancer: A meta-analysis. Alcohol Research & Health, 25(4):263.270.

Bandera E.V., Freudenheim J.L., and Vena J.E. (2001) Alcohol and lung cancer: a review of the epidemiologic evidence. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, 10, 813-821.

Barefoot, J.C., Grønbæk, M., Feaganes,J.R., McPherson, R.S., Williams,R.B. & Siegle, I.C. (2002) Alcoholic beverage preference, diet, and health habits in the UNC Alumni Heart. Study Am J Clin Nutr, 76,466-72.

Baum-Baicker, C. (1987) The psychological benefits of moderate alcohol consumption: a review of the literature. Drug & Alcohol Dependence, 15, 305-322.

Beautrais AL (1998) Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people. A report to the National Health and Medical Research Council.

Beilin LJ, Puddey IB, Burke V (1996) Alcohol and hypertension.kill or cure?. Journal of Human Hypertension, 10(2):S1.S5.

Blankfield A, Maritz JS (1990) Female alcoholics IV: admission problems and patterns. Acta Psychiatrica Scandinavica, 12, 445.450.

Britton, A. & Marmot, M.(2004) Different measures of alcohol csonumption and risk of coronary heart disease and all-cause mortality: 11 year follow-up of the Whitehall II Cohort Study. Addiction, 99,109-116.

Blomberg, R.D., Peck, R.C., Moskowitz, H., Burns, M. and Fiorentino, D. (2002) Crash Risk of Alcohol Involved Driving. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C.

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. & Patton, G. (2001) Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. Addiction, 96,1485.1496.

Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2004) Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. Addiction, 99, 1520-1528.

Book, S.W. & Randall, C.L. (2002) Social anxiety disorder and alcohol use. Alcohol Research and Health, 26, 130-135.

Borges, G., Cherpiel, C. & Mittleman, M. (2004) Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. Social Science & Medicine, 58, 1191-1200.

Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina Mora, M.E., Mondragón, L. and Casanova, L. (1998) Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. Alcohol Clin Exp Res, 22 (9): 1986-1991.

Bradley KA, Badrinath S, Bush K, Boyd-Wickizier J, Anawalt B (1998) Medical risks for women who drink alcohol. Journal of General Internal Medicine, 13:627.639.

Blomberg, R.D., Peck, R.C., Moskowitz, H., Burns, M. and Fiorentino, D. (2002) Crash Risk of Alcohol Involved Driving. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C.

Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. & Patton, G. (2001) Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. Addiction, 96, 1485.1496.

Bonomo, Y.A., Bowes, G., Coffey, C., Carlin, J.B. & Patton, G.C. (2004) Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. Addiction, 99,1520-1528.

Book, S.W. & Randall, C.L. (2002) Social anxiety disorder and alcohol use. Alcohol Research and Health, 26,130-135.

Borges, G., Cherpiel, C. & Mittleman, M.(2004) Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. Social Science & Medicine. 58 1191-1200.

Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina Mora, M.E., Mondragón, L. and Casanova, L. (1998) Alcohol consumption in emergency room patients and the general population: a population-based study. Alcohol Clin Exp Res, 22 (9): 1986-1991.

Bradley KA, Badrinath S, Bush K, Boyd-Wickizier J, Anawalt B (1998) Medical risks for women who drink alcohol. Journal of General Internal Medicine,13,627.639.

Brecklin, L.R. and Ullman, S.E. (2002) The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. Journal of Studies on Alcohol, 63 (1): 57.63.

Brenner, H., Arndt, V., Rothenbacher, D., Schuberth, S., Fraisse, E. & Fliedner, T. (1997) The association between alcohol consumption and all-cause mortality in a cohort of male employees in the German construction industry, International Journal of Epidemiology, 26, 85-91.

Brismar, B. & Bergman, B. (1998) The significance of alcohol for violence and accidents. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22,2995.3065.

Brown SA, Schuckit MA (1988) Changes in depression among abstinent alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 49,412.417.

Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A. & Anderson, L.R. (1980) Expectations of reinforcement from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 48,419-426.

Budd, T. (2003) Alcohol-related assault: findings from the British Crime Survey. Home Office Online Report 35/03. http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr3503.pdf.

Bushman B.J. & Cooper H.M. (1990) Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. Psychological Bulletin, 107,341-354.

Bushman B.J. (1997) Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed mechanisms. In: Galanter, M., ed. Recent Developments in Alcoholism, Alcohol and Violence,13, 227-244. New York: Plenum Press.

Caetano, R. & Cunradi, C. (2002) Alcohol dependence: a public health perspective. Addiction, 97,633-645.

Caetano, R., Schafer, J. & Cunradi, C.B. (2001) Alcohol-related intimate partner violence among white, black and Hispanic couples in the United States. Alcohol Research and Health, 25, 58-65.

Castaneda R, Sussman N, Levy O.Malley M, Westreich L (1998) A review of the effects of moderate alcohol intake on psychiatric and sleep disorders. In: Galanter M, (Ed.) Recent developments in alcoholism: The consequences of alcoholism, 14,197.226. New York: Plenum Press.

Cherrington, E.H. (Editor-in-chief) (1925) Standard Encyclopaedia of the Alcohol Problem, Vol. 1. Westerville OH: Aarau-Buckingham.

Chen, W-J., Maier, S.E., Parnell, S.E. & West, J.R. (2003) Alcohol and the developing brain: neuroanatomical studies. Alcohol Research and Health, 27,174-180.

Chermack, S.T.; Walton, M.A.; Fuller, B.E.; And Blow, F.C. (2001) Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. Psychology of Addictive Behaviors, 15(2):140.150.

Cherpitel C.J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S & Giesbrecht, N. (2003) A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). Addiction, 98,1277-1286.

Cherpitel CJ (1992) The epidemiology of alcohol-related trauma. Alcohol Health & Research World, 16, 191.196.
Cherpitel CJ (1997) Alcohol and violence-related injuries in the emergency room. Recent Developments in Alcoholism, 13, 105.118.

Cherpitel CJ, Tam T, Midanik L, Caetano R, Greenfield T (1995) Alcohol and nonfatal injury in the US general population: a risk function analysis. Accident Analysis Prevention, 27, 651.661

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) British Journal of Cancer 87 12341245.

Collins J.J. & Schlenger W.E. (1988) Acute and chronic effects of alcohol use on violence. Journal of Studies on Alcohol 49, 516-521.

Collins, J. J. & Messerschmidt, P. M. (1993) Epidemiology of alcohol-related violence. Alcohol Health and Research World, 17, 93.100.

Collins, J. J. (1993) Drinking and violence: an individual offender focus. In: Martin, S. E., ed.Alcohol and Interpersonal Violence: Fostering Multidisciplinary Perspectives, pp. 221235. Research Monograph no. 24. Rockville, MD: NIAAA.

Cook PJ, Tauchen G (1982) The effect of liquor taxes on heavy drinking. Addiction, 13:379.390.
Cook, C.H., & Gurling, H.D. (2001). Genetic predisposition to alcohol dependence and problems. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), International Handbook of Alcohol Problems and Dependence. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Corrao G, Luca R, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction, 95(10), 1505.1523.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & Arico, S. (1999) Exploring the dose- response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis Addiction 94, 1551-1573.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. & La Vecchia C. (2004) A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventive Medicine. 38 613-619.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) the effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction. 99 839-845.

Curtis AB, Sherman JA, Strogatz DS, Raghunathan TE, Siobàn H (1997) Alcohol consumption and changes in blood pressure among African Americans.The Pitt county study. American Journal of Epidemiology, 146(9):727.733.

Dackis C.A., Gold M.S., Pottash A.L.C., Sweeney D.R. (1986) Evaluating depression in. alcoholics. Psychiatry Research, 17(2):105.109.

Darkes, J. & Goldman, M.S. (1993) Expectancy challenge and drinking reduction: experimental evidence for a mediational process. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61,344-353.

Darves-Bornoz, J., Lepine, J., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., and Gaillard, P. (1998) Predictive factors of chronic stress disorder in rape victims. European Psychiatry, 13(6):281.287.

Davidson K.M .(1995) Diagnosis of depession in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. British Journal of Psychiatry, 166,199.204.

De Bellis M.D., Clark D.B., Beers S.R. et al. (2000E) Hippocampal volume in adolescent-onset alcoholuse disorders. Am J Psychiatry, 157(5)Ê:737-744.

De Graaf, R., Bijl, R.B., Smit, F., Vollebergh, W.A.M. & Spijker, J. (2002) Risk factors for 12-month co morbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. Am J Psychiatry,159,620-629.

Dees, W.L., Srivatsava, V.K., & Hiney, J.K. (2001) Alcohol and female puberty. Alcohol Research and Health, 25,271-275.

Dick, D.M. & Foroud, T. (2002) Genetic strategies to detect genes involved in alcoholism and alcoholrelated traits. Alcohol Research and Health, 26,172-180.

Drobes, D. (2002) Concurrent alcohol and tobacco depedncne. Alcohol Research and Health, 26,136-142.

Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL, Kalant H, Koop GF, Li TK, Tabakoff B (1998) Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcoholism, Clinical & Experimental Research, 22,998.1040.

Edenberg, H.J. (2001) Regulation of the mammalian alcohol dehydrogenase genes. Progress in Nucleic Acid Research and Molecular Biology, 64,295.341.

Emanuele, M.A. & Emanuele, N.V. (2001) Alcohol and the male reproductive system. Alcohol Research and Health, 25,282-287.

Emanuele, M.A., Wezeman, F. & Emanuele, N.V. (2002) Alcohol.s effect on female reproductive function. Alcohol Research and Health,26,274-281.

Emberson, J.R., Shaper, A.G., Wannamethee, S.G., Morris, R.W. & Whincup, P.H. (2005) Alcohol intake in middle age and risk of cardiovascular disease and mortality: accounting for variation for intake variation over time. American Journal of Epidemiology, 161,856-863.

English DR, Holman CD, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde G, Bower CI, Cortu B, de Klerk N, Lewin GF, Knuiman M, Kurinczuk JJ, Ryan GA (1995) The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

European Chemicals Bureau (1999). Available from:
http://ecb.jrc.it/classlab/SummaryRecord/5598r2_sr_CMR1098.doc

European Commission (2005) ANNEX VI General Classification And Labelling Requirements for Dangerous Substances and Preparations. Available from:
http://europa.eu.int/comm/environment/dansub/pdfs/annex6_en.pdf

Fagan, J. (1990) Intoxication and aggression. In: Tonry, M. & Wilson, J. Q., eds. Drugs and Crime, 241.320. Chicago: University of Chicago Press.

Farchi, G., Fidanza, F., Mariotti, S. & Menotti, A. (1992) Alcohol and mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study, International Journal of Epidemiology, 21, 74-81.

Feskens EJ, Kromhout D (1989) Cardiovascular risk factors and the 25-year incidence of diabetes mellitus in middle-aged men. The Zutphen Study. American Journal of Epidemiology, 130(6):1101.8.

Fillmore, K.M, Golding, J.M., Graves, K.L. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: I. Characteristics of drinking groups, Addiction, 93,183- 203.

Fillmore, K.M., Golding, J.M., Graves, K.L. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: III. Studies of female populations. Addiction, 93, 219-229.

Fu H. and Goldman N. (2000) Association between health-related behaviours and the risk of divorce in the USA. Journal of Biosocial Science,32, 63-88.

Fuchs, F.D., Chambless, L.E., Folsom, A.R., Eigenbrodt, M.L., Duncan, B.B., Gilbert, A. & Szklo, M. (2004) Association between Alcoholic Beverage Consumption and Incidence of Coronary Heart

Disease in Whites and Blacks. The Atherosclerosis Risk in Communities Study. Am J Epidemiol, 60,466.474.

Gerson, L. & Preston. D. (1979) Alcohol consumption and the incidence of violent crime. Journal of Studies on Alcohol, 40,307-312.

Gibson S, Becker J (1973) Changes in alcoholics. self-reported depression. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34(3):829.836.

Gmel, G., Gutjahr, E. & Rehm, J. (2003) How stable is the risk curve between alcohol and all-casue mortality and what factors influence the shape? A precision-weighted hierarchical met-analysis. European Journal of Epidemiology, 18 ,631-642.

Goerdt A., Koplan J.P., Robine J.M., Thuriaux M.C., & van Ginneken J.K. (1996) Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. In: Murray C.J.L. and Lopez A.D., eds. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. 201-246. Boston: Harvard School of Public Health.

Gorinstein, S. & Trakhtenberg, S. (2003) Alcohol beverages and biochemical changes in blood. Addiction Biology, 8,445-454.

Gorinstein, S., Caspi, A., Goshev, I., Asku, S., Salnikow, J., Scheler, C., Delgado-Licon, E., Rosen, A., Wesz, M., Libman, I. & Trakhtenberg, S. (2003) Structural changes in plasma cicultaing fibrinogen after moderate beer consumption as determined by electrophoresis and spectroscopy. Journal of Agricultural and Food Chemisty, 51,822-827.

Graham K, West P (2001) Alcohol and crime: examining the link. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), International Handbook of Alcohol Problems and Dependence. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Graham, K., Leonard, K. E., Room, R., Wild, T. C., Pihl, R. O., Bois, C. et al. (1998) Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. Addiction, 93,659.676.

Graham, K., West, P. & Wells, S. (2000) Evaluating theories of alcohol-related aggression using observations of young adults in bars. Addiction, 95,847-673.

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P., Dufour, M.C., Compton, W., Pickering, R.P. & Kaplan, K. (2004) Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Archives of General Psychiatry, 61,807-816.

Greenfeld, L.A. (1998) Alcohol and Crime: An Analysis of National Data on the Prevalence of Alcohol Involvement in Crime.. Report prepared for the Assistant Attorney General.s National Symposium on Alcohol Abuse and Crime. Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Greenfield, L.A. & Henneberg, M.A. (2001) Victim and Offender self-reports of alcohol invovlmenet in crime. Alcohol Research and Health, 25,20-31.

Greenfield, T.K., Rehm, J., & Rodgers, J.D. (2002) Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. Addiction, 97, 29.38.

Greim H (Ed.) (1998a) Ethanol. Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen von MAK-Werten, 26. Lieferung, VCH-Verlag, Weinheim

Grobbee DE, Rimm EB, Keil U, Renaud SC (1999) Alcohol and the cardiovascular system. In: Health issues related to alcohol consumption. Macdonald I, ed. Blackwell & ILSI, Oxford.

Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S & Warren, K. (2004) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. Alcoholism: Clinical and Expeimental Research, 28,829-847.

Gutjahr E, Gmel G, Rehm J (2001) Relation between average alcohol consumption and disease: an overview. European Addiction Research, 7(3):117.127.

Halldin, J. (1985) Alcohol consumption and alcoholism in an urban population in central Sweden, Acta Psychiatrica Scandinavica, 71, 128± 140.

Hamilton, V. & Hamilton, B. (1997) Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium. Canadian Journal of Economics, 30,135-151.

Hansen, W. B. (1997) A Social Ecology Theory of Alcohol and Drug Use Prevention Among College and University Students. Designing Alcohol and Other Drug Prevention Programs in Higher Education: Bringing Theory into Practice. 155.176. Washington: US Department of Education.

Harrison, L. & Gardiner, E. (1999) Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988.94. Addiction, 94,1871.1880.

Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM (1999) Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results form a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. British Medical Journal, 318,1725.1729.

Hauge, R. & Irgens-Jensen, O. (1986) Relationship between alcoholconsumption, alcohol intoxication and negative consequencesof drinking in four Scandinavian countries. BritishJournal of Addiction, 81, 513.524.

Heath, A.C. & Nelson, E.C. (2002) Effects of the interaction between genotype and environment. Alcohol Research and Health, 26,193-201.

Heath, D.B. (1995) Some generalisations about alcohol and culture. In Heath, D.B., ed. Interna tional Handbook on Alcohol and Culture. Westport CT: Greenwood. 348-361.

Hebert, J. R., Ebbeling, C. B., Matthews, C. E., Hurley, T. G., Ma, Y., Druker, S. et al. (2002) Systematic errors in middle-aged women.s estimates of energy intake: comparing three self-report measures to total energy expenditure from doubly labelled water. Annals of Epidemiology, 12,577.586.

Hemström, Ö. (2001) The contribution of alcohol to socioeconomic differentials in mortality . the case of Sweden. In Ed. Norström T. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm, National Institute of Pubic Health.

Hilarski C; Wodarki JS (2001) Comorbid substance abuse and mental illness: Diagnosis and treatment. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 1(1):105.119.

Hill AB (1965) The environment and disease: association or causation? Proceedings of the Royal Society of Medicine, 58:295.300.

Hillbom M (1998) Alcohol consumption and stroke: benefits and risks. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 22(7):352S.358S.

Hillbom, M. & Kaste, M. (1982) Alcohol intoxication: a risk factor for primary subarachnoid hemorrhage, Neurology, 32,706-711.

Hingson R, Howland J (1987) Alcohol as a risk factor for injury or death resulting from accidental falls: a review of the literature. Journal of Studies on Alcohol, 48, 212.219.

Hoaken PNS, Assaad JM, Phil RO (1998) Cognitive functioning and the inhibition of alcohol-induced aggression. Journal of Studies on Alcohol, 59:599.607.

Hodge AM, Dowse GK, Collins VR, Zimmet PZ (1993) Abnormal glucose tolerance and alcohol consumption in three populations at high risk of non-insulin dependent diabetes mellitus. American Journal of Epidemiology, 137,178.189.

Hull, J. G. (1981) A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. Journal of Abnormal Psychology, 90, 586600.

Hull, J.G. & Bond, C.F. (1986) Social and behavioural consequences of alcohol consumption aill expectancy: a meta-analysis. Psychological Bulletin, 99, 347-360.

Hull, J.G. & Stone, L.B. (2004) Alcohol and self-regulation. In Eds R.F. Baumeister & K.D. Vohs. Handbook of self-regulation, pp 466-491. London: the Guilford Press.

Hull, J.G., Levenson, R.W., Young R.D. & Sher, K.J. (1983) Self-awareness-reducing effects 0 alcohol consumption. Journal of Personality & Social Psychology, 44,461-473.

Hulse G, Saunders GK, Roydhouse RM, Stockwell TR, Basso MR (1999) Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric inpatients using the AUDIT questionnaire. Drug and Alcohol Review, 19, 291.298.

Imhof, A & Koenig, W. (2003) Alcohol inflammation and coronary heart disease. Addiction Biology. 8 271-277.

Ito, T. A., Miller, N. & Pollock, V. E. (1996) Alcohol and aggression: a meta-analysis on the moderating effects of inhibitory cues triggering events, and self-focused attention. Psychological Bulletin, 120, 6082.

Jacobsen, B. K. (1989) Frequency of alcohol use and the level of education, Journal of Internal Medicine, 225, 417± 422.

Jacobson, J.L. & Jacobson, S.W. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. Alcohol Research and Health 2002 26 282-286.

Jeavons CM, Taylor SP (1985) The control of alcohol-related aggression: redirecting the inebriate.s attention to socially appropriate conduct. Aggressive Behavior, 11:93.101.

Jefferis, B.J.M.H., Powwer, C. & Manor, O. (2005) Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. Addiction. 100 543-549.

Kaufman Kantor, G., And Asdigian, N. (1997) When women are under the influence: Does drinking or drug use by women provoke beatings by men? In: Galanter, M., ed. Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism, Vol. 13. New York: Plenum Press, pp. 315.336.

Kaufman Kantor, G., And Straus, M.A. The .drunken bum. theory of wife beating. Social Problems 34(3):214.230, 1987.

Keil, U., Chambless, L. E., Doring, A., Filipiak, B. & Stieber, J. (1997) The relation of alcohol intake of coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population, Epidemiology, 8, 150- 156.

Kelly AB, Halford K, Young RMcD (2000) Maritally distressed women with alcohol problems: the impact of a short-term alcohol-focused intervention on drinking behaviour and marital satisfaction. Addiction, 95, 1537.1549.

Kessler R, Crum R, Warner L, Nelson C, Schulenberg J, Anthony J (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 54, 313.321.

Kessler R, Nelson C, McGonagle K, Edlund M, Frank R, Leaf P (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17.31.

Kitamura A, Iso H, Sankai T, et al. (1998) Alcohol intake and premature coronary heart disease in urban Japanese men. American Journal of Epidemiology, 147(1):59.65.

Klatsky AL (1996) Alcohol, coronary heart disease, and hypertension. Annual Review of Medicine, 47:149.160.

Knuiman MW, Vu HT (1996) Risk factors for stoke mortality in men and women: the Busselton Study. Journal of Cardiovascular Risk, 3(5):447.452.

Knupfer, G. (1989) The prevalence in various social groups of eight different drinking patterns, from abstaining to frequent drunkenness: analysis of 10 US surveys combined, British Journal of Addiction, 84, 1305± 1318.

Kodituwakku, P.W., Kalber, W. & May, P.A. (2001)The effects of prenatal alcohol exposure on executive functioning. Alcohol Research and Health 25 192-198.

Komro, K. A., Williams, C. L., Forster, J. L., Perry, C. L., Farbakhsh, K. & Stigler, M. H. (1999) The relationship between adolescent alcohol use and delinquent behaviors. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 9, 13.28.

Kratzer, W., Kachele, R., Mason, A., Muche, R., Hay, B., Wiesneth, W., Hill, V., Beckh, K., Adler, G. (1997) Gallstone prevalence in relation to smoking, alcohol, coffee consumption and nutrition: the Ulm Gallstone Study. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 32, 953.958.

Kringlen, E., Tirgersen, S. and Cramer, V. (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. American Journal Psychiatry, 158,1091-1098.

Kristenson, H., Ohlin, M.B., Hultin-Nosslin, E., Trell, E.. and Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men. Results and follow-up of24-60 months of long-term study with randomised controls. Alcoholism: clinical and experimental research, 7,203-209.

Lang, A., Martin, S. (1993) Alcohol-related violence: An individual offender focus. In: Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives. 221.236. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.

Leclerc, A., Lert, F. and Fabien, C. (1990) Differential mortality: some comparisons between England and Wales, Finland and France, based on inequality measures. International Journal of Epidemiology, 19,1001-1010.

Ledermann S. (1964) Alcool, Alccolism, Alccolisation. Vol. 2. Presses Universitaires de France, Paris.

Leino, E.V., Romelsjo, A., Shoemaker, C. et al. (1998) Alcohol consumption and mortality: II. Studies of male populations, Addiction, 93,205- 218.

Leitzmann, M.F., Giovannucci, E.L., Rimm, E.B., Stampfer, M.J., Spiegelman, D., Wing, A.L., Willett,

W.C. (1998) The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. Annals of Internal Medicine, 128,417.425.
Lemmens, P.H. (2001) Relationship of alcohol consumption and alcohol problems at the population level. In Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T., eds. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Leonard, K.E. and Rothbard, J.C. (1999) Alcohol and the marriage effect. Journal of Studies on Alcohol, (Suppl. 13),139-146S.

Leonard, K. E., Quigley, B. M. and Collins, R. L. (2002) Physical aggression in the lives of young adults: prevalence, location, and severity among college and community samples. Journal of Interpersonal Violence, 17,533.550.

Leonard, K.E. (2005) Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributory cause of violence? Addiction,100,422-425.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C.,
Loyer, (1994) Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. American Journal of Psychiatry, 151,1063.1068.

Li, G., Smith, G.S., Baker, S.P. (1994) Drinking behaviour in relation to cause of death among U.S. adults. American Journal of Public Health, 84,1402.1406.

Lipsey, M.W., Wilson, D.B., Cohen, M.A., And Derzon, J.H. (1997) Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In: Galanter, M., ed. Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues. Recent Developments in Alcoholism. New York: Plenum Press, 13,245.282.

Loxely, W., Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Haines, B., Scott, K., Godfrey, C., Waters, E., Patton, G., Fordham, R., Gray, D., Marshall, J., Ryder, D., Saggers, S., Sanci, L & Williams, J. (2004) The prevention of substance use, risk and harm in Australia. Canberra: National Drug Research Institute and Centre for Adolescent Health.

Lumeng, L. and Crabb, D.W. (1994) Genetic aspect and risk factors in alcoholism and alcoholic liver disease. Gastroenterology,107,572.

Lundberg, O. and Osterberg, E. (1990) Klass och alkohol. Bidrar klasskillnader i alkoholrelaterad doÈ dlighet till doÈ dlighetsskillnaderna i Sverige? Alkoholpolitik, Tidskrift foÈ r nordisk alkoholforskning, 7,196-204.

Makela, P., Valkonen, T. and Martelin, T. (1997) Contribution of deaths related to alcohol use to socio-economic variation in mortality: register based follow up study, British Medical Journal, 315.
Mäkelä, K., Mustonen, H., (1988) Positive and negative consequences related to drinking as a function of annual alcohol intake. Brit. J. Addict. 83,403-408.

Mäkelä, K., Simpura, J. (1985) Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. Drug Alcohol Depend. 15,389-404.

Mäkelä, P. (1999) Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. Addiction, 94,867.886.

Mäkelä, P., Fonager, K., Hibell, B., Nordlund, S., Sabroe, S. & Simpura, J. (1999) Drinking Habits in the Nordic Countries.

Makkai, T. (1997) Alcohol and disorder in the Australian community: Part I.Victims. Trends and Issues in Crime and Criminal Justice, 76. Canberra: Australian Institute of Criminology.

Mangione, T.W., Howland, J., Amick, B. et al. (1999) Employee drinking practices and work performance. Journal of Studies on Alcohol, 60,261.270.

Mann, R.E., Smart, R.G. & Govoni, R. (2003) The epidemiology of alcoholic liver disease. Alcohol Research and Health, 27,209-219.

Marmot, M.G., North, F., Feeney, A., and Head, J. (1993) Alcohol consumption and sickness absence: From the Whitehall II study. Addiction, 88,369.382.

Martin, S. E. and Bachman, R. (1997) The relationship of alcohol to injury in assault cases. In: Galanter, M., ed. Recent Developments in Alcoholism, 13,4256. New York: Plenum Press.

Martin, S. E. (1992) The epidemiology of alcohol-related interpersonal violence. Alcohol Health and Research World, 16, 230. 237.

Mattson, S.N., Schoenfeld, A.M. and Riley, E.P. (2001) Teratogenic effects of alcohol on brain and behaviour. Alcohol Research and Health, 25,175-191.

Mazzaglia, G., Britton, A.R., Altmann, D.R., and Chenet, L. (2001) Exploring the relationship between alcohol consumption and non-fatal or fatal stroke: systematic review. Addiction, 96, 1743-1756.

Mckenzie, C. and Eisenberg, P. R. (1996) Alcohol, coagulation, and arterial thrombosis, in: Zakhari, S. & Wassef, M., eds. Alcohol and the Cardiovascular System, 22,413-439 (Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism).

McLeod. R., Stockwell, T., Stevens, M., Phillips, M. (1999) The relationship between alcohol consumption patterns and injury. Addiction, 94,1719.1734.

Mennella, J. (2001) Alcohol.s effect on lactation. Alcohol Research and Health. 25 230-234,
Merikangas, K.R., Mehta, R.L., Molnar, B.E. et al. (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Behaviors: An International Journal, 23(6):893.907.

Midanik, L. T. and Clark, W. B. (1995) Drinking related problems in the United States: description and trends, 1984± 1990. Journal of Studies on Alcohol, 56, 395± 402.

Midanik, L. T. (1999) Drunkenness, feeling the effects and 5 plus measures. Addiction, 94, 887.897.
Midanik, L. T., Tam, T. W., Greenfield, T. K. and Caetano, R. (1996) Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US sample. Addiction, 91,1427-1437.

Miller, B.A., Downs, W.R. (1993) The impact of family violence on the use of alcohol by women. Alcohol Health and Research World, 17,137.143

Miller, B.A., Downs, W.R., Gondoli, D.M. (1989) Spousal violence among alcoholic women as compared with a random household sample of women. Journal of Studies on Alcohol, 50, 533.540.

Miller, B.A., Maguin, E. and Downs, W.R. (1997) Alcohol, drugs, and violence in children.s lives. In: Galanter, M., ed. Recent Developments in Alcoholism: Volume 13. Alcoholism and Violence. New York: Plenum Press, 357.385.

Mirrlees-Black, C. (1999) Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire. Home Office Research Study No. 191. London: Home Office.

Monforte, R., Estruch, R., Valls-Solé, J., Nicolás, J., Villalta, J. and Urbano-Marquez, A. (1995) Autonomic and peripheral neuropathies in patients with chronic alcoholism. A dose-related toxic effect of alcohol. Archives of Neurology, 52,45.51.

Morton, L.M., Zheng, T., Holford, T.R., Holly, E.A., Chiu, B.C.H., Costantini, A.S., Stagnaro, E., Willett, E.V., Maso, L.D., Serraino, D., Chang, E.T., Cozen, W., Davis, S., Severson, R.K., Bernstein, L., Mayne, S.T., Dee, F.R., Cerhan, J.R., Hartge, P. (2005) Alcohol consumption and risk of non-Hodgkin lymphoma: a pooled analysis. Lancet Oncol, 6,469.476.

Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E. and Vergun, P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction, 97,279.292.

Mueser, K.T., Kavanagh, D. (2001) Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds), International Handbook of Alcohol Dependence and Problems, John Wiley & Sons.

Mukamal, K.J., Conigrave, K.M., Mittleman, M.A., Camargo, C.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. & Rimm, E.B. (2003) Roles of drinking pattern and typeof alcohol consumed in coronary heart disease in men. New England Journal of Medicine, 348, 109-118.

Mullahy, J. and Sindelar, J.L. (1996) Employment, unemployment and problem drinking. Journal of Health Economics, 15,409-434.

Murdoch, D., Pihl, R. O. and Ross, D. (1990) Alcohol and crimes of violence: present issues. International Journal of the Addictions, 25,10651081.

Murray, R.P., Connett, J.E., Tyas, S.L. et al. (2002) Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function?. American Journal of Epidemiology, 155(3):242.248.

Murray, C. J. L. & Lopez, A. (1996) Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors, in: Murray, C. &. Lopez, A., eds. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. 295-324 (Boston, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank).

Mustonen, H. and Mäkelä, K. (1999) Relationships between characteristics of drinking occasions and negative and positive.

Naimi, T.S., Brown, D.W., Brewer, R.D., Giles, W.H., Menash, G., Serdula, M.K., Mokdad, A.H., Hungerfoird, D.W., Lando, J., Naimi, S. & Stroup, D.F. (2005) Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking US adults. American Journal of Preventive medicine, 28,369-373.

Norström, T., Ö. Hemström, M. Ramstedt, I. Rossow, and O-J. Skog. (2001) "Mortality and Population Drinking." Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.

Nyström, M., (1992) Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. British Journal Addiction, 87,715-722.

O.Farrell, T. J. and Choquette, K. (1991) Marital violence in the year before and after spouse-involved alcoholism treatment. Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1,32.40.

O.Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. and Murphy, C. M. (2003) Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,92.102.

O.Farrell, T. J., Murphy, C. M., Neavins, T. M. and Van Hutton, V. (2000) Verbal aggression among male alcoholic patients and their wives in the year before and two years after alcoholism treatment. Journal of Family Violence, 15,295.310.

O.Farrell, T. J., Van Hutton, V. and Murphy, C. M. (1999) Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two year longitudinal study. Journal of Studies on Alcohol, 60,317. 321.
Obe, G., Anderson, D. (1987) Genetic effects of ethanol. Mutation Researc,186, 177.200.

Olenick, N.L., Chalmers, D.K. (1991) Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 52,324.330.

Oscar-Berman, M. and Marinkovic, K. (2003) Alcoholism and the brain: an overview. Alcohol Research and Health, 27,125-133.

Parker, R. (1993) Alcohol and theories of homicide. In: Adler, F. & Laufer, W., eds. Advances in Criminological Theories, 4,113.142. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Parker, R. N. & Auerhahn, K. (1998) Alcohol, drugs and violence. Annual Review of Sociology, 24,291.311.

Parsons, O.A., Nixon, S.J. (1998) Cognitive functioning in sober social drinkers: a review of the research since 1986. Journal of Studies on Alcohol, 59,180.190.

Peele, S. and Brodsky, A. (2000) Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use. Drug and Alcohol Dependence, 60,221-247.

Peele, S. and Grant, M. (Eds) (1999) Alcohol and Pleasure: A Health Perspective. Washington DC: International Center for Alcohol Policies.

Penick, E.C., Powell, B.J., Liskow, B.I., Jackson, J.O., Nickel, E.J. (1988) The stability of coexisting psychiatric syndromes in alcoholic men after one year. Journal of Studies on Alcohol, 49,395.405.

Pernanen, K. (1991) Alcohol in Human Violence. New York: Guilford Press.

Pernanen, K., Cousineau, M. M., Brochu, S. & Sun, F. (2002) Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use.

Perry, I.J., Wannamethee, S.G., Walker, M.K., Thomson, A.G., Whincup, P.H., Shaper, A.G. (1995) Prospective study of risk factors for development of non-insulin dependent diabetes in middle aged British men. British Medical Journal, 310(6979):560.564.

Peterson, J.B., Rothfleisch, J., Zelazo, P. and Pihl, R.O. (1990) Acute alcohol intoxication and neuropsychological functioning. Journal of Studies on Alcohol, 51, 114-122.

Petrakis, I.L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. and Krystal, J.H. (2002) Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. Alcohol Research and Health, 26,81-89.

Pettinati, H., Sugerman, A., Maurer, H.S. (1982) Four-year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 6,487.494.

Phillips, B.J. and Jenkinson, P. (2001) Is ethanol genotoxic? A review of the published data. Mutagenesis, 16,91-101.

Pihl, R. O., Peterson, J. B. and Lau, M. A. (1993) A biosocial model of the alcoholaggression relationship. Journal of Studies on Alcohol, 11,128139.

Pletcher, M.J., Tice, J.A., Pignone, M. et al. (2004) Using the coronary artery calcium score to predict coronary heart disease events: a systematic review and meta-analysis. Archives of Internal Medicine, 164,1285.1292.

Pletcher, M.J., Varosy, P., Kiefe, C.I., Lewis, C.E., Sidney, S. and Hulley, S.B. (2005) Alcohol consumption, binge drinking and early coronary calcification: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. American Journal of Epidemiology,161,423-433.

Pliner, P. and Cappell, H. (1974) Modification of affective consequences of alcohol: a comparison of solitary and social drinking. Journal of Abnormal Psychology, 83, 418-425.

Poikolainen, K., Vahtera, J., Virtanen, M., Linna, A., & Kivimäki, M. (2005) Alcohol and coronary heart disease risk.is there an unknown confounder? Addiction. 100(8):1150-1157.

Preedy, V.R., Mantle, D. & Peters, T.J. (2001) Alcoholic muscle, skin and bone disease. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), International Handbook of Alcohol Problems and Dependence. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Puffer R. & Griffith G.W. (1967) Patterns of Urban Mortality, Scientific Publication, 151. Washington DC: Pan American Health Organization.

Quigley B.M. and Leonard K.E. (1999) Husband alcohol expectancies, drinking, and marital conflict styles as predictors of severe marital violence among newlywed couples. Psychology of Addictive Behaviors, 13,49-59.

Ramstedt, M. (2001) Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. Addiction, 96(1):S19-S34.

Ramstedt, M. (2002) Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. European Journal of Population, 18,307-23.

Reeder, V. C., Aikens, M. L., Li, X.-N. and Booyse, F. M. (1996) Alcohol and the fibrinolytic system, in: Zakhari, S. & Wassef, M., eds. Alcohol and the Cardiovascular System, 21,391-411. Bethesda, MD, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA: Journal of the American Medical Association, 264,2511.2518.

Rehm, J., Room. R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., and Sempos, C.T. (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction, 98,1209-1228.

Rehm, J., Room, R, Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U., Jernigan, D. (2004) Alcohol. In: WHO (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO.

Rehm, J. and Rossow, I. (2001) The impact of alcohol consumption on work and education. In: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption, 67 77. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rehm, J. and Gmel, G. (2000) Gaps and needs in international alcohol epidemiology. Journal of Substance Use, 5,6-13.

Rehm, J. and Gmel, G. (1999) Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8 year follow-up study in Switzerland. Addiction, 94, 899-912.

Rehm, J. & Sempos, C. T. (1995a) Alcohol consumption and all-cause mortality.questions about causality, confounding and methodology. Addiction, 90,493-498.

Rehm, J., Ashley, M., Room, R. et al. (1996) Emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences, Addiction, 91,1615-1621.

Reich, T., Edenberg, H.J., Goate, A., Williams, J.T., Rice, J.P., Van Eerdewegh, P., Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M.A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T.K., Conneally, P.M., Nurnberger, J.I., Jr., Tischfield, J.A., Crowe, R.A., Cloninger, C.R., Wu, W., Shears, S., Carr, K., Crose, C., Willig, C. and Begleiter, H. (1998) Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. American Journal Medicine Genetics, 81(3):207.215.

Renaud, S., Guegen, R., Schenker, J. and D.houtard, A. (1998) Alcohol and mortality in middle-aged men from eastern France, Epidemiology, 9,184-188.

Report on the National Study of Domestic Abuse National Crime Council: www.crimecouncil.ie.
Rich, E. C., Siebold, C. and Campion, B. (1985) Alcohol-related acute atrial fi brillation. A case-control study and review of 40 patients. Archives of Internal Medicine, 145,830- 833.

Richardson, A. and Budd, T. (2003) Alcohol, Crime and Disorder: a Study of Young Adults. Home Offce Research Study, 263. London: Home Of?ce Research, Development and Statistics Directorate.
Ridolfo, B. and Stevenson, C. (2001)The Quantification of Drug-Caused Mortality and Morbidity in Australia, 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Rimm, E.B., Chan, J., Stampfer, M., Colditz, G.A., Willett, W. (1995) Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. British Medical Journal, 310,555.559.

Robinette, C. D., Hrubec, Z. & Fraumeni, J. F. (1979) Chronic alcoholism and subsequent mortality in World War II veterans, American Journal of Epidemiology, 109,687-700.

Rodgers, B., Korten, A.E., Jorm, A.F., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, A.S. (2000) Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. Psychological Medicine, 30(2):421.432.

Rodgers, B., Korten, A.E., Jorm, A.F., Christensen, H., Henderson, S. & Jacomb, P.A. (1990) Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. Addiction, 95,1833.1845.

Romelsjo, È.A. and Lundberg, M. (1996) The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. Addiction, 91,1307-1323.

Room, R., Bondy, S. J. and Ferris, J. (1995) The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. Addiction, 90,499. 513.

Room, R., Rehm, J., Trotter, R.T., Paglia, A., & Üstün, T.B. (2001) Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability. In: Üstün T.B., Chatterji S., Bickenbach J.E., Trotter R.T., Room R., Rehm J., & Saxena S., eds. Disability and Culture: Universalism and Diversity, 247-291. Seattle: Higrefe and Huber.

Rose, G. (1992) The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press.
Rossow I. (2000) Suicide, violence and child abuse: review of the impact of alcohol consumption on social problems. Contemporary Drug Problems, 27,397-434.

Rossow I., Pernanen K., and Rehm J. (2001) Alcohol, suicide and violence. In: Klingemann H. and Gmel G. (eds.) Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption, 93-112. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Rossow, I. and Hauge, R. (2004) Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others. drinking. Addiction, 99,1094-1102.

Rossow, I. (1996) Alcohol related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. Addiction, 91,1651. 1661.

Rossow, I. (1996) Alcohol and suicide .beyond the link at the individual level. Addiction, 91,1463-1469.

Rothman, K.J., Greenland, S. (1998) Causation and causal inference. In: Modern epidemiology. 2nd edn. Rothman KJ, Greenland S, eds. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, PA.
Rourke, S.B., And Löberg, T. (1996) The neurobehavioral correlates of alcoholism. In: Nixon, S.J., ed. Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders, 2d ed. New York: Oxford University Press, 423.485.

Sacco, R.L., Elkind, M., Boden-Albala, B. et al. (1999) The protective effect of moderate alcohol consumption in ischemic stroke. Journal of the American Medical Association, 281(1):53.60.
Saccone, N.L., kwon, J.M., Corbett, J. et al. (2000) A genome screen of maximum number of drinks as an alcoholism phenotype. American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics), 96,632.637.

Sahi, T., Paffenbarger, R.S.J., Hsieh, C.C., Lee, I.M. (1998) Body mass index, cigarette smoking, and other characteristics as predictors of self-reported, physician-diagnosed gallbladder disease in male college alumni. American Journal of Epidemiology, 147,644.651.

Sampson, H.W. (2002) Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. Alcohol Research and Health, 26,292-298.

Sayette, M. A., Wilson, T. and Elias, M. J. (1993) Alcohol and aggression: a social information processing analysis. Journal of Studies on Alcohol, 54,399407.

Schiff, E.R. and Ozden, N. (2003) Hepatitis C and alcohol. Alcohol Research and Health, 27,232-239.

Schiff, E.R. (1997) Hepatitis C and alcohol Hepatology,26(suppl 1),9s.

Schuckit, A.(1996) Alcohol, anxiety, and depressive disorders. Alcohol Health and Research World, 20(2):81.85.

Seitz, H.K. and Homan, N. (2001) Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. In N Heather, TJ Peters, T Stockwell (Eds.), International Handbook of Alcohol Problems and Dependence. West Sussex, U.K: John Wiley & Sons, Ltd.

Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Mourau, D., Kleinman, M., Flory, M. (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 53,339.348.

Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. & Webster, D. (2001) The role of alcohol use in intimate partner femicide. American Journal on Addictions, 10, 122135.

Sierksma, A. (2003) Moderate alcohol consumption and vascular health. PhD Thesis. Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.

Skog, O-J. (1980) Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. British Journal of Addiction, 7,227.243.

Skog, O-J. (1991) Drinking and the distribution of alcohol consumption. In: Pittman D.J. and Raskin White H. (eds.) Society, Culture, and Drinking Patterns Reexamined. 135-156. New Brunswick: Alcohol Research Documentation.

Smith, G.S., Branas, C.C. and Miller, T.R. (1999) Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. Annals of Emergency Medicine, 33(6):659.668.

Sonne, S.C. and Brady, K.T. (2002) Bipolar disorder and alcoholism. Alcohol Research and Health, 26,103-108.

Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T. et al. (2001) Prenatal alcohol exposure and childhood behaviour at age 6-7 years: dose response effect. Paediatrics, 108,e34-35.

Spear, L. (2002) Adolescent brain and the college drinker: Biological basis of propensity to use and misuse alcohol. Journal Studies Alcohol, 14,71-81.

Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Manson, J.E., Arky, R.A., Hennekens, C.H., Speizer, F.E. (1988) A prospective study of moderate alcohol drinking and risk of diabetes in women. American Journal of Epidemiology, 128(3):549.58.

Stampfer, M.J., Kang, J.H., Chen, J., Cherry, R., and Grodstein, F. (2005) Effects of Moderate Alcohol Consumption on Cognitive Function in Women. New England Journal Medicine,352,245-253.

Stockwell, T., Lang, E. and Rydon, P. (1993) High risk drinking settings: the association of serving and promotional practices with harmful drinking. Addiction, 88,1519.1526.

Strategy Unit (2003) Strategy Unit Alcohol Harm Reduction project: Interim Analytical Report. www.strategy.gov.uk.

Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. & Brown, R. A. (2003) Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. Journal of Interpersonal Violence, 18,1113.1131.

Suhonen, O., Aromaa, A., Reunanen, A., & Knekt, P. (1987) Alcohol consumption andd sudden coronary death in middle-aged Finnish men. Acta Medica Scandinavica, 221,335-341.

Swahn, M. H. and Donovan, J. E. (2004) Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. Journal of Adolescent Health, 34,480.492.

Swahn, M. H. (2001) Risk factors for physical fighting among adolescent drinkers. American Journal of Epidemiology, 153,S72.

Swendsen, J.D., Merikangas, K.R., Canino, G.J. et al. (1998) Comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. Comprehensive Psychiatry, 39(4):176.184.

Swift, R. (2003) Direct measurement of alcohol and its metabolites. Addiction,98 (2):73-80.
Szucs, S., Sarvary, A., McKee, M. & Adany, R. (2005) Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. Addiction, 100,536-542.

Testa, M. and Parks, K.A. (1996). The role of women.s alcohol consumption in sexual victimization. Aggression and Violent Behaviour, 1 (3): 217.234.

Thom, B. (2001) A social and political history of alcohol. In Heather, N., Peters, T.J. & Stockwell, T., eds. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Thun, M.J., Peto, R., Lopez, A.D., Monaco, J.H., Henley, S.J,, Heath, C.W.J., Doll, R. (1997) Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. The New England Journal of Medicine, 337,1705.1714.

Tolstrup, J.S., Jensen, M.K., Tjønneland, A., Overvad, K. &b Grønbæk, M. (2004) Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. Addiction. 99 323-330.

Toumbourow, J.W., Williamas, I.R., White, V.M., Snow, P.C., Munro, G.D. and Schofield, P.E.(2004) Prediction of alcohol-related harm from controlled drinking strategies and alcohol consumption trajectories. Addiction, 99,498-508.

Trevisan, M., Dorn, J., Falkner, K., Russell, M., Ram, M., Muti, P., Freudenheim, J.L., Nochajaski, T and Hovey, K. (2004) Drinking pattern and risk of non-fatal myocardial infarction: a population-based case-control study. Addiction, 99,313-322.

Trevisan, M.T., Ram, M., Hovey, K. et el. (2001a) Alcohol drinking patterns and myocardial infarction. American Journal of Epidemiology, 153(11):S97.

Trevisan, M.T., Schisterman, E., Mennotti, A. et el. (2001b) Drinking pattern and mortality: The Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. Annals of Epidemiology, 11,312.319.
Turner, R.T. and Sibonga, J.D. (2001) Effects of alcohol use and estrogen on bone. Alcohol Research and Health, 25,276-281.

US Department of Health and Human Services (2000) 10th Special report to the US Congress on Alcohol and Health. Washington, US Department of Health and Human Services.

Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. (1996) Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. Stroke, 27,1033.1039.

Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. (2003) Alcohol, body weight, and weight gain in middle-aged men. American Journal Clinical Nutrition, 77,1312.1317.

Wannamethee, G. and Shaper, A. G. (1992) Alcohol and sudden cardiac death, British Heart Journal, 68,443-448.

Wannamethee, S.G. and Shaper, A.G. (1999) Type of alcoholic drink and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. American Journal of Public Health, 89,685-690.

Watson, D. and Parsons, S. (2005) Domestic Abuse of Women and Men in Ireland.

Watt, K., Purdie, D.M., Roche, A.M. and McClure, R.J. (2004) Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders. Addiction, 99,1262-1273.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. and Castillo, S. (1994) Health and behavioral consequences of binge drinking in college: a national survey of students at 140 campuses. JAMA, 272,1672.1677.
Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. and Castillo, S. (1995) Correlates of college student binge drinking. American Journal of Public Health, 85,921.926.

Wechsler, H., Dowdall, G. W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. and Lee, H. (1998) Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. Journal of American College Health, 47,57.68.

Wei, M., Gibbons, L.W., Mitchell, T.L., Kampert, J.B., Blair, S.N. (2000) Alcohol intake and incidence of type 2 diabetes in men. Diabetes Care, 23(1):18.22.

Wells, S., Graham, K., and West, P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. Journal of Studies on Alcohol. 61,626-632.

Wells, J.E., Horwood, L.J. and Fergusson, D.M. (2004) Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. Addiction, 99,1529-1541.

Wells, S., Graham, K. and West, P. (2000) Alcohol-related aggression in the general population. Journal of Studies on Alcohol, 61,626.632.

Wells, S., Graham, K., Speechley, M. and Koval, J.J. (2005) Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. Addiction, 100,933-944.

White, H.R. and Chen, P-H (2002) Problems drinking and intimate partner violence. Journal of Studies on Alcohol, 63,205.214.

White, I. R. (1999) The level of alcohol consumption at which all-cause mortality is least. Journal of Clinical Epidemiology, 52,967-975.

White, I.R., Altmann, D.R. and Nanchahal, K. (2002) Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. British Medical Journal, 325,191-198.

Widom, C.S. and Hiller-Sturmhofel, S. (2001) Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. Alcohol Research and Health, 25,52-57.

Wiley, J. A. and Weisner, C. (1995) Drinking in violent and nonviolent events leading to arrest: Evidence from a survey of arrestees. Journal of Criminal Justice, 23,461-476.

Willenbring, M.L. (1986) Measurement of depression in alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 49,412.417.

Williams, C.M., Skinner, A.E. (1990) The cognitive effects of alcohol abuse: a controlled study. British Journal of Addiction, 85,911.917.

Williams, F.G., Knox, R. (1987) Alcohol abuse intervention in a university setting. Journal of American College Health, 36,97.102.

Williams, J.T., Begleiter, H., Porjesz, B. et al. (1999) Joint multipoint linkage analysis of multivariate qualitative and quantitative traits. II. Alcoholism and event-related potentials. American Journal of Human Genetics, 65,1148.1160.
Windham, G.C., Von Behren, J., Fenster, L. et al. (1997) Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion. Epidemiology, 8(5):509.514.

World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2001) The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004) Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization.

Zarkin, G.A., French, M.T., Mroz, T. and Bray, J. (1998) Alcohol use and wages: new results from the National Hoiusehold Survey on Drug Abuse. Journal of Health Economics, 17,53-68.

Zhang, L., Wieczorek, W., Welte, J. (1997) The nexus between alcohol and violent crime. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 21,1264.1271.

5. Ανίχνευση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης

Περίληψη των στοιχείων του κεφαλαίου

1. Πρέπει να ανιχνεύεται η επικίνδυνη ή επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης;
Καθώς η αλκοόλη εμπλέκεται σε ποικιλία σωματικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας, με τρόπο δοσο-εξαρτώμενο, αποτελεί ευκαιρία για όλους όσους παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να εντοπίσουν όλους του ενήλικες ασθενείς με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης δεν είναι γνωστοί στους πάροχους της ιατρικής φροντίδας τους.

2. Σε ποιες ομάδες ασθενών πρέπει να ανιχνεύεται η επικίνδυνη ή επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης;
Μόνο εάν όλοι οι ενήλικες ασθενείς ελέγχονται για επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης, συμπεριλαμβανομένων μορφών περιστασιακής βαριάς κατάχρησης (heavy drinking), είναι δυνατή μια ρεαλιστική προληπτική προσέγγιση. Αν μία τέτοια προσέγγιση δεν είναι εφικτή, ο περιορισμός του ελέγχου στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή σε ορισμένες ειδικές καταστάσεις, μπορεί να αποτελέσει μια εφικτή λύση. Σε αυτές τις ομάδες θα μπορούσαν να περιληφθούν νέοι έως μέσης ηλικίες άντρες, καθώς και ειδικές κλινικές μονάδες (π.χ. μονάδες υπέρτασης).

3. Ποιες είναι οι καλύτερες ερωτήσεις ή εργαλεία ελέγχου προκειμένου να ανιχνευθεί η επικίνδυνη ή επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης;
Οι πιο απλές ερωτήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι αυτές που αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις του Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το οποίο σχεδιάστηκε με στόχο την ανίχνευση επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχουν ελεγχθεί και αξιολογηθεί επαρκώς. Η πρώτη ερώτηση αφορά στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, η δεύτερη στη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται κατά μέσο όρο στη διάρκεια μιας μέρας και η τρίτη στη συχνότητα επεισοδίων κατάχρησης.

4. Πώς πρέπει να χρησιμοποιούνται οι ερωτήσεις ή τα εργαλεία ελέγχου;
Η ανίχνευση της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης λειτουργεί καλύτερα, όταν είναι ενσωματωμένη στην κλινική πρακτική και συστήματα ρουτίνας, όπως: συστηματική εξέταση όλων των ασθενών όταν προσέρχονται για πρώτη φορά, όλων των ασθενών που προσέρχονται για τακτικούς ελέγχους ή όλων των αντρών μεταξύ 18 και 44 ετών, όταν ζητούν κάποια ιατρική συμβουλή. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα, από τα οποία να προκύπτει ότι η συστηματική ανίχνευση της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα, όπως δυσανασχέτηση ή έλλειψη ικανοποίησης από πλευράς των ασθενών.

5. Υπάρχουν βιοχημικές εξετάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση;
Βιοχημικές εξετάσεις για τις διαταραχές κατανάλωσης αλκοόλ, όπως τα ηπατικά

ένζυμα (π.χ. γ-γλουταμυλική τρανσφεράση (γGT) και αμινοτρανσφεράσες), η τρανσφερρίνη με έλλειμμα υδατανθράκων (carbohydrate deficient transferring, CDT) και ο μέσος όγκος ερυθρών (mean corpuscular volume, MCV) δεν προσφέρονται για ανίχνευση, επειδή τα αποτελέσματα που λαμβάνονται έχουν μικρή ευαισθησία και ανιχνεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης.

Συστάσεις

1. Η ανίχνευση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης, καθώς και της περιστασιακής κατάχρησης, θα πρέπει να αφορά όλους τους ενήλικες ασθενείς που προσέρχονται σε μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2. Η χρήση των τριών πρώτων ερωτήσεων του AUDIT σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης αποτελεί μία προτιμώμενη μέθοδο για την ανίχνευση επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωση αλκοόλης. Σε άρρενες ασθενείς, οι οποίοι συγκεντρώνουν σύνολο 5 ή περισσότερο στο AUDIT-C, ή οι οποίοι καταναλώνουν 280g αλκοόλης ή περισσότερο την εβδομάδα, καθώς και σε θήλυς με σκορ 4 ή περισσότερο στο AUDIT-C ή οι οποίες καταναλώνουν 140g αλκοόλης ή περισσότερο την εβδομάδα θα πρέπει να παρέχεται βραχεία παρέμβαση (βλ. Παράρτημα). Τα παραπάνω όρια πρέπει να προσαρμόζονται σύμφωνα με τις ειδικές εκτιμήσεις και οδηγίες για κάθε χώρα.

3. Η ανίχνευση της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης λειτουργεί καλύτερα, όταν ενσωματώνεται σε κλινικές πρακτικές και συστήματα ρουτίνας.

4. Η ανίχνευση σε επίπεδο ρουτίνας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης, καθώς και της εξάρτησης από την αλκοόλη δε θα πρέπει να βασίζεται σε βιοχημικές εξετάσεις, όπως η γ-γλουταμυλική τρανσφεράση (γGT), η τρανσφερρίνη με έλλειμμα υδατανθράκων (carbohydrate deficient transferrin, CDT) και ο μέσος όγκος ερυθρών (mean corpuscular volume, MCV).

5.1. Πρέπει να ανιχνεύεται η επικίνδυνη ή επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης;

Στο κεφάλαιο 4 σημειώθηκε ότι, εκτός από το γεγονός ότι είναι εξαρτησιογόνο φάρμακο, η αλκοόλη αποτελεί και την αιτία περισσότερων από 60 διαφορετικών τύπων ασθενειών και καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων τραυματισμών, ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, παθήσεων του γαστρεντερικού συστήματος, νεοπλασιών, καρδιαγγειακών νόσων, ανοσολογικών διαταραχών, σκελετικών παθήσεων, διαταραχών της αναπαραγωγής και προγεννητικών βλαβών. Στο εν λόγω κεφάλαιο διαπιστώθηκε ότι η αλκοόλη αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτών των ασθενειών και βλαβών κατά ένα δοσο-εξαρτώμενο τρόπο, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη ενός φαινόμενου κατωφλίου. Όσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση αλκοόλης, τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος. Επίσης, στο

κεφάλαιο 4 σημειώθηκε ότι υπάρχουν ευνοϊκά αποτελέσματα για την υγεία από την ελάττωση ή τη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλης. Όλοι οι άμεσοι κίνδυνοι μπορούν να αναστραφούν πλήρως, αν διακοπεί η λήψη αλκοόλης. Ακόμη και σε ό,τι αφορά χρόνιες παθήσεις, όπως η κίρρωση ήπατος και η κατάθλιψη, η ελάττωση ή διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλης σχετίζεται με ταχεία βελτίωση της υγείας.

Καθώς η αλκοόλη εμπλέκεται σε πληθώρα σωματικών και νοητικών προβλημάτων υγείας με δοσο-εξαρτώμενο τρόπο, υπάρχει η δυνατότητα για όλους τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να ανιχνεύσουν όλους τους ενήλικες ασθενείς με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης. Ωστόσο, παρόλο που μια μεγάλη μερίδα γενικών ιατρών δηλώνουν ότι διενεργούν ελέγχους σχετικούς με προβλήματα από την αλκοόλη (Kaner και συν. 1999, McAvoy και συν. 1999, Haley και συν. 2000, McAvoy και συν. 2001, Lopez-de-Munai και συν. 2001), τα πραγματικά ποσοστά ανίχνευσης είναι χαμηλά (Brotons και συν. 1996, Spandorfer και συν. 1999, Heather 1996, Gomel και συν. 1998, Rumpf και συν. 2001) και οι ασθενείς αναφέρουν ότι σπάνια ερωτώνται σχετικά με την αλκοόλη, ακόμη και σε περιπτώσεις υπερβολικής κατανάλωσης (Aalto και συν. 2001). Συνεπώς, απαιτείται μια συστηματική προσέγγιση προκειμένου να ανιχνευθεί η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι γνωστοί στους παρόχους φροντίδας υγείας. (Spandorfer και συν. 1999, Vinson και συν. 2000, McGlynn και συν. 2003, Rush και συν. 2003).

5.2. Σε ποιες ομάδες ασθενών πρέπει να ανιχνεύεται η επικίνδυνη ή επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης;

Μόνο αν εφαρμοστεί μια συστηματική ανίχνευση είναι δυνατό να επιτευχθεί μια πλήρως προληπτική προσέγγιση. Ωστόσο, μια πρόταση για ανίχνευση σε όλους τους ενήλικες ασθενείς μπορεί να μην είναι εφαρμόσιμη σε ιατρεία με μεγάλη κίνηση ασθενών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο περιορισμός της ανίχνευσης σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή σε ορισμένες ειδικές καταστάσεις μπορεί να αποτελέσει εφαρμόσιμη λύση, η οποία θα πρέπει να ιδωθεί ως ένα ενδιάμεσο στάδιο στη διαδικασία της υλοποίησης. Η επιλογή μιας ομάδας υψηλού κινδύνου μπορεί να γίνει με βάση επιδημιολογικά στοιχεία (π.χ. μεσήλικες άρρενες) ή με βάση τους κινδύνους για την υγεία που ενέχει η κατανάλωση αλκοόλης για συγκεκριμένες ομάδες (π.χ. νέοι ενήλικες ή έγκυες γυναίκες).

Μία λίστα δυνατών επιλογών είναι η ακόλουθη:

1. Όλοι οι ασθενείς (από τη γραμματεία, τη νοσηλεύτρια ή τον ιατρό): ιδανικό, αλλά όχι πάντα πρακτικό.
2. Όλοι οι ασθενείς κατά τη διάρκεια ορισμένων χρονικών διαστημάτων (για παράδειγμα, ένας μήνας κάθε 6 μήνες): θα ανιχνεύσει τόσο την επικίνδυνη όσο και την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης, ωστόσο σε περιορισμένες περιόδους.
3. Όλες οι καταγραφές νέων ασθενών: θα ανιχνεύσει τόσο την επικίνδυνη όσο και την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης.
4. Συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες (π.χ. νέοι άντρες): θα ανιχνεύσει τόσο την επικίνδυνη όσο και την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης, όμως οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες θα παραλειφθούν.

5. Ασθενείς με συγκεκριμένα συμπτώματα, διαγνώσεις, σημεία και αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων (βλ. παρακάτω) ή που παρακολουθούνται σε ειδικές κλινικές (π.χ. υπέρτασης): κυρίως εντοπίζει την επιβλαβή κατανάλωση και θα απαιτούσε στις περισσότερες περιπτώσεις έναν ιατρό προκειμένου να γίνει η ανίχνευση.

Στο Κεφάλαιο 4 περιγράφηκε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και σωματικών βλαβών που μπορεί να προκληθούν από την αλκοόλη. Η ανίχνευση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης θα πρέπει να διενεργείται σε παρουσία τέτοιων βλαβών, οι οποίες περιλαμβάνουν αυξημένη αρτηριακή πίεση, κεφαλαλγίες, στομαχικές διαταραχές, άγχος και κατάθλιψη, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία συγκέντρωσης, ελαττωμένη επίδοση στην εργασία, τυχαίους τραυματισμούς, ηπατικές παθήσεις, ενοχλήσεις μετά από μέθη (hangover), νεοπλασίες, ευερεθιστότητα και οικονομικές έγνοιες. Κλινικά σημεία, όπως τρόμος των χειρών, εμφάνιση αιμοφόρων αγγείων στο πρόσωπο, και μεταβολές στους βλεννογόνους (π.χ. επιπεφυκίτιδα) ή στη στοματική κοιλότητα (π.χ. γλωσσίτιδα), ηπατομεγαλία, καθώς και η απόπνοια αλκοόλης αποτελούν επίσης ενδείξεις για την ανίχνευση επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης. Τέλος, αυξημένες τιμές της γ-γλουταμυλικής τρανσφεράσης (γGT), των αμινοτρανσφερασών, της τρανσφερρίνης με έλλειμμα υδατανθράκων (CDT) του ορού, καθώς και του μέσου όγκου ερυθρών (MCV) συχνά οφείλονται στην αλκοόλη. Η παρουσία αυξημένων επιπέδων θα πρέπει να επιστήσει την προσοχή του κλινικού ιατρού για την πιθανή διάγνωση επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλης, μιας και οι εξετάσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται στις βιοχημικές εξετάσεις ρουτίνας.

5.3. Ποιες είναι οι καλύτερες ερωτήσεις ή εργαλεία για να αναγνωριστεί η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης;

Η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης μπορεί να ανιχνευθεί είτε μετρώντας την κατανάλωση αλκοόλης ή με τη χρήση ενός ειδικού εργαλείου ελέγχου (screening) που έχει σχεδιαστεί ειδικά για το σκοπό αυτό. Η κατανάλωση αλκοόλης μπορεί να υπολογιστεί χρησιμοποιώντας ερωτήσεις σχετικά με την ποσότητα και τη συχνότητα ή μεθόδους καθημερινής εκτίμησης. Οι ερωτήσεις και οι μέθοδοι αυτές μπορούν να απαντηθούν προφορικά, ή με γραπτά ερωτηματολόγια ή ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

Σε ό,τι αφορά τα εργαλεία ανίχνευσης, είναι σημαντική η κατανόηση των εννοιών της *ευαισθησίας* και της *ειδικότητας*. Η ευαισθησία εκφράζει το ποσοστό των ατόμων με μία κατάσταση (στην περίπτωση αυτή επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης) οι οποίοι ανιχνεύονται από το τεστ, ενώ η ειδικότητα το ποσοστό των ατόμων που δεν παρουσιάζουν επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης και οι οποίοι έχουν φυσιολογικά ή αρνητικά αποτελέσματα. Τα δύο αυτά ποσοστά είναι ανεξάρτητα, καθώς είναι δυνατό να βελτιωθεί η ευαισθησία σε βάρος της ειδικότητα, ή το αντίθετο, μεταβάλλοντας τις οριακές τιμές που ορίζουν ένα φυσιολογικό ή μη αποτέλεσμα. Για το λόγο αυτό, οι εκτιμήσεις για την απόδοση ενός τεστ αναφέρουν και την ευαισθησία και την ειδικότητα. Επιπλέον, οι συγκρίσεις είναι ευκολότερες όταν η ειδικότητα ορίζεται στο 95% για όλα τα τεστ που συγκρίνονται ή αξιολογούνται. Καθώς η κατανομή συχνοτήτων της πρόσληψης αλκοόλης είναι συνεχής και οι βλάβες που προκαλούνται από την αλκοόλη είναι σε μεγάλο βαθμό δοσο-εξαρτώμενες, είναι δύσκολο να καθοριστεί ποιος ανήκει στη «φυσιολογική» και

ποιος στη «μη φυσιολογική» ομάδα, παρόλο που υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές από ειδικούς σχετικά με το τι αποτελεί επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης. Για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να αξιολογηθεί η απόλυτη ευαισθησία ή ειδικότητα ενός τεστ, και μόνο η σχετική απόδοση των διάφορων τεστ μπορεί να συγκριθεί.

5.3.1. Μέτρηση της κατανάλωσης αλκοόλης

Δύο μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της κατανάλωσης αλκοόλης, σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από τους ίδιους τους ασθενείς: (1) ερωτήσεις ποσότητας/συχνότητας [quantity/frequency (Q/F) questions], οι οποίες απαιτούν από τους ασθενείς να συνοψίσουν την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνουν και τη συχνότητα με την οποία πίνουν, είτε για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα (π.χ. μία εβδομάδα, ή τον προηγούμενο μήνα ή χρόνο) είτε σε σχέση με τους συνήθεις ρυθμούς τους, και (2) διαδικασίες καθημερινής εκτίμησης αναδρομικά, οι οποίες ζητούν από τους ασθενείς να αναφέρουν την ποσότητα που ήπιαν κάθε μέρα κατά τη διάρκεια συγκεκριμένων χρονικών διαστημάτων, συνήθως την τελευταία εβδομάδα.

Ερωτήσεις ποσότητας/συχνότητας της κατανάλωσης Το κύριο πλεονέκτημα των ερωτήσεων ποσότητας/συχνότητας (Π/Σ) (Εικόνα 5.1) είναι ότι συμπληρώνονται εύκολα, επιτρέποντας τον έλεγχο μεγάλων δειγμάτων ασθενών. Οι ερωτήσεις Π/Σ θεωρούνται έγκυρες και αξιόπιστες και παρέχουν ικανοποιητικά οφέλη (Grant και συν. 1995, Hasin και συν. 1997, Dawson 1998a). Σε γενικές γραμμές, έχει αποδειχθεί ότι οι συγκεκριμένες ερωτήσεις (π.χ. αυτές που αφορούν ορισμένο χρονικό διάστημα) παρέχουν ακριβέστερες εκτιμήσεις σε σχέση με τις περισσότερο γενικές ερωτήσεις (σχετικά με συνήθεις ή τυπικές συμπεριφορές) (Belson, 1981). Οι ερωτήσεις Π/Σ περιγράφουν την «πιο συχνή», παρά τη «μέση» συμπεριφορά (Poikolainen & Karkkainen 1983, Midanik 1991), ενώ υπάρχουν στοιχεία ότι οι ερωτώμενοι αποκλείουν περιόδους εγκράτειας στις απαντήσεις που αφορούν τους τελευταίους 12 μήνες. Κατά την επιλογή του χρονικού διαστήματος στο οποίο γίνεται η εκτίμηση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι περιορισμοί στην ανάκληση. Βραχείες περίοδοι αναφοράς (π.χ. 1 εβδομάδα, οι τελευταίες 30 ημέρες) ανακαλούνται ευκολότερα, ωστόσο μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικές των συνηθειών του ασθενούς. Ένα από τα βασικά θέματα που σχετίζονται με την αξιοπιστία της μεθόδου Π/Σ αφορά την εκτίμηση των διακυμάνσεων των συνηθειών σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης του ίδιου ασθενούς. Στο θέμα αυτό, η διακύμανση αποτελεί συνήθως τον κανόνα, ενώ η σταθερότητα εξαίρεση. Επιπλέον, η διακύμανση αυξάνεται όσο αυξάνεται η μέση ποσότητα που καταναλώνεται (Greenfield 2000). Το πρόβλημα αυτό ξεπερνιέται με την υιοθέτηση της προσέγγισης της διαβαθμισμένης συχνότητας [graduated frequency (GF)], η οποία περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με την κατανάλωση σε διαστήματα που ακολουθούν διαβαθμίσεις (π.χ. το πλήθος ή την αναλογία των περιπτώσεων, κατά τις οποίες καταναλώνονται ένα έως δύο, τρία έως τέσσερα ποτά κ.ο.κ.) ή οριακές τιμές.

Ερωτήσεις	0	1	3	4	5
1. Πόσο συχνά πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλ,	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2-4 φορές το μήνα	2-3 φορές την εβδομάδα	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλ πίνετε ημερησίως, όταν πίνετε,	1 ή 2	3 ή 4	5 ή 6	7 ή 9	10 ή περισσότερα

Εικόνα 5.1 Ένα παράδειγμα ερωτηματολογίου με ερωτήσεις ποσότητας/συχνότητας (οι δύο πρώτες ερωτήσεις του AUDIT, βλ. παρακάτω).
Πηγή: Babor και συν. 2001.

Αν ένας ασθενής δηλώσει ότι πίνει 2-3 φορές την εβδομάδα, και 5 ή 6 ποτά συνήθως, τότε η μέση κατανάλωση είναι 2.5 επί 5.5, δηλαδή 14 ποτά την εβδομάδα.

Μέθοδοι καθημερινής εκτίμησης Οι μέθοδοι καθημερινής εκτίμησης απαιτούν περισσότερα μέσα (π.χ. χρόνο και εκπαίδευση αυτών που διενεργούν τις συνεντεύξεις, εξειδικευμένο εξοπλισμό) και απαιτούν περισσότερο κόπο από τους ασθενείς από ό,τι οι ερωτήσεις ποσότητας/συχνότητας. Οι ανασκοπικές μέθοδοι (π.χ. Timeline Followback: Sobell & Sobell 1992, 1995a, Form 90: Miller & Del Boca 1994, Miller 1996) δίνουν συνήθως στους ασθενείς ένα ημερολόγιο το οποίο καλύπτει μια ορισμένη χρονική περίοδο (για παράδειγμα 7 ημέρες ή 90 ημέρες). Χρησιμοποιώντας υποβοηθούμενες τεχνικές ανάκλησης, ζητείται από τους ασθενείς να εκτιμήσουν το πλήθος των ποτών (ή να περιγράψουν το περιεχόμενο και την ποσότητα των ποτών που καταναλώθηκαν) κάθε μέρα στο διάστημα αυτό. Συνήθως, το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται στα πλαίσια μιας προσωπικής συνέντευξης, ωστόσο υπάρχουν και ερωτηματολόγια προσαρμοσμένα για τηλεφωνική εκτίμηση (π.χ. Form 90-T: Miller 1996) ή εκτίμηση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (π.χ. Timeline Followback, Sobell & Sobell 1995b).

Η αξιοπιστία και η ισχύς της βασικής διαδικασίας αναδρομικής καθημερινής εκτίμησης έχουν αποδειχτεί επαρκώς. (π.χ. Sobell και συν. 1979, 1986, Tonigan και συν. 1997). Οι μέθοδοι καθημερινής εκτίμησης προσφέρουν συνήθως περισσότερο αξιόπιστες εκτιμήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης σε σχέση με τις ερωτήσεις Π/Σ (π.χ. Sobell & Sobell 1995c). Επειδή βασίζονται σε υποβοηθούμενες τεχνικές ανάκλησης και περιλαμβάνουν την ανάκτηση πραγματικών επεισοδίων κατανάλωσης αλκοόλ, έχουν μεγαλύτερη ισχύ από άλλες προσεγγίσεις και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με μοντέλα πόσεως. Χρησιμοποιώντας ως δείγμα συμπεριφορές κατά τη διάρκεια ενός χρονικού διαστήματος, στο οποίο η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να παρουσιάζει μεταβλητότητα, ερμηνεύουν επεισόδια τα οποία δεν ταιριάζουν στη «συνήθη» κατανάλωση, την οποία μετρούν οι ερωτήσεις Π/Σ. Ωστόσο, καθώς οι μέθοδοι αυτές φαίνεται να ποσοτικοποιούν την κατανάλωση αλκοόλης με περισσότερη ακρίβεια, μπορεί να υπάρχει η τάση να ιδωθούν οι ποσότητες που αναφέρονται ως απόλυτα ποσά, παρά ως εκτιμήσεις της κατανάλωσης. Η ισχύς των διαδικασιών αναδρομικής καθημερινής εκτίμησης εξαρτάται τόσο από τις ικανότητες του ερευνητή όσο και από τη συνεργασία του ερωτώμενου. Ως αποτέλεσμα, οι

προσαρμογές αυτής της προσέγγισης για αυτό-συμπλήρωση ή τηλεφωνικές συνεντεύξεις μπορεί να είναι δύσκολο να εφαρμοστούν.

Εκτίμηση μέσω Υπολογιστών ή Ίντερνετ Η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών είτε για την καθοδήγηση είτε για την άμεση διαχείριση των εκτιμήσεων γίνεται συνεχώς δημοφιλέστερη. Τέτοιες μέθοδοι περιλαμβάνουν την προσωπική συνέντευξη με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή (computer-assisted personal interviewing, CAPI), όπου ένα ερωτηματολόγιο που έχει δημιουργηθεί από ηλεκτρονικό υπολογιστή αναγιγνώσκεται στον ασθενή και οι απαντήσεις καταχωρούνται από τον ερευνητή που παίρνει τη συνέντευξη, την αυτοεξέταση με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή (computer-assisted self-interviewing, CASI), όπου οι ερωτώμενοι διαβάζουν ένα ερωτηματολόγιο που έχει δημιουργηθεί από ηλεκτρονικό υπολογιστή και απαντούν σε ερωτήσεις στην οθόνη του υπολογιστή, εισάγοντας οι ίδιοι τα δεδομένα τους, την A-CASI, όπου οι ερωτήσεις είναι ηχογραφημένες και παρουσιάζονται προφορικά μέσω ακουστικών και ταυτόχρονα στην οθόνη ενός υπολογιστή. Μια πρόσφατη καινοτομία, η οποία αποτελεί παραλλαγή της CASI, περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών μέσω του διαδυκτίου. Τα πλεονεκτήματα της χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών για την καθοδήγηση ή τη διαχείριση των εκτιμήσεων είναι πολλά και προφανή. Οι μέθοδοι A-CASI, ιδιαίτερα, ελαττώνουν τις απαιτήσεις για γνώση ανάγνωσης και γραφής από πλευράς των συμμετεχόντων. Τέλος, οι μέθοδοι αποτίμησης μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των εκτιμήσεων της κατανάλωσης αλκοόλης, προσφέροντας γραφικές απεικονίσεις δοχείων διαφόρων τύπων και μεγεθών, ώστε να διευκολύνεται η μετατροπή των απαντήσεων σε τυποποιημένες μονάδες κατανάλωσης (Dawson 1998b). Ωστόσο, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν υπολογιστές δεν οδήγησαν πάντα σε αποτελέσματα που διέφεραν σημαντικά από αυτά που λαμβάνονται με τις συμβατικές μεθόδους με μολύβι και χαρτί (Hallfors και συν. 2000, Miller και συν. 2002). Οι εκτιμήσεις που βασίζονται στο διαδύκτιο φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης από αυτές που διενεργούνται μέσω ταχυδρομείου (McCabe και συν. 2002).

Περίληψη της μέτρησης της κατανάλωσης αλκοόλης Τα ερωτηματολόγια ποσότητας/συχνότητας (για παράδειγμα οι δύο πρώτες απαντήσεις του AUDIT, βλ. παρακάτω) αποτελούν την απλούστερη και γρηγορότερη μέθοδο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση της κατανάλωσης αλκοόλης. Είναι αξιόπιστες και μπορούν να ενσωματωθούν εύκολα σε γενικά ερωτηματολόγια σε σχέση με την υγεία.

5.3.2 Χρησιμοποιώντας εργαλεία ελέγχου ή αναγνώρισης

Υπάρχει ένα φάσμα εργαλείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης. Αυτά περιλαμβάνουν το Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) (Babor και συν. 2001), μια συντομευμένη έκδοση του AUDIT, το AUDIT C, (Bush και συν. 1998), το Ταχύ Τεστ Ελέγχου της Αλκοόλης (Fast Alcohol Screening Test, FAST) (Health Development Agency 2002), το Cage (Mayfield και συν. 1974), καθώς και το TWEAK (Russell και συν. 1991), το σύντομο MAST (Pokorny και συν. 1972), το RAPS (Cherpitel 2000), το τεστ των «5 βολών» (five-shot test) (Seppa και συν. 1998) και το PAT (Smith και συν. 1996). Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται το

AUDIT, το AUDIT-C, το FAST και το Cage, καθώς αποτελούν τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία.

Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) Το ερωτηματολόγιο AUDIT δημιουργήθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας για να ανιχνευθεί η επικίνδυνη, επιβλαβής ή βαριά κατανάλωση αλκοόλης, Εικόνα 5.2. Περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις, που καλύπτουν τρεις τομείς, την επικίνδυνη και την επιβλαβή κατανάλωση και την εξάρτηση από την αλκοόλη, Εικόνα 5.3. Η βαθμολόγηση AUDIT είναι εύκολη. Καθεμία από τις ερωτήσεις έχει μία λίστα δυνατών απαντήσεων, και κάθε απάντηση βαθμολογείται από 0 έως 4. Οι βαθμοί όλων των απαντήσεων αθροίζονται για να ληφθεί η τελική βαθμολογία.

Τεστ Ανίχνευσης Διαταραχών της Κατανάλωσης Αλκοόλης: Έκδοση συνέντευξης

Διαβάστε τις ερωτήσεις, όπως είναι γραμμένες. Καταγράψτε προσεκτικά τις απαντήσεις. Ξεκινήστε το AUDIT λέγοντας «Τώρα πρόκειται να σας θέσω ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου». Εξηγείστε τι εννοείτε με τον όρο «αλκοολούχα ποτά» , χρησιμοποιώντας κατά τόπους παραδείγματα μπύρας, κρασιού, βότκας κλπ. Κωδικοποιείστε τις απαντήσεις σε «τυποποιημένες μονάδες κατανάλωσης». Τοποθετείστε το σωστό αριθμό της απάντησης στο τετράγωνο δεξιά.

1. Πόσο συχνά πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλη, (0) Ποτέ [Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9-10] (1) Μία φορά το μήνα ή λιγότερο (2) 2 ως 4 φορές το μήνα (3) 2 ως 3 φορές την εβδομάδα (4) 4 φορές την εβδομάδα ή περισσότερο	6. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο χρειαστήκατε ένα πρώτο ποτό το πρωί, προκειμένου να συνέλθετε μετά από κατάχρηση αλκοόλ, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλη καταναλώνετε σε μια τυπική ημέρα όταν πίνετε, (0) 1 ή 2 (1) 3 ή 4 (2) 5 ή 6 (3) 7, 8 ή 9 (4) 10 ή περισσότερα	7. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο νιώσατε ενοχή ή τύψεις αφού ήπιατε, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία περίσταση, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9 και 10, αν η συνολική βαθμολογία για τις ερωτήσεις 2 και 3 = 0	8. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ήταν δυνατό να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα, επειδή πίνατε, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά
4. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώσατε ότι δεν ήταν δυνατό να σταματήσετε να πίνετε αφού αρχίσατε, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	9. Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ από εσάς, (0) Όχι (2) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο (4) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο
5. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξαιτίας του ποτού να κάνετε αυτό που οι άλλοι φυσιολογικά θα περίμεναν από εσάς, (0) Ποτέ (1) Λιγότερο από μία φορά το μήνα (2) Μία φορά το μήνα (3) Μία φορά την εβδομάδα (4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	10. Έχει εκφράσει κάποιος συγγενής ή φίλος σας ή γιατρός ή κάποιος άλλος από το χώρο της υγείας ανησυχία για το ποτό σας ή έχει προτείνει να το κόψετε, (0) Όχι (2) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο (4) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο
Καταγράψτε το σύνολο των επιμέρους στοιχείων εδώ Αν το σύνολο είναι μεγαλύτερο από το συνιστώμενο όριο, συμβουλευτείτε τον Οδηγό Χρήσης	

Εικόνα 5.2. AUDIT (Έκδοση συνέντευξης).Πηγή: Babor και συν. 2001.

Τομείς και Περιεχόμενα του AUDIT		
Τομείς	Αριθμός ερώτησης	Περιεχόμενο
Επικίνδυνη Κατανάλωση Αλκοόλης	1 2 3	Συχνότητα κατανάλωσης Συνήθης ποσότητα Συχνότητα κατάχρησης
Συμπτώματα εξάρτησης	4 5 6	Ελαττωμένος έλεγχος της κατανάλωσης Αυξημένες εξάρσεις πόσης Πρωινή κατανάλωση
Επιβλαβής Κατανάλωση Αλκοόλης	7 8 9 10	Ενοχή μετά την κατανάλωση Συσκοτίσεις Τραυματισμοί που σχετίζονται με την αλκοόλη Ο περίγυρος προβληματίζεται για την κατανάλωση αλκοόλης

Εικόνα 5.3 Οι διάφοροι τομείς του AUDIT. Source: Babor και συν. 2001.

Η αρχική αξιολόγηση του AUDIT έδειξε ευαισθησία 97% και ειδικότητα 78% σχετικά με την επικίνδυνη κατανάλωση, και ευαισθησία 95% και ειδικότητα 85% για την επιβλαβή κατανάλωση, όταν χρησιμοποιούταν ως όριο η βαθμολογία 8 ή μεγαλύτερη (Saunders και συν. 1993). Χρησιμοποιώντας το ίδιο όριο, αλλά διαφορετικούς τύπους κριτηρίων, αναφέρθηκαν ευαισθησίες μεταξύ 51% και 59% και ειδικότητες από 91% έως 96% για την ανίχνευση επικίνδυνης πόσης ή κατάχρησης (Volk και συν. 1997a, Sillanauke και συν. 1998, Bush και συν. 1998, Bradley και συν. 1998a). Με όριο τους 5 βαθμούς, αναφέρθηκε ευαισθησία 84% και ειδικότητα 90% για συνδυασμένη επικίνδυνη, επιβλαβή ή εξαρτημένη κατανάλωση αλκοόλης (Picinelli και συν. 1997).

Έχει μελετηθεί πληθώρα υποπληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Volk και συν. 1997, Rigmaiden και συν. 1995, Piccinelli και συν. 1997), επειγόντων περιστατικών (Cherpitel 1995), χρηστών ναρκωτικών (Skipsey και συν. 1997), ανέργων (Clausen & Aasland 1993), φοιτητών πανεπιστημίου (Fleming και συν. 1991), ηλικιωμένων ασθενών νοσοκομείων (Powell & McInness 1994), και ατόμων με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Isaacson και συν. 1994). Έχει βρεθεί ότι με το AUDIT επιτυγχάνεται καλή διάκριση σε ποικιλία συνθηκών, όπου οι πληθυσμοί αυτοί απαντώνται.

Έρευνες έχουν επίσης διεξαχθεί σε διάφορες χώρες και πολιτισμούς (Cherpitel 1995, Conigrave και συν. 1995a, Volk και συν. 1997, Piccinelli και συν. 1997, Powell &. McInness 1994, Ivis και συν. 2000, Lapham και συν. 1998, Steinbauer και συν. 1998), γεγονός που υποδηλώνει ότι το AUDIT έχει εκπληρώσει τις προσδοκίες ως ένα παγκόσμιο εργαλείο ελέγχου. Παρόλο που τα δεδομένα σχετικά με τις γυναίκες είναι κάπως περιορισμένα (Cherpitel 1995, Conigrave και συν. 1995a, Steinbauer και συν. 1998), το AUDIT φαίνεται να είναι εξίσου κατάλληλο για άρρενες και θήλεα. Ο ρόλος της ηλικίας και η επίδρασή της στο AUDIT δεν έχουν εξεταστεί συστηματικά, όμως μια μελέτη διαπίστωσε χαμηλή ευαισθησία, αλλά υψηλή ειδικότητα σε ασθενείς άνω των 65 ετών.

Σε σύγκριση με άλλα εργαλεία ελέγχου, έχει βρεθεί ότι το AUDIT έχει εξίσου καλές επιδόσεις ή και μεγαλύτερο βαθμό ακρίβειας (Allen και συν. 1997, Cherpitel 1995, Clements 1998, Hays και συν. 1995) σε μεγάλη ποικιλία μέτρων κριτηρίων. Ο Bohn και συν. (1995) διαπίστωσαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του AUDIT και του MAST (r=.88) τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες.

Υψηλός συντελεστής συσχέτισης (.78) έχει βρεθεί και μεταξύ του AUDIT και του CAGE σε ασθενείς εξωτερικών ιατρείων (Hays και συν. 1995). Έχει διαπιστωθεί ότι οι βαθμολογίες του AUDIT εμφανίζουν καλή συσχέτιση με τις μετρήσεις των συνεπειών του ποτού, τη στάση απέναντι στο ποτό, την επιρρέπεια στην εξάρτηση, τις καταστάσεις αρνητικής διάθεσης μετά το ποτό, καθώς και τα αίτια της κατανάλωσης αλκοόλης (Bohn και συν. 1995).

Δύο μελέτες έλαβαν υπόψη τη συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών του AUDIT και τις μελλοντικές ενδείξεις προβλημάτων σχετιζόμενων με το αλκοόλ, καθώς και με ευρύτερες λειτουργίες. Σε μία μελέτη (Clausen & Aasland 1993), βρέθηκε ότι η πιθανότητα να μείνει κανείς άνεργος για μία περίοδο μεγαλύτερη των δύο ετών ήταν 1,6 φορές μεγαλύτερη για άτομα με βαθμολογία >8 στο AUDIT σε σύγκριση με άτομα με χαμηλότερες βαθμολογίες. Σε μία άλλη μελέτη (Conigrave και συν. 1995b), οι βαθμολογίες του AUDIT ασθενών εξωτερικών ιατρείων προέβλεψαν την εμφάνιση σωματικών διαταραχών, καθώς και κοινωνικών προβλημάτων σχετιζόμενων με το αλκοόλ. Οι βαθμολογίες στο AUDIT προέβλεψαν επίσης την χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και τον κίνδυνο εμπλοκής σε επικίνδυνη κατανάλωση μελλοντικά (Conigrave και συν. 1995b).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει την αξιοπιστία του AUDIT (Fleming και συν. 1991, Hays και συν. 1995, Sinclair και συν. 1992). Τα αποτελέσματα δείχνουν μεγάλη εσωτερική συνέπεια, γεγονός που υποδεικνύει ότι το AUDIT καταμετρά μία διάσταση με έναν αξιόπιστο τρόπο. Μία μελέτη αξιοπιστίας με τεστ και επανέλεγχο (test-retest) (Sinclair και συν. 1992) έδειξε υψηλή αξιοπιστία (r=.86) σε ένα δείγμα που αποτελούνταν από μη επικίνδυνους πότες, χρήστες κοκαΐνης και άτομα εξαρτημένα από την αλκοόλη. Μία άλλη μεθοδική μελέτη διενεργήθηκε, μεταξύ άλλων, για να διερευνήσει την επίδραση της μεταβολής της διάταξης των ερωτήσεων και των μεταβολών στη διατύπωση στις εκτιμήσεις σχετικά με την επίπτωση του προβλήματος αλλά και στην εσωτερική αξιοπιστία (Lapham και συν. 1998). Οι αλλαγές στη σειρά των ερωτήσεων ή στη διατύπωση δεν επηρέασαν τη βαθμολογία στο AUDIT, γεγονός που σημαίνει ότι, εντός ορίων, υπάρχει ευελιξία στην τροποποίηση των στοιχείων αυτών.

Ο Seppä και συν. (1998) ανέπτυξαν ένα Ερωτηματολόγιο «Πέντε Βολών» με στόχο την ανίχνευση επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλης, συνδυάζοντας δύο ερωτήσεις από το AUDIT σχετικά με τις ποσότητες κατανάλωσης, και τρεις ερωτήσεις από το CAGE που αντιστοιχούν στους τρεις διαφορετικούς τύπος ερωτήσεων του AUDIT (επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης, συμπτώματα εξάρτησης και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλης). Το εργαλείο αυτό ελέγχθηκε σε έναν πληθυσμό μεσηλίκων αντρών και, παρόλο που έδειξε καλύτερα αποτελέσματα από το CAGE, δεν αποδείχθηκε η χρησιμότητά του σε άλλες ηλικιακές ομάδες, στις γυναίκες ή σε συνθήκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το AUDIT-C (Bush και συν. 1998, Aertgeerts και συν. 2001, Gordon και συν. 2001) περιλαμβάνει μόνο τις τρεις ερωτήσεις του AUDIT που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης. Οι Bush και συν. (1998) αξιολόγησαν τη χρήση του AUDIT-C για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης, την εξάρτηση και/ή την επικίνδυνη πόση σε έναν πληθυσμό αρρένων. Παρόλο που το AUDIT-C είχε καλύτερες επιδόσεις σε σχέση με το πλήρες AUDIT και το CAGE σε ό,τι αφορά την ανίχνευση επικίνδυνης κατανάλωσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η μελέτη αυτή περιοριζόταν σε άντρες, διεξήχθη σε τρεις γενικές κλινικές βετεράνων και οι συνεντεύξεις διενεργήθηκαν μέσω τηλεφώνου. Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις μπορεί να προκαλέσουν σημαντικές αποκλίσεις στα αποτελέσματα. (Kraus & Augustin, 2001). Ο Gordon και συν. (2001) χρησιμοποίησαν το AUDIT-C με στόχο να ανιχνεύσουν την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης σε ένα μεγάλο δείγμα ατόμων προερχόμενο από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αποδείχθηκε ότι το AUDIT-C είναι εξίσου αποτελεσματικό με το AUDIT, παρόλο που τα κριτήρια για την επικίνδυνη κατανάλωση δεν τέθηκαν βάσει της κλινικής εκτίμησης, αλλά χρησιμοποιώντας μετρήσεις ποσότητας/συχνότητας, οι οποίες ελήφθησαν από ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους ίδιους. Σε γενικές γραμμές, το AUDIT-C έδειξε ευαισθησία μεταξύ 54 και 98% και ειδικότητα μεταξύ 57 και 93% για διάφορους ορισμούς της κατάχρησης αλκοόλης (Fiellin και συν. 2000a).

Στην Ευρώπη, μια μεγάλη μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίων για την ανίχνευση χρήσης αλκοόλης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που διενεργήθηκε στο Βέλγιο (Aertgeerts και συν. 2001) συνέκρινε το πλήρες AUDIT με δύο συντομότερες μορφές (Bush και συν. 1998, Gordon και συν. 2001), καθώς και με το ερωτηματολόγιο των 5-βολών (Seppä και συν. 1998). Αν επικεντρωθεί κανείς στην εξάρτηση από την αλκοόλη, και όχι στην επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης, το AUDIT-C είχε σημαντικά χειρότερες επιδόσεις από το πλήρες AUDIT στις θήλυς ασθενείς, ωστόσο εξίσου καλές με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια.

Οι Gual και συν. (2002) συνέκριναν το AUDIT-C με τις κλινικές διαγνώσεις της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλης, οι οποίες τέθηκαν από ιατρούς μετά από συνέντευξη ασθενών που προσήλθαν σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Διαπιστώθηκαν σημαντικές και θετικές συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών στο AUDIT-C, στο πλήρες AUDIT και στην κατανάλωση αλκοόλης (σε τυποποιημένες μονάδες). Το AUDIT-C και το πλήρες AUDIT επέδειξαν εξίσου καλές επιδόσεις και είχαν παρόμοια ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση της επικίνδυνης κατανάλωσης σε άντρες και γυναίκες που απευθύνθηκαν σε κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στους άντρες το καλύτερο όριο στο σκορ ήταν το 5 (ευαισθησία 92.4%, ειδικότητα 74.3%), ενώ στις γυναίκες το καλύτερο όριο ήταν το 4 (ευαισθησία 90.9% και ειδικότητα 68.4%).

Το Ταχύ Τεστ Ανίχνευσης της Αλκοόλης (Fast Alcohol Screening Test, FAST), το οποίο δημιουργήθηκε στην Αγγλία, περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις, δύο που αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλης και δύο που αφορούν σε βλάβες σχετιζόμενες με την αλκοόλη, Εικόνα 5.4 (Health Development Agency 2002). Χρησιμοποιώντας ως όριο ανίχνευσης για την επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης τους 3 βαθμούς, έχει αποδειχθεί ότι το FAST έχει μεγάλη αξιοπιστία, στις δοκιμασίες ελέγχου και επανελέγχου, και, σε σύγκριση με το πλήρες AUDIT, ευαισθησία 93% και ειδικότητα 88%. Λειτούργησε εξίσου

καλά σε διαφορετικά ιατρικά περιβάλλοντα (πρωτοβάθμια φροντίδα, οδοντιατρεία και κλινικές) , όπως επίσης και σε διαφορετικές ηλικίες και φύλα (Hodgson και συν. 2003).

Για τις ακόλουθες ερωτήσεις κυκλώστε την απάντηση που σας ταιριάζει καλύτερα

1 ποτό = 1 ποτήρι μπύρας (1/2 pint) ή 1 ποτήρι κρασί ή 1 αλκοολούχο ποτό (spirits)

1. ΑΝΤΡΕΣ: Πόσο συχνά πίνετε ΟΚΤΩ ή περισσότερα ποτά σε μία περίσταση,
ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Πόσο συχνά πίνετε ΕΞΙ ή περισσότερα ποτά σε μία περίσταση,

0	1	2	3	4
Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

2. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ήταν δυνατό να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα, επειδή πίνατε,

0	1	2	3	4
Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

3. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξαιτίας του ποτού να κάνετε αυτό που οι άλλοι φυσιολογικά θα περίμεναν από εσάς,

0	1	2	3	4
Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

4. Έχει εκφράσει κάποιος συγγενής ή φίλος σας ή γιατρός ή κάποιος άλλος από το χώρο της υγείας ανησυχία για το ποτό σας ή έχει προτείνει να το ελαττώσετε,

0	2	4
Όχι	Ναι, σε μία περίπτωση	Ναι, σε περισσότερες από μία περιπτώσεις

Εικόνα 5.4 Το Ταχύ Τεστ Ανίχνευσης Αλκοόλης (FAST). Πηγή: Health Development Agency 2002.

Το ερωτηματολόγιο CAGE Το ερωτηματολόγιο CAGE έχει επίσης αξιολογηθεί ως εργαλείο ελέγχου για ασθενείς με οριακή, επικίνδυνη ή βλαβερή κατανάλωση αλκοόλης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το CAGE αποτελείται από 4 ερωτήσεις και έχει ευαισθησία 84% και ειδικότητα 95% στην ανίχνευση των ασθενών με ριψοκίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης (αυτοί που καταναλώνουν 64g ή περισσότερα αλκοόλης την ημέρα), όταν επιλέγονται ως όριο οι 2 ή περισσότερες θετικές απαντήσεις (King 1986). Χρησιμοποιώντας τα ίδια κριτήρια, το ερωτηματολόγιο CAGE είχε ευαισθησία 14% και ειδικότητα 97% στην ανίχνευση της «ριψοκίνδυνης» κατανάλωσης (σύμφωνα με τα κριτήρια του Εθνικού Ινστιτούτου για την Κατάχρηση Αλκοόλης και τον Αλκοολισμό, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism) σε ασθενείς με ηλικία μεγαλύτερη από 60 έτη (Adams και συν. 1996). Το ίδιο ερωτηματολόγιο έδειξε ευαισθησία μεταξύ 49% και 69% και ειδικότητα μεταξύ 75% και 95% στην ανίχνευση ασθενών με βαριά κατανάλωση αλκοόλης (heavy drinking) (Aithal και συν. 1998, Bradley και συν. 1998b). Μία ευρύτερη μορφή του CAGE, η οποία περιλαμβάνει τις 4 βασικές ερωτήσεις, τις δύο πρώτες ερωτήσεις του AUDIT σχετικά με τη συχνότητα και την ποσότητα κατανάλωσης, και μία ερώτηση σχετικά με το ιστορικό προβλημάτων με το αλκοόλ, είχε ευαισθησία 65% και ειδικότητα 74% (Bradley και συν. 1998b).

Περίληψη των εργαλείων ελέγχου ή ανίχνευσης Είναι δύσκολο να διαλέξει κανείς ένα από τα διαθέσιμα τεστ, καθώς υπάρχει πληθώρα εργαλείων με αξιόλογη ευαισθησία και ειδικότητα. Το AUDIT έχει σχεδιαστεί ειδικά για χρήση στην πρωτοβάθμια υγεία, ωστόσο

είναι μεγάλο σε έκταση και απαιτεί χρόνο, ώστε να είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί ως ταχύ εργαλείο ανίχνευσης. Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις του AUDIT (AUDIT-C), οι οποίες διερευνούν την κατανάλωση αλκοόλης, αποτελούν ίσως την καλύτερη διαθέσιμη επιλογή.

5.4. Πώς θα πρέπει να γίνεται η συμπλήρωση των εργαλείων ανίχνευσης;

Το AUDIT μπορεί να χορηγείται είτε ως προφορική συνέντευξη είτε ως αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Κάθε μέθοδος από τις παραπάνω έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, ανάλογα με τους περιορισμούς χρόνου και κόστους. Η συμπλήρωση από τους ίδιους τους ασθενείς απαιτεί λιγότερο χρόνο, εφαρμόζεται ευκολότερα, είναι κατάλληλη για επεξεργασία και βαθμολόγηση μέσω υπολογιστών και μπορεί να δώσει ακριβέστερες απαντήσεις. Η συνέντευξη επιτρέπει τη διευκρίνιση ασαφών ερωτήσεων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ασθενείς με δυσκολίες ανάγνωσης και δίνει τη δυνατότητα ενημέρωσης ή παροχής σύντομων συμβουλών στους ασθενείς.

Στις περισσότερες έρευνες ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης, ο γενικός ιατρός ήταν εκείνος που ήταν υπεύθυνος για τον προσδιορισμό των ασθενών. Σε μερικές από τις χώρες που συμμετείχαν στη Φάση ΙΙΙ της μελέτης σχετικά με την Αλκοόλη και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Π.Ο.Υ. (WHO Collaborative Study on Alcohol and Primary Health Care), τα ερωτηματολόγια του AUDIT διαμοιράστηκαν σε ασθενείς από τη γραμματεία (Funk και συν. 2005). Από την άλλη πλευρά, υπάρχει αυξανόμενος όγκος στοιχείων για το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανίχνευση ή τη βραχεία παρέμβαση (Owens και συν. 2000, Lock και συν. 2002, Deehan και συν. 1998). Γενικά, συνιστάται τόσο οι γενικοί ιατροί όσο και οι νοσοκόμοι να εμπλέκονται στα προγράμματα ανίχνευσης και παροχής βραχείας παρέμβασης. Κάθε ομάδα που παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να κατανείμει τις ευθύνες, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας, του κέντρου υγείας και του πληθυσμού που εξυπηρετείται.

Παρόλο που η ανίχνευση της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή, υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις περιπτώσεις, στις οποίες αυτή μπορεί να λάβει χώρα:

- Ως μέρος κάθε καινούργιας καταχώρησης ασθενούς
- Ως τμήμα μιας παρέμβασης ρουτίνας
- Πριν τη συνταγογράφηση φαρμάκων που αλληλεπιδρούν με την αλκοόλη
- Ως ανταπόκριση σε προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με την αλκοόλη

Η εφαρμογή επιτυχών μεθόδων αναγνώρισης της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν αποτελεί εύκολο έργο. Για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων έχουν γίνει οι ακόλουθες συστάσεις:

- Οι ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης θα μπορούσαν να ενσωματωθούν σε ένα γενικό ιστορικό σχετικά με τον τρόπο ζωής ή σε ένα γενικό ερωτηματολόγιο σχετικά με την υγεία (ερωτήσεις σχετικά με την άσκηση, διατροφή, κάπνισμα και φαρμακευτική αγωγή).

- Ασθενείς υψηλού κινδύνου για κατανάλωση απαγορευμένων ναρκωτικών θα πρέπει να ερωτώνται για τη λήψη αλκοόλης σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά.
- Ο ιατρός θα πρέπει να υιοθετήσει κατά τη συνέντευξη ή κατά τη συζήτηση των αποτελεσμάτων μια προσέγγιση, η οποία δε θα χαρακτηρίζεται από αντιπαράθεση, εμπάθεια ή κριτική στάση. Όταν ανακοινώνονται τα αποτελέσματα του προληπτικού ελέγχου, ο ιατρός θα πρέπει να σημειώσει ότι ένα θετικό αποτέλεσμα δεν ισοδυναμεί υποχρεωτικά με διάγνωση.
- Η έκταση και τα όρια της εμπιστευτικότητας θα πρέπει να εξηγούνται αναλυτικά στον ασθενή, αν εντοπιστεί ένα θετικό αποτέλεσμα. Οι φάκελοι των ασθενών, οι οποίοι έχουν θετικά αποτελέσματα, θα πρέπει να φέρουν διακριτικό σημάδι, ωστόσο αυτό θα πρέπει να είναι ουδέτερο, δηλαδή δεν θα πρέπει να ταυτοποιεί το πρόβλημα που σημειώνεται.

Η συχνότητα με την οποία θα πρέπει να διενεργείται η ανίχνευση της επικίνδυνης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλης στον ίδιο ασθενή δεν είναι γνωστή. Με δεδομένο ότι η επίδραση μιας βραχείας παρέμβασης δείχνει να υποχωρεί με την πάροδο τεσσάρων ετών (βλ. Κεφ. 6), η διαδικασία της ανίχνευσης θα μπορούσε να επαναλαμβάνεται κάθε τέσσερα χρόνια, εκτός και αν υπάρχει κλινικός λόγος, ώστε κάτι τέτοιο να γίνει νωρίτερα. Σε μια συστηματική ανασκόπηση της Ομάδας των Υπηρεσιών Πρόληψης των Η.Π.Α. (US Preventive Services Task Force) δε βρέθηκε έρευνα, η οποία να αναφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με συστηματικά προγράμματα ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλης. (Whitlock και συν. 2004) (βλ. Κεφάλαιο 7).

5.5 Είναι οι βιοχημικές εξετάσεις κατάλληλες για την ανίχνευση;

Οι βιοχημικές εξετάσεις για τις διαταραχές της κατανάλωσης αλκοόλης περιλαμβάνουν τα ηπατικά ένζυμα (π.χ. γ-γλουταμυλική τρανσφεράση (γGT), αμινοτρανσφεράσες) την τρανσφερρίνη με έλλειμμα υδατανθράκων (carbohydrate deficient transferrin, CDT) και το μέσο όγκο ερυθρών (mean corpuscular volume, MCV).

γ-γλουταμυλική τρανσφεράση (γGT) Τα επίπεδα της γGT στον ορό αυξάνονται μετά από την κατανάλωση αλκοόλης σε διαφορετικό βαθμό (Rosalki και συν. 1970). Τα επίπεδα της γGT συνήθως εμφανίζουν μέτρια μόνο συσχέτιση με την κατανάλωση αλκοόλης (r = 0.30 - 0.40 στους άντρες, 0.15 - 0.30 στις γυναίκες) (Sillanaukee και συν. 2000), και δε μπορεί να προβλεφθεί σε ποιους πότες η κατάχρηση αλκοόλης θα σημάνει και αύξηση της γGT. Η γGT δεν αυξάνεται μετά από μεμονωμένη δόση αλκοόλης, εκτός και αν το άτομο έχει κάνει στο παρελθόν κατάχρηση αλκοόλης (Dunbar και συν. 1982, Gill και συν. 1982, Devgun και συν. 1985). Τα επίπεδα της γGT, αυξάνονται ακόμη και σε χαμηλή, αλλά συστηματική, κατανάλωση αλκοόλης (Sillanaukee και συν. 2000), ωστόσο σε γενικές γραμμές απαιτείται συνεχής κατάχρηση αλκοόλης για την αύξηση των τιμών της σε σημαντικό ποσοστό πάνω από τις τιμές αναφοράς των εργαστηρίων. Η συστηματική κατανάλωση αλκοόλης είναι περισσότερο πιθανό να αυξήσει τα επίπεδα της γGT, από ό,τι η περιστασιακή (Meerkerk και συν. 1999). Επιπλέον, ο βαθμός της κατάχρησης (π.χ. ο αριθμός των ποτών ανά ημέρα) φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Η αύξηση της τιμής της γGT είναι ταχύτερη όταν ξαναρχίζουν την κατανάλωση αλκοόλης, ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης, ειδικά εάν στο παρελθόν είχαν σημειωθεί αυξημένα επίπεδα γGT

(Nemesanszky και συν. 1998). Ενώ συνήθως η γGT αρχίζει να ελαττώνεται μέσα στην πρώτη εβδομάδα μετά την παύση της κατανάλωσης αλκοόλης, ο βαθμός της ελάττωσης ποικίλει, ειδικά σε έδαφος ηπατικής βλάβης.

Η γGT εμφανίζει περιορισμένη χρησιμότητα ως εργαλείο ελέγχου, εξαιτίας της σχετικά χαμηλής της ευαισθησίας. Μόνο 30-50% (Sillanaukee και συν. 2000, Hashimoto και συν. 2001, Poikolainen & Vartiainen 1997) των ασθενών με κατάχρηση αλκοόλης στην κοινότητα ή σε πλαίσια παρακολούθησης οικογενειακών ιατρών εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα (Meerkerk και συν. 1999), και ορισμένες φορές το ποσοστό είναι μικρότερο από 10% (Lof και συν. 1994, Aertgeerts και συν. 2001). Σε αυτές τις συνθήκες η ειδικότητα ποικίλει από 40% μέχρι και σχεδόν 90%.

Τρανσφερρίνη με έλλειμμα υδατανθράκων (Carbohydrate-deficient transferrin, CDT) Η CDT έχει μελετηθεί ευρέως ως βιοχημικό τεστ για την κατάχρηση αλκοόλης (Salaspuro 1999, Sharpe 2001). Ασθενείς που καταναλώνουν 50-80g αλκοόλης την ημέρα για τουλάχιστον μία εβδομάδα θα εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα CDT στον ορό (Stibler 1991). Σε περιόδους αποχής, η CDT επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα με χρόνο ημίσειας ζωής τις 15 ημέρες στην πλειοψηφία των ασθενών (Stibler 1991, Allen και συν. 2001), ο οποίος μπορεί να είναι και συντομότερος (Spies και συν. 1995a,b, 1996a,b). Μελέτες δείχνουν ότι η CDT είναι περισσότερο κατάλληλη για την ανίχνευση ασθενών με χρόνια κατάχρηση αλκοόλης, παρά με επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλης ή με απλά αυξημένη κατανάλωση αλκοόλης στην παρούσα φάση (Sillanaukee και συν. 1993, Allen και συν. . 1994, Gronbaek και συν. 1995). Επίσης, η CDT δίνει καλύτερα αποτελέσματα στην ανίχνευση ασθενών με εξάρτηση από την αλκοόλη, παρά ασθενών με υψηλή κατανάλωση αλκοόλης ανεξάρτητα από την ύπαρξη εξάρτησης (Mikkelsen και συν. 1998).

Σε μία πρόσφατη μελέτη πληθυσμού, στην οποία εξετάστηκαν 1863 άτομα (WHO/ISBRA Collaborative Study), η ευαισθησία και η ειδικότητα της CDT ήταν αντίστοιχα 60% και 92% στους άντρες και 29% και 92% στις γυναίκες, για επίπεδα κατάχρησης αλκοόλης, σύμφωνα με τις προφορικές απαντήσεις, περισσότερων από 80g αλκοόλης την ημέρα για τους άντρες και περισσότερων από 40g αλκοόλης για τις γυναίκες (Conigrave και συν. 2002). Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του ελέγχου της CDT είναι πιθανόν το γεγονός ότι το ποσοστό των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων είναι σχετικά χαμηλό (υψηλή ειδικότητα). Ωστόσο, ψευδώς θετικά αποτελέσματα μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας γενετικής ποικιλομορφίας, του συνδρόμου CDG, πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης, ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, ιογενούς ηπατικής κίρρωσης, μεταμόσχευσης παγκρέατος ή νεφρών ή των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών (Sillanaukee και συν. 2001a). Στοιχεία σχετικά με την προγνωστική αξία της σε ό,τι αφορά τη νοσηρότητα ή τη θνητότητα δεν υπάρχουν.

Μέσος όγκος ερυθρών (Erythrocyte Mean Cell Volume, MCV) Έχει διαπιστωθεί εδώ και πολλά χρόνια ότι ο μέσος όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV) αυξάνεται με την κατανάλωση αλκοόλης (Wu και συν. 1974). Στην περίπτωση της κατάχρησης αλκοόλης, η πλειοψηφία των περιπτώσεων μακροκυττάρωσης παρατηρείται με ταυτόχρονα φυσιολογικές τιμές φυλικού οξέος (Wu και συν. 1974, Maruyama και συν. 2001), χωρίς αναιμία, και δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση φυλικού (Wu και συν. 1974).

Οι μεταβολές στο μέσο όγκο ερυθρών μετά από αλλαγές της κατανάλωσης αλκοόλης μπορεί να εμφανιστούν μετά από μήνες, καθώς ο χρόνος ζωής των ερυθρών είναι 120 ημέρες (Hasselblatt και συν. 2001). Φαίνεται ότι απαιτείται συνεχόμενη και σταθερή κατάχρηση αλκοόλης προκειμένου να εμφανιστούν αυξημένες τιμές MCV, απουσία έλλειψης φυλικού οξέος, ηπατικής νόσου ή αιμορραγίας. Δεν υπάρχουν πειραματικές μελέτες, οι οποίες να δείχνουν αύξηση του MCV μετά από χορήγηση αλκοόλης σε υγιείς εθελοντές (Meerkerk και συν. 1999). Σε εξάρτηση από την αλκοόλη η τιμή του MCV μπορεί να συνεχίσει να αυξάνεται παρά τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλης (Monteiro & Masur 1986).
Ο MCV έχει περιορισμένη αξία ως εργαλείο προληπτικού ελέγχου, εξαιτίας της χαμηλής του ευαισθησίας, η οποία είναι συνήθως μικρότερη από 50%. Σε περιβάλλον γενικού ιατρείου, ο MCV ανίχνευσε λιγότερο από 20% των ασθενών με κατάχρηση αλκοόλης (Meerkerk και συν. 1999). Από την άλλη πλευρά, ο MCV εμφανίζεται περισσότερο ειδικός σε σχέση με την γGT στους περισσότερους πληθυσμούς, με ειδικότητες μεγαλύτερες από 90% (Meerkerk και συν. 1999).

Συνδυασμοί βιοχημικών εξετάσεων Η συνδυασμένη χρήση βιοχημικών δεικτών παρέχει περισσότερες πληροφορίες από ό,τι ένας μεμονωμένος δείκτης (Conigrave και συν. 1995c, Helander και συν. 1996, Anton 2001, Sillanaukee & Olsson 2001, Anton και συν. 2002, Martin και συν. 2002). Ο βαθμός αλληλοεπικάλυψης όχι μόνο σχετίζεται με την ποσότητα της αλκοόλης που καταναλώνεται και τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου, αλλά μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία (Anton & Moak 1994, Allen και συν. 2000, Sharpe 2001, Conigrave και συν. 2002), το δείκτη μάζας σώματος (Sillanaukee και συν. 2001b, Conigrave και συν. 2002, Reif και συν. 2001), την παρουσία ηπατικής νόσου (Salaspuro 1999), και τις συνήθειες αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλης (Anton και συν. 1998). Ωστόσο, δεν υπάρχουν απλά, κοινώς αποδεκτά κριτήρια, για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων πολλαπλών βιοχημικών εξετάσεων (Rubio και συν. 1996, Allen και συν. 1997, 2000, Allen & Litten 2001, Hermansson και συν. 2000, Harasymiw & Bean 2001, Mundle και συν. 2000, Sillanaukee & Olsen 2001, Martin και συν. 2002, Sharpe 2001, Fiellin και συν. 2000a, Fiellin και συν. 2000b, Saunders & Lee 2000, Sharpe 2001, Rehm και συν. 2003).

Βιοχημικές εξετάσεις και φύλο Οι διαφορές στην ένταση, συχνότητα και συνήθειες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης, μεταξύ αντρών και γυναικών, μπορεί να ευθύνονται για τις διαφορές στις μεταβολές των βιοχημικών δεικτών (Brienza & Stein 2002, Gentilello και συν. 2000, Sillanaukee και συν. 2000). Οι Allen και συν. (2000) προχώρησαν σε μία ανασκόπηση έξι μελετών, οι οποίες συνέκριναν την CDT και την γGT σε θήλυς ασθενείς με κατάχρηση και με εξάρτηση από την αλκοόλη και διαπίστωσαν συγκρίσιμες ευαισθησίες (52% και 54%, αντίστοιχα) και ικανοποιητικές ειδικότητες (92% και 96%, αντίστοιχα). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μελέτες που δεν θεωρούν τη χρήση της CDT τόσο αξιόπιστη στις γυναίκες όσο στους άντρες (Nystrom και συν. 1992, Anton & Moak 1994, La Grange και συν. 1994, Huseby και συν. 1997b). Φαίνεται ότι στους άντρες τα επίπεδα της CDT σχετίζονται πρωτογενώς με τη συχνότητα της κατανάλωσης αλκοόλης, ενώ η γGT επηρεάζεται από τη βαρύτητα (Whitfield και συν. 1978, Allen και συν. 2000, Mundle και συν. 2000, Sharpe 2001, Whitfield 2001). Στις γυναίκες, τόσο η CDT όσο και η γGT επηρεάζονταν περισσότερο από τον αριθμό των ποτών ανά ημέρα (βαρύτητα) παρά από τον αριθμό των ημερών (συχνότητα) (Anton & Moak 1994). Στην

ανίχνευση της κατάχρησης αλκοόλης σε πρώιμο στάδιο σε γυναίκες, ο MCV φάνηκε περισσότερο ευαίσθητος (40%) από την CDT (29%) ή την γGT (34%) σε ένα δείγμα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Sillanaukee και συν. 1998). Άλλες αναφορές υποστηρίζουν τη χρησιμότητα του MCV για την ανίχνευση της κατάχρησης αλκοόλης στις γυναίκες (Martensson και συν. 1997, Wetterling και συν. 1998a, Allen και συν. 2000, Mundle και συν. 2000).

Βιοχημικές εξετάσεις και ηλικία Οι διαφορές στην ένταση, συχνότητα και συνήθειες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλης μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να ευθύνονται για τις διαφοροποιήσεις στις μεταβολές των βιοχημικών δεικτών. Ειδικά σε νέα άτομα με επεισοδιακή επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης τα ερωτηματολόγια είναι περισσότερο κατάλληλα. (Allen και συν. 1997, Fiellin και συν. 2000a, Fiellin και συν. 2000b). Οι Huseby και συν. (1997) διαπίστωσαν σε μία ομάδα ατόμων ηλικίας μεταξύ 21 και 35 ετών (σε σύγκριση με μια ομάδα 36-50 ετών) μία ευαισθησία για την CDT της τάξης του 17% (57% αντίστοιχα) και για την γGT της τάξης του 8% (43% αντίστοιχα). Η πρόσληψη αλκοόλης ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες. Πολλές άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι δείκτες της χρόνιας κατανάλωσης αλκοόλης εμφανίζουν χαμηλότερη ευαισθησία σε νέα άτομα (Bisson & Milford-Ward 1994, Salaspuro 1999, Sharpe 2001, Conigrave και συν. 2002, Gomez και συν. 2002). Η γGT σπάνια εμφανίζεται αυξημένη σε άτομα κάτω των 30 ετών (Whitfield και συν. 1978, Sharpe 2001).

Η χρήση των βιοχημικών εξετάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Δεν υπάρχουν βιοχημικές εξετάσεις με ευαισθησία ικανή να ανιχνεύσει χρόνια κατανάλωση αλκοόλης μεταξύ 40g και 60 g/ημέρα, παρόλο που ο Sillanaukee και συν. (2000) παρουσίασαν διαφορετικές οριακές τιμές για τη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλης και της CDT (άντρες 55 g αλκοόλης την εβδομάδα, γυναίκες 15 g αλκοόλης την εβδομάδα) και της γGT (άντρες 74 g ανά εβδομάδα, γυναίκες 60 g ανά εβδομάδα). Επίσης, δεν έχει βρεθεί δείκτης με κατάλληλη ακρίβεια για την ανίχνευση της κατάχρησης αλκοόλης στο γενικό πληθυσμό, ειδικά όταν το ποσοστό των νέων, με ριψοκίνδυνο και περιστασιακό, χαμηλής έντασης τρόπο κατανάλωσης, είναι αξιοσημείωτο (Salaspuro 1999, Sharpe 2001). Η CDT έδειξε χαμηλές ευαισθησίες μεταξύ 12% και 45%, ή και λιγότερο, στο γενικό πληθυσμό ή σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Sharpe 2001). Ο Scouller και συν. (2001) συμπέραναν σε μία μετα-ανάλυση 110 κλινικών μελετών ότι η CDT δεν παρουσιάζει κανένα πλεονέκτημα σε σχέση με τη γGT από αυτή την άποψη. Η CDT φάνηκε λίγο καλύτερη από την γGT στην ανίχνευση κατανάλωσης υψηλού ή μέσου κινδύνου σε ένα μεγάλο πολυκεντρικό δείγμα που βασιζόταν κυρίως στην κοινότητα. Η ευαισθησία του MCV στην ανίχνευση της κατάχρησης αλκοόλης ανέρχεται περίπου στο 40-50%, αλλά η ειδικότητα είναι υψηλή (80-90%), καθώς πολύ λίγοι από αυτούς που απέχουν ή είναι χαμηλού κινδύνου εμφανίζουν αυξημένες τιμές MCV (Helander και συν. 1998, Salaspuro 1999, Helander 2001, Sharpe 2001). Σε πληθυσμούς γενικών ιατρείων τα ερωτηματολόγια αποτελούν καλύτερα εργαλεία προληπτικού ελέγχου (Nilssen και συν. 1992, Hermansson και συν. 2000, Aertgeerts και συν. 2001).

Περίληψη των βιοχημικών εξετάσεων Οι βιοχημικές εξετάσεις δεν είναι χρήσιμες ως εργαλεία ελέγχου, γιατί οι αυξημένες τιμές έχουν χαμηλή ευαισθησία, ανιχνεύοντας μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλης. Ωστόσο, καθώς οι αυξημένες τιμές οφείλονται συχνά στην αλκοόλη, και οι εξετάσεις αυτές

περιλαμβάνονται στον έλεγχο ρουτίνας, η παρουσία μιας υψηλής τιμής θα πρέπει να εφιστήσει την προσοχή του ιατρού για την πιθανή διάγνωση της επιβλαβούς κατανάλωσης ή της εξάρτησης από την αλκοόλη (βλ. Κεφάλαιο 9).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Aalto, M., Pekuri, P., and Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. Addiction, 96, 305-311.

Adams WL., Barry KL., Fleming MF. (1996) Screening for problem drinking in older primary care patients. Journal of the American Medical Association, 276, 1964-1967.

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. & Fevery, J. (2001) Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. British Journal of General Practice, 51, 206.217.

Aithal GP, Thornes H, Dwarakanath AD, Tanner AR. (1998) Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: is this test useful in assessing alcohol consumption*?* Alcohol and alcoholism*,* 33, 304-309.

Allen, J. P. & Litten, R. Z. (2001) The role of laboratory tests in alcoholism treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 20, 81.85.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Anton, R. F. & Cross, G. M. (1994) Carbohydrate-deficient transferrin as a measure of immoderate drinking: remaining issues [Review]. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 18, 799.812.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 21, 613.619.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Sillanaukee, P. (2000) Carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and macrocytic volume as biomarkers of alcohol problems in women. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 24, 492.496.

Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. & Sillanaukee, P. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin: an aid to early recognition of alcohol relapse. American Journal of Addiction, 10, 24. 28.

Anton, R. F. & Moak, D. H. (1994) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase as markers of heavy alcohol consumption: gender differences. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 18, 747.754.

Anton, R. F. (2001) Carbohydrate-deficient transferrin for detection and monitoring of sustained heavy drinking. What have we learned? Where do we go from here? Alcohol, 25, 185.188.

Anton, R. F., Lieber, C. & Tabakoff, B. (2002) Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26, 1215.1222.

Anton, R. F., Stout, R. L., Roberts, J. S. & Allen, J. P. (1998) The effect of drinking intensity and frequency on serum carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase levels in outpatient alcoholics. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 22, 1456.1462.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Belson, W. A. (1981) The Design and Understanding of Survey Questions. Aldershot, UK, Gower.
Bisson, J. I. & Milford-Ward, A. A. (1994) comparison of carbohydrate deficient transferrin with other markers of alcohol misuse in male soldiers under the age of thirty. Alcohol and Alcoholism, 29, 315.321.

Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. Journal of Studies on Alcohol , 56, 423-432.

Bradley KA, McDonell MB, Bush K, Kivlahan DR, Diehr P, Fihn SD. (1998a) The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 22, 1842-1849.

Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. (1998b) Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Journal of General Internal Medicine, 13, 379-388.

Brienza, R. S. & Stein, M. D. (2002) Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? Journal of General Internal Medicine, 17, 387.397.

Brotons, C., Iglesias, M., Martin-Zurro, A., Martin-Rabadan, M., and Gene, J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. Family practice, 13, 144-51.

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. S., Fihn, S. D. and Bradley, K. A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Archives of Internal Medicine 158, 1789.1795.

Cherpitel, C. J. (2000). Brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Journal of Studies on Alcohol *,* 61 (3), 447-9.

Cherpitel, C.J. (1995) Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. Journal of Studies on Alcohol, 56, 695-700.

Claussen, B. and Aasland, O.G. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. Addiction, 88, 363-368.

Clements, R. (1998) A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22(5), 985-993.

Conigrave, K. M., Degenhardt, L. J., Whitfield, J. B., Saunders, J. B., Helander, A. & Tabakoff, B. (2002) CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26, 332.339.

Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B. (1995a) The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. Addiction , 90, 1349-1356.

Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. (1995b) Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. Addiction, 90, 1479-1485.

Conigrave, K.M., Saunders, J.B. & Whitfield, J.B. (1995c) Diagnostic tests for alcohol consumption. Alcohol and Alcoholism, 30, 13-26.

Dawson, D. A. (1998a) Volume of ethanol consumption: effects of different approaches to measurement. Journal of Studies on Alcohol, 59, 191.197.

Dawson, D. A. (1998b) Measuring alcohol consumption: limitations and prospects for improvement. Addiction, 93, 965.968.

Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J. (1998) Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. Journal of Advanced Nursing, 28 (3), 592-597

Devgun, M. S., Dunbar, J. A., Hagart, J., Martin, B. T. & Ogston, S. A. (1985) Effects of acute and varying amounts of alcohol consumption on alkaline phosphatase, aspartate transaminase, and gamma-glutamyltransferase. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 9, 235.237.

Dunbar, J. A., Hagart, J., Martin, B., Ogston, S. & Devgun, M. S. (1982) Drivers, binge drinking, and gammaglutamyltranspeptidase. British Medical Journal Clinical Research Edition, 285, 1083.

Farren, C. K. & Tipton, K. F. (1999) Trait markers for alcoholism: clinical utility. Alcohol and Alcoholism, 34, 649.665.

Fiellin, D. A., Carrington, R. & O.Connor, P. G. (2000) Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. Archives of Internal Medicine, 160, 1977.1989.

Fiellin, D. A., Reid, M. C. & O.Connor, P. G. (2000) Outpatient management of patients with alcohol problems. Annals of Internal Medicine, 133, 815.827.

Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. (1991) The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. International Journal of the Addictions, 26, 1173-1185.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S., Saunders,

J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. Journal of Studies on Alcohol, 66, 379-388.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Villaveces, A., Daranciang, E., Dunn, C. W. & Ries, R. R. (2000) Alcohol problems in women admitted to a level I trauma center: a gender-based comparison. Journal of Trauma, 48, 108.114.

Gill, G. V., Baylis, P. H., Flear, C. T., Skillen, A. W. & Diggle, P. H. (1982) Acute biochemical responses to moderate beer drinking. British Medical Journal Clinical Research Edition, 285, 1770.1773.

Gomel, M.K., Wutzke, S.E., Hardcastle, D.M., Lapsley, H., and Reznik, R.B. (1998) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. Social science & medicine, 47, 203-11.

Gomez, A., Conde, A., Aguiar, J. A., Santana, J. M., Jorrin, A. & Betancor, P. (2001) Diagnostic usefulness of carbohydrate-deficient transferrin for detecting alcohol-related problems in hospitalized patients. Alcohol and Alcoholism, 36, 266.270.

Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E. and Conigliaro, J. (2001) Three questions can detect hazardous drinkers. Journal of Family Practice, 50, 313.320.

Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P. S. & Pickering, R. P. (1995) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. Drug and Alcohol Dependence, 39, 37.44.

Greenfield, T. K. (2000) Ways of measuring drinking patterns and the differences they make: experience with graduated frequencies. Journal of Substance Abuse, 12, 33.49.

Gronbaek, M., Henriksen, J. H. & Becker, U. (1995) Carbohydrate- deficient transferrin: a valid marker of alcoholism in population studies? Results from the Copenhagen City Heart Study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 19, 457.461.

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. (2002) Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism , 37 (6), 591.596.

Haley, N., Maheux, B., Rivard, M. and Gervais, A. (2000) Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? Canadian family physician , 46, 1609-1616.

Hallfors, D., Khatapoush, S., Kadushin, C., Watson, K. & Saxe, L. (2000) A comparison of paper v. computer-assisted self- interview for school alcohol, tobacco, and other drug surveys. Evaluation and Program Planning, 23, 149.155.

Harasymiw, J. & Bean, P. (2001) The combined use of the early detection of alcohol consumption (EDAC) test and carbohydrate-deficient transferrin to identify heavy drinking behaviour in males. Alcohol and Alcoholism, 36, 349.353.

Hashimoto, Y., Futamura, A., Nakarai, H. & Nakahara, K. (2001) Relationship between response of gammaglutamyl transpeptidase to alcohol drinking and risk factors for coronary heart disease. Atherosclerosis, 158, 465. 470.

Hasin, D., Carpenter, J., McCloud, S., Smith, M. & Grant, B. (1997) The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. Drug and Alcohol Dependence, 44, 133.141.

Hasselblatt, M., Martin, F., Maul, O., Ehrenreich, H. & Kernbach-Wighton, G. (2001) Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol use. Journal of the American Medical Association, 286, 2946.

Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. (1995) Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. Behavioral Research Methods, Instruments & Computers 27, 277-280.

Health Development Agency (2002) The Fast Alcohol Screening Test. http://www.hda-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf

Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. Addictive behaviours, 21, 857-868.

Helander, A. (2001) Biological markers of alcohol use and abuse Biomarkers for alcohol use disorders in clinical practice 89 in theory and praxis. In: Agarwal, D. P. & Seitz, H. K., eds. Alcohol in Health and Disease, 9, 177.206.

Helander, A., Carlsson, A. V. & Borg, S. (1996) Longitudinal comparison of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl transferase: complementary markers of excessive alcohol. Alcohol and Alcoholism, 31, 101.107.

Helander, A., Vabom, E., Levin, K. & Borg, S. (1998) Intra- and interindividual variability of carbohydrate-deficient transferrin, gamma-glutamyltransferase, and mean corpuscular volume in teetotalers. Clinical Chemistry, 44, 2120.2125.

Hermansson, U., Helander, A., Huss, A., Brandt, L. & Ronnberg, S. (2000) Alcohol Use Disorder Identification test (AUDIT) and carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a routine workplace health examination. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24, 180.187.

Huseby, N. E., Nilssen, O., Erfurth, A., Wetterling, T. & Kanitz, R. D. (1997b) Carbohydrate-deficient-transferrin and alcohol dependency: variations in response to alcohol intake among different groups of patients. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 21, 201.205.

Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. Journal of General Internal Medicine, 9, 550-553.

Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. (2000) Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. Drug & Alcohol Dependence, 60, 97-104.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. and Gilvarry, E. (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol and alcoholism, 34, 559-66.

King M. (1986) At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. Psychological medicine., 16, 213-217.

Kraus, L. and Augustin, R. (2001) Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. Addiction, 96, 459.471.

La Grange, L., Anton, R. F., Crow, H. & Garcia, S. (1994) A correlational study of carbohydrate-deficient transferrin values and alcohol consumption among Hispanic college students. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 18, 96.

Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. (1998) Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. Addiction, 93(8), 1231-1239.

Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. (2002) A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. Journal of Advanced Nursing, 39(4), 333-342.

Lof, K., Seppa, K., Itala, L. et al. (1994) Carbohydrate deficient transferrin (CDT) as an alcohol marker among female heavy drinkers: a population based study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 18, 889.894.

Lopez-de-Munain, J., Torcal, J., Lopez, V. and Garay, J. (2001) Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. Preventive medicine, 32, 13-22.

Martensson, O., Harlin, A., Brandt, R., Seppa, K. & Sillanaukee, P. (1997) Transferrin isoform distribution: gender and alcohol consumption. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 21, 1710.1715.

Martin, M. J., Heymann, C., Neumann, T., Schmidt, L., Soost, F., Mazurek, B., Bohm, B., Marks, C., Helling, K., Lenzenhuber, E., Muller, C., Kox, W. J. & Spies, C. D. (2002) Preoperative evaluation of chronic alcoholics assessed for surgery of the upper digestive tract. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26, 836.840.

Maruyama, S., Hirayama, C., Yamamoto, S., Koda, M., Udagawa, A., Kadowaki, Y., Inoue, M., Sagayama, A. & Umeki, K. (2001) Red blood cell status in alcoholic and non-alcoholic liver disease. Journal of Laboratory and Clinical Medicine, 138, 332.337.

Mayfield, D., McLeod, G. and Hall, P. (1974) The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. American Journal of Psychiatry, 131, 1121-1123.

McAvoy, B.R., Donovan, R.J., Jalleh, G., Saunders, J.B., Wutzke, S.E., Lee, N., Kaner, E.F., Heather, N., McCormick, R., Barfod, S., and Gache, P (on behalf of the WHO brief intervention study group) (2001) General practitioners, prevention and alcohol - A powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: a twelve nation key informant and general practitioner study. Drugs: Education, Prevention and Policy, 8, 103-117.

McAvoy, B.R., Kaner, E.F., Lock, C.A., Heather, N. and Gilvarry, E. (1999) Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle advice giving. The British journal of general practice, 49, 187-90.

McCabe, S. E., Boyd, C. J., Couper, M. P., Crawford, S. & D.Arcy, H. (2002) Mode effects for collecting alcohol and other drug use data: web and U.S. mail. Journal of Studies on Alcohol, 63, 755.761.

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. et al. (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States. The New England Journal of Medicine, 348, 2635.

Meerkerk, G. J., Njoo, K. H., Bongers, I. M., Trienekens, P. & van Oers, J. A. (1999) Comparing the diagnostic accuracy of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean cell Volume in a general practice population. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 23, 1052.1059.

Midanik, L. (1991) .Unstandard. ways of answering standard questions: protocol analysis in alcohol survey research. Drug and Alcohol Dependence, 27, 245.252.

Mikkelsen, I. M., Kanitz, R. D., Nilssen, O. & Huseby, N. E. (1998) Carbohydrate-deficient transferrin: marker of actual alcohol consumption or chronic alcohol misuse? Alcohol and Alcoholism, 33, 646.650.

Miller, E. T., Neal, D. J., Roberts, L. J., Baer, J. S., Cressler, S. O., Metrik, J. & Marlatt, G. A. (2002) Test.retest reliability of alcohol measures: is there a difference between internet-based and traditional methods? Psychology of Addictive Behaviors, 16, 56.63.

Miller, W. R. & Del Boca, F. K. (1994) Measurement of drinking behavior using the Form 90 family of instruments. Journal of Studies on Alcohol, 12, 112.118.

Miller, W. R. (1996) Manual for Form 90: A Structured Assessment Interview for Drinking and Related Behaviors. Project MATCH Monograph Series 5, NIH Publication no. 96.4004. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Monteiro, M. G. & Masur, J. (1986) Monitoring alcoholism treatment: the appropriateness of choice between gamma-GT or MCV evaluation after a short time of abstinence. Alcohol, 3, 223.226.

Mundle, G., Munkes, J., Ackermann, K. & Mann, K. (2000) Sex differences of carbohydrate-deficient transferrin, gammaglutamyltransferase, and mean corpuscular volume in alcohol-dependent patients. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 24, 1400.1405.

Nemesanszky, E., Lott, J. A. & Arato, M. (1988) Changes in serum enzymes in moderate drinkers after an alcohol challenge. Clinical Chemistry , 34 , 525.527.

Nilssen, O., Huseby, N. E., Hoyer, G., Brenn, T., Schirmer, H. & Forde, O. H. (1992) New alcohol markers-how useful are they in population studies: the Svalbard Study 1988.89. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 16, 82.86.

Nystrom, M., Perasalo, J. & Salaspuro, M. (1992) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in serum as a possible indicator of heavy alcohol drinking in young university students. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 16, 93.97.

Owens L, Gilmore IT, Pirmohamed M. (2000) General Practice Nurses' knowledge of alcohol use and misuse: A questionnaire survey. Alcohol and Alcoholism, 35(3), 259-262.

Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. (1997) Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous

alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. British Medical Journal, 314(8), 420-424.

Poikolainen, K. & Karkkainen, P. (1983) Diary gives more accurate information about alcohol consumption than questionnaire. Drug and Alcohol Dependence, 11, 209. 216.

Poikolainen, K. & Vartiainen, E. (1997) Determinants of gamma-glutamyltransferase: positive interaction with alcohol and body mass index, negative association with coffee. American Journal of Epidemiology, 146, 1019. 1024.

Pokorny, A. D., Miller B. A. and Kaplan H. B. (1972) The brief MAST: a shortened version of the MichiganAlcoholism Screening Test. American Journal of Psychiatry, 129 (3), 342-345.

Powell, J.E. and McInness, E. (1994) Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. Drug and Alcohol Review , 13, 5-12.

Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C. T. (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction, 98, 1209.1228.

Reif, A., Keller, H., Schneider, M., Kamolz, S., Schmidtke, A. & Fallgatter, A. J. (2001) Carbohydratedeficient transferrin is elevated in catabolic female patients. Alcohol and Alcoholism, 36, 603.607.

Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. (1995) Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. Substance Abuse, 16, 49-57.
Rosalki, S. B., Rau, D., Lehmann, D. & Prentice, M. (1970) Determination of serum gamma-glutamyl transpeptidase activity and its clinical applications. Annals of Clinical Biochemistry, 7, 143.147.

Rubio, C., Gil, V., Aparicio, J. M., Belda, J., Pascual, R. & Merino, J. (1996) Diagnostic efficiency of biological markers of alcohol consumption for the detection of excessive drinkers. Anales de Medicina Interna, 13, 274.278.

Rumpf, H-J,, Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. and John, U. (2001) Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings? General Hospital Psychiatry, 23, 133-7.

Rush, B. R., Urbanoski, K. A., & Allen, B. A. (2003) Physicians' enquiries into their patients' alcohol use: public views and recalled experiences. Addiction*, 98,* 895-900.

Russell, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Jacobson, S. and Bottoms, S. (1991) Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 15 (2), 638.

Salaspuro, M. (1999) Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: a systematic review. Alcohol, 19, 261.271.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption.II. Addiction, 88, 791-804.

Saunders, J. B. & Lee, N. K. (2000) Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. Comprehensive Psychiatry, 2, 95.103.

Scouller, K., Conigrave, K. M., Macaskill, P., Irwig, L. & Whitfield, J. B. (2000) Should we use carbohydrate-deficient transferrin instead of g-glutamyltransferase for detecting problem drinkers? A systematic review and metaanalysis. Clinical Chemistry, 46, 1894.1902.

Seppä, K., Lepistö, J. and Sillanaukee, P. (1998) Five-shot questionnaire on heavy drinking. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1788.1791.

Sharpe, P. C. (2001) Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. Annals of Clinical Biochemistry, 38, 652.664.

Sillanaukee, P. & Olsson, U. (2001) Improved diagnostic classification of alcohol abusers by combining carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase. Clinical Chemistry, 47, 681.685.

Sillanaukee, P., Aalto, M. & Seppa, K. (1998) Carbohydrate deficient transferrin and conventional alcohol markers as indicators of brief intervention among heavy drinkers in primary health care. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 22, 892.896.

Sillanaukee, P., Massot, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Sundvall, J., Olsson, U., Poikolainen, K., Ponnio, M., Allen, J. P. & Alho, H. (2000) Dose.response of laboratory markers to alcohol consumption in a gener al population. American Journal of Epidemiology, 152, 747.751.
Sillanaukee, P., Seppa, K., Lof, K. & Koivula, T. (1993) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) by anion exchange chromatography followed by RIA as a marker of heavy drinking among men. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 17, 230.233.

Sillanaukee, P., Strid, N., Allen, J. P. & Litten, R. Z. (2001a) Possible reasons why heavy drinking increases CDT.Alcoholism:Clinical and Experimental Research, 25, 34.40.

Sillanaukee, P., Strid, N., Jousilahti, P., Vartiainen, E., Poikolainen, K., Nikkari, S., Allen, J. P. & Alho, H. (2001b) Association of self-reported diseases and health care use with commonly used laboratory markers for alcohol consumption. Alcohol and Alcoholism, 36, 339.345.

Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. (1992) Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report).

Skipsey, K., Burleson, J.A. and Kranzler, H.R. (1997) Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. Drug and Alcohol Dependence 45, 157-163.

Smith, S. G. T., Touquet, R., Wright, S. and Das Gupta, N.(1996) Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT). Journal of Accident and Emergency Medicine, 13(5), 308-312.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1992) Timeline followback: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In: Allen, J. & Litten, R. Z., eds. Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods, 41.72.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995a) Alcohol Timeline Follow- back Users. Manual. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995b) Alcohol Timeline Follow- back Computer Software. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1995c) Alcohol consumption measures. In: Allen, J. P. & Columbus, M., eds. Assessing Alcohol Problems: a Guide for Clinicians and Researchers. Treatment Handbook Series 4. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 55.73.

Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B. & Cooper, A. M. (1979) Reliability of alcohol abusers. selfreports of drinking behavior. Behaviour Research and Therapy, 17, 157.160.

Sobell, M. B., Sobell, L. C., Khajner, F., Pavon, D. & Basian, E. (1986) The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students. recent drinking history: utility for alcohol research. Addictive Behaviors, 11, 149.161.

Spandorfer, J. M., Israel, Y., & Turner, B. J. (1999) Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. Journal of Family Practice, 48, 899-902.

Spies, C. D., Emadi, A., Neumann, T., Hannemann, L., Rieger, A., Schaffartzik, W., Rahmanzadeh, R., Berger, G., Funk, T., Blum, S., Muller, C. & Rommelspacer, H. (1995a) Relevance of carbohydratedeficient transferrin as a predictor of alcoholism in intensive care patients following trauma. Journal of Trauma, 39, 742.748.

Spies, C. D., Rommelspacher, H., Schnapper, C., Muller, C., Marks, C., Berger, G., Conrad, C., Blum, S., Specht, M., Hannemann, L. et al. (1995b) Beta-carbolines in chronic alcoholics undergoing elective tumor resection. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 19, 969.976.

Spies, C., von Winterfeld, A., Müller, C., Rommelspacher, H., Neumann, T., Marks, C., Berger, G., Conrad, C., Blum, S., Hannemann, L., Striebel, H. W. & Schaffartzik, W. (1996a) Reliability of carbohydrate deficient transferrin to detect chronic alcohol misuse in carcinoma patients. European Addiction Research, 2, 156.162.

Spies, C. D., Rommelspacher, H., Winkler, T., Muller, C., Brummer, G., Funk, T., Berger, G., Fell, M., Blum, S., Specht, M., Hannemann, L. & Schaffartzik, W. (1996b) Beta-carbolines in chronic alcoholics following trauma. Addiction Biology, 1, 93. 103.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. Annals of Internal Medicine 129, 353-362.

Stibler, H. (1991) Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed. Clinical Chemistry, 37, 2029.2037.

Tonigan, J. S., Miller, W. R. & Brown, J. M. (1997) The reliability of Form 90: an instrument for assessing alcohol treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol, 58, 358.364.

Vinson, D. C., Elder, N. C., Werner, J. J., Vorel, L. A., & Nutting, P. A. (2000) Alcohol-related discussions in primary care: A report from ASPN. *Journal of Family Practice, 49,* 28-33.

Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. (1997) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. Addiction, 92(2), 197-206.

Weisner, C., Kaskutas, L. A., Hilton, M. E. & Barile, A. L. (1999) .When you were drinking. vs. .in the past 12 months.: the impact of using different time frames in clinical and general populations. Addiction, 94, 731.736.

Wetterling, T., Kanitz, R. D., Rumpf, H. J., Hapke, U. & Fischer, D. (1998a) Comparison of CAGE and MAST with the alcohol markers CDT, gamma-GT, ALAT, ASAT and MCV. Alcohol and Alcoholism, 33, 424.430.

Whitfield, J. B. (2001) Gamma glutamyl transferase. Critical Reviews in Clinical Laboratory Science, 38, 263.355.

Whitfield, J. B., Hensley, W. J., Bryden, D. & Gallagher, H. (1978) Effects of age and sex on biochemical responses to drinking habits. Medical Journal of Australia, 2, 629.632.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, 140, 557-568.

Wu, A., Chanarin, I. & Levi, A. J. (1974) Macrocytosis of chronic alcoholism. Lancet, May 4, 1 (7862), 829-31.

6. Αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων

Περίληψη των στοιχείων του κεφαλαίου

1. **Είναι οι βραχείες παρεμβάσεις αποτελεσματικές στη μείωση της επικίνδυνης και βλαβερής κατανάλωσης αλκοόλης;**

Οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην πρωτοβάθμια υγεία προκειμένου να μειωθεί η επικίνδυνη και βλαβερή κατανάλωση αλκοόλης. Για κάθε 8 ασθενείς που δέχονται συμβουλή, 1 άτομο ωφελείται. Αυτή η αναλογία είναι καλύτερη από την αναλογία που αφορά τους καπνιστές τσιγάρου, όπου από τους 20 που δέχονται συμβουλή ιατρού να κόψουν το τσιγάρο, μόνο ένας το διακόπτει, ενώ η αναλογία βελτιώνεται περίπου στο 10 με προσθήκη φαρμακοθεραπείας. Υπάρχουν λίγα στοιχεία για ένα φαινόμενο δόσης–αποτελέσματος και δεν φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές οι εκτεταμένες παρεμβάσεις έναντι των βραχέων. Η αποτελεσματικότητα διατηρείται μέχρι 1 χρόνο και μπορεί να φθάσει και τα 4 έτη.

2. **Είναι οι βραχείες παρεμβάσεις αποτελεσματικές στη μείωση των προκαλούμενων από το αλκοόλ προβλημάτων;**

Οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην πρωτοβάθμια υγεία προκειμένου να μειωθούν τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ ατόμων με βλαβερή κατανάλωση αλλά χωρίς εξάρτηση. Για κάθε 8 ασθενείς που δέχονται συμβουλή, 1 άτομο επωφελείται. Οι βραχείες παρεμβάσεις είναι επίσης αποτελεσματικές στη μείωση της θνησιμότητας. Στους 282 ασθενείς που δέχονται συμβουλή, ο ένας προφυλάσσεται από θάνατο μέσα σε 1 έτος.

3. **Για ποιον τύπο ασθενή είναι αποτελεσματικές οι βραχείες παρεμβάσεις;**

Οι βραχείες παρεμβάσεις είναι εξίσου αποτελεσματικές σε άνδρες και γυναίκες, σε νέους και ηλικιωμένους. Φαίνεται πως είναι περισσότερο αποτελεσματικές σε λιγότερο σοβαρά προβλήματα. Τα μέχρι σήμερα δεδομένα δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι αναποτελεσματικές.

4. **Ποια είναι τα συστατικά της αποτελεσματικότητας;**

Πολύ λίγα είναι γνωστά για την αποτελεσματικότητα των επιμέρους στοιχείων των βραχέων παρεμβάσεων. Εντούτοις, βάση των στοιχείων παρεμβάσεων που έχουν αξιολογηθεί, 3 βασικά συστατικά έχουν προταθεί, η ανάδραση, η συμβουλή και ο ορισμός στόχου. Υπάρχουν ασαφή δεδομένα ώστε να θεωρηθεί πως οι παρεμβάσεις με περισσότερες συνεδρίες, είναι αποτελεσματικότερες της μίας. Η συνέντευξη που δίνει κίνητρα φαίνεται να είναι μία αποτελεσματική τεχνική παρέμβασης.

Συστάσεις

1. Οι ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και άλλοι επαγγελματίες στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να προσφέρουν τουλάχιστον μία πολύ βραχεία (5 λεπτά) συνεδρία σε όλους τους ασθενείς που έχει διαπιστωθεί επικίνδυνη ή βλαβερή κατανάλωση αλκοόλης.

2. Οι αποτελεσματικές συνεδρίες για τη μείωση της επικίνδυνης και βλαβερής κατανάλωσης αλκοόλης, συνίστανται σε όχι παραπάνω από απλές αλλά δομημένες συμβουλές προς τον χρήστη, μέσα σε όχι περισσότερο από λίγα (5) λεπτά. Κάπως εντατικότερες βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μία αρχική συμβουλευτική συζήτηση 15 λεπτών περίπου, την ανάδραση, τη συμβουλή και τοποθέτηση στόχων. Οι περισσότερες επίσης, περιλαμβάνουν περαιτέρω βοήθεια και παρακολούθηση. Οι συνεδρίες μπορεί να περιγραφούν με τη χρήση του συμπεριφορικού συμβουλευτικού πλαισίου των 5-As: εκτίμηση (assess) της κατανάλωσης αλκοόλης με ένα σύντομο εργαλείο ανίχνευσης ακολουθούμενο από κλινική εκτίμηση όταν χρειάζεται, σύσταση (advise) στους ασθενείς να ελαττώσουν την κατανάλωση σε μέτρια επίπεδα, συμφωνία (agree) σε εξατομικευμένους στόχους για μείωση της χρήσης ή αποχή (εάν αυτό ενδείκνυται), βοήθεια (assist) στους ασθενείς στην απόκτηση κινήτρων, ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοβοήθειας ή υποστήριξη για αλλαγή συμπεριφοράς, και ρύθμιση (arrange) παρακολούθησης για υποστήριξη και επανειλημμένη συμβουλευτική, συμπεριλαμβανομένης και της παραπομπής σε εξειδικευμένη θεραπεία (US Preventive Services Task Force 2004).

6.1 Είναι οι βραχείες παρεμβάσεις αποτελεσματικές στη μείωση της επικίνδυνης και βλαβερής κατανάλωση αλκοόλης;

Η πρόκληση στη σύνοψη της βιβλιογραφίας για τα αποτελέσματα των βραχέων παρεμβάσεων πηγάζει από την ποικιλία των ορισμών που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μελέτες. Όπως αναφέρεται στον όρο, ένα χαρακτηριστικό των βραχέων παρεμβάσεων είναι η διάρκειά τους. Για παράδειγμα, οι Babor & Grant (1994) όρισαν τη μία συνεδρία ως «ελάχιστη», τις μία έως τρεις συνεδρίες ως «βραχεία», της πέντε έως επτά ως «μέση» και τις οκτώ και άνω ως «εντατική», θεραπεία. Παρόλα αυτά, αυτό που θεωρείται «βραχεία» παρέμβαση σε μία εργασία μπορεί να θεωρείται «εκτεταμένη» παρέμβαση σε μια άλλη. Άλλα χαρακτηριστικά μερικές φορές που χρησιμοποιούνται για να περιγραφούν οι βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν: 1) την ύπαρξη στόχου για μείωση της κατανάλωσης ή για μη επικίνδυνη ή μη επιβλαβή κατανάλωση, αντί για αποχή, 2) την παροχή της από έναν ιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή άλλο επαγγελματία του τομέα υγείας αντί ενός ειδικού στις εξαρτήσεις, και 3) την προσφορά τους σε μη εξαρτημένα άτομα έναντι εξαρτημένων.

Ο Heather (1995; 1996) υποστήριξε πως 2 ευρείς τύποι βραχέων παρεμβάσεων θα πρέπει να διαχωριστούν. Ο πρώτος τύπος, οι «ευκαιριακές βραχείες παρεμβάσεις» αποτελούνται από παρεμβάσεις που τυπικά έχουν σχεδιαστεί και αξιολογηθεί για άτομα τα οποία δεν αναζητούν βοήθεια για προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ και που έχουν εντοπιστεί μέσω ευκαιριακών ελέγχων στα κέντρα πρωτοβάθμιας υγείας. Τέτοια άτομα έχουν συνήθως λιγότερο σοβαρά προβλήματα και μικρότερο κίνητρο για αλλαγή. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι τυπικά πιο σύντομες, λιγότερο δομημένες, λιγότερο βασισμένες σε κάποια θεωρεία και γίνονται από μη ειδικούς. Αυτές οι παρεμβάσεις θα αναφέρονται ως «βραχείες παρεμβάσεις». Ο δεύτερος τύπος, «οι βραχείες παρεμβάσεις από ειδικό», που ξεκίνησαν ως συνθήκη ελέγχου στις αξιολογήσεις παραδοσιακών θεραπειών, τυπικά έχει αξιολογηθεί μεταξύ ατόμων που αναζητούν ή έχουν πειστεί να αναζητήσουν θεραπεία για προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι συνήθως μακρύτερες, περισσότερο δομημένες, με θεωρητική βάση και παρέχονται από ειδικούς. Αυτές οι συνεδρίες θα αναφέρονται ως «λιγότερο εντατική θεραπεία».

Ο Heather (1989) επίσης σημείωσε ότι η απόδειξη της αποτελεσματικότητας αυτών των 2 τύπων βραχέων παρεμβάσεων προέρχεται από διάφορα ερευνητικά σχέδια. Οι μελέτες που εξετάζουν τις ευκαιριακές ή πρωτογενούς φροντίδας βραχείες παρεμβάσεις, τις συγκρίνουν τυπικά με συνθήκες ελέγχου χωρίς θεραπεία, ενώ οι μελέτες που εξετάζουν τις βραχείες παρεμβάσεις ειδικού τις συγκρίνουν τυπικά με τις παραδοσιακές, πιο εκτενείς θεραπείες. Για τέτοιες συγκρίσεις των βραχέων παρεμβάσεων με τις παραδοσιακές θεραπείες, μια δυσκολία ήταν «η απόδειξη της μηδενικής υπόθεσης» (Heather 1989), μιας και η απουσία στατιστικά σημαντικών διαφορών δεν αποδεικνύει απαραίτητα και ίση αποτελεσματικότητα (Mattick & Jarvis 1994), ειδικά με μικρού μεγέθους δείγματα.

Υπάρχει επίσης ανάγκη να διακρίνουμε δύο επίπεδα δραστικότητας εντός των βραχέων παρεμβάσεων. Αυτό περιλαμβάνει τις πολύ σύντομες (ή ελάχιστες) παρεμβάσεις που δεν αποτελούνται παραπάνω από μία απλή αλλά δομημένη συμβουλή προς τον ασθενή, που δεν απαιτεί παρά μόνο λίγα λεπτά (πέντε) για να δοθεί (αυτό μπορεί να οριστεί ως απλή συμβουλή) και κάπως πιο εντατικές βραχείες παρεμβάσεις, που διαρκούν ίσως 20-30 λεπτά και που συχνά περιλαμβάνουν λίγες επαναλαμβανόμενες συνεδρίες (αυτό μπορεί να οριστεί ως βραχεία συμβουλευτική).

Η μελέτη Mesa Grande, μία συνεχιζόμενα ανανεούμενη συστηματική ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων θεραπειών της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ, η οποία βαθμολογεί την αποτελεσματικότητα 48 διαφορετικών τύπων θεραπειών, έδειξε ότι οι βραχείες παρεμβάσεις είναι στην κορυφή της λίστας των θεραπευτικών μεθόδων που βασίζονται σε αποδείξεις (evidence-based treatment), σε όρους θετικών ευρημάτων από ένα σχετικά μεγάλο αριθμό μελετών υψηλής ποιότητας (Miller & Wilbourne 2002) (δες Πίνακα 9.1, Κεφάλαιο 9).

Έχουν γίνει τουλάχιστον 14 μετα-αναλύσεις και/ή συστηματικές ανασκοπήσεις που χρησιμοποίησαν κάπως διαφορετικούς σκοπούς και μεθόδους προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων (Bien, Tonigan & Miller, 1993; Freemantle et al., 1993; Kahan et al. 1995; Wilk et al 1997; Poikolainen, 1999; Irvin et al 2000; Moyer et al. 2002; D'Onofrio & Degutis 2002; Berglund et al 2003; Emmen et al. 2004; Ballesteros et al., 2004a; Whitlock et al. 2004; Cuijpers et al 2004; Bertholet et al. 2005). Όλες αυτές έδωσαν συμπεράσματα κατά τον ένα ή άλλο τρόπο, προς όφελος της αποτελεσματικότητας των βραχέων παρεμβάσεων για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλης σε επίπεδα χαμηλού ρίσκου μεταξύ των ατόμων με επικίνδυνες και βλαβερές συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ.

Στην μετα-ανάλυση των Moyer et al. (2002) υπολογίστηκε ο στοχευμένος πληθυσμός (άτομα που αναζητούσαν ή όχι βοήθεια) και η ένταση των βραχέων παρεμβάσεων (συνθήκες ελέγχου, βραχείες ή εκτεταμένες παρεμβάσεις) συνυπολογίστηκε. Έγινε εκτίμηση συνδυάζοντας τα ετερογενή μεγέθη κάθε επιμέρους μελέτης. Για τους πληθυσμούς που δεν αναζητούσαν θεραπεία, συγκρίνοντας τις βραχείες παρεμβάσεις, που ορίστηκαν έτσι στις περιπτώσεις των 4 ή λιγότερων συνεδριών, με τις συνθήκες ελέγχου, η ανασκόπηση βρήκε στατιστικά σημαντική σημαντικότητα, στις μεταβολές κατανάλωσης αλκοόλης, 0.26 (95%CI, 0.20-0.32) (πίνακας 6.1 και εικόνα 6.1; αναπαραγωγή από Moyer et al. 2002). Μία αποτελεσματικότητα του 0.26 είναι ισοδύναμη με ένα 13% βελτίωσης των ομάδων παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και του 0.24 μίας βελτίωσης ίσης με 12%.

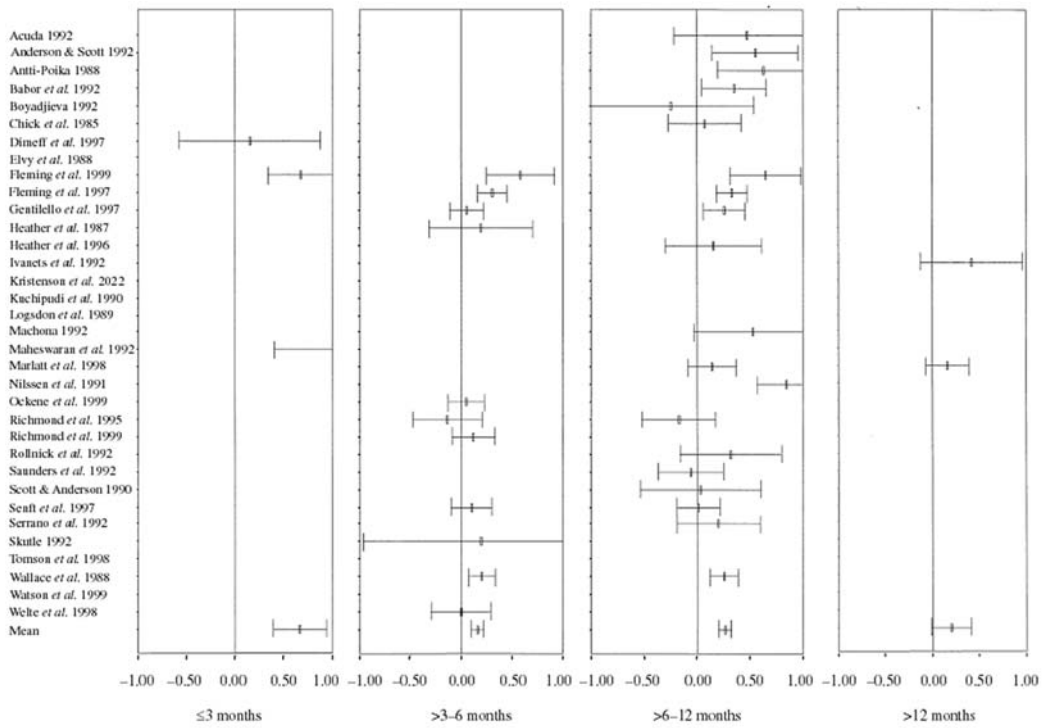
Πίνακας 6.1 Εύρος αποτελεσματικότητας των βραχέων παρεμβάσεων σε σχέση με ομάδες ελέγχου ατόμων που δεν αναζητούσαν θεραπεία.

Outcome	*Number of samples*	*Effect size*[a]	*95% confidence interval*	*Heterogeneity* *Q*	*df*	*p*
Composite of all drinking-related outcomes						
≥3 months	4	0.300**	0.082, 0.518	4.5	3	0.211
>3–6 months	11	0.144***	0.081, 0.206	10.6	10	0.391
>6–12 months	23	0.241***	0,184, 0.299	30.6	22	0.105
>12 months	5	0.129	-0.007, 0.060	7.4	4	0.188
Alcohol consumption						
≥3 months	3	0.669***	0.392, 0.945	3.6	2	0.164
>3–6 months	11	0.160***	0.098, 0.222	18.5	10	0.048
>6–12 months	20	0.263***	0.203, 0.323	50.8	19	0.000
>12 months	2	0.202	-0.008, 0.412	0.8	1	0.381

[a] *Positive values for effect sizes indicate better outcome for brief intervention conditions compared to control conditions.*

** *P < 0.01;*
*** *P < 0.001.*

Αναπαραγωγή από: Moyer et al. (2002)



Εικόνα 6.1 Αποτελεσματικότητα και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τις βραχείες παρεμβάσεις έναντι συνθηκών ελέγχου, κατανάλωσης αλκοόλ.
Αναπαραγωγή από: Moyer et al. (2002).

Άλλες ανασκοπήσεις βασιζόμενες σε αποδείξεις, έχουν δείξει ότι οι βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές. Μία Σουηδική ανασκόπηση (Swedish Technology Assessment review - Berglund et al. 2003) συμπέραινε: «Στις περισσότερες μελέτες (της βραχείας παρέμβασης στη δευτερογενή πρόληψη) έχει αποδειχθεί μία σημαντική επίδραση των βραχέων παρεμβάσεων μετά από παρακολούθηση 2 ετών. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν το ίδιο με το αντίστοιχο πολλών συχνών ιατρικών θεραπειών χρόνιων καταστάσεων». Μια Αυστραλιανή συστηματική ανασκόπηση (Shand et al. 2003a) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «οι ευκαιριακές βραχείες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ σε προβληματικούς χρήστες με χαμηλά επίπεδα εξάρτησης».

Μακροχρόνιες επιδράσεις των βραχέων παρεμβάσεων

Δύο μελέτες έχουν αναφερθεί στις μακροχρόνιες επιδράσεις των βραχέων παρεμβάσεων στην πρωτογενή φροντίδα υγείας. Η μελέτη των Fleming et al. (2002) ανέφερε μία 48μηνη ανάλυση της αποτελεσματικότητας και της εκτίμησης του κόστους του προγράμματος TrEAT (Trial for Early Alcohol Treatment), που αφορούσε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη για τη βραχεία συμβουλή του ιατρού στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού. Τα άτομα που συμμετείχαν εμφάνισαν σημαντική μείωση στην 7ήμερη χρήση του αλκοόλ, στα επεισόδια περιστασιακής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinking), και στη συχνότητα αυξημένης κατανάλωσης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η επίδραση συνέβη εντός 6 μηνών από την παρέμβαση και διατηρήθηκε για την περίοδο των 48 μηνών παρακολούθησης. Στο δείγμα των ατόμων υπό θεραπεία παρατηρήθηκαν επίσης λιγότερες μέρες νοσηλείας και λιγότερες επισκέψεις στη μονάδα επειγόντων περιστατικών.

Η μελέτη των Wutzke et al. (2002) ανέφερε τη 10ετή παρακολούθηση των βραχέων και πρώιμων παρεμβάσεων σε επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ. Η αποτελεσματικότητα των 3 τύπων παρεμβάσεων, που κυμαίνονταν από 5 έως 60 λεπτά σε διάρκεια, συγκρίθηκε με μία συνθήκη ελέγχου χωρίς θεραπεία. Ενώ υπήρξε αποτέλεσμα στην παρέμβαση στους 9 μήνες παρακολούθησης, δεν βρέθηκε κάτι παρόμοιο 10 χρόνια μετά, στην μέση κατανάλωση, στη μέση μείωση της κατανάλωσης από την έναρξη έως την επανεκτίμηση, στη θνησιμότητα και στις κατά ICD-10 διαγνώσεις της εξάρτησης από αλκοόλ ή της επιβλαβούς κατανάλωσης. Μεταξύ της έναρξης και της επανεκτίμησης μετά τους 9 μήνες, οι ομάδες παρέμβασης μείωσαν τη μέση κατανάλωση αλκοόλης από 324 στα 208 γραμμάρια την εβδομάδα, μία μείωση 116 γρ. ή 36%, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου με μείωση της μέσης κατανάλωσης αλκοόλης από 309 στα 263 γραμμάρια την εβδομάδα, μείωση 46 γραμμαρίων ή 15%. Σε επανεκτίμηση μετά 10 έτη, η μείωση στις ομάδες παρέμβασης ήταν από 324 σε 174 γραμμάρια την εβδομάδα, 150 γραμμάρια ή 46%, ενώ στην ομάδα ελέγχου από 309 σε 158, δηλαδή 151 γραμμάρια ή 49%. Για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των βραχέων παρεμβάσεων σε μακροχρόνια βάση, οι πάροχοι φροντίδας υγείας μπορεί να χρειαστούν περαιτέρω παρακολούθηση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ των ασθενών και να παρέμβουν κατάλληλα εάν η κατανάλωση γίνει επικίνδυνη (Stout et al. 1999).

Βραχείες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Πέντε (5) συστηματικές ανασκοπήσεις με μετα-ανάλυση ειδικά εστιασμένες στην αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Kahan et al. 1995; Poikolainen, 1999; Ballesteros et al. 2004a; Whitlock et al. 2004; Bertholet et al. 2005) κατέληξαν ότι οι βραχείες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι αποτελεσματικές.

Η πιο σύγχρονη από αυτές (Bertholet et al. 2005) είχε ως συμπέρασμα ότι η βραχεία παρέμβαση είναι αποτελεσματική στη μείωση της κατανάλωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών στους 6 και 12 μήνες μετά την παρέμβαση. Αυτή η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε πιο φυσικές συνθήκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποκλείοντας έρευνες που χρησιμοποίησαν λίστες ασθενών, άτομα για καταγραφές ή ειδικά καθοριζόμενες συνεδρίες ανίχνευσης, και επομένως είναι πιο σχετική με την πραγματικότητα της γενικής ιατρικής σε σχέση με άλλες ανασκοπήσεις.

Το μέγεθος της αποτελεσματικότητας των βραχέων παρεμβάσεων είναι πιο κατανοητό με τους όρους του NNT : Number Needed to Treat δηλαδή τον αριθμό των ατόμων με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ που πρέπει να δεχθούν βραχεία παρέμβαση ώστε ένα άτομο να μειώσει την κατανάλωση σε επίπεδα χαμηλού κινδύνου). Η τελευταία εκτίμηση του NNT για τις βραχείες παρεμβάσεις είναι περίπου 8 (Moyer et al. 2002). Αυτό είναι συγκριτικά ανώτερο του αντίστοιχου NNT για συμβουλή για διακοπή του καπνίσματος, με αντίστοιχο αριθμό NNT 20, αν και βελτιώνεται περίπου στο 10 με την προσθήκη θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (Silagy & Stead 2003). Κατά μία έννοια, ο δείκτης NNT υποτιμά την πλήρη αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων αφού, ακόμη και αν το άτομο που καταναλώνει αλκοόλ δεν μειώνει αμέσως την κατανάλωση, μπορεί να αρχίσει μία αλλαγή, που αργότερα γίνεται ενεργός προσπάθεια για τη διακοπή -ή με άλλα λόγια, την αρχή μίας κίνησης μέσα στον κύκλο της αλλαγής (Prochaska & DiClemente 1986).

Βραχείες παρεμβάσεις σε άλλες δομές

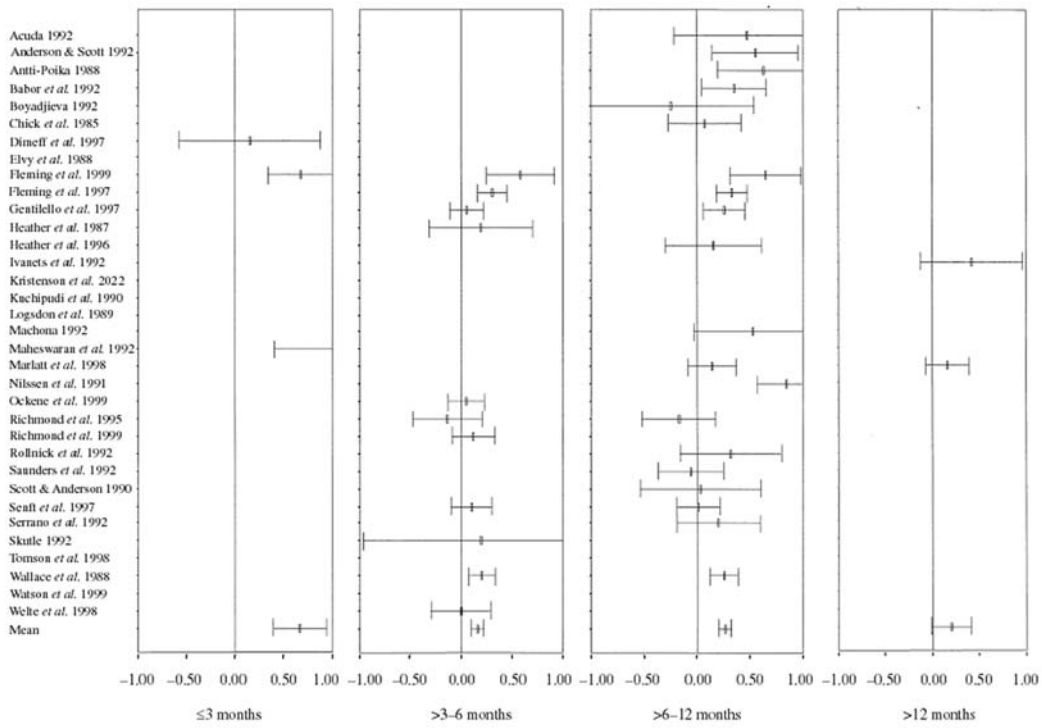
Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων σε δομές γενικού νοσοκομείου (Emmen et al 2004), αλλά ισχυρότερα στοιχεία περί αποτελεσματικότητας σε μονάδες ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (Monti et al. 1999; Gentilello et al. 1999; Longabaugh et al 2001; D.Onofrio & Degutis 2002; Crawford et al. 2004; Smith et al. 2003) και σε εκπαιδευτικά ιδρύματα (Baer et al. 1992; Marlatt et al., 1998; Baer et al. 2001; Borsari & Carey 2000; McCambridge & Strang 2004). Επίσης, προκύπτουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα στηριζόμενων στο διαδίκτυο προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης (Kypri et al. 2004).

6.2 Είναι οι βραχείες παρεμβάσεις αποτελεσματικές στη μείωση των προβλημάτων εξαιτίας του αλκοόλ;

Για τα άτομα που δεν επιζητούν θεραπεία, συγκρίνοντας τις βραχείες παρεμβάσεις (ως ορίζονται οι παρέχουσες όχι περισσότερες από 4 συνεδρίες) με συνθήκες ελέγχου, η ανασκόπηση των Moyer et al. (2002) βρήκε σημαντική διαφορά στην αλλαγή των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ της τάξης του 0.24 (95%CI, 0.18-0.30) σε παρακολούθηση 6 – 12 μηνών (πίνακας 6.1, εικόνα 6.2; αναπαραχθέν από τους Moyer et al. 2002). Ένα μέγεθος του 0.26 είναι ισοδύναμο με βελτίωση κατά 13% στην ομάδα των παρεμβάσεων σε σχέση με την ομάδα αναφοράς, ενώ το 0.24 με βελτίωση 12%.

Σε μια μελέτη από την Αυστραλία υπάρχει σαφής απόδειξη για την αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων στην ελάττωση των σχετιζόμενων με το αλκοόλ προβλημάτων μεταξύ των ατόμων που δέχθηκαν τις παρεμβάσεις (Richmond et al. 1995).

Οι βραχείες παρεμβάσεις σώζουν ζωές. Σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου, οι βραχείες παρεμβάσεις μπορούν να προλάβουν έναν στους τρεις θανάτους μεταξύ των ατόμων με προβληματική κατανάλωση αλκοόλ (Cuijpers et al. 2004). Κατά μέσο όρο, 282 ασθενείς χρειάζονται συμβουλή ώστε να προληφθεί ένας θάνατος εντός ενός έτους. Μία τέτοια μείωση είναι μετρήσιμη και δείχνει πως η αποτυχία εφαρμογής των βραχέων παρεμβάσεων θα οδηγήσει σε θανάτους που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί.



Εικόνα 6.2 Εύρος αποτελεσματικότητας και διαστήματα εμπιστοσύνης 95% για τις βραχείες παρεμβάσεις σε σχέση με συνθήκες ελέγχου, ατόμων με προβλήματα αλκοόλ.
Αναπαραγωγή από: Moyer et al. (2002).

6.3 Για ποιους τύπους ασθενών είναι αποτελεσματικές οι βραχείες παρεμβάσεις;

Οι περισσότερες έρευνες που δείχνουν αποτελεσματικότητα έχουν μελετήσει πληθυσμούς αλκοολικών που δεν αναζητούν θεραπεία για το αλκοόλ και έχουν χρησιμοποιήσει ως όριο ένταξης στη μελέτη για παροχή συμβουλευτικής τα 350 gr αλκοόλης την εβδομάδα για τους άνδρες και τα 210 gr για τις γυναίκες (Moyer et al. 2002).

Φύλο
Η μετα-ανάλυση υπο-ομάδων των Wilk et al. (1997) έδειξε τάσεις για μία μεγαλύτερη πιθανότητα των γυναικών έναντι των ανδρών, να παρουσιάζουν μέτρια κατανάλωση αλκοόλ κατόπιν των παρεμβάσεων, χωρίς ωστόσο να είναι στατιστικώς σημαντική η διαφορά.

Ο Poikolainen (1999) έλαβε υπόψη του διάφορες παρεμβάσεις (βραχείες ή παρατεταμένες) και αξιολόγησε δύο παράγοντες, την κατανάλωση αλκοόλ και τη γλουταμυλτρανσφεράση ορού, στις 7 μελέτες που συμπεριέλαβε. Ένα σημαντικό ομογενές αποτέλεσμα ήταν υπέρ των εκτεταμένων βραχέων παρεμβάσεων για την κατανάλωση αλκοόλ σε δείγματα γυναικών (-51 gr/εβδομάδα), αλλά ήταν βασισμένο στα αποτελέσματα μόνο 2 μελετών.

Στη μετα-ανάλυση των Moyer et al. (2002), και στην ανασκόπηση για το US Preventive Services Task Force (Whitlock et al. 2004), οι άνδρες και οι γυναίκες φάνηκε να ωφελούνται εξίσου από τις βραχείες παρεμβάσεις.

Οι Ballesteros et al. (2004b) δημοσίευσαν μία μετα-μελέτη των βραχέων παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εστιαζόμενοι στην αποτελεσματικότητα αναλόγως

του φύλου. Περιελήφθησαν 7 μελέτες και τα αποτελέσματα ήταν τα ίδια σε άνδρες και γυναίκες για τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, όπως και οι odds ratios της συχνότητας των ατόμων που έπιναν κάτω των επιβλαβών ορίων (4 μελέτες OR για τους άνδρες 2.32, 95% CI = 1.78-2.93 και οι odds ratios για τις γυναίκες 2.31; 95% CI = 1.60-3.17).

Ηλικία

Ερευνητικές δοκιμές έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί να μειώσουν τις βλαβερές συνέπειες της βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των υψηλού κινδύνου φοιτητών κολεγίων (Marlatt et al. 1998) και μεταξύ των 18- και 19-χρονων ασθενών των μονάδων επειγόντων, θετικών στην ανίχνευση αλκοόλης (Monti et al. 1999). Ενώ ο πρωταρχικός στόχος και των 2 παρεμβάσεων ήταν η μείωση της βλάβης που συνδέεται με τη βαριά κατανάλωση αλκοόλ, συγχρόνως υπήρξε και μείωση της κατανάλωσης. Στη μελέτη στα τμήματα επειγόντων, οι 18- και 19-χρονοι που προσήχθησαν στα τμήματα μετά από ένα γεγονός σχετιζόμενο με το αλκοόλ, τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα που έλαβε μία συνεδρία με σκοπό την κινητοποίηση, έναντι της ομάδας που δέχθηκε τη συνήθη φροντίδα. Στην επανεκτίμηση μετά 6 μήνες, εκείνοι που είχαν δεχθεί την παρέμβαση παρουσίασαν σημαντικά λιγότερα περιστατικά κατανάλωσης αλκοόλ και οδήγησης, τροχαίων παραβάσεων, και προβλημάτων σχετικών με το αλκοόλ και με τραυματισμούς, από εκείνους με τη συνήθη φροντίδα (Monti et al. 1999). Μία δεύτερη μελέτη σε νεαρούς ενήλικες (13 με 17 ετών), επίσης από τμήματα επειγόντων και τυχαιοποιημένων κατά τον προηγούμενο τρόπο, έδειξε ότι ενώ τα άτομα που ήταν ήδη κινητοποιημένα ως προς την αλλαγή του τρόπου οδήγησης δεν έδειξαν διαφορά ως προς το όφελος από την παρέμβαση κινητοποίησης, οι έφηβοι με χαμηλότερη κινητοποίηση προς αλλαγή στην έναρξη της μελέτης, παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο κέρδος ως προς τη μείωση της οδήγησης και της κατανάλωσης αλκοόλ (Monti et al. 2001).

Οι Fleming και συνεργάτες (1999) μελέτησαν την επίδραση της βραχείας ιατρικής συμβουλευτικής για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ ατόμων 65 ετών και άνω και βρήκαν μία σημαντική επίδραση.

Εγκυμοσύνη

Από 3 καλής ποιότητας συμπεριφορικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που αφορούσαν έγκυες κατά τη διάρκεια των επισκέψεων τους προ του τοκετού, οι δύο δεν βρήκαν στοιχεία ύπαρξης κάποιας επίδρασης έναντι της κατανάλωσης αλκοόλ (Handmaker et al. 1999; Chang et al. 1999) και μία βρήκε μία πιθανή επίδραση η οποία μόλις δεν έφτασε τα στατιστικά όρια σημαντικότητας (Reynolds et al. 1995).

Σοβαρότητα των προβλημάτων

Σε μια μετα-ανάλυση των Moyer et al. (2002), οι βραχείες παρεμβάσεις φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικές σε σύγκριση με συνθήκες ελέγχου σε μελέτες όπου οι σοβαρά ασθενείς είχαν αποκλειστεί. Αυτό το εύρημα υποδεικνύει ότι τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι χρήσιμες μόνο σε άτομα με λιγότερο σοβαρά προβλήματα κατανάλωσης. Η Phase II της έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδειξε ότι αν και δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ της απλής συμβουλής και της περισσότερο εκτεταμένης συμβουλευτικής, η απλή συμβουλή δούλεψε καλύτερα στους άνδρες με πρόσφατη εμπειρία ενός σχετικού με το αλκοόλ προβλήματος, ενώ η βραχεία

συμβουλευτική έδωσε καλύτερα αποτελέσματα σε αυτούς που δεν είχαν κάποιο πρόσφατο πρόβλημα (Babor & Grant 1992).

Οι βραχείες παρεμβάσεις φάνηκε να δουλεύουν εξίσου αποτελεσματικά στη μείωση επιβλαβών τρόπων κατανάλωσης αλκοόλ όσο και στη συνολική επιβλαβή κατανάλωση (Beich et al. 2003; Whitlock et al. 2004).

6.4 Ποια είναι τα συστατικά της αποτελεσματικότητας;

Όλες οι παρεμβάσεις που έδειξαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην κατανάλωση αλκοόλ, οποιασδήποτε έντασης, περιελάμβαναν τουλάχιστον 2 από τα 3 στοιχεία κλειδιά: ανάδραση (feedback), συμβουλή και θέση στόχου. Μιας και οι ποιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις ήταν αυτές με επανειλημμένες επαφές, παρείχαν επίσης και περαιτέρω βοήθεια και παρακολούθηση. Λίγες ανέφεραν επίσης στοιχεία παρέμβασης τα οποία ήταν τροποποιημένα ανάλογα για τον κάθε συμμετέχοντα (Whitlock et al. 2004).

Διάρκεια των συνεδριών
Η κλινική μελέτη του Π.Ο.Υ. για τις βραχείες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Babor & Grant, 1992) που περιλάμβανε 10 χώρες και 1655 βαρείς χρήστες αλκοόλ, οι οποίοι συμπεριλήφθηκαν από διάφορες, κυρίως ιατρικές δομές, έδειξε ότι μεταξύ των ανδρών, μία βραχεία παρέμβαση αποτελούμενη από 5 λεπτά απλής συμβουλής, βασιζόμενη σε 20 λεπτά μίας δομημένης διερεύνησης, ήταν το ίδιο αποτελεσματική στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ (και ταυτόχρονων βελτιώσεων στην υγεία) με την περισσότερο εκτενή (15λεπτη) συμβουλευτική. Τα βασικά 5 λεπτά συμβουλής μπορούν να χρησιμοποιηθούν από πολυάσχολους ιατρούς ή άλλους φορείς υγείας που δεν έχουν χρόνο για μία περισσότερο εκτενή παρέμβαση. Τα 20 λεπτά διερεύνησης που προηγούνταν της παρέμβασης του Π.Ο.Υ. μπορούν να αντικατασταθούν από τα αποτελέσματα των εργαλείων ανίχνευσης και τις γνώσεις που έχει ο κλινικός σχετικά με τον ασθενή του.

Αριθμός συνεδριών
Οι αναλύσεις υπο-ομάδων στη μετα-ανάλυση των Wilks et al. (1997), έδειξαν τάσεις για μεγαλύτερη πιθανότητα μίας μέσης κατανάλωσης αλκοόλ μετά από παρεμβάσεις με περισσότερες της μίας συνεδρίες, έναντι της μίας μόνο συνεδρίας, αν και δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ως αποτέλεσμα.

Ο Poikolainen (1999) έλαβε μελέτησε διάφορης διάρκειας συνεδρίες (βραχείες ή παρατεταμένες) και αξιολόγησε δύο παράγοντες, π.χ. την κατανάλωση αλκοόλης και τη γλουταμυλ-τρανσφεράση ορού, στις 7 μελέτες που συμπεριέλαβε στην έρευνα του. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι πολύ βραχείες παρεμβάσεις (5-20 λεπτά) είχαν σημαντική επίδραση σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου για την κατανάλωση αλκοόλης (-70 gr την εβδομάδα) και την συγκέντρωση της γλουταμυλ-τρανσφεράσης (-9.4 U/L), αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν ομοιογενή. Οι εκτεταμένες (αρκετές επισκέψεις) βραχείες παρεμβάσεις είχαν σημαντική επίδραση στην κατανάλωση αλκοόλης (-65 gr την εβδομάδα) αλλά όχι για τη δραστικότητα της γGT ενώ και οι δύο παράγοντες δεν είχαν στατιστική ομοιογένεια.

Στη μετα-ανάλυση των Ballesteros et al. (2004a) δεν βρέθηκε κάποια σχέση δόσης-αποτελέσματος.

Στη συστηματική ανασκόπηση του Σουηδικού Συμβουλίου Τεχνολογικής Αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας (Swedish Council of Technology Assessment Health Care's), όλων των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (Berglund et al. 2003), το εύρος επίδρασης των βραχέων παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναλύθηκε ως προς τις μελέτες μίας ή επαναλαμβανόμενων παρεμβάσεων (Berglund 2005). Οι μελέτες που αφορούσαν μία συνεδρία είχαν ένα μέσο εύρος επίδρασης της τάξης του 0.19 με αρνητική ετερογένεια (Q = 1.96, P = 0.58) και οι μελέτες ως προς τις επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις παρουσίαζαν μία μέση επίδραση του 0.61 (τυχαίο μοντέλο) με θετική ετερογένεια (Q = 72.10, $P < 0.001$). Το εύρος επίδρασης της μίας έναντι των επαναλαμβανόμενων παρεμβάσεων διέφερε σημαντικά (P < 0.001). Οι μελέτες με μία μόνο συνεδρία έδωσαν ένα ισχυρό και σταθερό αποτέλεσμα, ενώ οι μελέτες με αρκετές συνεδρίες έδειξαν γενικά υψηλότερη επίδραση, αλλά τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά ετερογενή σε αντίθεση με τις μελέτες μίας συνεδρίας. Κάποιες μελέτες με αρκετές συνεδρίες έδωσαν αποτελέσματα υψηλής επίδρασης, ενώ άλλες όχι. Φαίνεται ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα ώστε να εξακριβωθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν ή μη στο πιθανό αθροιστικό αποτέλεσμα μιας δεύτερης συνεδρίας.

Συνέντευξη για κινητοποίηση

Έχει προταθεί ότι η συνέντευξη για κινητοποίηση, που αρχικά αναπτύχθηκε για να προετοιμάζει τα άτομα να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους ως προς τη χρήση ουσιών (Miller 1983) -μία οδηγία επικεντρωμένη στον πελάτη που βοηθάει τα άτομα να διερευνήσουν και να επιλύσουν την αμφιβουλησία τους σχετικά με την αλλαγή συμπεριφορών (Rollnick & Miller 1995)- θα μπορούσε να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και να μειώσει το κόστος των βραχέων παρεμβάσεων. Ενώ χρησιμοποιούνται επικεντρωμένες προς τον πελάτη τεχνικές για το χτίσιμο εμπιστοσύνης και τη μείωση των αντιστάσεων, ο θεραπευτής εστιάζει στην αύξηση της ετοιμότητας για αλλαγή (Prochaska & DiClemente 1986), στην ακριβέστερη κατανόηση της άποψης του πελάτη, στην αποφυγή ή ελάττωση της αντίστασης και στην αύξηση της αυτάρκειας του πελάτη και ικανότητας διάκρισης της διαφοράς μεταξύ της πραγματικής και της ιδεατής συμπεριφοράς του (Miller & Rollnick 1991).

Η μελέτη Mesa Grande (δες κεφ. 9) δείχνει ότι η κατηγορία της Ενίσχυσης του Κινήτρου κατέχει τη δεύτερη θέση. Ενώ 5 συστηματικές ανασκοπήσεις ερευνών για την αποτελεσματικότητα των συνεντεύξεων κινητοποίησης (MI-Motivational Interviewing) για μια σειρά διαταραχών εθισμού (Noonan & Myers 1997; Dunn et al. 2001; Burke et al. 2002; Burke et al. 2003; Burke et al. 2004; Tevyaw & Monti 2004) έδωσαν ικανά στοιχεία ότι οι συνεντεύξεις κινητοποίησης είναι μία αποτελεσματική παρέμβαση, λίγα είναι γνωστά για το πώς λειτουργούν, για ποιόν λειτουργούν καλύτερα ή για το εάν είναι ή όχι ανώτερες από τις άλλες μεθόδους παρέμβασης. Μία πρόσθετη μετα-ανάλυση 72 κλινικών δοκιμών με συνεντεύξεις κινητοποίησης έδειξε σημαντική επίδρασή τους, η οποία όταν συγκρίθηκε με μία ομάδα ελέγχου ελαττώθηκε με την πάροδο του χρόνου (Hettemaet al. υπό δημοσίευση). Στις περισσότερες μελέτες, οι μεταβολές στη συμπεριφορά που παρατηρήθηκαν μετά από τις συνεντεύξεις κινητοποίησης, διατηρήθηκαν για ένα έτος, αλλά η ομάδα σύγκρισης και η ομάδα των παρεμβάσεων συνέκλιναν με την πάροδο του χρόνου, οδηγώντας σε μία σταδιακή της αποτελεσματικότητας. Το φαινόμενο αυτό δεν είναι μοναδικό στις συνεντεύξεις κινητοποίησης, αλλά είναι κοινό εύρημα και με άλλες παρεμβάσεις. Στις συμπεριφορικές μελέτες, οι ομάδες ελέγχου τείνουν να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Babor, T. F. & Grant, M. (Eds.) (1992) Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care, World Health Organisation.

Babor, T.F. & Grant, M. (1994) A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: summary of a WHO project. Addiction, 89, 657-678.

Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R. et al. (1992) An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults, Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60, 974-9.

Baer, J., Kivlahan, D. R., Blume, A., Mcknight, P. & Marlatt, G. (2001) Brief Intervention for heavydrinking college students: 4-year follow-up and natural history, American Journal of Public Health, 91, 1310-1315.

Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J. & Gonzales-Pinto, A. (2004a) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis, Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 28, 608-618.

Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004b) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women, Addiction, 99, 103-108.

Beich A, Thorkil T, Rollnick S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 327, 536-42.

Berglund, M. (2005) A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a metaanalytical study. Addiction,100 , 742.750.

Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (Eds.) Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidencebased Review (Weinheim, Wiley-VCH).

Bertholet, N., Daeppen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis, Archives of Internal Medicine, 165, 986-995.

Bien T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review, Addiction, 88, 315-335.

Borsari, B. & Carey, K. B. (2000) Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers, Journal of consulting and clinical psychology, 68, 728-33.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (2002) The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: what we know so far, in: Miller, W. R. & Rollnick, S. (Eds.) Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 217-250.

Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a metaanalysis of controlled clinical trials, Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71, 843-861.

Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. & Phelps, J. S. (2004) The emerging evidence base for motivational interviewing: a meta-analytic and qualitative inquiry, Journal of Cognitive Psychotherapy, 18, 309-322.

Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA.(1999) Brief intervention for alcohol use in pregnancy: A randomized trial. Addiction, 94 (10), 1499-1508.

Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R. et al. (2004) Screening and referall for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: a pragmatic randomised controlled trial, Lancet, 364, 1334-1339.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis, Addiction, 99, 839-845.

D'onofrio, G. & Degutis, L. C. (2002) Preventive care in the emergency department; screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review, Academic Emergency Medicine, 9, 627-638.

Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review, Addiction, 96, 1725-1742.

Emmen, M. J., Schippers, G. M., Bleijenberg, G. & Wollsheim, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. British Medical Journal, 328, 318-322.

Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., Adams, W. & Stauffacher, E. A. (1999) Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. Journal of Family Practice, 48, 378-384.

Fleming, M. F., Mundt, M., O., French, M. T. et al. (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26, 36-43.

Freemantle, N., Gill, P., Godfrey, C. et al. (1993) Brief Interventions and alcohol use. Effective Health Care Bulletin , 7, University of Leeds, Nuffield Institute for Health.

Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M. et al. (1999) Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence, Annals of Surgery, 230, 473-80.

Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. (1999) Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. Journal of studies on alcohol, 60(2).

Heather, N. (1989) Psychology and brief interventions. British Journal of Addiction, 84, 357-370.

Heather, N. (1995) Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. Alcohol & Alcoholism, 30, 287-296.

Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience, Addictive Behaviors, 21, 857-68.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. Motivational interviewing. Annual Review of Clinical Psychology, 1, (in press).

Irvin, C. B., Wyer, P. C. & Gerson, L. W. (2000) Preventive care in the emergency department, Part
II: Clinical preventive services - an emergency medicine evidence-based review, Academic Emergency Medicine, 7, 1042-1054.

Kahan, M., Wilson, L. & Becker, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review, Canadian Medical Assocation Journal, 152, 851-859.

Kypri, K., Saunders, J.B., Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cashell-Smith, M.L., & Gallagher, S.J. (2004) Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomized controlled trial. Addiction, 99, 1410.1417.

Longabaugh, R., Woolard, R. F., Nirenberg, T. D. et al. (2001) Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department, Journal of Studies on Alcohol, 62, 806-816.

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. et al. (1998) Screening and brief intervention for highrisk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 604-615.

Mattick, R. P. & Jarvis, T. (1994) Brief or minimal intervention for .alcoholics.? The evidence suggests otherwise. Drug and Alcohol Review, 13, 137-144.

Mccambridge, J. & Strang, J. (2004) The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk among young people: results from a multi-site cluster randomised trial, Addiction, 99, 39-52.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (New York NY, Guilford).

Miller, W. R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers, Behavioural Psychotherapy, 11, 147-172.

Monti, P. M., Barnett, N. P., O.Leary, T. A. & Colby, S. M. (2001a) Motivational enhancement for alcohol-involved adolescents. In: Monti, P. M., Colby, S. M. & O.Leary, T. A., eds. Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: Reaching Teens Through Brief Interventions, 145.182.

Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P. et al. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 989-994.

Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. & Vergun, P. (2002) Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment -seeking and non-treatment seeking populations, Addiction, 97, 279-292.

Noonan, W. C. & Moyers, T. B. (1997) Motivational interviewing, Journal of Substance Abuse, 2, 8-16.

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis, Preventive Medicine, 28, 503-509.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986) Toward a comprehensive model of change, in: Miller,
W. R. & Heather, N., eds. Treating Addictive Disorders: processes of change, 3-27.

Reynolds KD, Coombs DW, Lowe JB, Peterson PL, et al. (1995) Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. The International journal of the addictions, 30(4), 427-443.

Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. & Webster, I. (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking, Addiction, 90, 119-32.

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995) What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 315-314.
Shand, F., Gates, J., Fawcett, J. & Mattick, R. (2003) The Treatment of Alcohol Problems: A Review of the Evidence (Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing).

Silagy, C. & Stead, L.F. (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review), in: The Cochrane Library, Issue 4 (Chichester, Wiley).

Smith, A. J., Hodgson, R. J., Bridgeman K. & Shepherd, J. P. (2003) A randomised controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury, Addiction, 98, 43-52.

Stout, R. L., Rubin, A., Zwick, W., Zywiak, W. & Bellino, L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. Addictive Behaviors, 24, 17-35.

Tevyaw, T.O. & Monti, P.M. (2004) Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations Addiction 99 (Suppl. 2), 63.75.

U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. Annals of internal medicine, 140, 554-556.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, 140, 557-568.

Wilk, A. I., Jensen, N. M. & Havighurst, T. C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers, Journal of General Internal Medicine, 12, 274-283.

Wutzke, S., Conigrave, K., Saunders, J. & Hall, W. (2002) The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up, Addiction, 97, 665-675.

7. Κόστος και μείωση κόστους μέσω των βραχέων παρεμβάσεων

Περίληψη των στοιχείων του κεφαλαίου

7.1. Ποιο είναι το κόστος της ταυτοποίησης και των βραχέων παρεμβάσεων;
Έχει εκτιμηθεί ότι για κάθε 1,000 ασθενείς που φροντίζει ένας γενικός ιατρός, το κόστος ώστε να στηθεί και να λειτουργήσει ένα πρόγραμμα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχεται, κατά μέσο όρο, στο ποσό των €1644 το χρόνο. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως δυσφορία ή μη ικανοποίηση, μεταξύ των ασθενών όταν προγράμματα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης εφαρμόζονται. Μάλλον το αντίθετο συμβαίνει, αφού η συζήτηση του προβλήματος του αλκοολισμού με επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας γίνεται καλά αποδεκτή από τους ασθενείς.

7.2. Ποια είναι τα οφέλη από τα προγράμματα ταυτοποίησης και βραχέων παρεμβάσεων;
Τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων οδηγούν σε μείωση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης του αλκοόλ, σε μείωση των προβλημάτων εξαιτίας του αλκοόλ και σε μείωση των θανάτων. Μία πολύ συντηρητική εκτίμηση ανέφερε ότι προκειμένου να ωφεληθεί ένας ενήλικας ασθενής, απαιτείται να διερευνηθούν 385 άτομα, αποτέλεσμα σημαντικά ανώτερο από το αντίστοιχο της διερεύνησης για υπέρταση (απαιτούνται 1250 άτομα) ή για καρκίνο του παχέως εντέρου (3300 άτομα). Οκτώ ασθενείς με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ χρειάζεται να δεχθούν συμβουλή ώστε ένα άτομο να ωφεληθεί, δύο φορές πιο αποτελεσματική από τη βραχεία συμβουλευτική για το κόψιμο του τσιγάρου. 282 ασθενείς απαιτείται να δεχθούν συμβουλή ώστε να αποφευχθεί ένας θάνατος μέσα σε ένα έτος, ένα τεράστιο όφελος! Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εκτιμήσει ότι η βραχεία ιατρική συμβουλή με κάλυψη 25% θα μπορούσε να αποσοβήσει 91 έτη ασθένειας και πρόωρων θανάτων ανά 100,000 πληθυσμού, όταν το 9% της συνολικής ασθένειας και των πρόωρων θανάτων προκαλείται από το αλκοόλ.

7.3. Ποια είναι η βελτίωση του κόστους των βραχέων παρεμβάσεων;
Με κόστος ίσο με €1960 το χρόνο, ασθενειών και πρόωρων θανάτων να προλαμβάνεται, οι βραχείες παρεμβάσεις για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ στην πρωτοβάθμια υγεία, είναι μεταξύ των φθηνότερων ιατρικών παρεμβάσεων που οδηγούν σε κέρδη για την υγεία. Με άλλα λόγια, εάν ένας πάροχος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρόκειται να αναλάβει κάποια νέα δραστηριότητα, το να δίνει συμβουλή σε ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, θα προσδώσει ένα από τα σημαντικότερα οφέλη υγείας, παρά το να δαπανήσει 10 λεπτά κάνοντας οτιδήποτε άλλο.

Συστάσεις

1. Μεταξύ των δραστηριοτήτων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και του θεραπευτικού πεδίου σχετικά με το αλκοόλ, θα πρέπει επειγόντως να γίνει ένας επαναπροσδιορισμός στόχων και δυνάμεων, ώστε να παρέχουν προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων σχετικά με την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ.

7.1 Ποιο είναι το κόστος των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων;

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολόγισε το κόστος και την επίπτωση διαφόρων πολιτικών στην πρόληψη της ασθένειας και του πρόωρου θανάτου, όπως εκτιμήθηκαν με τα Disability Adjusted Life Years (DALYs), συνεπεία της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ, στις Ευρωπαϊκές χώρες (Chisholm et al. 2004). Η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ ορίστηκε ως η μέση κατανάλωση άνω των 20 gr καθαρής αλκοόλης για τις γυναίκες και άνω των 40 gr για τους άνδρες (English et al. 1995; Babor et al. 2003). Τα DALY είναι μία συνολική εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού που συνδυάζει πληροφορίες για τη θνησιμότητα και τις μη θανατηφόρες διαταραχές. Καταμετρά το κενό στην υγεία μεταξύ της υπάρχουσας κατάστασης και αυτής που θα μπορούσε να επιτευχθεί. Η κατάσταση της υγείας προσαρμόζεται σε μία κλίμακα από το 0 (για μία κατάσταση ισοδύναμη με το θάνατο) έως το 1 (για μια ιδανική κατάσταση υγείας), βασιζόμενη σε στοιχεία σχετικά με την υγεία από περισσότερες των 60 χωρών.

Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε 1,000 ασθενείς που δέχτηκαν περίθαλψη από ένα γενικό ιατρό, η δημιουργία και η διατήρηση ενός προγράμματος ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης, θα κόστιζε κατά μέσο όρο 1,644€ το χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ένα συνολικό κόστος για την Ένωση περίπου 740€ εκατομμυρίων.

Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν όχι μόνο το οικονομικό κόστος της εφαρμογής των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων, αλλά και το πιθανό κόστος για τους ασθενείς, σε όρους δυσφορίας ή μη ικανοποίησης. Η συστηματική ανασκόπηση για την US Preventive Services Task Force δεν εντόπισε κάποια έρευνα σχετική με ανεπιθύμητες ενέργειες όσον αφορά την ανίχνευση και τις συμβουλευτικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ (Whitlock et al. 2004). Τρεις ποιοτικές μελέτες παρεμβάσεων ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά απόσυρσης από την έρευνα μεταξύ των ατόμων που δέχονταν κάποια παρέμβαση σχετική με το αλκοόλ, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Curry et al. 2003; Wallace et al. 1998; Senft et al. 1997), ενώ μία ποιοτική μελέτη ανέφερε υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των ομάδων ελέγχου (Anderson & Scott 1992). Τα διαφορετικά ποσοστά παραίτησης από τη μελέτη δεν επηρέαζαν τα αποτελέσματα, μιας και αυτά είχαν διερευνηθεί αναλυτικά, εντούτοις, η απόσυρση μπορεί να είναι δείκτης δυσφορίας ή μη ικανοποίησης από την παρέμβαση, μεταξύ άλλων πιθανών εξηγήσεων. Τα ευρήματα αυτά προέκυψαν σε μία μειονότητα δοκιμών και δεν μπορούν να εξηγηθούν με τα διαθέσιμα δεδομένα.

Ενώ μπορεί να υπάρξει μερικές φορές άρνηση και αντίσταση από εξαρτημένα στο αλκοόλ άτομα, σπάνια τα άτομα με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ είναι μη συνεργάσιμα. Αντίθετα, η εμπειρία από πολυάριθμες ερευνητικές μελέτες και κλινικά προγράμματα δείχνει ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς είναι συνεργάσιμοι και εκτιμούν το γεγονός ότι οι θεραπευτές δείχνουν ενδιαφέρον για την σχέση μεταξύ της υγείας και του αλκοόλ. Γενικά, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη διερεύνηση για το αλκοόλ και τη βραχεία συμβουλευτική σαν μέρος του ρόλου του επαγγελματία υγείας και σπάνια αντιδρούν όταν ακολουθούνται οι διαδικασίες που περιγράφονται σε αυτές τις οδηγίες.

7.2 Ποια είναι τα οφέλη από τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων;

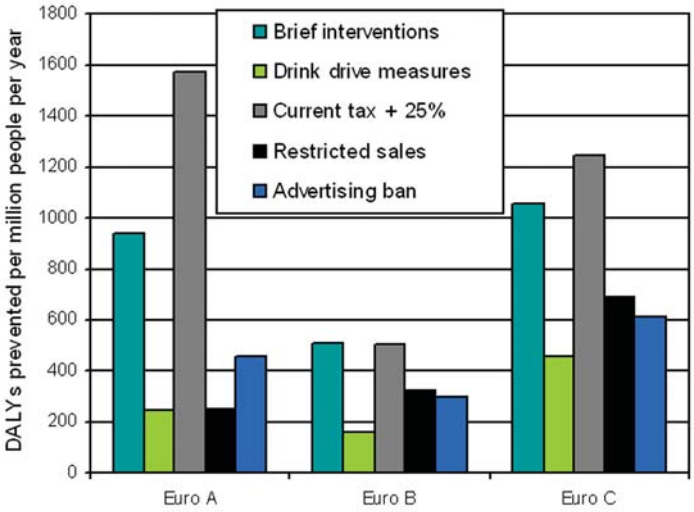
Τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων οδηγούν στη μείωση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ, στη μείωση των βλαβών που προκαλούνται από το αλκοόλ και στη μείωση των θανάτων. Μία πολύ συντηρητική εκτίμηση βρήκε ότι για να ωφεληθεί ένας ενήλικος ασθενής, 385 άτομα θα πρέπει να διερευνηθούν (Beich et al. 2003), κάτι πολύ πιο αποτελεσματικό από τη διερεύνηση για την υπέρταση (1,250) (SHEP Cooperative Research Group 1991) ή για τον καρκίνου του παχέως εντέρου (3,300) (Mandel et al 1993). Οκτώ ασθενείς με βλαβερή και επικίνδυνη χρήση αλκοόλ χρειάζεται να δεχθούν κάποια συμβουλή ώστε ένας να ωφεληθεί (Beich et al. 2003), δύο φορές αποτελεσματικότερο από τη βραχεία συμβουλή για τη διακοπή του καπνίσματος (Silagy & Stead 2003).

Οι βραχείες παρεμβάσεις επίσης, σώζουν ζωές. Σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου, οι βραχείες παρεμβάσεις μπορούν να προλάβουν έναν στους τρεις θανάτους μεταξύ προβληματικών χρηστών (Cuijpers et al. 2004). Κατά μέσο όρο, 282 ασθενείς απαιτείται να λάβουν συμβουλή ώστε να αποφευχθεί ένας θάνατος σε ένα έτος. Μία τέτοια μείωση των θανάτων είναι σημαντική και καταδεικνύει ότι η αποτυχία στην εφαρμογή των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων θα οδηγήσει σε θανάτους που θα μπορούσαν να προληφθούν.

Στις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για το κόστος και την επίπτωση διαφόρων πολιτικών στην πρόληψη της ασθένειας και του πρόωρου θανάτου, όπως μετρήθηκαν με τα Disability Adjusted Life Years (DALYs) από την επιβλαβή και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, οι βραχείες παρεμβάσεις ορίστηκαν ως η παρεχόμενη από τον ιατρό συμβουλή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, περιλαμβάνοντας έναν μικρό αριθμό εκπαιδευτικών συνεδριών και ψυχο-κοινωνικής συμβουλευτικής. Η εκτιμήσεις για την αποτελεσματικότητα ήταν μία 22% μείωση της κατανάλωσης μεταξύ των ατόμων με επικίνδυνη χρήση (Higgins-Biddle & Babor, 1996; Moyer et al. 2002; Babor et al. 2003), που θα είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή προς τα κάτω, όλης της κατανομής για την επικίνδυνη κατανάλωση, εάν εφαρμοζόταν στον συνολικό ευρισκόμενο σε κίνδυνο πληθυσμό (μία συνολική μείωση επιπολασμού του 35-50%, ισοδύναμου με βελτίωση κατά 14-18% σε σχέση με τη μη παροχή συμβουλής). Εντούτοις, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες από την πραγματικότητα που επιδρούν, όπως τη συμμόρφωση σε συμβουλές (70%) και την κάλυψη του στόχου στον πληθυσμό (25% των ατόμων με επικίνδυνη χρήση), τα επίπεδα βελτίωσης στον πληθυσμό υπολογίστηκαν μεταξύ 4.9-6.4% προς το καλύτερο σε σχέση με τα φυσικά ποσοστά. Επιπρόσθετα, μια αναμενόμενη μείωση στον αριθμό των βαρύτερων χρηστών ενώ δεχόντουσαν συμβουλή (αλλά πριν την τελική βελτίωση) είχε σαν αποτέλεσμα ένα μικρό κέρδος στο μέσο όρο ανικανότητας (μία βελτίωση κατά 1.3% μετά τη προσαρμογή για την συμμόρφωση και την κάλυψη).

Εάν εφαρμοστεί σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, υπολογίζεται ότι ένα πρόγραμμα βραχείας παρέμβασης που θα προσεγγίσει το 25% του σε κίνδυνο ευρισκόμενου πληθυσμού, θα μπορούσε να οδηγήσει στην πρόληψη μεταξύ 512 (EuroB χώρες) και 1,056 (EuroC χώρες) DALYs για κάθε εκατομμύριο ατόμων το έτος, με κόστος μεταξύ €26 (EuroB χώρες) και €185 (EuroA χώρες) ανά 100 ανθρώπους το έτος, με λιγότερη επίπτωση από την τρέχουσα φορολογία και αύξηση κατά 25%, αλλά μεγαλύτερη από την εισαγωγή του τυχαίου ελέγχου ανίχνευσης του αλκοόλ στην αναπνοή, του

περιορισμού στις πωλήσεις του αλκοόλ και της απαγόρευσης των διαφημίσεων, εικόνα 7.1 και σχεδιάγραμμα 7.1.



Εικόνα 7.1 Η επίπτωση διαφορετικών πολιτικών (προλαμβανόμενα DALYs ανά εκατομμύριο ατόμων ανά έτος) στις τρεις υπο-περιοχές της EU25. Πηγή: Chisholm et al. (2004).

WHO κατηγοριοποίηση των χωρών βάση των ποσοστών θνησιμότητας		
Ευρώπη A	**Ευρώπη B**	**Ευρώπη C**
Πολύ χαμηλή παιδική και πολύ χαμηλή θνησιμότητα ενηλίκων	Χαμηλή παιδική και χαμηλή θνησιμότητα ενηλίκων	Χαμηλή παιδική και υψηλή θνησιμότητα ενηλίκων
Αυστρία Βέλγιο Τσεχία Δανία Φιλανδία Γαλλία Γερμανία Ελλάδα Ιρλανδία Ιταλία Λουξεμβούργο Μάλτα Ολλανδία Πορτογαλία Σλοβενία Ισπανία Σουηδία Ηνωμένο Βασίλειο	Κύπρος Πολωνία Σλοβακία	Εσθονία Ουγγαρία Λετονία Λιθουανία

Σε μία αμερικάνικη μελέτη, το μέσο όφελος ανά άτομο για την παρέμβαση εκτιμήθηκε σε US$1,151, συμπεριλαμβάνοντας την εξοικονόμηση στη χρήση των τμημάτων επειγόντων και της νοσηλείας (US$531) και την εξοικονόμηση από τα εγκλήματα και τα τροχαία ατυχήματα (US$620) (Fleming et al. 2000). Το μέσο κόστος για την παρέμβαση ήταν US$205 ανά άτομο, αντιπροσωπεύοντας μία αναλογία όφελους/κόστους 5.6:1. Η ανάλυση όφελους/κόστους για τους 48 μήνες παρακολούθησης έδωσε μία μείωση κατά $43,000 για το κόστος της μελλοντικής φροντίδας υγείας για κάθε $10,000 που επενδύθηκαν στην έγκαιρη παρέμβαση (Fleming et al. 2002). Η αναλογία όφελους/κόστους αυξήθηκε όταν συμπεριλήφθηκαν τα κοινωνικά οφέλη από τα λιγότερα τροχαία ατυχήματα και εγκλήματα. Μία άλλη αμερικάνικη μελέτη συνέκρινε τη μείωση κόστους δύο στρατηγικών, της ανίχνευσης και παρέμβασης για το αλκοόλ και της μη ανίχνευσης (Kraemer et al. 2004). Βρέθηκε

ότι με την πρώτη υπήρχε οικονομία $300 και πρόληψη 0.05 ετών ασθένειας ή πρόωρου θανάτου για κάθε άνδρα ή γυναίκα που ελέγχθηκε.

Σε μία ανάλυση μείωσης κόστους στη Σουηδία, ο Lindholm (1998) εκτίμησε ότι αν το 10% αυτών που δέχονται συμβουλή μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλης για μεγάλο διάστημα, όλο το κόστος της θεραπείας θα καλυφθεί από τις οικονομίες για τη φροντίδα υγεία.

7.3 Ποια είναι η μείωση του κόστους για τις βραχείες παρεμβάσεις;

Στις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το κόστος και την επίπτωση των διαφόρων πολιτικών για την πρόληψη της ασθενείας και των πρόωρων θανάτων, όπως μετρήθηκαν με τα Disability Adjusted Life Years (DALYs) που οφείλονται στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλη, βρέθηκε ότι οι βραχείες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν εξαιρετικά αποτελεσματικές στη μείωση του κόστους (€1,960 ανά DALY που προλαμβάνεται σε χώρες της Euro A) (Chisholm et al. 2004). Αυτό το αποτέλεσμα συγκρίνεται ικανοποιητικά με το αντίστοιχο των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος με τη χρήση θεραπειών υποκατάστασης της νικοτίνης και με μείωση κόστους περίπου €2,000 (Feenstra et al. 2003), και είναι μεταξύ των φθηνότερων από όλες τις ιατρικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ένα μέσο κόστος €30,000 περίπου. Με άλλα λόγια, εάν ένας λειτουργός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρόκειται να αναλάβει μία νέα δραστηριότητα, παρέχοντας βραχείες συμβουλές σε ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, θα προσφέρει ένα από τα καλύτερα αποτελέσματα ως προς το όφελος υγείας στον πληθυσμό, παρά να δαπανήσει 10 λεπτά κάνοντας οτιδήποτε άλλο.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Anderson P, Scott E. (1992) The effect of general practitioners. advice to heavy drinking men. British journal of addiction, 87, 891.900.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2003). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Beich A, Thorkil T, Rollnick S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 327, 536-42

Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M., and Monteiro, M. (2004) Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. Journal of Studies on Alcohol, 65(6), 782-93.

Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction , 99, 839-845.

Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC, Donovan D, Kim E. (2003) A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. British journal of health psychology, 22, 156.65.

English DR, Holman CD, Milne E, Winter MJ, Hulse GK, Codde G, Bower CI, Cortu B, de Klerk N, Lewin GF, Knuiman M, Kurinczuk JJ, Ryan GA (1995) The quantification of drug

caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Miken MPMH. (2003) Costeffectiveness analysis of smoking interventions by professionals: a dynamic modelling study. Reportnumber 03.67. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment,.

Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A. & Barry, K.L. (2000) Benefitcost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. Medical care, 38, 7-18.

Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A. & Barry, K.L. (2002) Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long-Term Efficacy and Benefit-Cost Analysis. Alcoholism, clinical and experimental research, 26, 36-43.

Higgins-Biddle JC & Babor TF. (1996) Reducing Risky Drinking. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, University of Connecticut Health Center.

Kraemer, K.L., Roberts, M.S., Freedner, N., Palfai, T. & Saitz, R. (2004) Alcohol screening and intervention in primary care extends quality-adjusted life and saves money. Paper presented to the Lindholm, L. (1998) Alcohol advice in primary health care - is it a wise use of resources? Health Policy, 45 , 47-56.

Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. (1993) Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. The New England journal of medicine, 328, 1365-1371

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction, 97, 279-292.
Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. (1997) Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. American journal of preventiv e medicine, 13, 464.70.

SHEP Cooperative Research Group. (1991) Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program. The Journal of the American Medical Association, 265, 3255-64.

Silagy C, Stead LF. (2003) Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The *Cochrane Library*, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Wallace, P., Cutler, S. & Haines A. (1988) Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. BMJ., 297, 663.668.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, 140, 557-568.

8. Υλοποίηση των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων

Περίληψη των στοιχείων του κεφαλαίου

8.1. Ποιες είναι οι συνθήκες για μία αποτελεσματική εμπλοκή των παρόχων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ στην πρωτοβάθμια υγεία;
Η υποστήριξη είναι προϋπόθεση για την εμπλοκή των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα σχετικά με το αλκοόλ προβλήματα, στην περίπτωση που εμφανίζονται δυσκολίες και γενικά στην εξασφάλιση μίας συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης. Οι γενικοί ιατροί που εργάζονται σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας, αισθάνονται θετικότερα σχετικά με την ενασχόληση τους με προβλήματα αναφορικά με το αλκοόλ και διαχειρίζονται μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

8.2. Ποιες οι στρατηγικές για την σταθερή εμπλοκή των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωσης αλκοόλ στην πρωτοβάθμια υγεία;
Με την παροχή εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης, ακόμη και με περιορισμένη υποστήριξη μιας μόνον επίσκεψης και συνακόλουθης τηλεφωνικής συμβουλής αυξάνεται η ταυτοποίηση και τα ποσοστά συμβουλευτικής των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας περίπου μιάμιση φορά, ενώ η απλή προσφορά οδηγιών είναι πιθανό να έχει μικρό αποτέλεσμα. Το να παρέχεται εκπαίδευση και να δίνεται υποστηρικτικό υλικό είναι εξίσου αποτελεσματικό, αλλά η παροχή και των δύο είναι αποτελεσματικότερη από το κάθε ένα μόνο του. Δεν είναι απαραίτητα προφανές ότι η εντατική υποστήριξη είναι καλύτερη από τη λιγότερο εντατική υποστήριξη.

8.3. Ποια είναι τα στοιχεία σχετικά με την προσαρμοσμένη στον ασθενή υποστήριξη που εμπλέκει τους παρόχους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ;
Αν η υποστήριξη δε σχεδιάζεται για τις ανάγκες και τις απόψεις των γενικών ιατρών, δεν θα έχει αποτέλεσμα και μακροπρόθεσμα μπορεί να έχει και καταστροφική επίδραση. Για να αυξηθεί η εμπειρία και η αποτελεσματικότητα των γενικών ιατρών στην ενασχόλησή τους με τα προβλήματα του αλκοόλ, απαιτούνται τόσο εκπαίδευση όσο και εξάσκηση και παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος εργασίας, που να αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση.

8.4. Θα έπρεπε οι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας να χρηματοδοτούν προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωσης αλκοόλ, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας;
Εν όψει της αποτελεσματικότητας και της μείωσης του κόστους που οδηγούν στην επανάκτηση της υγείας, οι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας θα έπρεπε να παρέχουν χρηματοδότηση για τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ώστε να μειωθεί η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ.

8.5. Ποια είναι τα διαθέσιμα εργαλεία για την αξιολόγηση της επάρκειας των υπηρεσιών;
Το πρόγραμμα PHEPA έχει αναπτύξει ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της επάρκειας των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της βλαβερής και επικίνδυνης κατανάλωσης

αλκοόλ στις δομές της πρωτοβάθμιας υγείας.

Συστάσεις

1. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα πρέπει να εφαρμοστεί ειδικότερα κατά τη διάρκεια της εξειδίκευσης και της πρακτικής εκπαίδευσης.

2. Η εισαγωγή συστημάτων που βασίζονται στην πρακτική, που να περιλαμβάνουν εργαλεία ανίχνευσης, πρωτόκολλα, και υποστήριξη υπολογιστικών συστημάτων, αυξάνει τα ποσοστά ανίχνευσης και παροχής συμβουλών.

3. Τα προγράμματα εκπαίδευσης και υποστήριξης θα πρέπει να διαμορφώνονται στις ανάγκες και τις απόψεις των θεραπευτών.

4. Η παροχή βοήθειας από τον ειδικό μπορεί να αυξήσει την δραστικότητα των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, αφού, εάν ανακύψουν δυσκολίες, μπορούν να έχουν υποστήριξη και δυνατότητα παραπομπής στον ειδικό.

5. Υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα, οικονομικά και από τον χώρο της υγείας, σχετικά με το γιατί οι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας θα έπρεπε να χρηματοδοτούν τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχέων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, στην πρωτοβάθμια υγεία.

6. Η επάρκεια των υπηρεσιών για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα έπρεπε να αξιολογούνται συστηματικά και τακτικά με τη χρήση του εργαλείου αξιολόγησης που αναπτύχθηκε από το πρόγραμμα της PHEPA.

8.1 Ποιες είναι οι συνθήκες για την αποτελεσματική εμπλοκή των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, στην πρωτοβάθμια υγεία;

Οι γενικοί ιατροί αναφέρουν ότι βρίσκουν δύσκολη την αντιμετώπιση των προβλημάτων του αλκοόλ (Anderson et al. 2003). Είναι λιγότερο ενεργοί στο να πάρουν πληροφορίες για το αλκοόλ από τους ασθενείς τους, βαθμολογούν τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ ως λιγότερο σημαντική για την υγεία, και βαθμολογούν τον εαυτό τους ως λιγότερο προετοιμασμένους και λιγότερο αποτελεσματικούς στην παροχή συμβουλών στους ασθενείς τους για τη μείωση της πρόσληψης αλκοόλ σε σχέση με άλλους τομείς πρόληψης στην κλινική πράξη, όπως την εξάρτηση από τον καπνό, τον έλεγχο του βάρους και την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας (Saunders & Wutzke 1998).

Μεταξύ των λόγων που αναφέρονται συχνότερα για την έλλειψη της εμπλοκής των γενικών ιατρών είναι η έλλειψη χρόνου, η ανεπαρκής εκπαίδευση, ο φόβος του ανταγωνισμού των ασθενών, η θεωρούμενη ασυμβατότητα των βραχέων παρεμβάσεων για το αλκοόλ με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η πεποίθηση ότι αυτοί που είναι εθισμένοι στο αλκοόλ δεν ανταποκρίνονται στις παρεμβάσεις (Roche & Richard

1991; Roche et al. 1991; Roche et al. 1996; Richmond & Mendelsohn 1996; McAvoy et al. 1999; Kaner et al. 1999a; Cornuz et al. 2000; Aalto et al. 2001; Kaariainen et al. 2001).

Στοιχεία από τη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εφαρμογή των βραχέων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ έδειξαν ότι λιγότεροι από τους μισούς θεραπευτές σε 9 χώρες είχαν αντιμετωπίσει 7 ή περισσότερους ασθενείς για προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ τα προηγούμενα χρόνια (Anderson et al. 2003), πίνακας 8.1. Μόνο τα 2/5 είχαν λάβει 4 ή περισσότερες ώρες εκπαίδευσης και εξάσκησης για το αλκοόλ και μόνο λίγο πάνω από το ένα τέταρτο αισθάνθηκαν ότι εργάζονταν σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για να παρέχουν βραχείες παρεμβάσεις για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ. Ενώ τα 4/5 των θεραπευτών αισθάνθηκαν σίγουροι για το ρόλο τους στην παροχή βραχέων παρεμβάσεων για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, μόνο μόλις λίγο περισσότεροι από το ένα τέταρτο αισθάνθηκαν αφοσιωμένοι στην εφαρμογή τους.

Πίνακας 8.1 Γενικοί ιατροί και προβλήματα με το αλκοόλ – ενέργειες και εμπειρίες σε επιλεγμένες χώρες.

Χώρα	Αντιμετώπισε 7+ ασθενείς για προβλήματα με αλκοόλ τον προηγούμενο χρόνο	Έλαβε 4+ ώρες εκπαίδευσης και εξάσκησης για το αλκοόλ	Εργασία σε περιβάλλον που θεωρήθηκε ως υποστηρικτικό	Αισθάνθηκε σίγουρος στην παροχή συμβουλών σε ασθενείς σχετικά με την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ	Αισθάνθηκε αφοσιωμένος στην παροχή συμβουλών σε ασθενείς σχετικά με την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ
Αυστραλία	44.3%	47.7%	33.0%	83.0%	28.4%
Βέλγιο	41.9%	22.6%	36.6%	82.8%	21.5%
Καναδάς	55.0%	53.3%	25.4%	88.8%	29.0%
Αγγλία	32.6%	46.9%	47.6%	80.8%	19.2%
Γαλλία	57.8%	27.7%	18.7%	81.9%	33.1%
Ιταλία	44.0%	38.0%	20.6%	82.7%	32.7%
Νέα Ζηλανδία	39.0%	44.1%	14.3%	86.0%	29.4%
Νορβηγία	55.4%	49.4%	29.4%	88.1%	25.6%
Πορτογαλία	54.9%	62.7%	25.9%	74.5%	27.5%
Σύνολο	46.6%	43.1%	27.1%	83.9%	27.1%

Πηγή: Anderson et al. (2003).

Οι επαγγελματίες που έλαβαν περισσότερη εκπαίδευση πάνω στο αλκοόλ και που εργάζονταν σε αυτό που θεωρείται υποστηρικτικό περιβάλλον αισθάνθηκαν πιο ασφαλείς και αφοσιωμένοι στο να συμβουλεύουν ασθενείς και αντιμετώπισαν περισσότερους ασθενείς για προβλήματα με το αλκοόλ τον προηγούμενο χρόνο (Anderson et al. 2003). Υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον ήταν εκείνο στο οποίο υπήρχαν διαθέσιμα υλικά για την ανίχνευση και τη συμβουλευτική, την εκπαίδευση και την υποστήριξη σε δύσκολα περιστατικά.

8.2 Ποιες είναι οι στρατηγικές για την σταθερή εμπλοκή των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανίχνευση και την βραχεία παρέμβαση στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, στην πρωτοβάθμια φροντίδα;

Σε μία συστηματική ανασκόπηση των παρεμβάσεων που αφορούν την εμπλοκή των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη διαχείριση προβλημάτων με το αλκοόλ, με τη χρήση της μεθοδολογίας του Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) (Freemantle et al. 1995; Bero et al. 2002) βρέθηκε σε 15 προγράμματα ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αύξησαν την εμπλοκή των γενικών ιατρών στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση μεταξύ του 13% και 15%, όταν συγκρίθηκαν με τη συνήθη πρακτική ή με μία ελάχιστη παρέμβαση (Anderson et al. 2004a), Πίνακας 8.2.

Πίνακας 8.2 Επίπτωση of office based and εκπαιδευτική υποστήριξης στην αλλαγή των ποσοστών ανίχνευσης και συμβουλευτικής των γενικών ιατρών για τις παρεμβάσεις για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ

	Έλεγχος	Παρέμβαση
Ποσοστά ανίχνευσης	35%	46%
Ποσοστά συμβουλευτικής	27%	42%

Πηγή: Anderson et al. (2004a)

Η παροχή εκπαίδευσης και ενημερωτικού-πληροφοριακού υλικού, φαίνεται εξίσου αποτελεσματική, αλλά η παροχή και των δύο είναι αποτελεσματικότερη από την καθεμία ξεχωριστά. Η εντατικότερη παρέμβαση δεν φαίνεται απαραίτητα να είναι καλύτερη της λιγότερο εντατικής. Προγράμματα, πολλά υποσχόμενα, ήταν αυτά που είχαν ως ειδικό στόχο το αλκοόλ και εκείνα που συνδύαζαν παρεμβάσεις εκπαιδευτικές και ενημερωτικές, πίνακας 8.3.

Πίνακας 8.3 Περιγραφή 15 προγραμμάτων[1]

Μελέτη	Παρέμβαση	Μετρούμενο αποτέλεσμα	Μέγεθος δείγματος[2]	Αποτέλεσμα[3](95% CI)
Ανάλυση μετρήσεων της απόδοσης του παρόχου όσον αφορά στον πάροχο				
Kaner et al. (1999b)4 Αγγλία ειδική στο Αλκοόλ	Μία μονοπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη	Ανίχνευση τουλάχιστον ενός ασθενούς εντός 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=43 I=43	0.47 (-0.38-1.32)
	Μία πολυπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη και έξι εκπαιδευτικές τηλεφωνικές επαφές	Ανίχνευση τουλάχιστον ενός ασθενούς εντός 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=43 I=42	1.15 (0.25-1.05)
Lock et al. (2000a)4 Αγγλία ειδική στο Αλκοόλ	Μονοπαραγοντική τηλεπροσφορά του προγράμματος παρέμβασης	Ανίχνευση τουλάχιστον ενός ασθενούς εντός 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=320 I=213	0.82 (0.17-1.46)

	Μονοπαραγοντική προσέγγιση προσωπικής προβολής του προγράμματος παρέμβασης	Ανίχνευση τουλάχιστον ενός ασθενούς εντός 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=320 I=196	1.25 (0.63-1.86)

Μελέτη	Παρέμβαση	Μετρούμενο αποτέλεσμα	Μέγεθος δείγματος[2]	Αποτέλεσμα[3](95% CI)
Lockyer (1996) Καναδάς ειδική στο Αλκοόλ	Μονοπαραγοντικό μίας ημέρας εκπαιδευτικό εργαστήριο με 33 ωρών συνεδρίες	Απόδοση σε τυποποιημένες συνεντεύξεις ασθενών; μέσος όρος των μετρήσεων διαδικασίας και περιεχομένου	Lockyer (1996) Καναδάς ειδική στο Αλκοόλ	Μονοπαραγοντικό μίας ημέρας εκπαιδευτικό εργαστήριο με 33 ωρών συνεδρίες
Gual et al. Αδημοσίευτη4,5 ειδική στο αλκοόλ	Μία πολυπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη και έξι εκπαιδευτικές τηλεφωνικές επαφές	Ανίχνευση τουλάχιστον του 20% των ασθενών εντός της περιόδου εφαρμογής των 12 εβδομάδων	C=22 I=38	1.37 (0.12-2.61)
		Συμβουλευτική σε τουλάχιστον 10% των σε κίνδυνο ευρισκόμενων ασθενών εντός της περιόδου εφαρμογής των 12 εβδομάδων	C=22 I=38	1.27 (0.07-2.47)
Pas et al. Αδημοσίευτη4,5 ειδική στο αλκοόλ	Μία πολυπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη και έξι εκπαιδευτικές τηλεφωνικές επαφές	Ανίχνευση τουλάχιστον του 20% των ασθενών εντός της περιόδου εφαρμογής των 12 εβδομάδων	C=60 I=69	0.46 (-0.39-1.31)
		Συμβουλευτική σε τουλάχιστον 10% των σε κίνδυνο ευρισκόμενων ασθενών εντός της περιόδου εφαρμογής των 12 εβδομάδων	C=60 I=69	0.43 (-0.35-1.21)
McCormick et al. Αδημοσίευτη4,5 ειδική στο αλκοόλ	Μονοπαραγοντική έξι τηλεφωνικών εκπαιδευτικών επαφών	Ανίχνευση τουλάχιστον του 20% των ασθενών εντός της περιόδου εφαρμογής των 12 εβδομάδων	C=39 I=37	0.13 (-0.79-1.35)
		Συμβουλευτική σε τουλάχιστον 10% των σε κίνδυνο ευρισκόμενων ασθενών εντός της περιόδου εφαρμογής των 12 εβδομάδων	C=39 I=37	0.36 (-0.57-1.28)

Adams et al. (1998) Η.Π.Α. ειδική στο Αλκοόλ	Πολυπαραγοντικές εκπαιδευτικές συγκεντρώσεις και παρεμβάσεις στον ασθενή υποστηριζόμενες κατάλληλα	Μέσος όρος λήψης 15 συμβουλευτικών βημάτων από τον ιατρό κατά την έξοδο του ασθενούς από τη συνέντευξη	C=145 I=201	2.56 (1.99-3.13)

Μελέτη	**Παρέμβαση**	**Μετρούμενο αποτέλεσμα**	**Μέγεθος δείγματος** [2]	**Αποτέλεσμα**[3]**(95% CI)**
Gomel et al. (19984) Αυστραλία ειδική στο Αλκοόλ	Μία πολυπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη	Αριθμός διερεύνησης των κατάλληλων ασθενών	C=18427 I=26248	0.79 (0.74-0.84)
		Αριθμός των ευρισκόμενων σε κίνδυνο ασθενών που δέχθηκαν συμβουλή από το γενικό ιατρό κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=3807 I=6066	0.42 (0.29-0.55)
	Μία πολυπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη και 3 τηλεφωνικές εκπαιδευτικές επαφές	Αριθμός διερεύνησης των κατάλληλων ασθενών	C=18427 I=24926	1.10 (1.05-1.15)
		Αριθμός των ευρισκόμενων σε κίνδυνο ασθενών που δέχθηκαν συμβουλή από το γενικό ιατρό κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=3807 I=6231	1.02 (0.89-1.15)
Kaner et al. (1999b4) Αγγλία ειδική στο Αλκοόλ	Μία μοναδική εκπαιδευτική επίσκεψη	Αριθμός των ευρισκόμενων σε κίνδυνο ασθενών που δέχθηκαν συμβουλή από το γενικό ιατρό κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=750 I=1127	0.27 (0.09-0.46)
	Μία πολυπαραγοντική εκπαιδευτική επίσκεψη και έξι εκπαιδευτικές τηλεφωνικές επαφές	Αριθμός των ευρισκόμενων σε κίνδυνο ασθενών που δέχθηκαν συμβουλή από το γενικό ιατρό κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων εφαρμογής	C=750 I=1654	0.33 (0.16-0.51)

Μελέτη	Παρέμβαση	Μετρούμενο αποτέλεσμα	Μέγεθος δείγματος[2]	Αποτέλεσμα[3](95% CI)
Rodney et al. (1985) Η.Π.Α. γενική	Μονοπαραγοντικές οργανωτικές αλλαγές στη σχεδίαση των ιατρικών αρχείων προ-εκτυπωμένων με κενό διάστημα ώστε να καταγράφεται η κατανάλωση αλκοόλ	Οι καταγραφές συμπληρώθηκαν από τον ιατρό κατά τον χρόνο που ακολούθησε της αλλαγής	C=189 I=201	0.88 (0.19-1.57)
Wilson et al. (1992) Ηνωμένο Βασίλειο γενική	Μονοπαραγοντική οργανωτική παρέμβαση προσανατολισμένη προς των επαγγελματία; Αύξηση σε διάρκεια της συμβουλευτικής	Ποσοστό σημειώσεων των ασθενών με καταγραφές της κατανάλωσης αλκοόλ	C=2910 I=1411	1.08 (0.63-1.53)
Wilson et al. (1992) Ηνωμένο Βασίλειο γενική	Μονοπαραγοντική οργανωτική παρέμβαση προσανατολισμένη προς των επαγγελματία; Αύξηση σε διάρκεια της συμβουλευτικής	Ποσοστό των ασθενών που δέχθηκαν συμβουλή σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ	C=1884 I=956	0.42 (0.09-0.75)
Bonevski et al. (1999) Αυστραλία γενική	Μονοπαραγοντική δια μέσου του ασθενούς παρέμβαση; audit και feedback; reminders	Κατηγοριοποίηση από τον ιατρό στα ιατρικά αρχεία ως χρήστης με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ	C=750 I=675	0.51 (0.22-0.80)
Borgiel et al. (1999) Καναδάς γενική	Μονοπαραγοντικό εκπαιδευτικό εργαστήριο με opinion leaders	Ερώτηση από τον ιατρό σχετικά με το αλκοόλ κατά τον χρόνο που ακολούθησε της παρέμβασης intervention	C=1254 I=1141	0.26 (0.10-0.43)

[1]Όλες οι μελέτες ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες, με εξαίρεση τη μελέτη των Wilson et al. (1992), η οποία ήταν μία ελεγχόμενη κλινική έρευνα
[2]C, αριθμός στο δείγμα ελέγχου: I,αριθμός στο δείγμα παρέμβασης
[3]'Όλες οι εκτιμήσεις της επίδρασης ήταν logged odds ratios; τα ποσοστά εκτιμήθηκαν από τα δεδομένα του Lockyer (1996);οι αριθμοί που παραθέτονται είναι ES με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης
[4]Μέρος της φάσης III της μελέτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη διασπορά και εφαρμογή των προγραμμάτων ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Anderson 1996; Monteiro & Gomel 1998)
[5]Τα δεδομένα εξήχθησαν από την ανάλυση των Funk et al. (2005)
Πηγή: Anderson et al. (2004a)

Τα ευρήματα ήταν παρόμοια με εκείνα άλλων μελετών που προσπάθησαν να αλλάξουν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Σε μία ανασκόπηση επισκέψεων προσέγγισης, η οποία αποτελείτο από επιμέρους παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων του γραπτού υλικού και των συνεδριών, και στην οποία οι μελετούμενες συμπεριφορές ήταν κατά το πλείστον πρακτικές συνταγογράφησης, υπήρξαν θετικά αποτελέσματα αναφορικά με το δείγμα που δέχθηκε παρέμβαση, στις 12 από τις 13 μελέτες συνδυασμένων παρεμβάσεων μεταξύ του 15% και 68% (Thomson O'Brien et al. 2002), ιδιαίτερα για τις επισκέψεις που συνδύαζαν και μία προσέγγιση ενός κοινωνικού μάρκετινγκ. Σε 3 έρευνες στις οποίες οι επισκέψεις μόνο συγκρίθηκαν με μία ομάδα ελέγχου χωρίς παρέμβαση, η σχετική βελτίωση κυμάνθηκε μεταξύ 24% και 50%. Στην ανασκόπηση τους σχετικά με τις παρεμβάσεις για τη βελτίωση της παροχής κλινικών υπηρεσιών πρόληψης, οι Hulscher et al. (2002) βρήκαν ότι 5 συγκρίσεις των ομάδων με εκπαίδευση έναντι εκείνων χωρίς παρέμβαση, έδειξαν απόλυτες αλλαγές των υπηρεσιών πρόληψης που κυμαίνονταν μεταξύ -4% και +31%, και 14 συγκρίσεις πολύπλευρων παρεμβάσεων έναντι ουδεμίας παρέμβασης, έδειξαν απόλυτες μεταβολές των υπηρεσιών πρόληψης, που κυμαίνοντας μεταξύ -3% και +64%.

Τρεις από τις μελέτες παρείχαν δεδομένα σχετικά με το κόστος και τη μείωση του κόστους, πίνακας 8.4. Στο επίπεδο του παρόχου υγείας, το κόστος της εφαρμογής αυξήθηκε με την αύξηση του επιπέδου της υποστήριξης. Στο επίπεδο του ασθενούς, το κόστος ανά ασθενή που δέχεται συμβουλή αυξήθηκε ελάχιστα με το αυξανόμενο επίπεδο της υποστήριξης στην Αυστραλιανή μελέτη (Gomel et al. 1998), αλλά μειώθηκε στην Αγγλική μελέτη (Kaner et al. 1999b). Οι Wutzke et al. (2001) υπολόγισαν τη μείωση του κόστους για τα Αυστραλιανά δεδομένα και εκτίμησαν ότι υπήρχε μικρή διαφορά στο κόστος ανά έτος ζωής που σώζεται μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των ομάδων ελάχιστης και μέγιστης υποστήριξης.

Πίνακας 8.4 Δεδομένα σχετικά με το κόστος και τη μείωση κόστους

Αποτέλεσμα στο επίπεδο του παρόχου		
		Κόστος ανά γενικό ιατρό ο οποίος παρέχει τουλάχιστον μία παρέμβαση
Kaner et al. (1999b)	Υλικό και οδηγίες μόνο Μία εκπαιδευτική επίσκεψη Μία εκπαιδευτική επίσκεψη και	UK£74.29 UK£92.80 UK£128.92

	έξι τηλεφωνικές υποστηρικτικές επαφές	
Lock et al. (2000a)	Ταχυδρομική προβολή Τηλε-προβολή Προβολή από άτομο	UK£28.33 UK£27.85 £127.90

Αποτέλεσμα στο επίπεδο του ασθενή			
		Κόστος ανά ασθενή που δέχεται συμβουλή	Κόστος ανά έτος ζωής που σώζεται[1]
Gomel et al. (1998)	Υλικά και οδηγίες μόνο Μία εκπαιδευτική επίσκεψη Μία εκπαιδευτική επίσκεψη και έξι τηλεφωνικές επαφές	Aus$3.51 Aus$2.16 Aus$4.33	Aus$645 Aus$581 Aus$653
Kaner et al. (1999b)	Υλικά και οδηγίες μόνο Μία εκπαιδευτική επίσκεψη Μία εκπαιδευτική επίσκεψη και έξι τηλεφωνικές επαφές	UK£8.19 UK£6.02 UK£5.43	

[1] Δεδομένα από Wutzke et al. (2001).
Πηγή: Anderson et al. (2004a)

8.3 Ποια είναι τα στοιχεία για μία προσαρμοσμένη στις ανάγκες υποστήριξη ώστε να εμπλακούν οι επαγγελματίες υγείας στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ;

Η έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με την επίπτωση της εκπαίδευσης και της υποστήριξης στην αύξηση των ποσοστών εμπλοκής των επαγγελματιών υγείας στην ανίχνευση και βραχεία παρέμβαση για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ (Funk et al. 2005), έδειξε ότι η δυνατότητα των ιατρών να αισθάνονται ασφαλείς και αφοσιωμένοι στην ενασχόλησή τους με την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ επηρέασε τα αποτελέσματα της υποστήριξης και της εκπαίδευσης (Anderson et al. 2004b).

Η αίσθηση της ασφάλειας και της αφοσίωσης μετρήθηκαν με βάση τη σύντομη έκδοση του ερωτηματολόγιου Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (Anderson & Clement 1987). Στην εκτίμηση της επαρκούς αίσθησης ασφάλειας για παράδειγμα χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση «*Αισθάνομαι ότι μπορώ να συμβουλεύσω*

κατάλληλα τους ασθενείς μου για το ποτό και τις συνέπειές του» και για το αίσθημα κατοχύρωσης έναντι του ασθενή η ερώτηση «*Αισθάνομαι ότι έχω το δικαίωμα να ρωτήσω τους ασθενείς για το ποτό όταν είναι αναγκαίο».* Αντίστοιχα για την εκτίμηση της κινητοποίησης προς την αφοσίωση, ερωτήσεις όπως «*Ο πεσσιμισμός είναι η πιο ρεαλιστική στάση έναντι του χρήστη αλκοόλ»,* για την αυτό-εκτίμηση *«Πάνω απ'όλα τείνω να αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει με τους πότες»,* και για την ικανοποίηση στην εργασία *«Γενικά είναι επιβράβευση το γεγονός ότι εργάζομαι με χρήστες αλκοόλ».*

Η αρχική στάση των ιατρών επηρέασε τις σχέσεις που η εκπαίδευση και η υποστήριξη και η ανίχνευση και η βραχεία παρέμβαση είχαν στις επακόλουθες αλλαγές στη στάση τους. Η εκπαίδευση και η υποστήριξη αύξησαν τα ποσοστά ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης μόνο εκείνων που ένιωθαν ήδη ασφαλείς και αφοσιωμένοι, πίνακας 8.5.

Πίνακας 8.5 Odds ratios (95% CI) για την επίπτωση της εκπαίδευσης και υποστήριξης στα ποσοστά ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης υπό την παρουσία υψηλού και χαμηλού ρόλου ασφάλειας και θεραπευτικής αφοσίωσης, κατά την έναρξη.

		Υψηλά ποσοστά ανίχνευσης	**Υψηλά ποσοστά βραχείας παρέμβασης**
Ασφάλεια στην έναρξη	Χαμηλή	0.8 (0.3-1.3)	1.3 (0.5-2.1)
	Υψηλή	4.3 (2.1-6.5)	4.7 (2.3-7.1)
Αφοσίωση στην έναρξη	Χαμηλή	1.3 (0.5-2.1)	2.1 (0.9-3.3)
	Υψηλή	3.5 (0.5-2.1)	3.4 (1.7-5.1)

Πηγή: Anderson et al. (2004b)

Τόσο η ασφάλεια όσο και η αφοσίωση διαταράχθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η παροχή υποστήριξης δε βελτίωσε την ασφάλεια και την αφοσίωση και για όσους ήταν ήδη ανασφαλείς και μη αφοσιωμένοι, ουσιαστικά χειροτέρεψε την κατάστασή τους, πίνακας 8.6. Η εμπειρία της ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης δεν αύξησε την ασφάλεια και την αφοσίωση. Για εκείνους που ήταν ήδη ανασφαλείς, η εμπειρία των βραχέων παρεμβάσεων έκανε χειρότερη την ανασφάλεια τους.

Πίνακας 8.6 Odds ratios (95% CI) για την επίπτωση της εκπαίδευσης και υποστήριξης, των υψηλών ποσοστών ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης στην αυξημένη ασφάλεια και αφοσίωση, κατά την επανεκτίμηση εξαμήνου, υπό την παρουσία υψηλής και χαμηλής ασφάλειας και αφοσίωσης κατά την έναρξη.

	Αυξημένη ασφάλεια		**Αυξημένη αφοσίωση**	
	Ασφάλεια στην έναρξη	Odd ratio (95% CI)	Αφοσίωση στην έναρξη	Odd ratio (95% CI)
Εκπαίδευση και υποστήριξη	χαμηλή	0.2 (0.03-0.4)	χαμηλή	0.5 (0.1-0.9)
	υψηλή	2.0 (0.8-3.2)	υψηλή	1.2 (0.4-2.0)
Υψηλά ποσοστά ανίχνευσης	χαμηλή	2.2 (0.5-3.9)	χαμηλή	0.8 (0.2-1.4)
	υψηλή	1.1 (0.4-1.8)	υψηλή	1.9 (0.7-3.1)

Υψηλά ποσοστά βραχείας παρέμβασης	χαμηλή	0.5 (0.1-0.9)	χαμηλή	0.8 (0.2-1.4)
	υψηλή	1.8 (0.7-2.9)	υψηλή	1.0 (0.4-1.6)

Πηγή: Anderson et al. (2004b)

Έτσι, κατά την απουσία της ασφάλειας και της αφοσίωσης, η επίπτωση των επαγγελματικών και οργανωμένων προγραμμάτων μειώνεται αισθητά. Αν και η σημασία της απόκτησης εμπειρίας στη διαχείριση προβλημάτων με το αλκοόλ σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον έχει επισημανθεί, ως ένα σημαντικό στοιχείο στη διασφάλιση της επαγγελματικής αφοσίωσης για την ανίχνευση και διαχείριση των σχετικών με το αλκοόλ προβλημάτων, αν δεν ληφθεί υπόψη η συναισθηματική ανταπόκριση των γενικών ιατρών, η επίπτωση μίας τέτοιας υποστήριξης δεν θα επιτύχει το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

8.4 Θα έπρεπε οι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας να παρέχουν χρηματοδότηση για τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας;

Η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ είναι μία κύρια αιτία ανικανότητας και πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη, που οδηγεί σε σημαντικό κόστος για τον τομέα της φροντίδας υγείας και επιπτώσεις στους ενήλικες και στα παιδιά. Αν και υψηλού κόστους αποτελεσματικές παρεμβάσεις υπάρχουν για τη μείωση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης του αλκοόλ, χρησιμοποιούνται ελάχιστα από τους χρήστες και σπάνια περιλαμβάνονται στη ρουτίνα της κλινικής πρακτικής από τους επαγγελματίες υγείας.

Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε 1.000 ασθενείς που αντιμετωπίζονται από ένα γενικό ιατρό, το κόστος για να δημιουργηθεί και να διατηρηθεί ένα πρόγραμμα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης θα είναι κατά μέσο όρο στην Ευρωπαϊκή Ένωση ίσο με 1644€ το χρόνο. Η βραχεία συμβουλή από τον ιατρό με κάλυψη κατά 25% θα γλίτωνε 91 έτη ασθένειας και πρόωρων θανάτων για κάθε 100.000 πληθυσμό, 9% του συνόλου της ασθένειας και των πρόωρων θανάτων που προκαλούνται από το αλκοόλ. Με ένα κόστος 1969€ το χρόνο, για ασθένειες και πρόωρους θανάτους, να προλαμβάνεται, οι βραχείες παρεμβάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ είναι μεταξύ των φθηνότερων ιατρικών παρεμβάσεων που προσφέρουν βελτίωση στην υγεία.

Για να διερευνήσουν τις ανεπάρκειες στη χρήση των αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωση της επικίνδυνης και επιβλαβούς κατανάλωσης, να αυξήσουν την εμπλοκή του τομέα υγείας στην παροχή τέτοιων παρεμβάσεων και να μειώσουν το οικονομικό βάρος που προκαλείται από το αλκοόλ στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι χρηματοδότες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας θα πρέπει να εξασφαλίσουν την παροχή υποστήριξης στην πλήρη και λεπτομερή εφαρμογή αυτών των οδηγιών, και όπου αυτό δεν συμβαίνει, την πλήρη εξασφάλιση πόρων ώστε να αρχίσει η παροχή προγραμμάτων βραχείας παρέμβασης.

8.5 Ποια εργαλεία είναι διαθέσιμα για την αξιολόγηση της επάρκειας των υπηρεσιών;

Η αιτιολογία και η πορεία των διαταραχών χρήσης του αλκοόλ εξηγείται σε μεγάλο μέρος από συμπεριφορικούς, περιβαλλοντικούς και παράγοντες επίδρασης κατά την πορεία της ζωής (McLellan et al. 2000; Bacon 1973; Öjesjö 1981; Edwards 1989; Moos et al. 1990). Οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ μπορούν να περιγραφούν ως περιβαλλοντικά ευαίσθητες (Curran et al. 1987; Pattison et al. 1977; Humphreys et al. 2002) κλινικές διαταραχές, είναι ορατά ευαίσθητες σε παράγοντες περιβαλλοντικής πολιτικής, όπως η τιμή του αλκοόλ και οι κανονισμοί διάθεσής του (Bruun et al. 1975; Edwards et al. 1994; Babor et al. υπό δημοσίευση). Επίσης, είναι ορατά ευαίσθητες σε παρεμβάσεις (Klingemann et al. 1992; Blomqvist 1998), που η επίδρασή τους είναι πιθανό να αυξηθεί με την παρουσία αποτελεσματικής περιβαλλοντικής πολιτικής. Έχει υποστηριχθεί ότι τα συστήματα παρέμβασης θα έπρεπε να είναι τμήμα της ανταπόκρισης της δημόσιας υγείας στις διαταραχές του αλκοόλ και θα έπρεπε να είναι προσιτές, διαθέσιμες και οικονομικά ανεκτές (Heather 1995; Humphreys & Tucker 2002); ιδιαίτερα, συνεδρίες που στοχεύουν σε χρήστες με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ θα έπρεπε να διαμοιράζονται ευρύτερα (Institute of Medicine 1990).

Ένα εργαλείο έχει αναπτυχθεί από το πρόγραμμα της PHEPA για την αξιολόγηση της επάρκειας των προγραμμάτων βραχείας παρέμβασης για την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ (PHEPA 2005). Το εργαλείο περιλαμβάνει 5 διαστάσεις που μπορούν να υποστηρίξουν την εφαρμογή των προγραμμάτων βραχείας παρέμβασης, (καθορίστηκε και κατασκευάστηκε από το παράρτημα Ottawa Charter for Health Promotion -World Health Organization 1986-), τη δημόσια υγεία, τα υποστηρικτικά περιβάλλοντα, τις προσωπικές ικανότητες, και τα συστήματα κοινωνικής δράσης και φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, το εργαλείο αξιολογεί τη διάσταση των συστημάτων φροντίδας υγείας, που περιλαμβάνει τους 5 τομείς οργάνωσης της φροντίδας υγείας, την υποστήριξη για την παροχή παρεμβάσεων, τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών παρεμβάσεων, την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων από επαγγελματίες υγείας και τη λήψη αποτελεσματικών παρεμβάσεων από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Το εργαλείο παρέχει μία βασική μέτρηση των υπηρεσιών διαχείρισης της επιβλαβούς και επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ, της αναγνώρισης περιοχών όπου μπορεί να απαιτείται ανάπτυξη ή ενδυνάμωση των υπηρεσιών, της παροχή ενός μηχανισμού ελέγχου της προσφοράς υπηρεσιών με την πάροδο του χρόνου, της δυνατότητας ανταλλαγής πληροφοριών και πρακτικών μεταξύ χωρών και περιοχών, και της προσφοράς ενός μηχανισμού για δημιουργία συνεργασιών ή συμμετοχών για τη συζήτηση και την ανταλλαγή απόψεων σχετικά με τις υπηρεσίες που διαχειρίζονται την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. Addiction, 96, 305-11.

Adams, A., Ockene, J., Wheller, E., & Hurley, T. (1998) Alcohol advice giving: physicians will do it. Journal of General Internal Medicine 13, 692-698.

Anderson, P. & Clement, S. (1987) The AAPPQ Revisited. Measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. British Journal of Addiction 82, 753-759.

Anderson, P., Kaner, E. Wutzke, S, Wensing, M., Grol, R., Heather, N. & Saunders, J. (2003) Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based

on findings of a WHO international Collaborative Survey. Alcohol and Alcoholism, 38, 597-601.

Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Grol, R. & Wensing, M. (2004a) Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. Journal of Studies on Alcohol, 65, 191-199.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A. & Pas, L. (2004b) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on Findings from a WHO Collaborative Study. Alcohol and Alcoholism, 39, 351-356.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hill L, Holder HD, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R & Rossow I (2003) Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Bacon, S. D. (1973) The process of addiction to alcohol: social aspects. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1-27.

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Mowatt, G., Oxman, A.D. and Zwarenstein M (eds) (2002) Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.

Blomqvist, J. (1998) The .Swedish model. of dealing with alcohol problems: historical trends and future challenges. Contemporary Drug Problems, 25, 253-320.

Bonevski, B., Sanson-Fisher, R.W., Campbell, E., Carruthers, A. & Reid, A.L. (1999) and Ireland,
M. Randomized controlled trial of a computer strategy to increase general practitioner preventive care. Preventive Medicine, 29, 478-86.

Borgiel, A.E., Williams, J.I., Davis, D.A., Dunn, E.V., Hobbs, N., Hutchison, B. et al. (1999) Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. CMAJ, 161, 965-70.

Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R. E., Room, R., Schmidt, W., Skög, O-J., Sulkunen, P. & Osterberg, E. (1975) Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A. & Paccaud, F. (2000) Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Family Practice, 17, 535-40.

Curran, W., Arif, A. & Jayasuriya, D. (1987) Guidelines for assessing and revising national legislation on treatment of drug- and alcohol-dependent persons. International Digest of Health Legislation, 38, Suppl. 1.

Edwards, G. (1989) As the years go rolling by: drinking problems in the time dimension. British Journal of Psychiatry, 154 18-26.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., & Skog, O-J. (1994) Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.

Freemantle, N., Grilli, R., Grimshaw, J.M. and Oxman, A.D. (1995) Implementing the findings of medical research: the Cochrane Collaboration on Effective Educational Practice. Quality Health Care, 4,45-7.

Funk, M., Wutzke, S., Kaner, E., Anderson, P., Pas, L., McCormick, R., Gual, A., Barfod, S., Saunders, J. (2005) A multi country controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study. Journal of Studies on Alcohol, 66(3):379-88.

Gomel, M.K., Wutzke, S.E., Hardcastle, D.M., Lapsley, H., and Reznik, R.B. (1998) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. Social Science & Medicine, 47, 203-11.

Gual, A. & Colom, J. A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: Spain. Unpublished data obtained from Funk et al. (2005).

Heather, N. (1995) Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. Alcohol and Alcoholism, 30, 287-296.

Hulscher, M.E.J.L., Wensing, M., van der Weijden, T. and Grol, R. (2002) Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.

Humphreys, K., & Tucker, J. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. Addiction 97, 126-132.

Institute of Medicine (1990) Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC: National Academy Press.

Kaariainen, J., Sillanaukee, P., Poutanen, P. & Seppa, K. (2001) Opinions on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. Alcohol Alcohol, 36, 1416.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A. & Gilvarry, E. (1999a) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol Alcohol, 34, 559-66.

Kaner, E.F., Lock, C.A., McAvoy, B.R., Heather, N., & Gilvarry E. (1999b) A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. British Journal of General Practice, 49, 699-703.

Klingemann, H., Takala, J-P. & Hunt, G., eds. (1992) Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries. Albany, NY: State University Of New York Press.

Lock, C.A. and Kaner, E.F. (2000) Use of marketing to disseminate brief alcohol intervention to general practitioners: promoting health care interventions to health promoters. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 6, 345-57.

McAvoy, B.R., Kaner, E.F., Lock, C.A., Heather, N. & Gilvarry, E. (1999) Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. British Journal of General Practice, 49, 187-90.

McCormick, R., Adams, P., Powell, A., Bunbury, D., Paton Simpson, G. and McAvoy, B. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation

of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborative Study: New Zealand. Unpublished data obtained from Funk et al.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O.Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000) Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. Journal of the American Medical Association, 284, 1689-1695.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990) Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome. New York: Oxford University Press.

Öjesjö, L. (1981) Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. British Journal of Addiction, 76, 391-400.

Pas, L. & Garmyn, B. (2005) A randomised controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Findings of a WHO Collaborativ e Study: Belgium. Unpublished data obtained from Funk et al.

Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C., eds. (1977) Emerging Concepts of Alcohol Dependence. New York: Springer.
PHEPA (2005). Primary Health Care European Project on Alcohol. Information available from: http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html

Richmond, R.L. & Mendelsohn, C.P. (1998) Physicians' views of programs incorporating stages of change to reduce smoking and excessive alcohol consumption. American Journal of Health Promotion, 12, 254-7.

Roche, A.M & Richard, G.P. (1991) Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. Social Science & Medicine, 33,1053-61.

Roche, A.M., Guray, C. & Saunders, J.B. (1991) General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. British Journal of Addiction, 86, 263-75.

Roche, A.M., Parle, M.D. & Saunders, J.B. (1996) Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 20, 401-8.

Rodney, W.M., Nutter, D. & Widoff, B. (1985) Recording patients' consumption of social drugs in a family medicine residency: a longitudinal study. Family Practice, 2, 86-90.

Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N. & Harvey, E.L. (2002) Educational outreach visits: effects on educational practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.

Wilson, A., McDonald, P., Hayes, L. and Cooney, J. (1992) Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. British Medical Journal, 304, 227-30.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health promotion. Geneva, World Health Organization.

Wutzke, S.E., Shiell, A., Gomel, M.K. and Conigrave, K.M. (2001) Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. Social Science & Medicine, 52, 863-70.

9. Αξιολόγηση της προκαλούμενης βλάβης από το αλκοόλ και της εξάρτησης από αυτό

Περίληψη κεφαλαίου

Αξιολόγηση της προκαλούμενης βλάβης από το αλκοόλ και της εξάρτησης από αυτό

Οι ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ καθώς και τα άτομα που εγείρουν την κλινική υποψία μίας επιβλαβούς κατανάλωσης ή μίας εξάρτησης από το αλκοόλ μπορούν να επωφεληθούν από την περαιτέρω αξιολόγηση. Ένα εργαλείο πρώτης γραμμής είναι η κλίμακα δέκα λημμάτων AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Μία βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 20 στην κλίμακα AUDIT είναι ενδεικτική ύπαρξης εξάρτησης από το αλκοόλ (αν και κάτι παρόμοιο μπορεί να ισχύει και σε μικρότερες βαθμολογίες) και οι ασθενείς μπορεί να χρήζουν παραπομπής σε έναν ειδικό, για διάγνωση και θεραπεία. Η εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να μετρηθεί με τη χρήση του εργαλείου δομημένης συνέντευξης CIDI (Composite International Diagnostic Interview) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εξάρτηση από το αλκοόλ. Το εργαλείο αυτό αποτελείται από επτά ερωτήσεις για τη μέτρηση της εξάρτησης από το αλκοόλ, με τη θετική απάντηση σε τέσσερις ή περισσότερες ερωτήσεις να θεωρείται ως διαγνωστική. Τα αυξημένα επίπεδα στον ορό του αίματος της γGT και των αμινοτρανσφερασών, των CDT και MCV, οφείλονται συχνά στη χρήση αλκοόλ. Μιας και ο εργαστηριακός αυτός έλεγχος γίνεται ως μέρος των βιοχημικών εξετάσεων ρουτίνας, η ύπαρξη αυξημένων τιμών θα πρέπει να κινητοποιεί τον κλινικό προς μία πιθανή διάγνωση εξάρτησης ή επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ.

Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης

Τα άτομα με σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανό να βιώσουν στερητικά συμπτώματα 6 με 24 ώρες μετά την τελευταία κατανάλωση. Η διαζεπάμη προτείνεται ως η θεραπεία πρώτης εκλογής για τα στερητικά συμπτώματα εξαιτίας της σχετικά μακράς διάρκειας ημιζωής και των δεδομένων για την αποτελεσματικότητά της. Η συνήθης θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει συστηματική χορήγηση διαζεπάμης για δύο με έξι ημέρες, χωρίς να παρατείνεται άνω των έξι ημερών ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος εξάρτησης.

Αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ

Κάποια άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ βελτιώνονται από μόνα τους και δεν απαιτείται η αντιμετώπιση από ειδικό κάθε ατόμου με εξάρτηση, αν και για πολλούς είναι αναγκαίο. Τα άτομα με αλκοολική εξάρτηση μπορούν να αντιμετωπιστούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εάν συμφωνήσουν να απέχουν ακόμη και αν θεωρούν ότι δεν είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ; εάν αρνούνται να παραπεμφθούν σε κάποιο εξειδικευμένο κέντρο; Και εάν δεν παρουσιάζουν κάποιες σοβαρές ψυχιατρικές, κοινωνικές ή ιατρικές επιπλοκές. Τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ θα πρέπει να παραπέμπονται προς κάποια εξειδικευμένη θεραπεία όταν υπάρχουν προηγούμενες ανεπιτυχείς θεραπευτικές απόπειρες; όταν υπάρχουν επιπλοκές ή κίνδυνος εμφάνισης μέτριων ή σοβαρών στερητικών συμπτωμάτων; Όταν υπάρχει σοβαρή ιατρική πάθηση ή ψυχιατρική συννοσηρότητα; και όταν η θεραπεία δεν μπορεί να γίνει από την ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι εξειδικευμένες θεραπείες περιλαμβάνουν συμπεριφορικές προσεγγίσεις και φαρμακοθεραπεία. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η προσέγγιση ενίσχυσης της κοινωνικότητας και η συμπεριφορική οικογενειακή θεραπεία είναι μεταξύ των πλέον αποτελεσματικών θεραπειών, ειδικότερα όταν επικεντρώνονται στην ικανότητα του ατόμου να σταματήσει ή να μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ μέσω της εκμάθησης δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης, της ενίσχυσης των κινήτρων και της ενίσχυσης του συστήματος υποστήριξης του ατόμου. Η ακαμπροσάτη (Acamprosate) και ο ανταγωνιστής των οπιοειδών ναλτρεξόνη (naltrexone) είναι επίσης αποτελεσματικά. Οι μέθοδοι που στερούνται αποτελεσματικότητας περιλαμβάνουν εκείνες που είναι σχεδιασμένες να εκπαιδεύσουν, να συμμορφώσουν, να σοκάρουν ή να ενισχύσουν την αυτογνωσία, ανεξαρτήτως της φύσης και των αιτιών της εξάρτησης, όπως και η υποχρεωτική παρακολούθηση των Ανώνυμων Αλκοολικών. Υπάρχουν λίγα δεδομένα ικανά να προτείνουν ότι το τελικό αποτέλεσμα των επιμέρους θεραπειών μπορεί να βελτιωθεί όταν οι ασθενείς δέχονται διάφορους τύπους θεραπείας.

Το καλύτερο μοντέλο συσχέτισης της πρωτογενούς φροντίδας υγείας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, δεν είναι σαφές, αν και φαίνεται ο συνδυασμός τους να δίνει καλύτερα αποτελέσματα έναντι της επιμέρους εφαρμογή τους. Η συνέχιση της παρακολούθησης (follow up) μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο υποτροπής, γι'αυτό και είναι σημαντικό οι παρέχοντες πρωτογενή φροντίδα υγείας να διατηρούν μακροπρόθεσμα μία επαφή με ασθενείς που έχουν αντιμετωπιστεί για αλκοολική εξάρτηση και οι οποίοι δεν παρακολουθούνται από εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Όπως περιγράφεται στο κεφάλαιο 1, ο σκοπός αυτών των κλινικών οδηγιών είναι να συνοψίσουν τα δεδομένα περί των βλαβερών συνεπειών του αλκοόλ και του τρόπου

ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Δεν αποτελούν εγχειρίδιο θεραπείας της εξάρτησης από το αλκοόλ. Ωστόσο, το κεφάλαιο αυτό, περιγράφει σε συντομία την εξάρτηση από την αλκοόλη και το πώς αξιολογείται και αντιμετωπίζεται, ώστε οι πάροχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να γνωρίζουν τι να αναμένουν όταν οι πιο δύσκολοι ασθενείς παραπέμπονται σε εξειδικευμένη φροντίδα.

9.1 Ο σκοπός της αξιολόγησης

Ο σκοπός της αξιολόγησης. Η αξιολόγηση έχει 2 σημαντικές λειτουργίες. Πρώτα βοηθάει τον ασθενή και τον κλινικό να αναπτύξουν κοινούς θεραπευτικούς στόχους και ένα σχέδιο δράσης. Διαφορετικοί ασθενείς θα απαιτήσουν και διαφορετικές προσεγγίσεις, καθώς οι άνθρωποι με πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ δεν παρουσιάζουν μία ομοιογενή ομάδα προβλημάτων. Συνωδά ή υποβόσκοντα προβλήματα θα πρέπει να αναγνωρίζονται, ακόμη κι αν η σχέση μεταξύ τους δεν είναι σαφής. Δεύτερον, η συνέντευξη αξιολόγησης χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης. Αν ο κλινικός δείχνει προς τον ασθενή ενσυναίσθηση και ευγένεια και του δίνει μία αίσθηση ελπίδας και αισιοδοξίας, ο ασθενής έχει μικρότερη πιθανότητα να λάβει μία αμυντική στάση και είναι πιθανότερο να δεχθεί τη δυνατότητα αλλαγής. Σε αυτή την κοινή διαδικασία, η ανάδραση από τον κλινικό μπορεί να ενθαρρύνει τον ασθενή να αποτιμήσει την κατάστασή του από μία νέα οπτική. Η αξιολόγηση είναι η αρχή της θεραπείας και η βαθιά κατανόηση κατά την εφαρμογή της για τον χρήστη και την οικογένειά του είναι σημαντική. Η προσέγγιση του κλινικού πρέπει να είναι θετική αλλά ρεαλιστική.

Οι αρχές της αξιολόγησης. Η αξιολόγηση είναι μία από τις αρχικές ευκαιρίες που έχει ο κλινικός για τη δέσμευση και παραμονή του ασθενή στη θεραπεία. Η εντατική θεραπεία για προβλήματα αλκοολισμού θα πρέπει να αρχίζει με μία περιεκτική αξιολόγηση ώστε να επιλεγεί οι πιο κατάλληλη παρέμβαση(-σεις). Η αξιολόγηση θα πρέπει να ισοσταθμίζεται με την επίτευξη προόδου στη θεραπεία ώστε ο ασθενής να παραμένει κινητοποιημένος. Επίσης, θα πρέπει να οδηγεί σε στόχους συμφωνημένους και σε ένα θεραπευτικό σχέδιο. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να βασίζεται στην πλέον αποτελεσματική παρέμβαση για τον ασθενή, και όχι μόνο στο είδος της θεραπείας που τυπικά προσφέρεται. Είναι προτιμότερο ο ασθενής να έχει ενημερωθεί για τις διαθέσιμες τοπικά επιλογές θεραπείας και να βοηθηθεί ώστε να κάνει μια λογική επιλογή ανάλογα με τις ανάγκες του (ή της). Η αξιολόγηση θα πρέπει να συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας καθώς η πρόοδος του ασθενή εκτιμάται σε σχέση με τους στόχους που είχαν τεθεί γι'αυτόν. Η αξιολόγηση θα πρέπει να συνδυάζει μία ποικιλία τεχνικών για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή, περιλαμβάνοντας διαγνωστικές συνεντεύξεις, σταθμισμένα ερωτηματολόγια, ιατρικές εξετάσεις και/ή βιοχημικές εξετάσεις.

Πολλές πληροφορίες μπορούν καλύτερα να συλλεχθούν μέσω μίας ημιδομημένης, ανοιχτού τέλους συνέντευξης, διενεργώντας μία κατευθυνόμενη διερεύνηση των υποκειμενικών εμπειριών του ασθενή, σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ. Γεγονός που έχει το πλεονέκτημα της προσωπικής εμπλοκής του κλινικού με άμεση κατεύθυνση στον πότη, παρά μία μηχανική και απρόσωπη διαδικασία. Ωστόσο, θα πρέπει να διατηρεί μια δομή με τελικό σκοπό ώστε να αποφεύγεται μια ασαφής, και χωρίς κατεύθυνση συζήτηση σχετικά με το ιστορικό του πότη. Η αξιολόγηση θα πρέπει να εμβαθύνει στην παρούσα κατάσταση του ασθενή. Πληροφορίες για παρελθούσες εμπειρίες είναι χρήσιμες στη διευκρίνηση του πώς έφθασε ο ασθενής στην παρούσα

κατάσταση και τι συντηρεί δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές. Εντούτοις, η αξιολόγηση θα πρέπει να κατευθύνεται προς τη συλλογή πληροφοριών που θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση μίας θεραπείας κατάλληλης για τον ασθενή.

Εμπλοκή του ασθενή στη θεραπεία. Η εμπλοκή του ασθενή μπορεί να ειδωθεί με όρους έντασης και διάρκειας της συμμετοχής του στη θεραπεία. Τα υψηλότερα επίπεδα εμπλοκής είναι προγνωστικά θετικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και εξαρτώνται, με τη σειρά τους, τόσο από τα χαρακτηριστικά του ασθενή –για παράδειγμα. το προ της θεραπείας κίνητρο, τα υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ προ της θεραπείας, τα υψηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης – όσο και από τις εμπειρίες θεραπείας: την ισχύ της θεραπευτικής σχέσης, την προσλαμβανόμενη αδυναμία παροχής βοήθειας από τις θεραπευτικές δομές, την ενσυναίσθηση του κλινικού, την απομάκρυνση πρακτικών εμποδίων όπως η μεταφορά και η συμπερίληψη εκπαίδευσης σε θέματα πρόληψης υποτροπών (Fiorentine et al 1999; Joe et al 1999). Τα χαρακτηριστικά του κλινικού και η θεραπευτική σχέση είναι επίσης κρίσιμα στην εμπλοκή του ασθενή στη θεραπεία (Ritter et al 2002). Η αντίληψη των ασθενών για το κενό μεταξύ των σκοπών τους και της παρούσας κατάστασης τους μπορεί να βελτιώσει το κίνητρο για αλλαγή (Miller 1995). Η αναγνώριση των στόχων των ασθενών παρά η επιμονή σε μία συγκεκριμένη ομάδα στόχων είναι περισσότερο αποτελεσματική για την κινητοποίησή τους (Miller 1987) και μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα (Sanchez Craig 1990). Υπάρχουν επίσης, δεδομένα πως παρέχοντας στον ασθενή τη δυνατότητα επιλογής των θεραπευτικών δυνατοτήτων βελτιώνεται η διάρκεια της θεραπείας (Rokke et al 1999).

9.2 Μέθοδοι αξιολόγησης

Το Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) ως εργαλείο αξιολόγησης

Ένα εργαλείο πρώτης γραμμής είναι το τεστ των 10 σημείων του Π.Ο.Υ. γνωστό ως τεστ AUDIT. (Babor et al 2001) (βλ. Κεφ. 5). Το AUDIT δε σχεδιάστηκε μόνο για την ανίχνευση λιγότερο σοβαρών προβλημάτων αλκοόλης, όπως η επιβλαβής και επικίνδυνη χρήση του αλκοόλ, αλλά και για τις διαταραχές εξάρτησης. Υψηλά σκορ σε τρία (3) λήμματα, απουσία υψηλών σκορ στα εναπομένοντα, υποδηλώνουν επικίνδυνη χρήση του αλκοόλ. Υψηλά σκορ σε 4 άλλα θέματα δείχνουν επιβλαβή χρήση αλκοόλ και υψηλά σκορ στα εναπομένοντα 3 υποδεικνύουν την ύπαρξη ή εμφάνιση εξάρτησης από το αλκοόλ. Σκορ ίσο με 8 ή άνω στο τεστ AUDIT υποδηλώνει ένα μελλοντικό κίνδυνο εμπλοκής σε επικίνδυνη κατανάλωση, φυσικής και κοινωνικής βλάβης καθώς και χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σκορ στο AUDIT που κυμαίνονται μεταξύ 16-19 θεωρούνται ενδεικτικά επιβλαβούς και επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ, που μπορούν να αντιμετωπιστούν με ένα συνδυασμό απλών συμβουλών, βραχείας συμβουλευτικής και συνεχούς παρακολούθησης, με ένδειξη περαιτέρω διαγνωστικής αξιολόγησης σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ανταποκριθεί ή είναι ύποπτος πιθανής εξάρτησης. Σκορ AUDIT 20 και ή περισσότερο είναι ενδεικτικά εξάρτησης από το αλκοόλ (αν και αυτό μπορεί να συμβεί και σε χαμηλότερα σκορ) και οι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν παραπομπή σε κάποιον ειδικό για διαγνωστική αξιολόγηση και αντιμετώπιση.

Τα λειτουργικά χαρακτηριστικά του τεστ AUDIT, ως ένα εργαλείο ανίχνευσης της εξάρτησης από το αλκοόλ, ποικίλουν, με το διαγνωστικό όριο να χρησιμοποιείται προκειμένου να καθοριστούν τα θετικά αποτελέσματα ενός ελέγχου και να διερευνηθεί μία παρούσα ή κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (π.χ. εάν οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια των διαταραχών αυτών οποτεδήποτε στη ζωή τους) διάγνωση. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη το AUDIT είχε ευαισθησία 61% και ειδικότητα 90% για μία

παρούσα διαταραχή χρήσης του αλκοόλ, με όριο ανίχνευσης το 8 (Barry et al. 1993) (για τους ορισμούς ευαισθησίας και ειδικότητας βλ. Κεφ. 5). Αλλάζοντας το όριο ανίχνευσης σε σκορ άνω του 11, το αποτέλεσμα ήταν μία αναμενόμενη μείωση της ευαισθησίας στο 40% και μία αύξηση της ειδικότητας στο 96%. Τα χαρακτηριστικά απόδοσης άλλαξαν δραματικά όταν οι ερευνητές έλαβαν υπόψη τις δια βίου διαταραχές χρήσης του αλκοόλ. Σε αυτή την περίπτωση, το AUDIT είχε ευαισθησία 46% και 30% και μία ειδικότητα 90% και 97% με τη χρήση των ορίων ανίχνευσης με σκορ 8 και 11 αντίστοιχα, (Barry et al. 1993). Άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι το τεστ AUDIT είχε ευαισθησία 63% και 93% και ειδικότητα 96% και 96%, για μία παρούσα ή δια βίου διάγνωση εξάρτησης, αντίστοιχα (Isaacson et al. 1994). Το AUDIT δεν ήταν το ίδιο αποτελεσματικό σε μία μελέτη των Schmidt et al (1995). Στη μελέτη αυτή, το τεστ είχε ευαισθησία 38% με ειδικότητα 95% για μία δια βίου διάγνωση εξάρτησης.. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με των Morton et al (1996) με όριο ανίχνευσης το 8 σε πληθυσμό ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Στη μελέτη αυτή το τεστ είχε ευαισθησία 33% με ειδικότητα 91%. Το τεστ AUDIT έχει επισημανθεί ότι είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά αποτελεσματικότητας μεταξύ πληθυσμών διαφορετικής εθνικότητας και φύλων (Steinbauer et al. 1998). Στο όριο ανίχνευσης το 8 για ένα θετικό αποτέλεσμα, το AUDIT είχε ευαισθησία μεταξύ 70% και 92% και ειδικότητα μεταξύ 73% και 94%, με διακύμανση ανάλογη του διαφορετικού φύλου και εθνικότητας.

Η συνέντευξη CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Η συνέντευξη CIDI περιλαμβάνει ένα σχέδιο συνέντευξης για τη διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ, σχεδιάγραμμα 9.1 (World Health Organization 2002a).

Το σκορ για την εξάρτηση (κυμαινόμενο μεταξύ 0-7) είναι ισοδύναμο με τον αριθμό των θετικών απαντήσεων στις ερωτήσεις των 7 συμπτωμάτων (World Health Organization 2002b). Οι ερωτήσεις 1.1 και 6.1 **δεν** χρησιμοποιούνται στον καθορισμό του σκορ. Ένα σκορ ίσο με 3 θεωρείται ως μία πιθανή περίπτωση εξάρτησης από το αλκοόλ και ένα σκορ ίσο με 4 ή μεγαλύτερο ως ένα περιστατικό πάσχων από αλκοολική εξάρτηση.

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση μπορεί μερικές φορές να βοηθήσει στην ανίχνευση μίας χρόνιας επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ. Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί κλινικές τεχνικές ελέγχου (Babor et al. 1985). Αυτές περιλαμβάνουν έλεγχο για τρόμο των χεριών, την εμφάνιση των αγγείων του προσώπου και τις αλλαγές των βλεννογόνων μεμβρανών (π.χ. επιπεφυκίτιδα) και της στοματικής κοιλότητας (π.χ. γλωσσίτιδα).

Ένεση επιπεφυκότα. Η κατάσταση του ιστού του επιπεφυκότα αξιολογείται βάσει της έκτασης συμφόρησης των τριχοειδών και του ίκτερου του σκληρού χιτώνα. Η εξέταση γίνεται καλύτερα στο φως της ημέρας ζητώντας από τον ασθενή να κατευθύνει το βλέμμα προς τα πάνω και μετά κάτω ενώ συγχρόνως ανασπώνται τα άνω και κάτω βλέφαρα. Κάτω από κανονικές συνθήκες, το έντονο λευκό κατανέμεται ευρέως.. Αντιθέτως, η τριχοειδική συμφόρηση αντανακλάται στην εμφάνιση αγγειακών στοιχείων χρώματος μπορντό και στην εμφάνιση κιτρινοπράσινης χροιάς στον σκληρό χιτώνα.

Αφύσικη αγγείωση του δέρματος. Αξιολογείται καλύτερα με την εξέταση του προσώπου και του λαιμού. Αυτές οι περιοχές συχνά δίνουν στοιχεία ύπαρξης λεπτών, σαν σύρματα αρτηριολίων, με εικόνα ερυθρίασης. Άλλα σημεία χρόνιας χρήσης αλκοόλ

περιλαμβάνουν της εμφάνιση χήνιου δέρματος στο λαιμό και κιτρινωπών κηλίδων στο δέρμα.

Τρόμος χεριών. Το σημείο αυτό θα πρέπει να εκτιμάται με τους βραχίονες σε πρόσθια έκταση, μισο-λυγισμένους αγκώνες και τα χέρια σε περιστροφή περί τη μέση γραμμή.

Τρόμος γλώσσας. Το σημείο αυτό θα πρέπει να εκτιμάται με τη γλώσσα προεξέχουσα σε μικρή απόσταση πέρα από τα χείλια, αλλά όχι υπερβολικά.

Ηπατομεγαλία. Οι ηπατικές αλλοιώσεις θα πρέπει να αξιολογούνται τόσο ως προς τον όγκο όσο και ως προς την υφή τους. Ο αυξημένος όγκος μπορεί να αποτιμηθεί με το πλάτος των δακτύλων κάτω από το πλευρικό όριο. Η υφή μπορεί να εκτιμηθεί ως φυσιολογική, σε τάση, σκληρή και πολύ σκληρή.

Σχεδιάγραμμα 9.1 Συνέντευξη CIDI για τη μέτρηση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

1 Τους προηγούμενους 12 μήνες υπήρξε κάποια περίπτωση όπου η κατανάλωση αλκοόλ ή κάποιο hung over επηρέασε τη λειτουργία σας στο σχολείο, στο σπίτι ή στην εργασία σας;
1 Ναι
2 Όχι

1.1 Εάν ναι, πόσο συχνά τον προηγούμενο χρόνο;
1 Μια φορά ή δύο φορές
2 Μεταξύ 3 και 5 φορές
3 Μεταξύ 6 και 10 φορές
4 Μεταξύ 11 και 20 φορές
5 Πάνω από 20 φορές

2 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ήσασταν ποτέ υπό την επήρεια αλκοόλ σε κάποια κατάσταση που θα μπορούσατε να κινδυνέψετε - όπως οδήγηση αυτοκινήτου ή σκάφους, χρήση μαχαιριών, όπλων ή μηχανημάτων ή οτιδήποτε άλλο;
1 Ναι
2 Όχι

3 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, είχατε κάποιο συναισθηματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα από τη χρήση αλκοόλ - όπως το να αισθάνεστε αδιάφορος για πράγματα, καταθλιπτικός, καχύποπτος με τους ανθρώπους, παρανοϊκός ή να έχετε παράξενες ιδέες;
1 Ναι
2 Όχι

4 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, μήπως είχατε έντονη επιθυμία ή ανάγκη να πιείτε σε σημείο να μην μπορείτε να το αποφύγετε;

1 Ναι
2 Όχι

5 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, μήπως είχατε μία περίοδο ενός μηνός ή περισσότερο κατά την οποία περνούσατε μεγάλο μέρος του χρόνου σας πίνοντας ή αναρρώνοντας από τις επιδράσεις του αλκοόλ;
1 Ναι
2 Όχι

6 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, μήπως είχατε να πιείτε ή ήπιατε περισσότερο από ότι σκοπεύατε;
1 Ναι
2 Όχι

6.1 Εάν ναι, πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο;
1 Μία ή δύο φορές
2 Μεταξύ 3 και 5 φορών
3 Μεταξύ 6 και 10 φορών
4 Μεταξύ 11 και 20 φορών
5 Πάνω από 20 φορές

7 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, υπήρξε φορά που έπρεπε να πιείτε πολύ περισσότερο από ότι συνηθίζατε για να αισθανθείτε το ίδιο αποτέλεσμα που επιθυμούσατε;
1 Ναι
2 Όχι

Εργαστηριακά τεστ

γ–γλουταμυλ τρανσφεράση (GGT). Ενώ η GGT μπορεί να αυξηθεί χωρίς την ύπαρξη ηπατικής βλάβης (Wu et al. 1976; Majumdar et al. 1991), τείνει επίσης να είναι ο πρώτος δείκτης που αυξάνεται κατά την επαγόμενη από το αλκοόλ ηπατική βλάβη (Rosalki 1984). Μαζί με τις αμινοτρανσφεράσες, τα επίπεδα αλβουμίνης και χολερυθρίνης και την πηκτικότητα του αίματος, η έκταση της αύξησης των τιμών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένας ευρύς δείκτης της παρουσίας ή της σοβαρότητας ηπατικής ανεπάρκειας, αν και τα επίπεδα της GGT μπορεί να μειωθούν σε προχωρημένη κίρρωση. Ποσοστά μεταξύ 5% και 20% των εξαρτημένων ατόμων από το αλκοόλ με ιστολογικά φυσιολογικό ήπαρ δείχνουν αύξηση της γGT, συγκρινόμενοι με το άνω του 90% των εξαρτημένων χρηστών με κίρρωση (Wu et al. 1976; Majumdar et al. 1991; Moussavian et al. 1985; Matsuda et al. 1993). Η αύξηση της γGT μπορεί επίσης, να είναι δείκτης άλλων επιπλοκών της χρήσης του αλκοόλ: οι βαρείς πότες με αυξημένα επίπεδα γGT είναι πιθανότερο να έχουν επίσης υπέρταση, έναντι των ατόμων με ίδιο επίπεδο κατανάλωσης και φυσιολογικά επίπεδα γGT (Hashimoto et al. 2001). Η γGT έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας ανεξάρτητος δείκτης μελλοντικής υπέρτασης και μία αύξηση της γGT θεωρείται ως δείκτης αυξημένης ευαλωτότητας στην επίδραση του αλκοόλ στην πίεση (Yamada et al. 1989; 1991).

Επιπλέον, στη διερεύνηση της παρούσας παθολογίας, τα επίπεδα γGT έχουν αναφερθεί ως προγνωστικά μίας μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η γGT αποδείχθηκε προγνωστική όλων των αιτιών θνησιμότητας σε 3 μεγάλες ομάδες ανδρών (Peterson et al. 2003; Hood et al. 1990; Wannamethee et al 1995; Brenner et al. 1997). Στη μελέτη

του Malmö της Σουηδίας, τα ευρήματα της γGT σε σημαντικό ποσοστό των ατόμων της κοινότητας ήταν επίσης προγνωστικά νοσηλείας για τα ακόλουθα 4,7 έτη (Kristenson 1987). Η γGT είναι προγνωστική της επακόλουθης ανάπτυξης υπέρτασης (Miura et al 1994; Conigrave et al 1995; Lee et al. 2002), ανεξαρτήτως της βασικής κατανάλωσης αλκοόλ, διαβήτη (Perry et al. 1998) και θρομβωτικού αγγειακού εγκεφαλικού εμφράκτου (Jousilahti et al. 2000). Έγκυες με αυξημένα επίπεδα γGT έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν παιδί με εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (Halmesmaki et al. 1986), αν και η ευαισθησία για την πρόγνωση αυτής της κατάστασης είναι μόνο 50% (για ειδικότητα 80%) σε έγκυες που πίνουν πάνω από 100g αλκοόλης την εβδομάδα (Sarkola et al 2000).

Η γGT χρησιμοποιείται τακτικά (Persson & Magnusson 1989; Anton et al. 2002) για τον έλεγχο της ανταπόκρισης ως προς τη θεραπεία. Τυπικά, η μείωση στα επίπεδα της γGT θα είναι εμφανής από την πρώτη εβδομάδα μείωσης ή διακοπής της κατανάλωσης αλκοόλ και θα είναι ιδιαίτερα έκδηλη μέχρι το τέλος του πρώτου μήνα (Monteiro & Masur 1986). Η πρώιμη μείωση μπορεί να βοηθήσει στην επιβεβαίωση μίας διάγνωσης βαριάς κατανάλωσης. Τα επίπεδα γGT τυπικά μειώνονται στο ήμισυ προς τα φυσιολογικά όρια μετά από 5,17 μέρες αποχής (Lamy et al 1974). Η μείωση προς τα φυσιολογικά επίπεδα απαιτεί περισσότερο χρόνο για τους εξαρτημένους χρήστες, με μία αναφερόμενη ημίσεια ζωής της τάξης των 26 ημερών (Orrego et al 1985). Τα επίπεδα της γGT είναι πιθανό να αυξηθούν 20,30% άνω των ορίων αναφοράς σε εξαρτημένους χρήστες που υποτροπιάζουν (Anton et al 1996; Anton et al 2002; Irwin et al 1988). Η γGT χρησιμοποιήθηκε τόσο ως μία κύρια μέθοδος ελέγχου όσο και ως ένα εργαλείο παρέμβασης στη μελέτη Malmö στη Σουηδία (Kristenson 1987; Kristenson et al 1983). Οι μεσήλικες άνδρες με επίπεδα γGT στα ανώτερα επίπεδα τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδες υπό θεραπεία και σε ομάδες ελέγχου. Στις ομάδες υπό θεραπεία οι άνδρες έλαβαν υπηρεσίες συμβουλευτικής και ενημερώθηκαν για τη σχέση μεταξύ των αυξημένων επιπέδων γGT και της κατανάλωσης αλκοόλ. Κάθε 3 μήνες τα αποτελέσματα της γGT αναφερόταν στους ασθενείς μαζί με συμβουλευτική για την κινητοποίηση τους υποστήριξη. Η ομάδα που δέχθηκε παρέμβαση βρέθηκε να έχει σημαντική μείωση στις άδειες ασθενείας και στις ημέρες νοσηλείας και μία μη σημαντική μείωση στη θνησιμότητα, σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου (Kristenson 1987; Kristenson et al 1983). Παρόμοια, η γGT χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς ως μέρος της ανίχνευσης και της παρέμβασης στη μελέτη Tromsø στη Νορβηγία (Nilssen 1991). Στην κλινική πράξη η γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων των αιματολογικών εξετάσεων είναι χρήσιμη τόσο στην κινητοποίηση των ασθενών προς την αλλαγή της κατανάλωσης αλκοόλ όσο και ενθάρρυνση των ατόμων που έχουν σημειώσει πρόοδο, αν και καμία μελέτη δεν έχει καθορίσει την έκταση του οφέλους που προκύπτει μόνο από την συμβουλευτική παρέμβαση.

Οι αμινοτρανσφεράσες AST και ALT. Η AST (γνωστή και ως SGOT, γλουταμικοξαλοξική τρανσαμινάση) και η ALT (επίσης γνωστή ως SGPT, γλουταμικοπυρουβική τρανσαμινάση) είναι ευαίσθητοι δείκτες βλάβης των ηπατοκυττάρων (Pratt & Kaplan 2000). Όπως η γGT, οι αμινοτρανσφεράσες δεν αυξάνονται με ένα μόνο περιστατικό υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (Devgun et al 1985; Nemesanszky et al 1988; Freer & Statland 1977). Οι αμινοτρανσφεράσες είναι λιγότερο ευαίσθητες από τη γGT στην ανίχνευση βαριάς αλκοολικής κατανάλωσης. Όπως η γGT, οι αμινοτρανσφεράσες δρουν όχι μόνον ως δείκτες κατανάλωσης αλκοόλης αλλά και ως δείκτες ηπατικής βλάβης από το αλκοόλ.

Μέσος όγκος ερυθροκυττάρων (Erythrocyte Mean Cell Volume ή MCV). Το τεστ MCV γίνεται τόσο συχνά ώστε υπάρχει η ευκαιρία να χρησιμοποιηθεί στα τυχαία ευρήματα των διαφόρων περιστατικών. Περίπου το 3,5% των εξωτερικών ασθενών θα έχουν αυξημένα επίπεδα MCV και το αλκοόλ είναι η συχνότερη αιτία γι'αυτό (Seppa et al 1996). Εξαιτίας της αργής ανταπόκρισης του στις μεταβολές της κατανάλωσης ο MCV είναι γενικά ακατάλληλος ως δείκτης της βραχυχρόνιας εξέλιξης (Po et al 1990; Monteiro & Masur 1986).

Αλκοόλ. Το αλκοόλ μπορεί να προσδιορίζεται τακτικά στο αίμα, τα ούρα και την αναπνοή (Helander 2001; Eggers *et al.* 2002). Ο χρόνος ανίχνευσης περιορίζεται σε ώρες και ο απλός προσδιορισμός δεν διευκρινίζει διαφορά μεταξύ βραχυπρόθεσμης και μακροχρόνιας βαριάς χρήσης, αν και οι υψηλές τιμές μπορεί να βοηθήσουν στον προσδιορισμό της ανοχής (Jones 1994; Helander 2001).
Το αλκοόλ διαλύεται στο ολικό ύδωρ του σώματος και ο όγκος κατανομής του θεωρείται αντίστοιχος του ύδατος σώματος (Watson 1989). Ο ολικός όγκος ύδατος σώματος εξαρτάται από την ηλικία, το βάρος και το φύλο και είναι μεγαλύτερο στους άνδρες από τις γυναίκες (περίπου 50,60% του ολικού βάρους σώματος στους άνδρες έναντι 45,55% των γυναικών) (Kyle *et al.* 2001). Έτσι, όταν ένας άνδρας και μία γυναίκα με περίπου ίδιο βάρος και ηλικία καταναλώνουν την ίδια ποσότητα αλκοόλης, η συγκέντρωση της αλκοόλης θα είναι υψηλότερη στη γυναίκα διότι διαλύεται σε μικρότερο όγκο ύδατος σώματος. Τελικά, περίπου το 85% της αλκοόλης που εισέρχεται στο σώμα μεταβολίζεται στο ήπαρ με ενζυμική οξείδωση. Περίπου 7 g αλκοόλης μεταβολίζονται την ώρα, ισοδύναμα περίπου με ένα ποτό την ώρα.

Η συγκέντρωση του αλκοόλ στο πλήρες αίμα ή στην αναπνοή έχει γίνει η καθιερωμένη μέθοδος μέτρησης και αναφοράς των επιπέδων αλκοόλ του σώματος. Οι περισσότεροι νόμοι που αναφέρονται στο αλκοόλ διευκρινίζουν ότι η αναλογία του στο πλήρες αίμα χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του επιπέδου τοξίκωσης. Τα επίπεδα αλκοόλης αίματος (Blood Alcohol Levels - BAL) ή η συγκέντρωση αλκοόλ αίματος (Blood Alcohol Concentration - BAC) υπολογίζονται χρησιμοποιώντας το βάρος του αλκοόλ σε milligrams και τον όγκο του αίματος σε deciliters. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μία τιμή BAC εκφραζόμενη ως αναλογία (π.χ. 100mg/ml ή 1g/l) ή ως εκατοστιαίο ποσοστό (π.χ. 0,1% αίματος).

5-HTOL. Ο μεταβολίτης της σεροτονίνης, 5-υδροξυτρυπτοφόλη (5-HTOL), είναι ένα φυσιολογικό, έλασσον συστατικό των ούρων και απεκκρίνεται κυρίως σε συζευγμένη μορφή με το γλυκουρονικό οξύ. Ο σχηματισμός της 5-HTOL αυξάνεται δραματικά μετά την κατανάλωση αλκοόλ εξαιτίας μίας μεταβολικής διαντίδρασης, και η αυξημένη απέκκριση των ούρων παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα (> 5,15 ώρες αναλόγως της δόσης) αφού το αλκοόλ έχει εκμηδενιστεί. Αυτή η βιοχημική δράση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση πρόσφατης λήψης αλκοόλης (Helander & Eriksson 2002). Η 5-HTOL δεν διατίθεται στην κλινική πρακτική.

Αιθυλογλυκουρονίδιο (Ethyl glucuronide ή EtG). Το EtG είναι ένας μη πτητικός, υδατοδιαλυτός, σταθερός και άμεσος μεταβολίτης της αιθανόλης που μπορεί να ανιχνευτεί σε διάφορα σωματικά υγρά, ιστούς και τρίχες. Σύντομα μετά την κατανάλωση ακόμη και μικρής ποσότητας αιθανόλης, το EtG γίνεται θετικό. Ανιχνεύει τη λήψη αιθανόλης έως και 80 ώρες μετά την πλήρη απομάκρυνση του αλκοόλ από το σώμα (WHO/ISBRA Study on State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence 1997). Το EtG δεν είναι διαθέσιμο στην καθημερινή πρακτική για κλινικούς σκοπούς.

Παράγωγα ακεταλδεΰδης και αντισώματα. Η αιθανόλη μεταβολίζεται σε ακεταλδεΰδη με την αλκοολική αφυδρογονάση, ακολουθώντας η μετατροπή της σε οξεικό οξύ με την αλδεϋδική αφυδρογονάση. Οι συγκεντρώσεις ακεταλδεΰδης στο αίμα κατά τον μεταβολισμό της αιθανόλης είναι φυσιολογικά πολύ χαμηλές (στο όριο του μικρομορίου ή και χαμηλότερες). Η ακεταλδεΰδη μπορεί να αντιδράσει με ελεύθερες αμινικές ομάδες στις πρωτεΐνες για την παραγωγή ακεταλδεϋδοπρωτεϊνικών παραγώγων με ένα μηχανισμό ανάλογο του σχηματισμού γλυκοπρωτεϊνών από γλυκόζη (Braun et al., 1997). Η ευαισθησία τέτοιων παραγώγων ως δεικτών κατανάλωσης αλκοόλ έχει διερευνηθεί σε ένα μικρό αριθμό μελετών με διαφορετικές αναλυτικές προσεγγίσεις (Sillanaukee et al 1992; Lin et al., 1993; Hazelett et al., 1998), και με αποτελέσματα κυμαινόμενα μεταξύ του 20% και 80%. Τέτοια παράγωγα δεν είναι διαθέσιμα στην καθημερινή πρακτική για κλινικούς σκοπούς.

9.3 Αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων

Τα άτομα με σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανόν να βιώσουν συμπτώματα στέρησης 6 με 24 ώρες μετά την τελευταία λήψη αλκοόλ. Το σύνδρομο στέρησης αρχίζει συνήθως καθώς τα επίπεδα του αλκοόλ αίματος (BAL) μειώνονται και μπορεί να γίνει κλινικά εμφανές συνήθως πριν φτάσουν στο μηδέν (Yost 1996; Foy et al 1997). Το σύνδρομο αλκοολικής στέρησης είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενο και χωρίς επιπλοκές λύεται εντός 5 ημερών, με ελάχιστες ή και καθόλου παρεμβάσεις. Ωστόσο, αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις συνήθειες κατανάλωσης του κάθε ατόμου, τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ποσότητα κατανάλωσης. Ενώ για τα περισσότερα άτομα το σύνδρομο αλκοολικής στέρησης είναι βραχύ και χωρίς συνέχεια, σε άλλα άτομα αυξάνει σε σοβαρότητα κατά τις πρώτες 48 με 72 ώρες αποχής. Ο ασθενής γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος σε ψυχολογικές και σωματικές καταπονήσεις το χρονικό αυτό διάστημα.

Τα συμπτώματα αλκοολικής στέρησης μπορεί να είναι παρόντα όταν το άτομο έχει μία σημαντική BAL. Η BAL δεν είναι αναγκαίο να είναι μηδέν για την εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης, με ένα σημαντικό ποσοστό των εξαρτημένων ατόμων να βιώνει στερητικά συμπτώματα πριν το μηδενισμό της BAL. Η φροντίδα των ασθενών δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στις μετρήσεις της BAL. Οι κλίμακες μέτρησης των συμπτωμάτων στέρησης από το αλκοόλ θα πρέπει επίσης να χρησιμοποιούνται στην διερεύνηση των επιπέδων των στερητικών συμπτωμάτων των ασθενών. Η σοβαρότητα των στερητικών συμπτωμάτων επίσης βασίζεται στον ημερήσιο αριθμό των ποτών, στον συνολικό αριθμό και στη σοβαρότητα των προηγούμενων επεισοδίων στέρησης, στη μεγαλύτερη χρήση μη θεραπευτικών κατασταλτικών και υπνωτικών χαπιών και στον αριθμό των ιατρικών προβλημάτων.

Προκαλούμενες από τη στέρηση επιληπτικές κρίσεις μπορεί να εμφανιστούν 12 με 48 ώρες μετά την κατανάλωση του τελευταίου ποτού. Ο ασθενής με προηγούμενο ιστορικό επιληπτικών κρίσεων εξαιτίας της στέρησης αλκοόλ θα πρέπει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, κατά προτίμηση ως δόση εφόδου σκεύασμα διαζεπάμης από του στόματος και σε μερικές περιπτώσεις ενδοφλεβίως. Μερικοί ασθενείς μπορεί να βιώσουν παραισθήσεις, οι οποίες μπορεί να συμβούν σε οποιαδήποτε φάση του στερητικού συνδρόμου. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών φτάνει σε κατάσταση ντελίριου κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 με 48 ωρών της στέρησης. Το τρομώδες παραλήρημα είναι κατά πολύ η σοβαρότερη επιπλοκή του συνδρόμου αλκοολικής στέρησης, η οποία συνήθως εμφανίζεται 48 με 96 ώρες μετά την τελευταία κατανάλωση και θα πρέπει να παρακολουθείται. Οι ασθενείς σε κίνδυνο ανάπτυξης

συνδρόμου Wernicke-Korsakoff θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με παρεντερική χορήγηση 100mg θειαμίνης πριν τη λήψη γλυκόζης.

Σήμερα υπάρχει ένα εύρος τρόπων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων αλκοολικής στέρησης.
Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης στο σπίτι είναι κατάλληλη όταν δεν υπάρχουν σοβαρά στερητικά σημεία, όταν δεν υπάρχει ιστορικό σοβαρών στερητικών συμπτωμάτων, όταν υπάρχει υποστηρικτικό συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον που μπορεί να βοηθήσει και να φροντίσει το άτομο καθώς και όταν δεν συνυπάρχουν γνωστές ιατρικές ή ψυχιατρικές ασθένειες. Κατά την αντιμετώπιση τους σε εξωτερική βάση, οι ασθενείς παρακολουθούνται από μία κλινική ή μία υπηρεσία, συνήθως σε καθημερινή βάση, προκειμένου να εκτιμηθούν και να λάβουν την αγωγή για τα στερητικά συμπτώματα. Κάτι τέτοιο είναι κατάλληλο για ασθενείς με μη εμφανή σοβαρά σημεία στέρησης ή ιστορικό σοβαρού στερητικού συνδρόμου και χωρίς γνωστή συνυπάρχουσα ιατρική ή ψυχική ασθένεια. Η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση ασθενών απαιτείται για άτομα με σοβαρό ιστορικό αλκοολικών στερητικών συμπτωμάτων, με γνωστή συνυπάρχουσα ιατρική ή ψυχιατρική ασθένεια και/ή ένα ακατάλληλο συγγενικό περιβάλλον.

Η **διαζεπάμη** συνιστάται ως ένα χρυσό πρότυπο και ως μία θεραπεία πρώτης γραμμής για τα στερητικά συμπτώματα, εξαιτίας της σχετικά μακράς περιόδου ημιζωής και των δεδομένων για την αποτελεσματικότητα της. Η διαζεπάμη μπορεί να δοθεί ως δόση εφόδου με 20mg κάθε 2 ώρες μέχρι την υποχώρηση των συμπτωμάτων ή την καταστολή του ασθενούς, σημείο μετά το οποίο μία επιπλέον δόση συνήθως δεν είναι απαραίτητη. Ωστόσο, η καθιερωμένη θεραπευτική αγωγή (fixed-schedule therapy) περιλαμβάνει τακτικές δόσεις διαζεπάμης για 2 έως 6 ημέρες. Μία τακτική δόση έναρξης είναι αυτή των 10mg κάθε 6 ώρες για 2 ημέρες. Πρόσθετη δόση 10mg μπορεί να προστεθεί, εάν απαιτηθεί, έως και 2 δόσεις. Η δόση συνήθως ελαττώνεται σταδιακά τις επόμενες ημέρες και δεν θα πρέπει να συνεχίζεται πέραν των 6 ημερών, για την αποφυγή του κινδύνου εξάρτησης.

Η χορήγηση αλκοόλης, βαρβιτουρικών, β-αδρενεργικών αναστολέων, κλονιδίνης, ακαμπροσάτης και γ-υδροξυβουτυρικού οξέως (GHB) ως παράγοντες που διευκολύνουν τη στερητική συμπτωματολογία, δε συνιστάται. Η χλωρμεθειαζόλη δε συνιστάται ως θεραπεία πρώτης επιλογής και μπορεί να είναι ωφέλιμη μόνο σε ασθενείς με σοβαρά στερητικά συμπτώματα. Η αντιεπιληπτική αγωγή δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στην καθημερινή πρακτική, καθώς δεν είναι αποτελεσματική στις πρόληψη των επιπλοκών της στέρησης, όπως οι επιληπτικοί σπασμοί. Ωστόσο, τα αντιεπιληπτικά θα πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς που τα λαμβάνουν για ιατρικούς λόγους. Η χρήση μειζόνων ηρεμιστικών ή αντιψυχωτικών σκευασμάτων θα πρέπει να φυλάσσεται για άτομα με παραισθήσεις και παρανοϊκά συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου και τα οποία δεν ανταποκρίθηκαν στην αγωγή με ένα τυπικό κατασταλτικό σκεύασμα. Αν τα ψυχωτικά συμπτώματα εμμένουν, μπορεί να απαιτηθεί ψυχιατρική εκτίμηση. Όλη η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να γίνεται με τη χρήση μίας κλίμακας μέτρησης στερητικών συμπτωμάτων και να βρίσκεται φυλαγμένη σε ένα ασφαλές μέρος, μακριά από την πρόσβαση του ασθενή. Όλοι οι ασθενείς που εμφανίζουν αλκοολικό στερητικό σύνδρομο θα πρέπει να λαμβάνουν θειαμίνη και από του στόματος ένα πολύ-βιταμινούχο σκεύασμα κάθε ημέρα για μια εβδομάδα.

9.4 Μη φαρμακολογικές θεραπείες στην εξάρτηση από το αλκοόλ

Χαρακτηριστικά ενός αποτελεσματικού κλινικού. Η επίδραση των χαρακτηριστικών των κλινικών που μετέχουν στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων από το αλκοόλ έχει μελετηθεί πολύ λιγότερο σε σχέση με μεταβλητές που αφορούν τον ασθενή και τη θεραπεία. Η δυσκολία στην εκτίμηση της επίδρασης αυτής έχει συμβάλλει στην έλλειψη της σχετικής έρευνας (Caroll 2001). Εντούτοις, υπάρχουν κάποια δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά αυτά. Η ύπαρξη δεξιοτήτων στην διαπροσωπική επαφή έχει συσχετισθεί ισχυρά και σταθερά με υψηλότερη αποτελεσματικότητα στη θεραπεία (Finney & Moss 2002; Najavits & Weiss 1994). Οι Najavits et al. (2000) βρήκαν μία σημαντική επίδραση των διαφορετικών κλινικών πρακτικών στο θεραπευτικό αποτέλεσμα των συμπεριφορών παρεμβάσεων. Οι ασθενείς των θεραπευτών με καλύτερες ικανότητες διαπροσωπικής σχέσης, με υψηλότερη ενσυναίσθηση και λιγότερες αντιπαραθέσεις εμφάνισαν καλύτερα αποτελέσματα (Najavits & Weiss 1994). Οι διαφορές στην αποτελεσματικότητα των κλινικών δεν αποδόθηκαν στην εκπαίδευση, στον διαφορετικό θεραπευτικό προσανατολισμό ή στην πείρα (Miller et al 1993). Όταν ένα υποστηρικτικό στυλ συγκρίνεται με ένα στυλ αντιπαράθεσης, η αντιπαράθεση συσχετίζεται με αυξημένη αντίσταση του ασθενή και υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ (Miller et al 1993). Στην πραγματικότητα, όσο πιο πολύ οι κλινικοί συγκρούονταν με τους ασθενείς, τόσο περισσότερο οι ασθενείς έπιναν. Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση που περιελάμβανε, αλλά δεν περιοριζόταν, αποτελέσματα μελετών για τη χρήση ουσιών, η επίδραση του κλινικού μειώνεται όταν η συμμόρφωση στη θεραπεία αυξάνεται (Crits-Cristoph 1991). Οι κλινικοί που μπορούν να αναπτύξουν μία θερμή υποστηρικτική σχέση με τον ασθενή και που μπορούν να δείξουν ενσυναίσθηση, είναι πιθανότερο να επιτύχουν μεγαλύτερη βελτίωση στη λειτουργικότητα του ασθενή. Οι κλινικοί θα πρέπει να αναπτύξουν μία οργανωμένη προσέγγιση στη διαχείριση του ασθενή, κρατώντας προσεκτικές σημειώσεις για το περιστατικό και την πρόοδό του, ώστε να βοηθούνται στην επίλυση δυσκολιών και στον ευκολότερο σχεδιασμό και εφαρμογή μεθόδων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, πριν προκύψουν.

Συμβουλευτική. Η γενική συμβουλευτική και οι ανάλογες δεξιότητες είναι αποτελεσματικές στα άτομα που έχουν προβλήματα με το αλκοόλ. Οι δεξιότητες συμβουλευτικής όπως το να ακούει κανείς και το να διαθέτει συναίσθηση θα πρέπει να διαμορφώνουν τη βάση κάθε θεραπευτικής σχέσης. Ωστόσο, η συμβουλευτική δεν είναι συνήθως αρκετή για την αλλαγή των συμπεριφορών κατανάλωσης του αλκοόλ και θα πρέπει να υποστηρίζεται από πιο εξειδικευμένες τεχνικές. Οι δύο κύριοι στόχοι της συμβουλευτικής είναι πρώτον, να βοηθήσουν τους ασθενείς να διαχειριστούν τα προβλήματα τους ώστε να ζήσουν πιο αποτελεσματικά και να αναπτύξουν αχρησιμοποίητες πηγές και χαμένες ευκαιρίες πληρέστερα, και δεύτερον, να βοηθήσουν τους ασθενείς να γίνουν καλύτεροι στο να βοηθούν τους εαυτούς τους στην καθημερινή τους ζωή.

Κινητοποιητική συνέντευξη: είναι μια διαδικασία που εισήγαγαν οι Miller και Rollnick (1991). Όρισαν τη συνέντευξη αυτή ως μία επικεντρωμένη στον πελάτη μέθοδο με σκοπό την καθοδήγηση για την ενίσχυση των κινήτρων ώστε να επιτευχθεί αλλαγή, μέσω της διερεύνησης και επίλυσης της αμφιθυμίας (Miller & Rollnick 2002). Ο στόχος της συνέντευξης κινήτρου είναι να κατευθύνει τον ασθενή προς ένα κίνητρο για αλλαγή, αντλώντας λόγους για αλλαγή από τον ίδιο τον ασθενή. Είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, με έμφαση στο ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι οικειοθελής και ότι η ευθύνη για τις αποφάσεις και τα αποτελέσματα στην αλλαγή της

συμπεριφοράς είναι του ασθενή. Είναι κατευθυνόμενη, με στόχο την επίλυση της αμφιβουλησίας. Η συνέντευξη κινήτρου είναι μια μέθοδος επικοινωνίας μάλλον παρά μια ομάδα τεχνικών ή μία ειδική στρατηγική. Υπάρχουν εύλογα στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης κινήτρου ως μία θεραπεία για εξαρτημένους πότες που δύναται να υπάρξει από μόνη της. Οι Miller και Rollnick (2002) προτείνουν 3 γενικές διαδικασίες μέσω των οποίων η συνέντευξη κινήτρου μπορεί να είναι αποτελεσματική και συγκεκριμένα τη συνεργασία, την επίκληση και την αυτονομία. Μία σχέση συνεργασίας μεταξύ του κλινικού και του ασθενή είναι ένα σημείο κλειδί στη συνέντευξη κινήτρου. Ο κλινικός θα πρέπει να επικοινωνεί μία σχέση συνεργάτη, παρέχοντας υποστήριξη, παρά πείθοντας ή εξαναγκάζοντας. Η επίκληση αναφέρεται στο ρόλο του κλινικού στο να αντλεί πηγές και κίνητρα από τον ίδιο τον ασθενή. Η αυτονομία σχετίζεται με την ανεξαρτησία και υπευθυνότητα του ασθενή για αλλαγή, η οποία θα πρέπει να επιβεβαιώνεται και να υποστηρίζεται από τον κλινικό.

Υπάρχουν 4 ευρείες, καθοδηγητικές αρχές στη βάση της κινητοποιητικής συνέντευξης: έκφραση ενσυναίσθησης, ανάπτυξη της διαφοροποίησης, συν-πόρευση με την αντίσταση και υποστήριξη της αυτο-διαχείρισης. Μία συμβουλευτική υποστήριξη με ενσυναίσθηση είναι ένα θεμελιώδες και καθοριστικό χαρακτηριστικό της κινητοποιητικής συνέντευξης. Η ενσυναίσθηση θεωρείται ο θεμέλιος λίθος στον οποίο δομείται η κινητοποιητική συνέντευξη. Η έκφρασή της αφορά σε μία στάση αποδοχής και σεβασμού προς τον πότη και περιλαμβάνει τις απόψεις του για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ. Μία δεύτερη γενική αρχή είναι η δημιουργία μίας διαφοροποίησης μεταξύ της παρούσας συμπεριφοράς του ασθενή και των ευρύτερων στόχων και αξιών του. Η ιδέα της ανάπτυξης της διαφοροποίησης έχει σκοπό να ξεκαθαρίσει τους σημαντικούς στόχους της ζωής του ασθενή και να διερευνήσει τις συνέπειες από τη συνεχιζόμενη κατανάλωση που αντιμάχονται τους στόχους αυτούς. Η τεχνική της σύμπλευσης με την αντίσταση σχετίζεται με την αποφυγή επιχειρηματολογίας, μιας και κάτι τέτοιο είναι αντιπαραγωγικό. Αντίθετα, η αντίσταση ενός ασθενή μπορεί να επαναπροσδιοριστεί ώστε να δημιουργηθεί ώθηση για αλλαγή. Η τελευταία αρχή της κινητοποιητικής συνέντευξης περιλαμβάνει την έννοια της αυτο-διαχείρισης η οποία αναφέρεται στα πιστεύω του ατόμου για την ικανότητά του να αναλαμβάνει και να πετυχαίνει ένα συγκεκριμένο στόχο.

Γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Ο όρος αναφέρεται σε μία προσέγγιση που καλύπτει μία ευρεία σειρά στρατηγικών και τεχνικών που βασίζονται στις αρχές της μάθησης γύρω από την ιδέα ότι η τροποποίηση και η εκ νέου μάθηση μίας συμπεριφοράς επηρεάζεται από το πώς βλέπουν οι άνθρωποι τον εαυτό τους και τους άλλους. Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ εντάσσονται στο ευρύ φάσμα των γνωστικο-συμπεριφορικών προσεγγίσεων (Miller & Wilbourne 2002). Στα πλαίσια των στοιχείων που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των γνωστικο-συμπεριφορικών παρεμβάσεων, των καλώς σχεδιασμένων διαδικασιών και πρωτοκόλλων εφαρμογής και της αποδοχής και δημοτικότητας τους, οι γνωστικο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι πιθανό να παρέχουν μία αποτελεσματική, πρακτική βάση για τη θεραπεία της επιβλαβούς κατανάλωσης και εξάρτησης από το αλκοόλ. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να εφαρμοστούν με έναν τρόπο που επιτρέπει την ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή σε μία ατμόσφαιρα με ενσυναίσθηση και χωρίς αντιπαράθεση. Αυτές οι προσεγγίσεις είναι συμβατές με άλλες παρεμβάσεις όπως οι φαρμακευτικές και οι τεχνικές κινητοποιητικής συνέντευξης.

Ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων είναι μία μορφή γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπευτικής παρέμβασης. Περιλαμβάνει την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε άτομα που μπορεί να τα βοηθήσουν να λειτουργήσουν χωρίς τη χρήση αλκοόλ. Υπάρχουν σταθερά ευρήματα ότι η εκπαίδευση δεξιοτήτων βοηθάει στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, σε άτομα με επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ και σε εξαρτημένους ασθενείς. Η εκπαίδευση δεξιοτήτων μπορεί να εφαρμοστεί ως αντιστάθμιση ελλειμμάτων σε δεξιότητες που οδήγησαν στη χρήση του αλκοόλ ως μία μορφή άμυνας. Έχει συσχετιστεί επίσης με το μοντέλο των Marlatt και Gordon της πρόληψης υποτροπής και μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου (Marlatt & Gordon 1985). Η εκπαίδευση δεξιοτήτων συνιστάται σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Είναι περισσότερο ωφέλιμη σε κείνους τους ασθενείς που δεν έχουν τις ανάλογες δεξιότητες και πρέπει να προσφέρεται σε εκείνους τους ασθενείς που οι κλινικοί αντιλαμβάνονται ότι δεν έχουν τις σχετικές ικανότητες. Αν και είναι συχνά δύσκολο να διαπιστωθεί ποιες δεξιότητες διαθέτουν οι ασθενείς, ιδίως χωρίς την κατάλληλη αξιολόγηση, το να ρωτώνται για τα προβλήματα που βιώνουν και πώς τα αντιμετωπίζουν μπορεί να αποκαλύψει τους τομείς στους οποίους οι ασθενείς εμφανίζουν ελλείμματα των κοινωνικών δεξιοτήτων. Η εκπαίδευση δεξιοτήτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που στοχεύουν στην ελάττωση ή στην αποχή από το αλκοόλ. Διάφορες προσεγγίσεις μπορεί να είναι κατάλληλες για ένα άτομο και η εκπαίδευση ικανοτήτων προσφέρεται συχνά με διάφορους συνδυασμούς. Η επιλογή της παρέμβασης θα πρέπει να είναι ανάλογη των αναγκών του ασθενή. Η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αντιμετώπισης θα απαιτήσει και κάποια δέσμευση από μέρους του ασθενή καθώς αυτοί οι μέθοδοι ενισχύονται όταν ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία και συνεχίζει την εξάσκησή τους και εκτός της θεραπείας. Βασικό στοιχείο στην εκπαίδευση δεξιοτήτων είναι ο διαχωρισμός της συμπεριφοράς σε επιμέρους βήματα. Κάτι τέτοιο είναι βασικό εάν πρόκειται να προκύψει η εκμάθηση νέων τρόπων συμπεριφοράς, διότι οι περισσότερες συμπεριφορές εμφανίζονται χωρίς τη γνώση του ατόμου για το τι πράττει. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται: η ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, άρνησης του αλκοόλ και αποστροφής, η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, χαλάρωσης και διαχείρισης του στρες.

Αυτο-διαχείριση της συμπεριφοράς. Η αυτό-διαχείριση της συμπεριφοράς είναι μία γνωστική συμπεριφορική θεραπευτική παρέμβαση. Περιλαμβάνει μια σειρά στρατηγικών όπως: αυτο-παρατήρηση, καθορισμός ορίων κατανάλωσης αλκοόλ, έλεγχος ρυθμού κατανάλωσης αλκοόλ, αναγνώριση καταστάσεων προβληματικής κατανάλωσης και αυτο-ανταμοιβής για την περιορισμένη κατανάλωση.

Υλικά αυτο-καθοδήγησης. Τα υλικά αυτο-καθοδήγησης ήταν διαθέσιμα για να βοηθήσουν τα άτομα να αλλάξουν την προβληματική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ από τη δεκαετία των ’70 (Finfgeld 2000). Τα υλικά αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μαζί με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, είτε μεμονωμένα. Υπάρχουν διάφορα εγχειρίδια αυτο-βοήθειας διαθέσιμα για χρήση από τους πότες που επιθυμούν να περιορίσουν ή να διακόψουν το ποτό χωρίς τη βοήθεια επαγγελματιών (Ryder et al 1995; Sanchez Craig 1993) και υπάρχουν στοιχεία ότι η χρήση τους σχετίζεται με σημαντική ελάττωση της κατανάλωσης (Spivak et al 1994; Sitharthan et al 1996). Τα εγχειρίδια αυτο-βοήθειας έχουν αναγνωριστεί ως μία σημαντική προσθήκη στις θεραπευτικές παρεμβάσεις καθώς μπορούν να στοχεύουν σε ένα τμήμα του πληθυσμού που δε λαμβάνει συνήθως θεραπεία. Η χρήση αυτών υλικών αυτοβοήθειας είναι καταλληλότερη για άτομα με επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ παρά για άτομα με

εξάρτηση. Τα εγχειρίδια αυτο-βοήθειας μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν υπάρχει επαγγελματική παρέμβαση καθώς ενισχύουν τα μηνύματα που παρέχονται μέσω μιας περισσότερο επίσημης πρόσωπο με πρόσωπο παρέμβασης.

Οι στρατηγικές αποφυγής ψυχοκοινωνικής υποτροπής είναι αποτελεσματικές στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, στη μείωση της σοβαρότητας της υποτροπής και στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής εξέλιξης. Η πρόληψη της υποτροπής είναι εξίσου αποτελεσματική στις διάφορες θεραπευτικές δομές, σε συνδυασμό με διάφορους τύπους θεραπείας και σε ομαδικές ή ατομικές συνεδρίες. Η ιδανική διάρκεια και ένταση στη θεραπεία πρόληψης υποτροπής δεν είναι σαφής και μπορεί να ποικίλει από ασθενή σε ασθενή με διαφορετικά προβλήματα και ανάγκες. Επειδή η υποτροπή είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για όσους προσπαθούν να υπερνικήσουν τις εξαρτητικές συμπεριφορές, η επισήμανση της είναι βασικό στοιχείο της θεραπείας και προκαλεί μεγάλες δυσκολίες στον χώρο των εξαρτήσεων από αλκοόλ και ουσίες. Υπάρχει ένας σημαντικός ρυθμός υποτροπής τον πρώτο χρόνο μετά τη θεραπεία, περίπου 60%, όταν ως υποτροπή ορίζεται η επιστροφή στην προβληματική κατανάλωση αλκοόλ (Connors et al. 1996). Η πρόληψη της υποτροπής στοχεύει στη διατήρηση μίας μακράς αποχής ή μίας συμπεριφοράς ήπιας κατανάλωσης και στη μείωση της σοβαρότητας της υποτροπής εάν εμφανιστεί. Το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής αντιλαμβάνεται την υποτροπή ως φυσικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής: οι υποτροπές θεωρούνται ως ευκαιρίες για τους ασθενείς να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους και να αναπτύξουν νέες ικανότητες στην αντιμετώπιση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου (Parks et al 2001). Παραδοσιακά, η πρόληψη υποτροπών αναφέρεται στο μοντέλο της πρόληψης υποτροπής που αναπτύχθηκε από τους Marlatt και συνεργάτες (Marlatt & Gordon 1985). Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει μια ποικιλία γνωσιακών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων σχεδιασμένων να στοχεύουν κάθε βήμα της διαδικασίας υποτροπής. Αυτές οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν ειδικές στρατηγικές παρέμβασης που εστιάζουν στα άμεσα χαρακτηριστικά της υποτροπής καθώς και στρατηγικές μίας σφαιρικής αυτο-διαχείρισης που εστιάζουν στις κρυφές προηγηθείσες υποτροπές (Larimer & Marlatt 1999). Τόσο οι ειδικές όσο και οι σφαιρικές στρατηγικές εντάσσονται σε 3 κύριες κατηγορίες: εκπαίδευση δεξιοτήτων, γνωσιακή αναδόμηση και εξισορρόπηση του τρόπου ζωής. Τέτοιες στρατηγικές έχουν σχεδιαστεί ώστε να διαχειρίζονται τα προμηνύματα μιας υποτροπής και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης, την πρόκληση έναντι των θετικών προσδοκιών από τη χρήση αλκοόλης και την αντιμετώπιση των υποτροπών. Η αποτελεσματική πρόληψη των υποτροπών επίσης απαιτεί τη διευθέτηση μακροπρόθεσμων παραγόντων που αφορούν μία υποτροπή.

9.5 Η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών θεραπειών για την εξάρτηση από το αλκοόλ

Ο πίνακας 9.1, από τη μελέτη Mesa Grande, μια σε εξέλιξη συστηματική ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών για την επιβλαβή και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, κατατάσσει την αποτελεσματικότητα 48 διαφορετικών τύπων θεραπείας (Miller & Wilbourne 2002). Η Mesa Grande συνοψίζει τα δεδομένα των ερευνών αφού σταθμίσει τα ευρήματα τους βάση της ποιότητας της μεθοδολογίας τους. Όσο υψηλότερο είναι το σκορ τόσο καλύτερη είναι ποιοτικά η μελέτη. Η ταξινόμηση της μελέτης είχε επίσης ως αποτέλεσμα ένα λογικό σκορ για κάθε θεραπεία για την οποία μία ειδική αποτελεσματικότητα μπορούσε να προκύψει από το σχεδιασμό. Ένα θετικό λογικό σκορ μπορούσε να ληφθεί όταν ο σχεδιασμός της μελέτης επέτρεπε να

εξαχθούν ισχυρά συμπεράσματα για κάποια ειδική επίδραση (π.χ. σύγκριση της θεραπείας με ένα πληθυσμό ελέγχου) και ένα επωφελές αποτέλεσμα ήταν εμφανές σε μία στατιστικά σημαντική διαφορά. Ένα αρνητικό λογικό σκορ μπορούσε να εξαχθεί όταν η μελέτη είχε μία σχεδιαστική λογική που θα έδειχνε καθαρά ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα εάν υπήρχε (π.χ. σύγκριση με ένα πληθυσμό ελέγχου χωρίς θεραπεία ή λαμβάνοντα placebo). Το συνολικό σκορ (Cumulative Evidence Score - CES) είναι το μεθοδολογικό σκορ ποιότητας πολλαπλασιαζόμενο με το λογικό σκορ, αθροιζόμενο για όλες τις μελέτες, με τα θετικά ερευνητικά αποτελέσματα να προσθέτουν και τα αρνητικά να αφαιρούν βαθμούς από το σύνολο. Οι μορφές θεραπείας παρατίθενται στον πίνακα 9.1 ταξινομημένες βάση της CES.

Πίνακας 9.1 Αποτελεσματικότητα των θεραπειών για την επιβλαβή και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ

Μορφή θεραπείας	CES	N	Μορφή θεραπείας	CES	N
1. Βραχεία παρέμβαση	390	34	27. Ομαδική ψυχοθεραπεία	-34	3
2. Ενίσχυση κινήτρου	189	18	28. Λειτουργική ανάλυση	-36	3
3. GABA Αγωνιστής (Acamprosate)	116	5	29. Πρόληψη υποτροπής	-38	22
4. Ενίσχυση κοινωνικότητας	110	7	30. Αυτό-παρατήρηση	-39	6
5. Εγχειρίδιο αυτό-αλλαγής	110	17	31. Ύπνωση	-41	4
(Βιβλιο-θεραπεία)			32. Ψυχεδελική φαρμακευτική αγωγή	-44	8
6. Ανταγωνιστής οπιούχων	100	6	33. Αντιδιψοτροπική - Ασβέστιο	-52	3
(e.g.naltrexone)			Carbimide		
7. Εκπαίδευση συμπεριφορικού αυτοελέγχου	85	31	34. Προσοχή Placebo	-59	3
8. Συμβόλαιο συμπεριφοράς	64	5	35. Αγωνιστής σεροτονίνης	-68	3
9. Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες	57	20	36. Συνήθης θεραπεία	-78	15
10. Συζυγική θεραπεία. Συμπεριφοράς	44	9	37. Διαδικασία των 12 βημάτων	-82	6
11. Θεραπεία αποστροφής, Ναυτία	36	6	38. Ανώνυμοι Αλκοολικοί	-94	7
12. Διαχείριση περιστατικού	33	5	39. Αγχολυτική αγωγή	-98	15
13. Γνωστική θεραπεία	21	10	40. Θεραπεία Milieu	-102	14
14. Θεραπεία αποστροφής,	18	8	41. Αντιδιψοτροπικά .	-103	11
Ευαισθητοποίηση			Metronidazole		
15. Θεραπεία αποστροφής, ευαισθητοποίησης	18	3	42. Αντικαταθλιπτική αγωγή	-104	6
16. Οικογενειακή θεραπεία	15	4	43. Αντιπαράθεση με αυτό-Βιντεοσκόπηση	-108	8
17. Βελονισμός	14	3	44. Εκπαίδευση χαλάρωσης	-152	18
18. Συμβουλευτική επικεντρωμένη στον πελάτη	5	8	45. Συμβουλευτική με αντιπαράθεση	-183	12
19. Θεραπεία αποστροφής, Ηλεκτρική	-1	18	46. Ψυχοθεραπεία	-207	19
20. Άσκηση	-3	3	47. Γενική συμβουλευτική για τον αλκοολισμό	-284	23
21. Διαχείριση στρες	-4	3	48. Επιμόρφωση (κασέτες, ομιλίες ,ή ταινίες	-443	39
22. Αντιδιψοτροπική - Δισουλφιράμη	-6	27			
23. Αντικαταθλιπτικά - SSRI	-16	15			
24. Επίλυση προβλημάτων	-26	4			
25. Λίθιο	-32	7			

26. Συζυγική θεραπεία . Μη-συμπεριφορική	-33	8

CES = Συνολικό σκορ
N = Ολικός αριθμός μελετών αξιολόγησης αυτή τη μορφή.
Πηγή: Miller & Wilbourne 2002

Όπως έγινε εμφανές στο κεφάλαιο 6, οι βραχείες παρεμβάσεις προηγούνται στον κατάλογο των βασιζόμενων σε δεδομένα θεραπευτικών μεθόδων, ακόμη και όταν οι προσεγγίσεις βραχείας ενίσχυσης κινήτρων τοποθετούνται σε ξεχωριστή κατηγορία. Τα υψηλά σκορ CES για τις 2 αυτές κατηγορίες αντιπροσωπεύουν ένα σχετικά μεγάλο αριθμό μελετών με υψηλό ποσοστό θετικών ευρημάτων. Εκτός από το μεγάλο αριθμό μελετών που διεξήχθησαν, το CES σκορ ενισχύεται επιπλέον από το γεγονός ότι οι βραχείες παρεμβάσεις συχνά συγκρίνονται με ένα αληθές δείγμα ελέγχου χωρίς θεραπεία. Επειδή οι βραχείες παρεμβάσεις ελέγχονται συχνά με άτομα που δεν αναζητούσαν θεραπεία για προβλήματα σχετικά με το αλκοόλ (π.χ. άτομα που διαπιστώθηκαν σε δομές υγείας ως ευρισκόμενα σε κίνδυνο από την κατανάλωση αλκοόλ), το CES σκορ ελαττώνεται όταν αξιολογούνται μόνο μελέτες με πληθυσμό που αναζητούσε θεραπεία.

Οι προσεγγίσεις συμπεριφορικού τύπου, εκπαίδευσης δεξιοτήτων κυριαρχούν των υπολοίπων πρώτων 10 του καταλόγου των θεραπευτικών μεθόδων που υποστηρίζονται από ελεγχόμενες μελέτες. Τρεις από αυτές δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης του πελάτη: εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, η προσέγγιση ενίσχυσης από την κοινότητα και η συμπεριφορική συζυγική θεραπεία. Στον κατάλογο των πρώτων 10 θεραπειών, εμφανίζονται επίσης δύο κοινά ειδικά στοιχεία της συμπεριφορικής θεραπείας, το θεραπευτικό συμπεριφορικό συμβόλαιο και η αυτο-παρατήρηση.

Η λίστα των καλύτερα υποστηριζόμενων μεθόδων θεραπείας καταδεικνύει μερικά γενικά θέματα που μπορεί να χαρακτηρίσουν τις περισσότερο αποτελεσματικές συμπεριφορικές προσεγγίσεις. Υπάρχει μία έμφαση στην ικανότητα του ατόμου να σταματήσει ή να μειώσει το ποτό. Αυτό γίνεται κάποιες φορές με την εκπαίδευση των δεξιοτήτων αυτο-διαχείρισης και κάποιες φορές με την ενθάρρυνση του ατόμου να χρησιμοποιεί τις δικές του πηγαίες δυνάμεις. Υπάρχει επίσης μία έμφαση στο κίνητρο του πελάτη για αλλαγή, είτε μέσω ενίσχυσης των κινήτρων, είτε κάποιου συμβολαίου ειδικής συμπεριφοράς είτε μέσω επαναπροσδιορισμού των εξελίξεων κοινωνικού χαρακτήρα υπέρ κάποιας αλλαγής. Η προσοχή στο κοινωνικό και υποστηρικτικό σύστημα ενός ατόμου είναι κυρίαρχη μεταξύ των διαφόρων από τις πλέον υποστηριζόμενες προσεγγίσεις.

Οι μη αποτελεσματικές θεραπείες περιλαμβάνουν αυτές που σχεδιάστηκαν να επιμορφώσουν, να οδηγήσουν σε αντιπαράθεση, να σοκάρουν ή να αναπτύξουν την αυτογνωσία σχετικά με τη φύση και τις αιτίες που προκάλεσαν την αλκοολική εξάρτηση, να εκπαιδεύσουν στη χαλάρωση. Περιλαμβάνουν επίσης προσεγγίσεις όπως η θεραπεία περιβάλλοντος και η υποχρεωτική παρακολούθηση των Ανώνυμων Αλκοολικών, μαζί με τη φτωχά καθορισμένη συμβουλευτική και την κατά τα συνήθη θεραπεία.

9.6 Φαρμακευτικές θεραπείες για την εξάρτηση από το αλκοόλ

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9.1 τόσο η ακαμπροσάτη (αγωνιστής GABA) όσο και η ναλτρεξόνη (ανταγωνιστής οπιοειδών) έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Για ασθενείς που διαθέτουν το κίνητρο να λάβουν την φαρμακευτική αγωγή, και τα 2 σκευάσματα είναι ισχυρά εργαλεία στην πρόληψη μίας υποτροπής σε άτομα με βαριά κατανάλωση ή εξάρτηση από το αλκοόλ. Για μερικούς ασθενείς, η φαρμακευτική αγωγή επιτρέπει την ύπαρξη μιας κρίσιμης περιόδου νηφαλιότητας, κατά τη διάρκεια της οποίας μπορούν να μάθουν να ζουν χωρίς αλκοόλ και εν συνεχεία να διατηρήσουν την αποχή χωρίς τη βοήθεια των φαρμάκων. Η ακαμπροσάτη θεωρείται ότι μειώνει την κατανάλωση αλκοόλ τροποποιώντας τη γλουταμινική λειτουργία στον εγκέφαλο, η οποία εμπλέκεται στα στερητικά συμπτώματα και την υποτροπή πυροδοτούμενη από ερεθίσματα που σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες στερητικού συνδρόμου. Η ναλτρεξόνη είναι ένα φάρμακο κατά των στερητικών συμπτωμάτων που μειώνει την πιθανότητα μίας υποτροπής. Δρα στους υποδοχείς οπιοειδών του εγκεφάλου και μπορεί να λειτουργήσει μειώνοντας κάποια από τα ευφορικά αποτελέσματα της αλκοόλης.

Η ακαμπροσάτη παρουσιάζει μέτρια αποτελεσματικότητα ως συμπληρωματική θεραπεία στη βραχυπρόθεσμη μείωση του κινδύνου υποτροπής. Εμφανίζει επίσης μέτρια αποτελεσματικότητα ως συμπληρωματική θεραπεία και μακροπρόθεσμα (έως 2 έτη). Η έναρξη της θεραπείας μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της μείωση του αλκοόλ, όταν δεν παρατηρούνται αλληλεπιδράσεις με τη φαρμακευτική αγωγή έναντι των στερητικών συμπτωμάτων. Η θεραπεία με ακαμπροσάτη θα πρέπει να αρχίζει μέσα σε μια εβδομάδα από το τέλος του στερητικού συνδρόμου. Οι ασθενείς που ακολουθούν θεραπείες που περιλαμβάνουν στρατηγικές αύξησης της συμμόρφωσης, έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Η ναλτρεξόνη ως συμπληρωματική θεραπεία, βραχυπρόθεσμα, είναι μέτρια αποτελεσματική στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και του κινδύνου υποτροπής. Η ναλτρεξόνη μπορεί να είναι αποτελεσματικότερη στην πρόληψη της υποτροπής προς μια βαριά ή προβληματική κατανάλωση αλκοόλ από ότι στη διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ. Η στοχευμένη χορήγηση ναλτρεξόνης ως απάντηση στην έντονη ανάγκη λήψης αλκοόλ μπορεί να φανεί χρήσιμη στη μείωση του κινδύνου υποτροπής. Σε συνδυασμό με ναλτρεξόνη, η θεραπεία ανάπτυξης δεξιοτήτων (coping skills therapy) φαίνεται πιο αποτελεσματική από την προσανατολισμένη προς την αποχή, υποστηρικτική θεραπεία όσον αφορά τη μείωση του κινδύνου υποτροπής και της κατανάλωσης αλκοόλ. Η θεραπεία δεξιοτήτων αντιμετώπισης μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς στην αντιμετώπιση των υποτροπών. Ωστόσο η υποστηρικτική θεραπεία με ναλτρεξόνη μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά αποχής.

Προς το παρόν, δεν υπάρχουν ουσιαστικά κριτήρια επιλογής μεταξύ ακαμπροσάτης και ναλτρεξόνης.

9.7 Ποια θεραπεία για ποιον ασθενή

Σε μια αναφορά του 1990, το Ινστιτούτο Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ (Institute of Medicine of the US National Academy of Sciences), υποστήριζε έντονα, την έρευνα περί της καταλληλότητας της θεραπείας ή του προσαρμοσμένου σχεδιασμού της προς τις ανάγκες του ασθενούς (Ινστιτούτο Ιατρικής, 1990). Αν και δεν υπήρχαν μελέτες στις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σχετικά με την επίδραση της προσαρμοσμένης προς τον ασθενή θεραπείας, σε πληθυσμούς με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ που δεν αναζητούσαν θεραπεία, το

πρόγραμμα MATCH σχεδιάστηκε προκειμένου, να ελεγχθεί η γενική υπόθεση ότι η προσαρμογή αυτή θα βελτίωνε τα θεραπευτικά αποτελέσματα στις εξειδικευμένες δομές για τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, και ειδικότερα να ελεγχθούν συγκεκριμένα υποτιθέμενα αποτελέσματα στη βάση προηγούμενων ευρημάτων όσον αφορά την προσαρμογή (Project MATCH Research Group 1993). Η δοκιμή περιλάμβανε 3 ανεξάρτητες θεραπείες που διέφεραν σημαντικά στη φιλοσοφία και στην πρακτική: (1) μία 12 συνεδριών θεραπεία δώδεκα βημάτων (Twelve-Step Facilitation Therapy, TSF) σχεδιασμένη να βοηθήσει τους ασθενείς να εμπλακούν στην κοινότητα των Ανώνυμων Αλκοολικών, (2) μία γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy, CBT) 12 συνεδριών σχεδιασμένη να διδάξει στους ασθενείς δεξιότητες αντιμετώπισης ώστε να προλαμβάνουν την υποτροπή και (3) μία κινητοποιητική θεραπεία (Motivational Enhancement Therapy, MET) σχεδιασμένη να αυξήσει τα κίνητρα και την αφοσίωση προς την αλλαγή, αποτελούμενη από 4 συνεδρίες για μία περίοδο 12 εβδομάδων.

Ένα σύνολο 1726 ατόμων, με ευρεία διακύμανση όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά και τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους με το αλκοόλ, τυχαιοποιήθηκαν στις 3 θεραπείες, σε δομές μοιρασμένες σε 9 κοινότητες των ΗΠΑ. Οι 3 θεραπείες ελέγχθηκαν σε παράλληλες μελέτες, σε 2 τύπους δομών: εξωτερικών ασθενών και μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Υπήρξαν 952 εξωτερικοί ασθενείς (72% άνδρες) και 774 ασθενείς μετανοσοκομειακής φροντίδας (80% άνδρες) οι οποίοι εντάχθηκαν στην έρευνα αμέσως μετά από μία νοσηλεία ή μία εντατική, μίας ημέρας θεραπεία, σε νοσοκομείο. Ειδικές, εκ των προτέρων υποθέσεις, προερχόμενες από προηγούμενες έρευνες, χρησιμοποιήθηκαν ώστε να προβλεφθεί ποια άτομα θα ανταποκριθούν καλύτερα στις 3 θεραπείες. Ερευνήθηκαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά των ασθενών: η σοβαρότητα της εμπλοκής με το αλκοόλ, η γνωστική έκπτωση, το επίπεδο αντίληψης, το φύλο, η αναζήτηση νοήματος, η ετοιμότητα για αλλαγή, η σοβαρότητα ψυχιατρικής νόσου, η κοινωνική υποστήριξη όσον αφορά στο αλκοόλ, η παθολογία ως προς την κοινωνικότητα, ο τύπος όσον αφορά την κατηγοριοποίηση (Τύπου Α, Τύπου Β), η αλκοολική εξάρτηση, ο θυμός, η αντικοινωνική προσωπικότητα, η δυνατότητα αυτονομίας, η ψυχιατρική διάγνωση, η πρότερη εμπλοκή με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, η θρησκευτικότητα, η επάρκεια και η κοινωνική λειτουργικότητα. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε σε τριμηνιαία μεσοδιαστήματα κατά τους 15 πρώτους μήνες παρακολούθησης σε όλες τις δομές. Επιπρόσθετα, 39μηνες επανεκτιμήσεις ολοκληρώθηκαν στις 5 δομές εξωτερικών ασθενών.

Οι ασθενείς και των 3 θεραπευτικών συνθηκών έδειξαν μεγάλη βελτίωση όχι μόνο στο μέτρο της κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και σε πολλές άλλες πτυχές της λειτουργικότητας στη ζωή τους (Project MATCH Research Group 1997a). Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ μειώθηκε κατά 4 φορές από περίπου 25 μέρες κατανάλωσης το μήνα πριν τη θεραπεία, σε λιγότερες από 6 ημέρες μηνιαίως μετά τη θεραπεία. Ο καταναλούμενος όγκος μειώθηκε κατά 5 φορές, από 15 περίπου ποτά την ημέρα πριν τη θεραπεία σε 3 μετά τη θεραπεία. Οι ασθενείς έδειξαν σημαντικές μειώσεις στην κατάθλιψη, στα σχετιζόμενα με το αλκοόλ προβλήματα και στη χρήση άλλων φαρμάκων, όπως και βελτίωση της ηπατικής λειτουργίας. Οι βελτιώσεις που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας διατηρήθηκαν καθόλη τη διάρκεια των 12 μηνών μετά το τέλος της θεραπείας. Η παρακολούθηση επί 39 μήνες του δείγματος των εξωτερικών ασθενών έδειξε μία συνεχιζόμενη διατήρηση αυτών των υψηλών ποσοστών αποχής (Project MATCH Research Group 1998).

Ο κεντρικός σκοπός του προγράμματος MATCH ήταν να προσδιοριστεί εάν η προσαρμοσμένη στον ασθενή θεραπεία θα βελτίωνε το τελικό αποτέλεσμα. Από τις πρώτες 10 μεταβλητές προσαρμογής, ωστόσο, μόνο μία εκ των προτέρων πρόβλεψη επιβεβαιώθηκε (οι εξωτερικοί ασθενείς με λίγα ή καθόλου ψυχολογικά προβλήματα είχαν περισσότερες μέρες αποχής κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια του χρόνου μετά τη θεραπεία όταν έλαβαν τη θεραπεία 12 βημάτων από ότι όταν έλαβαν γνωστική συμπεριφορική θεραπεία) και υπήρχαν σχετικά λίγες διαφορές στο αποτέλεσμα μεταξύ των 3 θεραπειών, που σχεδιάστηκαν ώστε να διαφέρουν δραματικά στη φιλοσοφία και στις διαδικασίες τους (Project MATCH Research Group 1997a). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μετά αξιολόγηση κατανομή των ασθενών σε ατομική θεραπεία, βασισμένη τουλάχιστον στα στοιχεία και τις θεραπείες που μελετήθηκαν στο πρόγραμμα MATCH, δεν αποτελεί αναγκαιότητα για την επιτυχία της θεραπείας όπως πιστευόταν παλαιότερα .

Ένας από τους λόγους που προτάθηκαν σχετικά με το γιατί το πρόγραμμα MATCH, πιθανότατα μία από τις μεγαλύτερες και στατιστικά ισχυρότερες ψυχοθεραπευτικές έρευνες που έγιναν ποτέ, απέτυχε να επιβεβαιώσει την υπόθεση ότι το συνολικό αποτέλεσμα της θεραπείας θα μπορούσε να βελτιωθεί όταν οι ασθενείς θα μπορούσαν να αντιστοιχηθούν σε διαφορετικούς τύπους θεραπείας είναι ότι η πιο ισχυρή παρέμβαση ήταν η ίδια η έρευνα (Stockwell 1999). Είναι λογικό να προταθεί ότι με μια υποτροπιάζουσα με το πέρας του χρόνου κατάσταση όπως η αλκοολική εξάρτηση, οι λίγες θεραπευτικές συνεδρίες μίας περιόδου 12 εβδομάδων θα έχουν μικρότερη μακροπρόθεσμα επίδραση στην κατανάλωση αλκοόλ από μία σειρά επανεκτιμήσεων στρατηγικά τοποθετημένων σε μία περίοδο 3 ετών. Πολλά από τα συστατικά αυτού που θεωρείται μία αποτελεσματική παρέμβαση κινήτρου εμπεριέχονται σε μία τέτοια σειρά ερευνητικών συνεντεύξεων, π.χ. ένας μη κριτικός εστιασμός στη πρόσφατη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ και τις σχετιζόμενες βλάβες και η προσδοκία αυτό να επαναλαμβάνεται για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Πράγματι, υπήρξε ελαφρά περισσότερος χρόνος επαφής (5 ώρες) στις επανεκτιμήσεις στα 3 έτη της μελέτης από ότι σε μία από τις θεραπείες, τη Motivational Enhancement Therapy (Project MATCH Research Group 1997b). Εάν η αξιολόγηση έχει ένα θεραπευτικό όφελος μειώνει σημαντικά την πιθανότητα να βρεθούν ταιριαστές επιδράσεις, απλά διότι όλες οι θεραπευτικές ομάδες έλαβαν πανομοιότυπη «ποσότητα» συνεχιζόμενης φροντίδας.

Αν και τα δεδομένα δεν έδειξαν ότι ορισμένοι ασθενείς ανταποκρίνονται καλύτερα σε ορισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, στην κλινική πρακτική οι θεραπευτές αντιστοιχούν τους ασθενείς στις ανάλογες θεραπείες. Οι θεραπευτές συχνά χρησιμοποιούν κριτήρια όπως η σοβαρότητα της εξάρτησης, η παρουσία συνυπάρχουσας παθολογίας ή άλλων προβλημάτων όπως τα συζυγικά προβλήματα ή η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, για να αντιστοιχίσουν τους ασθενείς στη θεραπεία. Με τον τρόπο αυτό, οι κλινικοί εξασφαλίζουν ότι οι προσφερόμενες θεραπείες συνυπολογίζουν τις παραμέτρους που σχετίζονται με το πρόβλημα του αλκοόλ (Mattson 1994). Περαιτέρω, ο κλινικός μπορεί να αποφασίσει με τον ασθενή για τον τρόπο θεραπείας. Θεωρείται ότι αν ο ασθενής συνεισφέρει στην απόφαση επιλογής της θεραπείας, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να συμμετάσχει πιο ενεργά σε αυτήν. Στην περίπτωση αυτή ο κλινικός περιγράφει τις θεραπευτικές επιλογές που μπορούν να βοηθήσουν καλύτερα στα διάφορα μειονεκτήματα ή προβλήματα που αναγνωρίστηκαν ότι έχουν σχέση με το ποτό, και ο ασθενής και ο κλινικός συμφωνούν ως προς την πλέον κατάλληλη θεραπεία.

9.8 Ποιος είναι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην αντιμετώπιση της αλκοολικής εξάρτησης;

Μερικοί άνθρωποι με αλκοολική εξάρτηση βελτιώνονται από μόνοι τους και δεν απαιτείται για τον καθένα ειδική θεραπεία, αν και για πολλούς είναι απαραίτητη (Dawson et al 2005) (βλ. Κεφ. 3). Τα άτομα με εξάρτηση μπορούν να λάβουν φροντίδα στη πρωτοβάθμια υγεία αν συμφωνήσουν να απέχουν ακόμη κι αν δεν θεωρούν ότι είναι εξαρτημένα, εάν αρνούνται να απευθυνθούν σε ένα ειδικό κέντρο και δεν έχουν σοβαρές ψυχιατρικές, κοινωνικές ή ιατρικές επιπλοκές. Τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ θα πρέπει να παραπέμπονται για εξειδικευμένη θεραπεία όταν έχουν προηγηθεί ανεπιτυχείς θεραπευτικές προσπάθειες, όταν υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές, ή κίνδυνος μετρίων προς σοβαρών στερητικών συμπτωμάτων, όταν υπάρχει σοβαρή ιατρική ή ψυχιατρική συννοσηρότητα και όταν δεν μπορεί να δοθεί θεραπεία από την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το καλύτερο μοντέλο για τη σχέση μεταξύ της πρωτοβάθμιας υγείας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών δεν είναι σαφές. Στις ΗΠΑ, τουλάχιστον, φαίνεται ότι ο συνδυασμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των θεραπειών εξάρτησης δίνει ένα καλύτερο αποτέλεσμα από την παροχή τους χωριστά (Weisner et al 2001; Samet et al 2001). Η σε χρόνο παρακολούθηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής (Hilton et al 2001; Stout et al 1999), οπότε είναι πιθανόν σημαντικό για τους Γενικούς Ιατρούς να διατηρούν επαφή για μεγάλο διάστημα με τους ασθενείς που θεραπεύονται για την εξάρτηση από το αλκοόλ και που δεν είναι ακόμη υπό θεραπεία από εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Βιβλιογραφία

Allaway, S. L., Ritchie, C. D., Robinson, D., Seear, T., Reznek, R., Fry, I. K. & Thompson, G. R. (1988) Detection of alcohol-induced fatty liver by computerized tomography. Journal of the Royal Society of Medicine, 81, 149.151.

Anton, R. F., Lieber, C., Tabakoff, B. & Group, C. D. S. (2002) Carbohydrate-deficient transferrin and gammaglutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26, 1215. 1222.

Anton, R. F., Moak, D. H. & Latham, P. (1996) Carbohydrate- deficient transferrin as an indicator of drinking status during a treatment outcome study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 20, 841.846.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization WHO/MSD/MSB/01.6a.

Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. (1985) Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang N (Ed.) Early identification of alcohol abuse. NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 321338.

Barry, K.L., Fleming, M.F. (1993) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample. Alcohol Alcohol, 28:33-42.

Brenner, H., Rothenbacher, D., Arndt, V., Schuberth, S., Fraisse, E. & Fliedner, T. (1997) Distribution, determinants and prognostic value for all-cause mortality of gamma-

glutamyltransferase in a cohort of construction workers from Southern Germany. Preventive Medicine, 26, 305.310.

Carroll, K. (2001) Constrained, confounded and confused: why we really know so little about therapists in treatment outcome research. Addiction, 96, 203-206.

Conigrave, K. M., Saunders, J. B. & Reznik, R. B. (1995) Predictive capacity of the .AUDIT. questionnaire for alcohol- related harm. Addiction, 90, 1479.1485.

Connors, G., Maisto, S., & Zywiak, W. (1996) Understanding relapse in the broader context of posttreatment functioning. Addiction, 91(Supplement), S173-S190.

Crits-Christoph, P. (1991) Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. Psychotherapy Research, 1(2), 81-91.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. & Ruan, W.J. (2005) Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001.2002. Addiction, 100, 281.292.

Devgun, M. S., Dunbar, J. A., Hagart, J., Martin, B. T. & Ogston, S. A. (1985) Effects of acute and varying amounts of alcohol consumption on alkaline phosphatase, aspartate transaminase, and gamma-glutamyltransferase. Alcoholism, Clinical and Experimental Research , 9 , 235.237.

Eggers, V., Tio, J., Neumann, T., Pragst, F., Muller, C., Schmidt, L. G., Kox, W. J. & Spies, C. D. (2002) Blood alcohol concentration for monitoring ethanol treatment to prevent alcohol withdrawal in the intensive care unit. Intensive Care Medicine, 28, 1475.1482.

Finfgeld, D. (2000) Use of self-help manuals to treat problem drinkers. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 38(4), 20-7.

Finney, J. & Moos, R. (2002) Psychosocial treatments for alcohol use disorders, in A guide to treatments that work, P. Nathan, Gorman JM., Editor. Oxford University Press: London, England. p. 157-168.

Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, D. (1999) Client engagement in drug treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 17(3), 199-206.

Foy, A., Kay, J., & Taylor, A. (1997) The course of alcohol withdrawal in a general hospital. Quarterly Journal of Medicine, 90(253-271).

Freer, D. E. & Statland, B. E. (1977) Effects of ethanol (0.75 g/kg body weight) on the activities of selected enzymes in sera of healthy young adults: 2. Interindividual variations in response of gamma-glutamyltransferase to repeated ethanol challenges. Clinical Chemistry, 23, 2099.2102.

Halmesmaki, E., Autti, I., Granstrom, M.-L., Heikinheimo, M., Raivio, K. O. & Ylikorkala, O. (1986) a-Fetoprotein, human placental lactogen, and pregnancy-specific b1- glycoprotein in pregnant women who drink: relation to fetal alcohol syndrome. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 155, 598.601.

Hashimoto, Y., Futamura, A., Nakarai, H. & Nakahara, K. (2001) Relationship between response of gammaglutamyl transpeptidase to alcohol drinking and risk factors for coronary heart disease. Atherosclerosis , 158 , 465. 470.

Hazelett, S. E., Liebelt, R. A., Brown, W. J., Androulakakis, V., Jarjoura, D. & Truitt, E. B. Jr (1998) Evaluation of acetaldehyde- modified hemoglobin and other markers of chronic heavy alcohol use: effects of gender and hemoglobin concentration. Alcoholism: Clinical and Experimental Research , 22 , 1813.1819.

Helander, A. & Eriksson, C. J. P. (2002) Laboratory tests for acute alcohol consumption: results of the WHO/ISBRA study on state and trait markers of alcohol use and dependence. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 26, 1070. 1077.

Helander, A. (2001) Biological markers of alcohol use and abuse In: Agarwal, D. P. & Seitz, H. K., eds. Alcohol in Health and Disease, Chapter 9, pp. 177.206. New York: Marcel Dekker Inc.

Hilton ME, Maisto SA, Conigliaro J, McNiel M, Kraemer K, Kelley ME, et al. (2001) Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 25(1):128-35.

Hood, B., Kjellstrom, T., Ruter, G. & Kristenson, H. (1990) [Serum cholesterol, serum triglyceride, alcohol, myocardial infarction and death (2): necessary to pay attention to serum GT in assessment of risks of myocardial infarction and death]. Lakartidningen, 87, 3295.3298.

Institute of Medicine (1990) Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, DC: National Academy Press.

Irwin, M., Baird, S., Smith, T. L. & Schuckit, M. (1988) Use of laboratory tests to monitor heavy drinking by alcoholic men discharged from a treatment program. American Journal of Psychiatry, 145, 595.599.

Isaacson JH, Butler R, Zacharek M, Tzelepis A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. J Gen Intern Med. 9:550-553.

Joe, G., Simpson, D., Greener, J., & Rowan-Szal, G. (1999) Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. Addictive Behaviors, 24(5), 649659.

Jones, A. W. (1994) Are a blood alcohol concentration of 256 mg/dl and minimal signs of impairment reliable indications of alcohol dependence? Medicine, Science and the Law, 34, 265.270.

Jousilahti, P., Rastenyte, D. & Tuomilehto, J. (2000) Serum gamma-glutamyl transferase, self-reported alcohol drinking, and the risk of stroke. Stroke, 31, 1851.1855.

Kristenson, H. (1987) Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. In: Galanter, M., ed. Recent Developments in Alcoholism, pp. 403.423. New York: Plenum Publishing.

Kristenson, H., Öhlin, H., Hulter-Nosslin, M. S., Trell, E. & Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24. 60 months of longterm study with randomised controls. Alcoholism, 7, 203.209.

Kyle, U. G., Genton, L., Slosman, D. O. & Pichard, C. (2001) Fatfree and fat mass percentiles in 5225 healthy subjects aged 15.98 years. Nutrition , 17 , 2001.

Lamy, J., Baglin, M. C., Ferrant, J. P. & Weill, J. (1974) Decrease in serum gamma-glutamyltranspeptidase following abstention from alcohol. Clinica Chimica Acta, 56, 169.173.

Larimer, M.E.P., RS, Marlatt GA. (1999) Relapse Prevention: An overview of Marlatt.s cognitivebehavioral model. Alcohol Research and Health, 23(2), 151-160.

Lee, D. H., Ha, M. H., Kim, J. R., Gross, M. & Jacobs, D. R. J. (2002) Gamma-glutamyltransferase, alcohol, and blood pressure. A four year follow-up study. Annals of Epidemiology, 12, 90.96.

Lin, R. C., S. Shahidi, T. J. Kelly, C. Lumeng & L. Lumeng (1993) Measurement of hemoglobin.acetaldehyde adduct in alcoholic patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17 , 669.674.

Majumdar, S. K., Dias, N. & Aps, E. J. (1991) Relationship between hepatic histology and conventional biochemical liver function test in chronic alcoholic patients. Drug and Alcohol Dependence, 28, 211.214.

Marlatt, G. & Gordon, J. (1985) Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: The Guildford Press.

Matsuda, Y., Tsuchishima, M., Ueshima, Y., Takase, S. & Takada, A. (1993) The relationship between the development of alcoholic liver and pancreatic diseases and the induction of gamma glutamyl transferase. Alcohol and Alcoholism, 1B, 27.33.

Mattson, M.E. (1994) Patient-treatment matching. Alcohol Health and Research World, 18(4), 287295.

Miller, W. & Wilbourne, P. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction, 97, 265-277.

Miller, W. (1987) Motivation and treatment goals. Drugs and Society, 11, 33-151.

Miller, W. (1995) Increasing Motivation for Change, in Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, R.K. Hester, W.R. Miller, Editors. Allyn & Bacon: Boston.

Miller, W., Benefield, R., & Tonigan, J. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 455-461.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press.

Miura, K., Nakagawa, H., Nakamura, H., Tabata, M., Nagase, H., Yoshida, M. & Kawano, S. (1994) Serum gamma-glutamyl transferase level in predicting hypertension among male drinkers. Journal of Human Hypertension, 8, 445.449.

Monteiro, M. G. & Masur, J. (1986) Monitoring alcoholism treatment: the appropriateness of choice between gamma- GT or MCV evaluation after a short time of abstinence. Alcohol, 3, 223.226.

Morton JL, Jones TV, Manganaro MA. (1996) Performance of alcoholism screening questionnaires in elderly veterans. Am J Med.101:153-159.

Moussavian, S. N., Becker, R. C., Piepmeyer, J. L., Mezey, E. & Bozian, R. C. (1985) Serum gammaglutamyl transpeptidase and chronic alcoholism. Influence of alcohol ingestion and liver disease. Digestive Diseases and Sciences, 30, 211.214.

Najavits, L. & Weiss, R. (1994) Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. Addiction, 89, 679-688.

Najavits, L., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000) Clinicians. impact on the quality of substance abuse disorder treatment. Substance Use and Misuse, 35(12-14), 2161-2190.

Nemesanszky, E., Lott, J. A. & Arato, M. (1988) Changes in serum enzymes in moderate drinkers after an alcohol challenge. Clinical Chemistry , 34 , 525.527.

Orrego, H., Blake, J. E. & Israel, Y. (1985) Relationship between gamma-glutamyl transpeptidase and mean urinary alcohol levels in alcoholics while drinking and after alcohol withdrawal. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 9, 10.13.

Parks, G., Anderson, B., & Marlatt, G. (2001a). Relapse prevention therapy, in International Handbook of Alcohol Dependence and Problems, N. Heather, T.J. Peters, T. Stockwell, Editors. John Wiley and Sons: West Sussex.

Perry, I. J., Wannamethee, S. G. & Shaper, A. G. (1998) Prospective study of serum gamma-glutamyltransferase and risk of NIDDM. Diabetes Care, 21, 732.737.

Persson, J. & Magnusson, P. H. (1989) Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. Alcohol, 6, 403.408. 60.

Peterson, B., Trell, E., Kristensson, H., Fex, G., Yettra, M. & Hood, B. (1983) Comparison of gammaglutamyltransferase and other health screening tests in average middle aged males, heavy drinkers and alcohol non-users. Scandinavian Journal of Laboratory Investigation, 43, 141.149.

Pol, A., Poynard, T., Bedossa, P., Navear, S., Aubert, A. & Chaput, J.-C. (1990) Diagnostic value of serum gammaglutamyl transferase activity and mean corpuscular volume in alcoholic patients with or without cirrhosis. Alcoholism, 14, 250.254.

Pratt, D. S. & Kaplan, M. M. (2000) Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients. New England Journal of Medicine, 342, 1266.1271.
Project MATCH Research Group (1993) Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17, 1130- 1145.

Project MATCH Research Group (1997a) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, 7-29.

Project MATCH Research Group (1997b) Project MATCH secondary a priori hypotheses, Addiction, 92, 1671-1698.

Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1300-1311.

Ritter, A., Bowden, S., Murray, T., Ross, P., Greeley, J., & Pead, J. (2002) The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. Drug & Alcohol Review, 21261-268.

Rokke, P., Tomhave, J., & Jocic, Z. (1999) The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. Psychology & Aging, 14(1), 155-169.

Rosalki, S. (1984) Identifying the alcoholic. In: Rosalki, S., ed. Clinical Biochemistry of Alcoholism, pp. 65.92. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ryder, D., Lenton, S., Blignault, I., Hopkins, C., & Cooke, A. (1995) The Drinker.s Guide to cutting down or cutting out. Adelaide: The Drug and Alcohol Services Council.

Samet JH, Freidmann P, Saitz R. (2001) Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider and societal perspectives. Arch Int Med. 84:207-10.

Sanchez-Craig, M. (1990) Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. British Journal of Addiction, 85(2), 169-177.

Sanchez-Craig, M. (1993) Saying when: How to quit drinking or cut down. Toronto: Addiction Research Foundation.

Sarkola, T., Eriksson, C. J., Niemela, O., Sillanaukee, P. & Halmesmaki, E. (2000) Mean cell volume and gammaglutamyl transferase are superior to carbohydrate-deficient transferrin and hemoglobinacetaldehyde adducts in the follow-up of pregnant women with alcohol abuse. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 79, 359.366.

Schmidt A, Barry KL, Fleming MF. (1995) Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). South Med J. 88:52-59.

Seppa, K., Heinila, K., Sillanaukee, P. & Saarni, M. (1996) Evaluation of macrocytosis by general practitioners. Journal of Studies on Alcohol, 57, 97.100.

Sillanaukee, P., Seppa, K., Koivula, T., Israel, Y. & Niemala, O. (1992) Acetaldehyde-modified hemoglobin as a marker of alcohol consumption: comparison of two new methods. Journal of Laboratory and Clinical Medicine , 120 , 42. 47.

Sitharthan, T., Kavanagh, D., & Sayer, G. (1996) Moderating drinking by correspondence: an evaluation of a new method of intervention. Addiction, 91(3), 345-55.

Spivak, K., Sanchez-Craig, M., & Davila, R. (1994) Assisting problem drinkers to change on their own: effect of specific and non-specific advice. Addiction, 89(9), 1135-1142.

Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer CE, Volk RJ. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. Ann Intern Med. 129:353-362.

Stockwell, T. (1999) Should a few hours of therapy change behaviour 3 years later? Addiction 94 50-52.

Stout RL, Rubin A, Zwick W, Zywiak W, Bellino L. (1999) Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. Addict Behav.24(1):17-35.

Wannamethee, G., Ebrahim, S. & Shaper, A. G. (1995) Gamma-glutamyltransferase: determinants and association with mortality from ischemic heart disease and all causes. American Journal of Epidemiology, 142, 699.708.

Watson, P. E. (1989) Total body water and blood alcohol levels: Updating the fundamentals. In: Crow, K. E. & Batt, R. D., eds. Human Metabolism of Alcohol , vol. 1, pp. 41.56. Boca Raton, FL: CRC Press.

Weisner C, Mewrtens J, Parthasarathy S, Moore C, Yun L. (2001) Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomised controlled trial. JAMA ;286:1715-23.

WHO/ISBRA Study on Biological State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence (1997) Progress Report. WHO/ MSA/PSA/97. 11: pp. 1.40.

World Health Organization (2002a) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence http://www3.who.int/cidi/cidi-sf__12-03-02.pdf

World Health Organization (2002b) Scoring the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence http://www3.who.int/cidi/CIDISFScoringMemo12-03-02.pdf

Wu, A., Slavin, G. & Levi, A. J. (1976) Elevated serum gamma-glutamyl-transferase (transpeptidase) and histological liver damage in alcoholism. American Journal of Gastroenterology, 65, 318.323.

Yamada, Y., Ishizaki, M., Kido, T., Honda, R., Tsuritani, I., Ikai, E. & Yamaya, H. (1991) Alcohol, high blood pressure, and serum gamma-glutamyl transpeptidase level. Hypertension, 18, 819.826.

Yamada, Y., Ishizaki, M., Kido, T., Honda, R., Tsuritani, I., Nogawa, K. & Yamaya, H. (1989) Relationship between serum gamma-glutamyl transpeptidase activity, blood pressure and alcohol consumption. Journal of Human Hypertension, 3, 409.417.

Yost, D. (1996) Alcohol Withdrawal Syndrome. American Family Physician, 54(2), 657-659.

Παράρτημα

Γιατί να προσφέρονται προγράμματα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης;

Υπάρχουν πολλοί τρόποι χρήσης του αλκοόλ που μπορεί να προκαλέσουν ουσιαστικό κίνδυνο και βλάβη στο άτομο. Περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα κατανάλωσης κάθε μέρα, επανειλημμένα επεισόδια βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης (.binge drinking.), κατανάλωση που ουσιαστικά προκαλεί σωματική ή ψυχική βλάβη και κατανάλωση που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να γίνει εξαρτημένο ή εθισμένο στο αλκοόλ. Η *επικίνδυνη κατανάλωση* είναι ένας τύπος κατανάλωσης που αυξάνει τον κίνδυνο των βλαβερών συνεπειών για τον χρήστη ή τους άλλους. Η *επιβλαβής χρήση* αναφέρεται στην κατανάλωση με επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία. Η *αλκοολική εξάρτηση* είναι μια ομάδα συμπεριφορικών, γνωσιακών και φυσιολογικών φαινομένων που μπορεί να εμφανιστούν μετά από επανειλημμένη χρήση αλκοόλ. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με το αλκοόλ συνδέονται με τον τρόπο και την ποσότητα της κατανάλωσης (βλ. κεφ. 4). Ενώ τα άτομα με αλκοολική εξάρτηση είναι πολύ πιθανόν να υποστούν και υψηλά επίπεδα βλαβών, ο όγκος των βλαβών που σχετίζεται με το αλκοόλ εμφανίζεται μεταξύ ατόμων που *δεν* είναι εξαρτημένα, επειδή τα άτομα αυτά είναι πάρα πολλά. Για το λόγο αυτό, η αναγνώριση των ατόμων με διάφορους τύπους και βαθμούς μίας επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ έχει μεγάλη πιθανότητα να μειώσει όλους τους τύπους της βλάβης που σχετίζεται με το αλκοόλ.

Εξαιρετικής σημασίας για τα προγράμματα ανίχνευσης και βραχείας παρέμβασης είναι το γεγονός ότι τα μη εξαρτημένα στο αλκοόλ άτομα βρίσκουν ευκολότερο να μειώσουν ή να σταματήσουν την κατανάλωση αλκοόλ, με την κατάλληλη βοήθεια και προσπάθεια, από τα εξαρτημένα άτομα. Εφόσον έχει αναπτυχθεί η εξάρτηση, η διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ είναι πιο δύσκολη και μπορεί να απαιτήσει εξειδικευμένη θεραπεία. Η αναγνώριση της κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των ασθενών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρει μια ευκαιρία στην εκπαίδευση των ασθενών

σχετικά με τους κινδύνους της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Πληροφορίες σχετικά με τον όγκο και τη συχνότητα της κατανάλωσης μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της παρούσας κατάστασης του ασθενή και μπορεί να προειδοποιήσει τους κλινικούς για την ανάγκη παροχής συμβουλής προς τους ασθενείς των οποίων η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη χρήση της φαρμακευτικής αγωγής ή άλλων πλευρών της θεραπείας τους.

Αναγνωρίζοντας την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ

Η επικίνδυνη και επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αναγνωριστεί με 3 τρόπους:

Ερωτήσεις ποσότητας/συχνότητας (Quantity/frequency-Q/F) που απαιτούν από τους ασθενείς να συνοψίσουν την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν και τη συχνότητα με την οποία πίνουν, είτε σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα (π.χ. μια εβδομάδα ή τον περασμένο μήνα ή χρόνο) είτε με όρους ενός «τυπικού» ή «συνήθους» τρόπου κατανάλωσης, Σχήμα Α1.

Ερωτήσεις	0	1	2	3	4
Πόσο συχνά καταναλώνεις ένα αλκοολούχο ποτό;	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2 – 4 φορές το μήνα	2 – 3 φορές την εβδομάδα	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνεις μία συνήθη ημέρα όταν πίνεις;	1 ή 2	3 ή 4	5 ή 6	7 ή 9	10 ή περισσότερα

Σχήμα Α1 Παράδειγμα ενός ερωτηματολογίου ποσότητας συχνότητας

Αν ένας ασθενής δηλώσει ότι πίνει 2-3 φορές την εβδομάδα, και 5 ή 6 ποτά σε μια τυπική του ημέρα, τότε η μέση κατανάλωση είναι 2,5 φορές επί 5,5 ποτά, που ισοδυναμεί με 14 ποτά την εβδομάδα.

AUDIT-C, οι πρώτες 3 ερωτήσεις του τεστ ανίχνευσης διαταραχών της κατανάλωσης αλκοόλης (Alcohol Use Disorders Identification test - AUDIT), Σχ. Α2. Το τεστ AUDIT-C είναι εύκολο να βαθμολογηθεί. Ο αριθμός στη στήλη κάθε απάντησης που σημειώνεται από τον ασθενή θα πρέπει να εισάγεται από τον βαθμολογητή στην έξω δεξιά στήλη. Όλες οι βαθμολογίες από τις απαντήσεις εν συνεχεία θα πρέπει να προστίθενται και το άθροισμα να καταγράφεται στο κουτί που τιτλοφορείται «Σύνολο».

Ερωτήσεις	0	1	2	3	4
1. Πόσο συχνά καταναλώνεις ένα αλκοολούχο ποτό;	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2 – 4 φορές το μήνα	2 – 3 φορές την εβδομάδα	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνεις μία συνήθη ημέρα	1 ή 2	3 ή 4	5 ή 6	7 ή 9	10 ή περισσότερα

όταν πίνεις;					
3. Πόσο συχνά καταναλώνεις 6 ή περισσότερα ποτά σε μία περίσταση;	Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

Σχήμα Α2. Audit-C

Το πλήρες δέκα λημμάτων AUDIT, το οποίο σχεδιάστηκε προκειμένου να αναγνωρίζει την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Σχήμα Α3. Το AUDIT επίσης είναι εύκολο να βαθμολογηθεί. Ο αριθμός στη στήλη της κάθε απάντησης που σημειώθηκε από τον ασθενή θα πρέπει να εισάγεται από τον βαθμολογητή στην έξω δεξιά στήλη. Όλοι οι βαθμοί θα πρέπει να προστίθενται και το άθροισμα να καταγράφεται στο κουτί που τιτλοφορείται «Σύνολο».

Τεστ ανίχνευσης διαταραχών της κατανάλωσης αλκοόλης (Alcohol Use Disorders Identification test – AUDIT): Αυτο-συμπληρούμενη έκδοση

Ασθενή: επειδή η χρήση του αλκοόλ μπορεί να επιδράσει στην υγεία σου και μπορεί να αλληλεπιδράσει με κάποια φάρμακα και θεραπείες, είναι σημαντικό να σου απευθύνουμε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με την χρήση του αλκοόλ που κάνεις. Οι απαντήσεις σου θα παραμείνουν εμπιστευτικές γι' αυτό παρακαλούμε να είσαι ειλικρινής.
Σημείωσε με Χ το κουτί που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σου σε κάθε ερώτηση.

Ερωτήσεις	0	1	2	3	4	
1. Πόσο συχνά πίνετε ποτά που περιέχουν αλκοόλη;	Ποτέ	1 φορά το μήνα ή λιγότερο	2 – 4 φορές το μήνα	2 – 3 φορές την εβδομάδα	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	
2. Πόσα ποτά που περιέχουν αλκοόλη καταναλώνετε σε μια τυπική ημέρα όταν πίνετε;	1 ή 2	3 ή 4	5 ή 6	7 με 9	10 ή περισσότερα	
3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία περίσταση;	Ποτέ	Λιγότερο από 1 φορά το μήνα	1 φορά το μήνα	1 φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
4. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώσατε ότι δεν ήταν δυνατό να σταματήσετε να πίνετε αφού αρχίσατε:	Ποτέ	Λιγότερο από μία φορά το μήνα	Μία φορά το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
5. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξαιτίας του ποτού να κάνετε αυτό	Ποτέ	Λιγότερο από μία φορά το μήνα	Μία φορά το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	

που οι άλλοι φυσιολογικά θα περίμεναν από εσάς;						
6. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο χρειαστήκατε ένα πρώτο ποτό το πρωί, προκειμένου να συνέλθετε μετά από κατάχρηση αλκοόλ;	Ποτέ	Λιγότερο από μία φορά το μήνα	Μία φορά το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
7. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο νιώσατε ενοχή ή τύψεις αφού ήπιατε;	Ποτέ	Λιγότερο από μία φορά το μήνα	Μία φορά το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
8. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο δεν ήταν δυνατό να θυμηθείτε τι είχε συμβεί την προηγούμενη νύχτα, επειδή πίνατε;	Ποτέ	Λιγότερο από μία φορά το μήνα	Μία φορά το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	
9. Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ από εσάς;	Όχι		Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο		Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο	
10. Έχει εκφράσει κάποιος συγγενής ή φίλος σας ή γιατρός ή κάποιος άλλος από το χώρο της υγείας ανησυχία για το ποτό σας ή έχει προτείνει να το κόψετε;	Όχι		Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο		Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο	
					Σύνολο	

Σχήμα Α3. Audit

Πώς πρέπει να χορηγούνται οι ερωτήσεις ή τα εργαλεία αναγνώρισης;

Τα ερωτηματολόγια μπορούν να χορηγούνται είτε ως προφορική συνέντευξη, είτε ως αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο απαιτεί λιγότερο χρόνο, είναι εύκολο να χορηγηθεί, είναι κατάλληλο για εφαρμογή και βαθμολόγηση μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή και μπορεί να δώσει περισσότερο ακριβείς απαντήσεις. Η συμπλήρωση μέσω συνέντευξης επιτρέπει τη διευκρίνιση ασαφών απαντήσεων, μπορεί να δοθεί σε ασθενείς με φτωχές ικανότητες ανάγνωσης και επιτρέπει την ανατροφοδότηση του ασθενή καθώς και την έναρξη μιας βραχείας συμβουλής.

Αν και οι ασθενείς με επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αναγνωριστούν οποτεδήποτε, υπάρχουν τουλάχιστον 4 καταστάσεις όπου η αναγνώριση μπορεί να εφαρμοστεί:

- Ως μέρος της καταγραφής ενός νέου ασθενή
- Ως μέρος μίας παρέμβασης ρουτίνας
- Πριν τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου που αλληλεπιδρά με την αλκοόλη
- Σε απάντηση σε προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με το αλκοόλ

Επίπεδα κινδύνου και κριτήρια παρέμβασης

Οι διαφορετικές απαντήσεις στα διαφορετικά επίπεδα κινδύνου συνοψίζονται στον πίνακα Α1.

Πίνακας Α1. Απαντήσεις βασισμένες σε αποδεκτά επίπεδα κινδύνου ανάλογα με τις επιμέρους εθνικές εκτιμήσεις και κατευθυντήριες οδηγίες.

Επίπεδο κινδύνου	Κριτήρια		Παρέμβαση	Ρόλος του επαγγελματία ΠΦΥ
Χαμηλό	Κατανάλωση αλκοόλ (grams/εβδομάδα)	<280 g/w άνδρες <140 g/w γυναίκες*	Πρωτοβάθμια πρόληψη	Επιμόρφωση υγείας, συμβουλευτική, πρότυπο
	AUDIT-C	<5 άνδρες <4 γυναίκες		
	AUDIT	<8		
Επικίνδυνο	Κατανάλωση αλκοόλ (grams/εβδομάδα)	280-349 g/w άνδρες 140-209 g/w γυναίκες*	Απλή συμβουλή	Αναγνώριση, αξιολόγηση, βραχεία παρέμβαση
	AUDIT-C	≥5 άνδρες ≥4 γυναίκες		
	AUDIT	8-15		
Επιβλαβές	Κατανάλωση αλκοόλ (grams/εβδομάδα)	≥350 g/w άνδρες ≥210 g/w γυναίκες*	Απλή συμβουλή συν βραχεία συμβουλευτική και συνεχιζόμενη παρακολούθηση	Αναγνώριση, αξιολόγηση, βραχεία παρέμβαση, follow-up
	AUDIT	16-19 Παρουσία βλάβης		
Υψηλό (αλκοολική εξάρτηση)	AUDIT	≥20 ICD-10 κριτήρια	Εξειδικευμένη θεραπεία	Αναγνώριση, αξιολόγηση, παραπομπή, follow-up
p				

*Οποιαδήποτε κατανάλωση για έγκυες γυναίκες και άτομα νεότερα των 16 ετών ή με ασθένειες ή θεραπείες που αποτρέπουν την κατανάλωση αλκοόλ.
Πηγή: Anderson (1996).

Ποιος είναι κατάλληλος για επιμόρφωση σε θέματα αλκοόλ;

Άτομα των οποίων το επίπεδο κινδύνου είναι χαμηλό μπορούν να επωφεληθούν από πληροφορίες σχετικές με την κατανάλωση αλκοόλ. Για τα περισσότερα άτομα, η χρήση του αλκοόλ ποικίλει με το χρόνο. Έτσι, κάποιος που καταναλώνει αλκοόλ σε ένα επίπεδο χαμηλού κινδύνου, μπορεί να αυξήσει την κατανάλωση αυτή στο μέλλοντα χρόνο.

Επιπλέον, η βιομηχανία διαφήμισης του αλκοόλ και οι ιστορίες των μέσων μαζικής επικοινωνίας για τα οφέλη της κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να οδηγήσουν κάποια

άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ στο να πίνουν για λόγους υγείας και άλλους που πίνουν μικρές ποσότητες στο να καταναλώνουν περισσότερο. Για το λόγο αυτό, λίγα λόγια ή γραπτές πληροφορίες για τους κινδύνους του ποτού μπορεί να προλάβουν την επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ στο μέλλον. Οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να επαινούνται για την επί του παρόντος χαμηλού κινδύνου κατανάλωση και να τους υπενθυμίζεται ότι εφόσον πίνουν θα πρέπει να παραμένουν στα χαμηλά αυτά επίπεδα. Η ενημέρωση σχετικά με το τι συνιστά μία μονάδα αναφοράς ποτού, είναι ουσιώδης ώστε να γίνουν κατανοητά τα όρια αυτά (βλ. κεφ. 3). Μπορεί να απαιτείται λιγότερο από λεπτό χρόνος προκειμένου να δοθεί η ενημέρωση αυτή και να ερωτηθεί ο ασθενής εάν έχει κάποιες απορίες. *«Εάν όντως πίνετε, παρακαλούμε μην καταναλώνετε περισσότερα από 2 ποτά την ημέρα και πάντα βεβαιωθείτε ότι αποφεύγεται να πίνετε για τουλάχιστον 2 ημέρες την εβδομάδα, ακόμη και σε μικρές ποσότητες. Είναι συχνά χρήσιμο να προσέχετε τον αριθμό των «μονάδων αναφοράς ποτού» που καταναλώνετε, έχοντας υπ'όψην ότι ένα μπουκάλι μπύρα, ένα ποτήρι κρασί και ένα ποτήρι ενός οινοπνευματώδους, γενικά περιέχουν περίπου την ίδια ποσότητα αλκοόλης. Τα άτομα που ξεπερνούν αυτά τα επίπεδα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων υγείας σχετιζόμενων με το αλκοόλ όπως ατυχήματα, τραυματισμούς, υπέρταση, ηπατική νόσο, καρκίνο και καρδιακές παθήσεις».*

Ποιος είναι κατάλληλος για βραχεία παρέμβαση;

Άτομα με επικίνδυνα επίπεδα κατανάλωσης. Η βραχεία παρέμβαση έχει τα ακόλουθα 5 στοιχεία:

Παροχή ενημέρωσης για το γεγονός ότι ο τρόπος κατανάλωσης του ασθενούς εμπίπτει στην κατηγορία της επικίνδυνης κατανάλωσης. Η επιμέρους βλάβη που ανιχνεύεται από το AUDIT και από την παρούσα συμπτωματολογία του ασθενούς θα πρέπει να συγκεκριμενοποιείται και η σοβαρότητα της κατάστασης να επισημαίνεται.
Παροχή πληροφοριών για συγκεκριμένους κινδύνους από τη συνεχιζόμενη κατανάλωση αλκοόλ σε επικίνδυνα και επιβλαβή επίπεδα.
Καθορισμός ενός στόχου από τον ασθενή προκειμένου να αλλάξει τη συμπεριφορά του ως προς το ποτό.
Παροχή συμβουλών ως προς τα όρια. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι πιθανόν να διαλέξουν ως στόχο ένα επίπεδο χαμηλής κατανάλωσης αλκοόλ. Εν συνεχεία χρειάζεται να συμφωνήσουν στη μείωση του αλκοόλ σε αυτά τα «χαμηλού κινδύνου όρια κατανάλωσης».
Παροχή ενθάρρυνσης. Τα άτομα με επικίνδυνη κατανάλωση δεν είναι εξαρτημένα στο αλκοόλ και μπορούν ευκολότερα να αλλάξουν τη συμπεριφορά κατανάλωσης τους. Ο θεραπευτής θα πρέπει να προσπαθήσει να κινητοποιήσει τον ασθενή επανατοποθετώντας την ανάγκη για μείωση του κινδύνου και ενθαρρύνοντας τον ασθενή να ξεκινήσει άμεσα.

Οι ακόλουθες τεχνικές συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα παροχής απλής συμβουλευτικής:

Να δείχνετε ενσυναίσθηση και να μην είστε επικριτικοί. Οι εργαζόμενοι στη φροντίδα υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσουν ότι οι ασθενείς συχνά δεν γνωρίζουν τους κινδύνους του αλκοόλ και δεν θα πρέπει να κατηγορούνται για την άγνοιά τους. Μιας και η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ συνήθως δεν αποτελεί μια μόνιμη κατάσταση, αλλά μία συνθήκη στην οποία πολλοί άνθρωποι περιστασιακά βρίσκονται για κάποια

χρονική περίοδο μόνο, ο θεραπευτής θα πρέπει να αισθάνεται άνετα στο να δείξει ότι αποδέχεται το άτομο δίχως να παραβλέπει την παρούσα συμπεριφορά χρήσης. Να θυμάστε ότι οι ασθενείς ανταποκρίνονται καλύτερα στο ειλικρινές ενδιαφέρον και στην υποστηρικτική συμβουλευτική για αλλαγή. Η καταδίκη μπορεί να έχει το αντίθετο αποτέλεσμα της απόρριψης, τόσο της συμβουλευτικής, όσο και του ατόμου που την παρέχει.

Να είναι εμφανής η αυθεντία σας. Οι θεραπευτές έχουν ειδικό κύρος εξαιτίας των γνώσεων και της εκπαίδευσής τους. Οι ασθενείς συνήθως τους σέβονται για αυτήν τους την πείρα. Για να επωφεληθείτε αυτής της αυθεντίας, να είστε σαφείς, αντικειμενικοί και ανθρώπινοι όταν χρειαστεί να αναφερθείτε στο ότι ο ασθενής πίνει πέραν των ορίων. Οι ασθενείς αναγνωρίζουν ότι το αληθινό ενδιαφέρον για την υγεία τους απαιτεί από μέρους σας να τους προτρέψετε να μειώσουν ή να διακόψουν τη χρήση.

Παρακάμψτε την άρνηση. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν είναι έτοιμοι να αλλάξουν συμπεριφορά ως προς το ποτό. Μερικοί ασθενείς μπορεί να αρνηθούν ότι πίνουν πολύ και αντιστέκονται σε οποιαδήποτε πρόταση να μειώσουν τη χρήση. Για να βοηθηθούν οι ασθενείς που δεν είναι ακόμη έτοιμοι να αλλάξουν, βεβαιωθείτε ότι μιλάτε έγκυρα, χωρίς να έρχεστε σε αντιπαράθεση. Αποφύγετε τις απειλητικές ή υποτιμητικές λέξεις όπως «αλκοολικός», και κινητοποιείστε τον ασθενή δίνοντας πληροφορίες και εκφράζοντας ενδιαφέρον. Αν τα αποτελέσματα για τον ασθενή, από τη διερεύνηση, έδειξαν υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ ή κάποιο σχετιζόμενο με το αλκοόλ πρόβλημα, χρησιμοποιείστε τις πληροφορίες αυτές για να τον ρωτήσετε να εξηγήσει την απόκλιση μεταξύ των συμπερασμάτων των ιατρικών υπηρεσιών και της δικής του άποψης για την κατάσταση. Τότε θα βρίσκεστε σε θέση να δηλώσετε ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο θετικά όσο τα θεωρεί.

Διευκολύνατε. Αφού το προσδοκώμενο αποτέλεσμα της παροχής απλής συμβουλευτικής είναι η διευκόλυνση της αλλαγής της συμπεριφοράς του ασθενή, είναι βασικό ο ασθενής να συμμετέχει στη διαδικασία. Δεν είναι αρκετό να πείτε μόνο στον ασθενή τι να κάνει. Αντίθετα, η ποιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι να εμπλακεί ο ασθενής σε μία από κοινού διαδικασία λήψης της απόφασης. Αυτό σημαίνει να ερωτηθεί για τους λόγους που οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ και να τονιστεί το προσωπικό του όφελος από μία κατανάλωση χαμηλού κινδύνου ή από τη διακοπή του. Είναι κρίσιμης σημασίας ο ασθενής να επιλέξει τη διακοπή ή μία χαμηλού κινδύνου κατανάλωση και να συμφωνήσει στο τέλος της διαδικασίας αυτής ότι θα προσπαθήσει να το επιτύχει.

Παρακολούθηση (Follow-up). Η περιοδική παρακολούθηση κάθε ασθενή είναι βασική στην ιατρική πράξη. Εφόσον οι επικίνδυνοι πότες δε βιώνουν επί του παρόντος κάποια βλαβερή συνέπεια, η παρακολούθησή τους μπορεί να μην απαιτεί μία επείγουσα ή ακριβή θεραπεία. Ωστόσο, η παρακολούθηση τους θα πρέπει να σχεδιάζεται κατάλληλα για τον αντίστοιχο βαθμό κινδύνου ώστε να εξασφαλίζεται η επιτυχία των ασθενών ως προς τον στόχο τους σχετικά με το αλκοόλ. Εάν κάποιος ασθενής επιτύχει, θα πρέπει να του παρέχεται επιπλέον ενθάρρυνση. Εάν όχι, ο θεραπευτής θα πρέπει να αναλογιστεί την προσφορά μίας βραχείας συμβουλευτικής ή την παραπομπή για περαιτέρω διαγνωστική αξιολόγηση.

Ποιος είναι κατάλληλος για βραχεία παρέμβαση;

Άτομα με επιβλαβές επίπεδο κινδύνου. Ο σκοπός της βραχείας συμβουλευτικής είναι η μείωση του κινδύνου πρόκλησης βλάβης από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Επειδή ο ασθενής μπορεί ήδη να έχει υποστεί βλάβη, η βραχεία συμβουλευτική περιλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερωθεί ο ασθενής ότι η ενέργεια αυτή απαιτείται ώστε να προληφθούν τα σχετιζόμενα με το αλκοόλ ιατρικά προβλήματα.

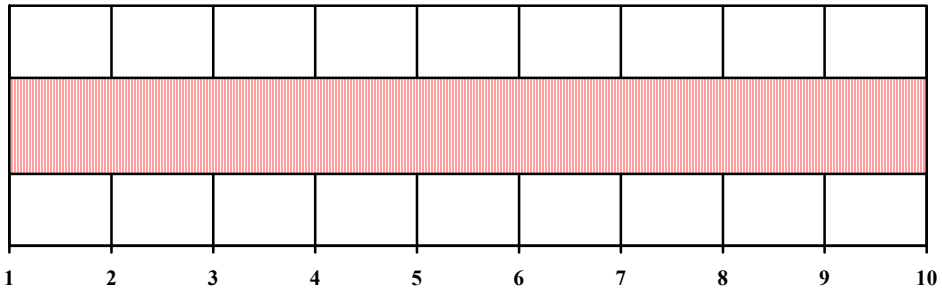
Η βραχεία συμβουλευτική είναι μία συστηματική, επικεντρωμένη διαδικασία, βασισμένη στην ταχεία αξιολόγηση, τη γρήγορη εμπλοκή του ασθενή και την άμεση εφαρμογή των στρατηγικών αλλαγής. Διαφέρει από την απλή συμβουλευτική στο ότι στόχος της είναι να παρέχει στους ασθενείς εργαλεία ώστε να αλλάξουν βασικές νοοτροπίες και να διαχειριστούν μία ποικιλία υποκείμενων προβλημάτων. Ενώ η βραχεία συμβουλευτική χρησιμοποιεί τα ίδια βασικά στοιχεία της απλής συμβουλευτικής, ο διευρυμένος στόχος της απαιτεί περισσότερο περιεχόμενο και κατά συνέπεια περισσότερο χρόνο από την απλή συμβουλευτική. Επιπλέον, οι θεραπευτές που εμπλέκονται σε μία τέτοια συμβουλευτική θα επωφεληθούν από την εκπαίδευση τους στην κινητοποιητική συνέντευξη και στην εκμάθηση της ακρόασης του ασθενή κατά έναν ενσυναισθηματικό τρόπο. Όπως και η απλή συμβουλευτική, ο στόχος της βραχείας είναι η μείωση του κινδύνου πρόκλησης βλάβης από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Αν και μπορεί ο ασθενής ήδη να βιώνει βλαβερές επιπτώσεις, εντούτοις, υπάρχει η υποχρέωση να πληροφορηθεί ότι η διαδικασία αυτή απαιτείται προκειμένου να προληφθούν ιατρικά, σχετιζόμενα με το αλκοόλ, προβλήματα.

Υπάρχουν 3 βασικά στοιχεία της βραχείας συμβουλευτικής:

Παροχή βραχείας συμβουλευτικής. Ένας καλός τρόπος να ξεκινήσει μία βραχεία συμβουλευτική είναι να ακολουθηθούν οι ίδιες διαδικασίες που περιγράφηκαν παραπάνω, στο σχετικό με την απλή συμβουλευτική εδάφιο, ώστε να αρχίσει μία συζήτηση σχετικά με το αλκοόλ. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής ενημερώνεται ότι τα αποτελέσματα της διαδικασίας διερεύνησης έδειξαν την ύπαρξη μίας επιβλαβούς κατανάλωσης. Η συγκεκριμένη βλάβη(ες) (προσδιοριζόμενες τόσο από το AUDIT όσο και από τα υπάρχοντα συμπτώματα του ασθενή) θα πρέπει να συγκεκριμενοποιείται(-ούνται) και η σοβαρότητα της κατάστασης θα πρέπει να τονίζεται.

Επεξεργασία και προσαρμογή της συμβουλευτικής στο στάδιο της αλλαγής. Τα στάδια της αλλαγής αντιπροσωπεύουν μία διαδικασία που περιγράφει το πώς σκέπτονται οι άνθρωποι σχετικά, ξεκινούν και διατηρούν ένα νέο τρόπο υγιούς συμπεριφοράς. Τα 5 στάδια που συνοψίζονται στο σχεδιάγραμμα Α1 έχουν αντιστοιχηθεί το καθένα με το συγκεκριμένο στοιχείο της βραχείας παρέμβασης. Ένας από τους πιο απλούς τρόπους για την αξιολόγηση της ετοιμότητας του ασθενή για αλλαγή του τρόπου κατανάλωσης αλκοόλ είναι η χρήση του «Κανόνα Ετοιμότητας – Readiness Ruler» στον οποίο ο ασθενής ερωτάται να βαθμολογήσει σε μια κλίμακα από 1 έως 10 το «Πόσο σημαντικό είναι για σένα να αλλάξεις τον τρόπο που πίνεις;» (με το 1 να αντιστοιχεί στο όχι τόσο σημαντικό και το 10 στο πολύ σημαντικό).

Μη σημαντικό Πολύ σημαντικό



Προ-συνειδητοποίηση συνειδητοποίηση Ηθοποιοί

Ασθενείς που βαθμολογούν στο χαμηλότερο άκρο της κλίμακας είναι οι προ-συνειδητοποιημένοι. Αυτοί που βρίσκονται στο μέσον (μεταξύ 4-6) είναι οι συνειδητοποιημένοι και εκείνοι που βαθμολογούν στο υψηλότερο σημείο θα πρέπει να θεωρούνται ως έτοιμοι να αναλάβουν δράση. Αν ο ασθενής βρίσκεται στο προ- της συνειδητοποίησης στάδιο, τότε η συμβουλευτική συνεδρία θα πρέπει να εστιάσει περισσότερο στην ανάδραση ώστε να κινητοποιήσει τον ασθενή να αναλάβει δράση. Εάν ο ασθενής σκεφτόταν να αναλάβει δράση (στάδιο συνειδητοποίησης), θα έπρεπε να δοθεί έμφαση στα οφέλη από την πράξη αυτή, στους κινδύνους της καθυστέρησης, και στο πώς πρέπει να γίνουν τα πρώτα βήματα. Εάν ο ασθενής είναι ήδη προετοιμασμένος να αναλάβει δράση, τότε ο θεραπευτής θα πρέπει να εστιάσει περισσότερο στο να θέσει στόχους και να εξασφαλίσει μία δέσμευση από τον ασθενή να μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ.

Σχεδιάγραμμα Α1. Τα στάδια αλλαγής και τα αντίστοιχα στοιχεία της βραχείας παρέμβασης

Στάδιο	**Ορισμός**	**Στοιχεία Βραχείας Παρέμβασης που πρέπει να δοθεί έμφαση**
Προ-συνειδητοποίηση	Ο χρήστης με επικίνδυνη ή επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ δε σκέφτεται κάποια αλλαγή στο κοντινό μέλλον και μπορεί να μην είναι ενήμερος των πραγματικών ή πιθανών συνεπειών στην υγεία του, από τη συνεχιζόμενη κατανάλωση στο επίπεδο αυτό	**Ανατροφοδότηση** σχετικά με τα αποτελέσματα της διερεύνησης και **Ενημέρωση** σχετικά με τους κινδύνους της κατανάλωσης αλκοόλ
Συνειδητοποίηση	Ο ασθενής μπορεί να είναι ενήμερος των σχετιζόμενων με το αλκοόλ συνεπειών αλλά είναι αμφιθυμικός απέναντι στην αλλαγή	Έμφαση για τα οφέλη της αλλαγής, **Πληροφόρηση** σχετικά με τα προβλήματα του αλκοόλ, τους κινδύνους της όποιας καθυστέρησης και συζήτηση σχετικά με το πώς να επιλεχθεί ένας **Στόχος**
Προετοιμασία	Ο πότης έχει ήδη αποφασίσει να αλλάξει και σχεδιάζει να αναλάβει δράση	Συζήτηση σχετικά με το πώς να επιλεχθεί ένας **Στόχος** και παροχή **Συμβουλής** και

		Ενθάρρυνσης
Δράση	Ο πότης έχει ήδη ξεκινήσει να μειώνει ή έχει διακόψει το αλκοόλ, αλλά η αλλαγή αυτή δεν έχει γίνει ένα μόνιμο χαρακτηριστικό	Ανασκόπηση της **Συμβουλής**, παροχή **Ενθάρρυνσης**
Διατήρηση	Ο πότης έχει μετριάσει την κατανάλωση ή έχει επιτύχει την αποχή σε μία σχετικά μόνιμη βάση	Παροχή **Ενθάρρυνσης**

Παρακολούθηση. Οι στρατηγικές διατήρησης που παρέχουν υποστήριξη, ανατροφοδότηση και βοήθεια στη ρύθμιση, επίτευξη και διατήρηση ρεαλιστικών στόχων θα πρέπει να ενταχθούν στο συμβουλευτικό σχέδιο από την αρχή. Κάτι τέτοιο θα περιλαμβάνει και τη βοήθεια προς τον ασθενή να αναγνωρίσει τους παράγοντες που πυροδοτούν την υποτροπή και τις καταστάσεις που θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο τη συνέχιση της διαδικασίας. Μιας και οι ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίες βραχείας συμβουλευτικής βιώνουν κατά την περίοδο αυτή βλάβες σχετιζόμενες με το αλκοόλ, είναι ουσιώδες να τους παρέχεται περιοδικός έλεγχος, όπως αρμόζει στο βαθμό επικινδυνότητας τους, κατά τη διάρκεια και (για κάποιο χρονικό διάστημα) μετά τις συνεδρίες συμβουλευτικής. Εάν ο ασθενής υποτροπιάζει θα πρέπει να μετακινείται στο επόμενο υψηλότερο επίπεδο παρέμβασης, την παραπομπή σε μία διευρυμένη θεραπεία, εφόσον είναι διαθέσιμη. Εάν μία τέτοια εξειδικευμένη αντιμετώπιση δεν είναι διαθέσιμη, η τακτική παρακολούθηση και η συνεχιζόμενη συμβουλευτική μπορεί να είναι απαραίτητες.

Ποιος είναι κατάλληλος για παραπομπή σε θεραπεία αλκοολικής εξάρτησης;

Σε ασθενείς με βαθμολογία 20 και άνω στο τεστ AUDIT (αν και κάτι τέτοιο μπορεί να εμφανιστεί και σε χαμηλότερα σκορ) είναι πιθανόν να απαιτείται περαιτέρω διάγνωση και εξειδικευμένη θεραπεία για αλκοολική εξάρτηση. Θα πρέπει να υπενθυμιστεί, ωστόσο, ότι το AUDIT δεν είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο και γι'αυτό είναι αδόκιμο να εξαχθεί το συμπέρασμα (ή να πληροφορηθεί ο ασθενής) μίας επίσημης διάγνωσης περί αλκοολικής εξάρτησης. Επιπρόσθετα, ορισμένα άτομα με βαθμολογία κάτω από 20 στο AUDIT, τα οποία δεν είναι κατάλληλα για απλή ή για βραχεία συμβουλευτική, θα πρέπει να παραπέμπονται σε εξειδικευμένη φροντίδα. Σε αυτά μπορεί να περιλαμβάνονται άτομα με σοβαρές υπόνοιες ύπαρξης ενός συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης, με προηγούμενο ιστορικό εξάρτησης από αλκοόλ ή ουσίες (όπως υποδηλώνεται από προηγούμενη θεραπεία) ή με ηπατική βλάβη, άτομα με προηγούμενη ή τρέχουσα σοβαρή ψυχική ασθένεια, άτομα που απέτυχαν στην επίτευξη των στόχων τους παρά την εκτεταμένη βραχεία συμβουλευτική.

Παραπομπή για διάγνωση και θεραπεία. Ο σκοπός της παραπομπής θα πρέπει να είναι να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με έναν ειδικό για περαιτέρω διάγνωση και, εάν απαιτείται, θεραπεία. Ενώ οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν πόσο πολύ πίνουν, πολλοί αντιστέκονται στο να αναλάβουν άμεση δράση για να αλλάξουν. Στους λόγους για την ύπαρξης μιας τέτοιας αντίστασης περιλαμβάνονται η μη επίγνωση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, η μη σύνδεση μεταξύ των προβλημάτων και της κατανάλωσης αλκοόλ, η αδυναμία να εγκαταλείψουν τα οφέλη από το ποτό, να παραδεχθούν την κατάστασή τους στον εαυτό τους και τους άλλους και η άρνηση να

ξοδέψουν το χρόνο και την προσπάθεια που απαιτείται από τη θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα της παραπομπής είναι πιθανόν να βασιστεί σε ένα συνδυασμό της αυθεντίας του θεραπευτή και του βαθμού στον οποίο ο ασθενής μπορεί να επιλύσει τέτοιους παράγοντες αντίστασης. Μία τροποποιημένη μορφή απλής συμβουλευτικής είναι χρήσιμη στη πραγματοποίηση μίας παραπομπής, χρησιμοποιώντας την *ανατροφοδότηση, τη συμβουλή, την υπευθυνότητα, την ενημέρωση, την ενθάρρυνση* και *την παρακολούθηση*.

Ανατροφοδότηση με πληροφορίες. Κατά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων του τεστ AUDIT θα πρέπει να γίνεται σαφές το γεγονός ότι το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ του ασθενούς υπερβαίνει κατά πολύ τα όρια χαμηλού κινδύνου, ότι ειδικά προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι ήδη παρόντα και ότι υπάρχουν σημεία πιθανής παρουσίας ενός συνδρόμου αλκοολικής εξάρτησης. Μπορεί να είναι ωφέλιμο να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι μία τέτοια κατανάλωση είναι επικίνδυνη για την ίδια την υγεία του ασθενή και πιθανά επιβλαβής για τα αγαπημένα του πρόσωπα ή για άλλους ανθρώπους. Μία ειλικρινής συζήτηση για το εάν ο ασθενής προσπάθησε ανεπιτυχώς να ελαττώσει ή να διακόψει το αλκοόλ μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει ότι μπορεί να χρειάζεται κάποια βοήθεια προκειμένου να αλλάξει.

Συμβουλή. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να μεταφέρει το σαφές μήνυμα ότι πρόκειται για μία σοβαρή ιατρική κατάσταση και ότι ο ασθενής πρέπει να απευθυνθεί σε έναν ειδικό για περαιτέρω διάγνωση και πιθανή θεραπεία. Θα πρέπει να υποδειχθεί η πιθανή διασύνδεση μεταξύ του αλκοόλ και των τρεχόντων προβλημάτων υγείας και να συζητηθεί ο κίνδυνος πιθανών μελλοντικών κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας.

Υπευθυνότητα. Είναι σημαντικό να παρακινήσουμε τον ασθενή να αντιμετωπίσει την κατάσταση αυτή με τη βοήθεια ενός ειδικού και ακολουθώντας τις συστάσεις του. Εάν ο ασθενής επιδείξει τέτοια θέληση, θα πρέπει να του παρέχεται πληροφόρηση και ενθάρρυνση. Εάν ο ασθενής αντιστέκεται, μπορεί να απαιτηθεί και νέα συνάντηση ώστε να του δοθεί χρόνος για τη λήψη της απόφασης.

Πληροφόρηση. Οι ασθενείς που δεν είχαν αναζητήσει προηγουμένως θεραπεία για τα προβλήματα από το αλκοόλ μπορεί να χρειαστούν πληροφορίες σχετικά με το τι περιλαμβάνει. Μετά την περιγραφή των θεραπευτών που θα συναντήσουν και της θεραπείας που θα τους δοθεί (βλ. κεφάλαιο 9), οι ασθενείς είναι πιθανό να είναι πιο δεκτικοί στο να αποφασίσουν να ενταχθούν στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ενθάρρυνση. Οι ασθενείς σε αυτή την κατάσταση είναι πιθανό να ωφεληθούν από λόγια καθησύχασης και ενθάρρυνσης. Θα πρέπει να τους ειπωθεί ότι η θεραπεία για την αλκοολική εξάρτηση γενικά είναι αποτελεσματική, αλλά ότι από μέρους τους μπορεί να απαιτηθεί σημαντική προσπάθεια.

Παρακολούθηση. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας για το αλκοόλ, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται με τον ίδιο τρόπο που ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να παρακολουθεί ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία από κάποιον καρδιολόγο ή ορθοπεδικό. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί το σύνδρομο αλκοολικής εξάρτησης είναι πιθανό να είναι χρόνιο και υποτροπιάζον. Η περιοδική παρακολούθηση και υποστήριξη μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να αντισταθεί στην υποτροπή ή να ελέγξει την πορεία της εάν συμβεί.

Ευχαριστίες

Αυτό το έγγραφο ετοιμάστηκε από τους συγγραφείς για λογαριασμό του δικτύου Phepa. Οι συγγραφείς επιθυμούν επίσης να ευχαριστήσουν για την υποστήριξη και την προσφορά τους όλους τους ειδικούς και μέλη του προγράμματος Phepa.

Μέλη του δικτύου Phepa

ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ

Rolande James Anderson
The Irish College of General Practitioners
(Ireland)

Sverre Barfod
The Alcohol Group, Central Research Unit of General Practice (Denmark)

Preben Bendtsen
Department of Health and Society, Social
Medicine and Public Health Science, Linköping University, (Sweden)

Antoni Gual
Alcohology Unit of the Hospital Clínic,
(Spain)

Nick Heather
School of Psychology & Sport Sciences,
Northumbria University,

(England)

Annemarie Huiberts
Netherlands Institute of Health Promotion and Disease Prevention (Netherlands)

Philippe Michaud
Programme "Boire Moins c'est Mieux"
France

Leo Pas
Scientific Society of Flemish General
Practitioners (WVVH) (Belgium)

Cristina Ribeiro Gomes
Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Emanuele Scafato
Instituto Superiore Di Sanita, Scientific
Governmental Research Organization (Italy

Kaija Seppä

University of Tampere, Medical School
(Finland)

Michael Smolka
University of Heidelberg; Central Institute of Mental Health, Department of Addictive Behaviour and Addiction Medicine (Germany)

ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΕΣ

Alexander Kantchelov
National Centre for Addictions (Bulgaria)

Marko Kolsek
Department of Family Medicine (Slovenia)

Jerzy Mellibruda
State Agency for the Prevention of Alcohol Related Problems (Poland)

Eleonóra Sineger
Hungarian Association of Addictologists
(Hungary)

Hana Sovinova
National Institute of Public Health
(Czech Republic)

ΕΙΔΙΚΟΙ

Mauri Aalto
National Public Health Institute (Finland)

Peter Anderson
Public health consultant (United Kingdon)

Mats Berglund
University Hospital MAS (Sweden)

Joao Breda
Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Jonathan Chick
Royal Edinburgh Hospital (United Kingdom)

Joan Colom
Program on Substance Abuse, Health Department Government of Catalonia
(Spain)

Bart Garmyn

Scientific Society of Flemish General
Practitioners (WVVH) (Belgium)

Isidore S. Obot
Department of Mental Health and Substance Dependence (WHO)

Lidia Segura
Program on Substance Abuse, Health Department Government of Catalonia
(Spain)