

UNIVERZITET U BEOGRADU

MEDICINSKI FAKULTET

Ivica R. Mladenović

**SISTEMSKA TERAPIJA ALKOHOLIZMA
U HOSPITALNIM USLOVIMA –
PROCENA EFEKTIVNOSTI
I KARAKTERISTIKE TERAPIJSKOG PROCESA**

Doktorska disertacija

Beograd, 2026.god.

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF MEDICINE

Ivica R. Mladenović

**SYSTEMIC THERAPY OF ALCOHOLISM
IN HOSPITAL CONDITIONS –
ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS AND
CHARACTERISTICS OF
THE THERAPEUTIC PROCESS**

Doctoral dissertation

Belgrade, 2026

MENTOR:

Prof. dr Olivera Vuković, vanredni profesor
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

ČLANOVI KOMISIJE:

1. Prof.dr Zorica Terzić Šupić, redovni profesor
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet
2. Doc. dr Zorana Pavlović, docent
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet
3. Doc. dr Ivana Peruničić Mladenović, docent
Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet

Zahvaljujem se:

- Svom mentoru Prof. dr Oliveri Vuković na konstantnoj podršci i završnom profilisanju doktorske disertacije
- Prof. dr Ivanu Dimitrijeviću na pomoći u uobličavanju rada i korisnom stručnom usmeravanju
- Članovima komisije:

Prof. dr Zorici Terzić Šupić,

Doc. dr Zorani Pavlović,

Doc. dr Ivani Peruničić Mladenović,

na pomoći u realizaciji disertacije.

- Zaposlenima na Klinici za bolesti zavisnosti IMZ za pomoć u tehničkom prikupljanju dokumentacije i neophodnih podataka
- Svim pacijentima lečenim na kliničkom odeljenju Klinike za bolesti zavisnosti IMZ u periodu 1987 – 2012. godine, od kojih mnoge nisam lično upoznao, ali su doprineli da ovaj rad ugleda svetlost dana ukazavši nam poverenje da se leče kod nas
- Dragim roditeljima Grani i Ratku, na moralnim i životnim smernicama i ogromnoj duhovnoj i emotivnoj podršci
- Supruzi Rajnici, vernom saputniku i najodanijem prijatelju, na bezgraničnoj ljubavi, poverenju i toleranciji

Ovaj rad posvećujem mom dragom sinu

JOVANU

**SISTEMSKA TERAPIJA ALKOHOLIZMA
U HOSPITALNIM USLOVIMA –
PROCENA EFEKTIVNOSTI
I KARAKTERISTIKE TERAPIJSKOG PROCESA**

REZIME

Naše istraživanje predstavlja retrospektivnu studiju hospitalnog tretmana zavisnika od alkohola lečenih sistemskom terapijom u Institutu za mentalno zdravlje (IMZ), u periodu 1987 – 2012. godine. Ukupan broj ispitanika je $N = 820$, a raspon godina starosti pacijenata u uzorku je od 18 – 73 godina.

Za potrebe istraživanja definisan je skup od 50 varijabli dostupnih iz medicinske dokumentacije. U periodu 1987 – 2012. godine utvrdili smo trend starenja pacijenata, sa sve većim udelom žena, povećanjem nivoa obrazovanja, rastom nezaposlenosti i porastom broja pacijenata bez dece. Hospitalni tretman uspešno je završilo 71% osoba zavisnih od alkohola uključenih u model sistemske terapije alkoholizma.

Prosečna starost pacijenata koji apstiniraju duže od godinu dana je 42.19 godina, a na terapiju najbolje reaguju alkoholičari u starosnoj grupi 40 - 49 godina. Utvrdili smo 4 varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma: bračni status, uspeh u srednjoj školi, pad tolerancije i dužina lečenja. Profil pacijenata sa najboljim odgovorom na terapiju bi bio: osobe u srednjim godinama, samci, žene, obrazovaniji, osobe sa dužim alkoholičarskim stažom, zaposleni, bez izraženijih kognitivnih oštećenja, sa uspostavljenom apstinencijom u vanhospitalnim uslovima, sa ili bez komorbiditeta i sa obezbeđenim saradnikom u lečenju.

Od 820 pacijenata uključenih u tretman, lečenje od alkoholizma je uspešno završilo 281 pacijent, te možemo reći efikasnost sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima je 35%, i nije utvrđen pad efikasnosti modela. Sistemsko rešenje tretmana zavisnika od alkohola podrazumeva nekoliko nivoa, sa različitim ciljevima, shodno potencijalima i potrebama pacijenata.

Ključne reči: alkoholizam, bolničko lečenje, sistemska terapija, zavisnost od alkohola, alkoholičar

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Psihijatrija

UDK broj: _____

**SYSTEMIC THERAPY OF ALCOHOLISM
IN HOSPITAL CONDITIONS –
ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS AND
CHARACTERISTICS OF THE THERAPEUTIC PROCESS**

SUMMARY

Our research is a retrospective study of the hospital treatment of alcohol addicts treated with systemic therapy at the Institute of Mental Health (IMH), in the period 1987-2012. The total number of respondents is $N = 820$, and the age range of patients in the sample is 18-73 years.

For the purposes of the research, a set of 50 variables available from medical records was defined. In the period from 1987 to 2012, we determined the trend of aging patients, with an increasing proportion of women, an increase in the level of education, an increase in unemployment and an increase in the number of patients without children. Hospital treatment was successfully completed by 71% of alcohol-dependent persons included in the model of systemic alcoholism therapy.

The average age of patients who abstain for more than a year is 42.19 years, and alcoholics in the age group of 40 - 49 years respond best to therapy. We identified 4 variables of importance for the outcome of alcoholism treatment: marital status, success in high school, decline in tolerance and length of treatment. The profile of patients with the best response to therapy would be: middle-aged people, singles, women, more educated, people with a longer history of alcoholism, employees, without pronounced cognitive impairment, with established abstinence in out-of-hospital conditions, with or without comorbidities and with a secured associate in treatment.

Out of 820 patients included in the treatment, 281 patients successfully completed alcoholism treatment, so we can say that the effectiveness of systemic alcoholism therapy in hospital conditions is 35%, and no decline in the effectiveness of the model was found. The system solution for the treatment of alcohol addicts involves several levels, with different goals, according to the potential and needs of the patients.

Key words: alcoholism, hospital treatment, systemic therapy, alcohol dependency, alcohol addict

Scientific field: Medicine

Special topics: Psychiatry

UDK number: _____

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Alkoholizam	3
1.2. Ličnost zavisnika od alkohola	8
1.3. Posledice alkoholizma	11
1.4. Alkoholičarska porodica i alkoholičarski brak.....	13
1.5. Principi i terapijski modaliteti u lečenju alkoholizma	17
1.6. Niskorizično pijenje alkohola.....	21
1.7. Sistemska terapija alkoholizma	22
1.8. Sistemska terapija alkoholizma u Srbiji	27
1.9. Sistemska terapija alkoholizma u hospitalnim uslovima.....	29
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	32
3. METODOLOGIJA	33
3.1. Tip studije, mesto i vreme istraživanja.....	33
3.2. Uzorak ispitanika.....	34
3.3. Tok i način ispitivanja	34
3.4. Statistička analiza	36
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	37
4.1. Sociodemografske i kliničke karakteristike zavisnika od alkohola.....	37
4.2. Karakteristike terapijskog procesa.....	60
4.2.1. Terapijski proces u intenzivnoj fazi lečenja	60
4.2.2. Terapijski proces u produžnoj fazi lečenja	64
4.2.3. Korelacija između dužine hospitalnog tretmana i varijabli iz klastera „Karakteristike alkoholizma kod ispitanika,“.....	66
4.3. Ishod hospitalnog lečenja	68
4.3.1. Sociodemografski podaci o ispitaniku.....	68
4.3.2. Karakteristike kliničke slike kod ispitanika	70
4.3.3. Karakteristike terapijskog procesa.....	71
4.3.4. Model binarne logističke regresije za ishod bolničkog lečenja.....	73
4.4. Ishod lečenja alkoholizma sistemskom terapijom u hospitalnim uslovima	74
4.4.1. Sociodemografski podaci o ispitaniku.....	74
4.4.2. Karakteristike kliničke slike kod ispitanika	77
4.4.3. Karakteristike terapijskog procesa.....	79
4.4.4. Model binarne logističke regresije za ishod lečenja alkoholizma	84
5. DISKUSIJA	85
6. ZAKLJUČAK.....	100
7. LITERATURA	102

1. UVOD

Alkohol, kao značajan (a često i centralni) faktor različitih socijalnih rituala, predstavlja integralni deo mnogih kultura već hiljadama godina (Mc Govern, 2009). Prekomerno pijenje alkohola se vekovima smatralo "porokom", a moralistički pristup je bio dominantan sve do početka XIX veka, s obzirom da se na alkoholizam uglavnom gledalo kao na vid „nepristojnog“ i manje-više socijalno neprihvatljivog ponašanja, koje je osuđivano, a ponekad i sankcionisano. Thomas Trotter, lekar britanske mornarice, 1804.godine u svom eseju o pijenju alkohola (Throtter, 1804) postulira da je alkoholizam bolest ukazujući na telesne i psihičke fenomene povezane sa pijenjem alkohola, a „status zvanične bolesti“ alkoholizam dobija, od strane svetske zdravstvene organizacije (SZO), 1951. godine.

Zavisnost od alkohola je paradigma socijalno-medicinske bolesti, i danas predstavlja jedan od najznačajnijih socijalno-medicinskih problema (Carvalho et al., 2019; Whiteford i sar., 2013), što činjenicama potkrepljuje i SZO, ukazujući da je 2,6% svetske punoletne populacije zavisno od alkohola (WHO, 2018), dok rizično i štetno pijenje pogađa čak 15-40 % adultne populacije (Kuntsche et al., 2017; Babor & Higgins-Biddle, 2001). Konzumiranje alkohola je povezano sa više od 200 bolesti i povreda (Shield et al., 2013), a štetna upotreba alkohola dovodi do 5,9% svih smrtnih slučajeva na godišnjem nivou (3,3 miliona smrtnih slučajeva godišnje u svetu) (WHO, 2014). Problemi uzrokovani alkoholom u značajnoj meri ekonomski opterećuju društvo na globalnom nivou (Laramée et al., 2013), a Evropska unija (EU) procenjuje da troškovi zemalja članica povezani sa upotrebom alkohola na godišnjem nivou dostižu 125 mlrd€ (Anderson & Baumberg, 2006).

Alkoholizam je recidivantna bolest (McLellan i sar., 2000), što predstavlja otežavajuću okolnost i sam proces lečenja zavisnosti od alkohola (alkoholizma) čini izuzetno kompleksnim (Sliedrecht et al., 2019). Tretman osobe zavisne od alkohola, može se najšire definisati kao „stručna aktivnost usmerena ka poboljšanju funkcionisanja te osobe“ (Schuckit, 2000). "Optimalni medicinski cilj u lečenju alkoholizma je prekid pijenja i uspostavljanje trajne apstinencije" (Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje alkoholizma, 2013; Marlatt & Barrett, 1999). Psihoterapija je dominantni vid tretmana zavisnosti od alkohola. Individualnih psihoterapija, kao dodatna terapija, u vidu suportativne psihoterapije koristi se pre svega za poboljšanje terapijskog odnosa, a retko se koristi i kratka analitički orjentisana psihoterapija kod pridruženih neurotskih poremećaja (Dodes,2003). Kognitivno - bihevioralna terapija (KBT) u lečenju alkoholizma u svojoj osnovi ima teoriju socijalnog učenja, realtivno je jednostavna, i popularna zbog brzo vidljivih rezultata (Magill & Ray, 2009; Burtscheidt i sar., 2002). Grupna psihoterapija već godinama predstavlja »metod izbora« u lečenju alkoholizma (Lo Coco et al., 2019). Postoji čitav spektar pristupa u tretmanu, a najčešći model je multipla grupa bračnih parova/podrođa (Litt i sar., 2003; O'Farrell & Fals-Stewart, 2000; Spitz & Brook, 2002). Pogotovo je korisna grupna terapija, zasnovana na principima teorije sistema (Komashie et al. 2021; Savic et al. 2017).

Teorija sistema uvodi dijametralno suprotan pristup dotadašnjem medicinskom modelu, gde se fokus sa pojedinca premešta na porodicu, a koreni alkoholizma se prepoznaju u poremećenim interakcijama među članovima porodice - "alkoholičarska porodica" (Steinglass, 2009; Becvar & Becvar, 2003; Begun, 1996; McCrady, 1989; Steinglass i sar., 1987; Barensen, 1976). U skladu sa sistemskim pristupom, »suština lečenja zavisnosti od alkohola odnosi se na promenu alkoholičarskog stila življenja i disfunkcionalnih obrazaca ponašanja značajnih osoba iz okruženja, a apstinencija od alkohola je preduslov za to« (Stanković i sar. 2009).

Počeci primene i razvoj porodične terapije alkoholizma u Srbiji vezani su za Institut za mentalno zdravlje (IMZ) i ime Branka Gačića, tj. za početak programa porodične terapije alkoholizma 1973. godine (Mladenović i sar., 2023b). Tokom godina „ovaj pristup je razvijan i unapređivan, prošao je kroz nekoliko faza dok se 1983. godine nije profilisao u sistemsku (multisistemsku, ekosistemsku) terapiju alkoholizma – STA“ (Gačić, 2013). U ovom trenutku to je dominantni model lečenja alkoholizma u Srbiji, a prepoznatljiv je i u evropskim okvirima i predstavlja okosnicu tzv. „beogradske škole alkoholologije“ (Mladenović, 2013).

Bez obzira na dugogodišnju primenu STA u našoj zemlji, i činjenicu da predstavlja terapiju izbora za zavisnike od alkohola u Srbiji, prva i jedina evaluacije modela („pilot studija“) rađena je pre više od trideset godina, i to u specifičnim poluhospitalnim uslovima (Gačić, 1992). Poslednjih četrdeset godina ovaj model se primenjuje u više centara u Srbiji, ali uglavnom u hospitalnim uslovima. Specifičnosti psihoterapije kao metode lečenja u znatnoj meri otežavaju analizu uspešnosti nekog terapijskog modaliteta (INSERM, 2004), što najverovatnije predstavlja „opravdanje“ činjenice da u Srbiji ne postoji evaluacija dominantnog modela lečenja zavisnosti od alkohola. Apstinencije od alkohola prvih godinu dana nakon lečenja suštinski je kriterijum uspešnosti tretmana alkoholizma (Maisto i sar., 2006; APA, 2013), a specifičnost terapijskog konteksta svakako zahteva deskripciju i analizu krucijalnih tačaka samog terapijskog procesa (Stiles, 2013). Naravno, ishod terapije u mnogome zavisi od sociodemografskih karakteristika samih pacijenta (potencijali, motivacija, karakteristike alkoholizma i kognitivna oštećenja, kao i socijalno funkcionisanje-problemi u porodici, na poslu ili široj društvenoj zajednici) (Hansen et al., 2020; Dawson i sar. 2007). Činjenica da se radi o modelu koji se u skoro nepromenjenom obliku primenjuje već 30 godina, zahteva detaljnu evaluaciju istog, ali i kritičku procenu održivosti u savremenim uslovima kada princip „nulte tolerancije“ polako biva potiskivan od strane zagovornika „moderacije pijenja“ (van Amsterdam i sar., 2013; Mowbray i sar.2013).

Cilj našeg istraživanja je procena efektivnosti sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima, kao i opis karakteristika terapijskog procesa. S obzirom na intenzivna i turbulentna dešavanja u našoj zemlji poslednjih 35 godina (u spektru od „blagostanja“ u velikoj zemlji krajem osamdesetih, preko raspada zemlje, hiperinflacije i bombardovanja, pa do tranzicije i egzistencijalne neizvesnosti koja i dalje traje), promene su evidentne u svim oblastima ljudskog bivstvovanja. Imajući u vidu da je alkoholizam najznačajnija socijalno-medicinska bolest, pretpostavili smo da se to odrazilo kako na karakteristike zavisnika od alkohola, tako i na strukturu samog terapijskog procesa. Shodno tome, kroz opis dinamike sociodemografskog profila alkoholičara lečenih u IMZ, kao i opis

specifičnosti terapijskog procesa hteli smo da procenimo efikasnost samog modela, sa idejom unapređenja istog i prilagođavanja aktuelnim potrebama društva.

Osnivači modela systemske terapije alkoholizma su postavili visoke standarde, a nama njihovim naslednicima ostaje da očuvamo kvalitet lečenja alkoholizma u Srbiji, i po mogućstvu unapredimo isti, kako bi „beogradska škola alkoholologije“ i dalje opstala na „polzu i ponos“ svima nama, ali i našim naslednicima.

1.1. Alkoholizam

Poželjno dejstvo alkohola ljudska civilizacija spoznala je još u praistoriji. Činjenica da dovodi do opuštanja, ali i pričljivosti, familijarnosti i porasta samopozdanja, usloveli su da alkohol vrlo rano u ljudskoj istoriji zauzme značajno mesto u čitavom spektru socijalnih rituala. Pivo i vino su široko upotrebljavani u Mesopotamiji i Egiptu, a vino je u Staroj Grčkoj i Rimu dobilo kulturni status. Destilisana alkoholna pića su u široj upotrebi od srednjeg veka. U Srbiji je od najranijih vremena bila popularna medovina, piće nalik vinu, koje se dobijalo fermentacijom meda, koje je osim uživanja u alkoholu imalo i religijske i magijske attribute. Sa dolaskom turaka u naše krajeve, postaje popularna rakija, koja se dobijala u procesu destilacije pre svega šljiva, ali i drugog voća. Popularnost rakije u Srbiji je zadržana i do danas, a „šljivovicu“ smatramo nacionalnim pićem, zaboravljajući da su nam i nju i sam naziv „rakija“ doneli turci i odomaćili je tokom viševekovne okupacije Srbije.

Krajem XVIII i početkom XIX veka javlja se veće interesovanje društva i lekara za probleme vezane za pijenje. Sam pojam alkoholizam uveo je, tek 1849. švedanin *Magnus Huss* zamenivši njime do tada upotrebljavane reči kao što su pijančenje ili neumerenost (Huss M, Van Dem Busch G, 1852; Poro, 1990). Moralistički koncept, koji na alkoholizam gleda kao na moralnu slabost, izopačenost, odnosno porok koji zavređuje kažnjavanje, polako biva potisnut medicinskim modelom. Mada je još Hipokrat, „otac medicine“, govorio da je „pijanstvo umišljeno, samovoljno izazivanje ludila“, tek su „pioniri alkoholologije“, *Benjamin Rush* i *Thomas Trotter* (Throtter, 1804), počeli da ukazuju na potrebu lečenja ljudi koju neumereno piju. Medicinski model se tokom XIX veka razvija, a početkom XX veka otvaraju se prvi centri za lečenje osoba zavisnih od alkohola. Podkomitet za pitanja alkoholizma SZO je 1951. godine dao prvu službenu definiciju alkoholizma, čime alkoholizam dobija status „zvanične bolesti“: „Alkoholičari su one osobe koje ekscesivno uživaju alkoholna pića postajući postepeno zavisne od alkohola, pri čemu ispoljavaju bilo otvorene duševne poremećaje, bilo manifestacije koje zahvataju njihovo telesno i duševno zdravlje, njihove odnose sa drugim osobama i njihovo dobro socijalno i ekonomsko stanje, bilo da samo ispoljavaju prodrome koji nagoveštavaju poremećaje takvog karaktera“.

Procenjuje se da oko 285 miliona ljudi na globalnom nivou ima poremećaje povezane sa upotrebom alkohola (više od 80% su muškarci), a da bar deset puta više ljudi konzumira alkohol. Konzumiranje alkohola je povezano sa više od 230 bolesti i povreda,

od kojih su najznačajniji: alkoholizam, ciroza jetre i razne vrste povreda (Rehm et al., 2017; Shield et al., 2013). Na globalnom nivou, 26,5% svih mladih uzrasta 15-19 godina pije alkohol, a stope prevalencije trenutnog konzumiranja alkohola su najveće među adolescentima u Evropskom regionu SZO (43,8%), sa izuzetno malim razlikama između dečaka i devojčica. SZO ističe da je alkohol odgovoran za 5,3% svih smrtnih slučajeva u svetu (oko 3 miliona smrtnih slučajeva godišnje), a na poremećaje uzrokovane alkoholom otpada 5,1% globalnog opterećenja bolestima (WHO, 2018). Ukupna potrošnja alkohola po glavi stanovnika u svetskoj odrasloj populaciji iznosi 6,4 litra u 2016. godini, a 25,5% ukupnog alkohola koji se konzumira širom sveta je u obliku neregistrovanog alkohola. Učestalost pijenja više od 60 grama alkohola u jednoj prilici, bar jednom mesečno, ("teško pijenje") iznosi 18,2% u 2016. godini, u opštoj populaciji, ali je preko 60% među osobama koje piju (WHO, 2018).

„Alkohol je najzastupljenija psihoaktivna supstanca u Srbiji. U populaciji uzrasta od 18 do 64 godine starosti 73,9% stanovnika (83,0% muškaraca i 65,8% žena) je barem jedanput u poslednjih 12 meseci konzumiralo alkoholno piće. Nema velikih razlika u učestalosti upotrebe piva, vina i žestokih pića. Ekcesivno pijenje/visokorizično pijenje (60 i više grama čistog alkohola u jednoj prilici) barem jednom nedeljno ili češće u proteklih 12 meseci je prijavljeno od strane 4,3% ispitanika (7,8% muškaraca i 1,1% žena) što odgovara broju od 150.000 do 230.000 stanovnika Srbije uzrasta 18 do 64 godine. Kriterijume za kategoriju rizičnih konzumenata alkohola ispunjava 12,7% ispitanika (20,6% muškaraca i 5,5% žena), što odgovara ukupnom broju od 491.000 do 633.000 stanovnika Srbije starosti od 18 do 64 godine, među kojima je velika većina muškaraca. Znake problematičnog pijenja (potencijalna zavisnost) pokazuje 6,1% odrasle populacije (9,9% muškaraca i 2,7% žena), što je od 221.000 do 318.000 osoba u apsolutnim ciframa (većinom muškarci i među njima skoro 1/3 pripada starosnoj grupi od 18 do 34 godine)” (Mladenović i sar., 2023a).

ESPAD istraživanje (European School Survei on the Use of Alcohol and Other Psychoactive Substance) se sprovodi u Evropi među učenicima uzrasta 15-16 godina, od 1995.godine. Rezultati istraživanja sprovedenog 2018. godine u Republici Srbiji ukazuju da je 55,8% učenika prvog razreda srednje škole pilo alcohol, dok je čak 10% njih pilo više od 20 puta u poslednjih mesec dana (Institut za javno zdravlje Srbije, 2020). Ekscesivno pijenje konstatovano je kod 36,2% šesnaestogodišnjaka, dok je broj onih koji su se tom prilikom napili bio 12,4%, “što je veoma simptomatičan nalaz jer ukazuje da je skoro 25 % šesnaestogodišnjaka popilo 5 pića i nije se napilo zbog ekstremno povećane tolerancije” (Mladenović i sar., 2023). Skoro polovina (42%) učenika prve godine srednjih škola navelo je da je prvi put pilo alkoholno piće sa 13 godina ili mlađe, a 6,6% je navelo da su pijani u ovom uzrastu i to 9,3% dečaka i 4,2% devojčica. Podaci o percepciji dostupnosti alkoholnih pića među učenicima prve godine srednjih škola pokazuju da 81,9% smatra da je lako nabaviti bilo koju vrstu alkoholnog pića (Institut za javno zdravlje Srbije, 2020).

Termin upotreba alkohola odnosi se na bilo kakvo unošenje alkohola u organizam. Koristimo termin upotreba alkohola sa malim rizikom (niskorizično pijenje), za pijenje u okviru zakonskih i medicinskih granica koje verovatno neće dovesti do problema sa alkoholom. Zloupotreba alkohola je opšti termin za bilo koju vrstu društveno neprihvatljivog pijenja, od rizičnog, preko štetnog do zavisnosti od alkohola (Babor i sar., 2001). Sindrom zavisnosti od alkohola (alkoholizam) je bolest koja se karakteriše grupom

kognitivnih, ponašajnih i fizioloških simptoma, uz jasno definisane kriterijume za postavljanje ove dijagnoze. Štetna upotreba alkohola se definiše kao obrazac pijenja koji je doveo do fizičkog ili mentalnog oštećenja zdravlja, bez zavisnosti od alkohola (SZO, 1992).

Koncept koji nije uključen u ICD-10, ali je od ogromnog značaja u prevenciji poremećaja povezanih sa pijenjem alkohola je rizična upotreba alkohola. Rizična upotreba alkohola podrazumeva obrazac pijenja, kod koga aktuelno ne postoje posledice niti zavisnost od alkohola, ali je velika verovatnoća da će u budućnosti razviti problemi povezani sa alkoholom, tj. podrazumeva svako pijenje preko granica niskorizičnog pijenja (Babor i sar., 2001). Svaka zemlja kvantitativno definiše granice niskorizičnog pijenja, za različite kategorije stanovništva, koristeći termin "standardno piće", koje sadrži na nacionalnom nivou određenu koncentraciju alkohola. Treba istaći da svako pijenje alkohola kod osoba mlađih od 18 godina predstavlja rizično pijenje, pa čak i zloupotrebu alkohola.

Prema ICD-10, koja je korišćena u našem istraživanju, sindrom zavisnosti predstavlja skup fizioloških, bihevioralnih i kognitivnih fenomena kod kojih upotreba neke supstance ili grupe supstanci za osobu dobija veći značaj nego drugi obrasci ponašanja koji su ranije imali veću vrednost. Konačnu dijagnozu zavisnosti bi trebalo postaviti samo ako su tri ili više od sledećih fenomena doživljeni ili manifestovani u nekom periodu tokom prethodne godine (najmanje mesec dana ili, ako traju kraće od mesec dana, treba da se povremeno javljaju zajedno u periodu od dvanaest meseci) (SZO, 1998):

- 1) *jaka žudnja* ili osećaj prinude za uzimanjem supstance;
- 2) *otežana kontrola* nad ponašanjem oko uzimanja supstance u smislu početka, završetka ili nivoa upotrebe;
- 3) *fiziološki apstinencijalni sindrom* kada je upotreba supstance prestala ili je smanjena, ili upotreba iste supstance sa namerom da se ublaže ili izbegnu apstinencijalni simptomi;
- 4) *dokaz o toleranciji*, tako što su neophodne povećane doze supstance da bi se postigli efekti koji su ranije proizvođeni u nižim dozama;
- 5) *progresivno zanemarivanje alternativnih zadovoljstava* ili interesovanja, zbog korišćenja supstance, nabavke iste ili oporavka od njenih efekata;
- 6) *nastavljanje sa upotrebom supstance* i pored jasnih činjenica o nespornim štetnim posledicama (SZO, 1992).

Alkoholizam je hronična bolest koja ima svoju dinamiku i faze razvoja, sa prelaskom iz jedne u drugu fazu, ali i mogućnošću povratka na prethodno stanje, sve do trenutka kada se razvije zavisnost. Diskutabilno je da li jednom razvijena bolest zavisnosti od alkohola ima mogućnost povratka na „kontrolisano pijenje”, ali prema aktuelno važećim klasifikacijama apstinencija od alkohola duža od godinu dana znači „izlečenje”. Koliki će biti period od kontakta sa alkoholnim pićem do razvijene kliničke slike zavisnosti od alkohola, individualno je determinisano, a ovaj period se u proseku kreće od 10 do 20 godina (Zucker, 2000). Faze u razvoju bolesti su predvidljive, a u zavisnost koja varijabla se fokusira postoji više teorija o dinamici i strukturi razvoja alkoholizma.

U Srbiji je godinama bila najprihvaćenija Jelinekova klasifikacija, koja postulira da klinički razvoj alkoholizma prolazi kroz četiri faze (Jelinek, 1960):

1. *Prealkoholičarska faza*. Bolest još uvek nije razvijena, i osoba pije društveno prihvatljivo. Međutim, to je period kada osoba postaje svesna poželjnih efekata alkohola (smanjenje napetosti, povećanje samopouzdanja, familijarnost sa

nepoznatim ljudima...), što uslovljava povećanje tolerancije prema alkoholu, tj. sve češće i intenzivnije pijeње, zbog svesnosti direktne veze između pijeња i olakšanja koje joj ono donosi ("psihička zavisnost").

2. *Prodromalna faza.* Zbog sve učestalijeg pijeња, u ovoj fazi dolazi do konflikata sa socijalnim okruženjem, a prva na udaru je porodica, tako da se najranije posledice neumerenog pijeња osećaju u porodičnom okruženju (prvo zanemarivanja, a sa razvojem bolesti i zlostavljanje). U ovoj fazi može doći i do konflikata sa širim socijalnim okruženjem, zbog nepoštovanja socijalnih normi. Ovo je faza kada se i organizam privikava na sve veće doze alkohola, pa se povremeno mogu uočiti alkoholni "palimpsesti", koje odlikuje pojava prolazne amnezije posle unošenja alkohola u organizam relativno malih doza alkohola. Na kraju ove faze javljaju se učestali "prekidi filma" (alkoholne amnezije), zbog dejstva alkohola na mozak.
3. *Krucijalna ili kritična faza.* Ova faza predstavlja bolest alkoholizma u užem smislu, a prepoznaje se po kardinalnom znaku gubitka kontrole nad alkoholom, tzv. "fenomenu prve čaše". On podrazumeva da po otpočinjanju pijeња alkohola, zavisnik pije do neke svoje doze, tj. do opijanja. Naravno, ovo treba shvatiti uslovno, tj. desiće se u najvećem broju slučajeva "kada uslovi to dozvoljavaju". Kod zavisnika od alkohola je prisutno dosta od tzv. karakteristika alkoholičarske ličnosti, a s obzirom da alkohol predstavlja "centar sveta" u ovoj fazi, sve ostale obaveze su manje-više zanemarene, tj. prisutne su posledice u skoro svim sferama života.
4. *Hronična faza.* Redovna jutarnja čaša alkohola predstavlja početak postepenog, ali sveobuhvatnog propadanja zavisnika, kada specifične crte ličnosti poprimaju "karikaturalne obrise", a egoizam i primitivni egocentrizam koji se zasniva na labilnom narcizmu, uz često narušeno fizičko zdravlje, vode u sve dublju moralnu degradaciju. Zbog oštećenja mozga dolazi do pada tolerancije na alkohol, ali se mogu javiti i alkoholne psihoze.

U praksi se često sreće jednostavna klinička podela alkoholizma na pretoksikomansku i toksikomansku fazu (Gačić, 1988).

- *Pretoksikomanska faza* predstavlja uvod u bolest i promene nastale u toj fazi imaju za zadatak da stvore preduslove za konstantno konzumiranje što većih količina alkohola, s obzirom da je osoba osetila sve blagodeti pijeња alkohola. Ova faza se karakteriše: povećanjem tolerancije na alkohol (osoba ima potrebu za većim količinama alkohola da bi postigla željeni efekat) i razvojem psihičke zavisnosti od alkohola (nijedna socijalna situacija nije kompletna bez alkohola, bilo da smanjuje napetost ili poboljšava raspoloženje).
- *Toksikomanska faza* označava sistematsko pijeње kod osobe kojoj je alkohol postao centralni organizacioni princip u životu. Stil pijeња, dinamika, učestalost i količine alkohola su individualno determinisani, a u zavisnosti od tipa alkoholizma, mogu se javiti neki od sledećih znakova toksikomanskog, hroničnog alkoholizma: gubitak kontrole, alkoholna amnezija, nemogućnost apstinencije i pad tolerancije.

Na osnovu porodičnog , profesionalnog i socijalnog funkcionisanja, kao i prisustva ili odsustva fenomena zavisnosti, Dimitrijević daje sledeću podelu alkoholizma (Dimitrijević, 1992):

1. *Rana faza alkoholizma* – definiše se blagim, početnim promenama u jednoj ili više sfera socijalnog i ličnog funkcionisanja, koje se javljaju nakon ponovljenog konzumiranja relativno malih količina alkohola. Tretman se odnosi više na prevenciju daljeg razvoja bolesti, nego na lečenje u užem smislu reči.
2. *Srednja faza alkoholizma* – ova faza je nastavak prethodne i karakteriše se produblivanjem simptomatologije u raznim sferama života, uz potrebu za sve većim količinama alkohola i povećanjem učestalosti pijenja. S obzirom na relativno male posledice u socijalnoj konstelaciji, i relativno očuvano fizičko i mentalno zdravlje, lečenje započeto u ovoj fazi daje dosta dobre rezultate.
3. *Kasna (terminalna) faza alkoholizma* – se karakteriše naglašenim posledicama u skoro svim životnim sferama, uz izraženu izmenu u strukturi ličnosti, ali često i sa znacima fizičkog propadanja alkoholičara. S obzirom na često kompleksnu kliničku sliku, lečenje je dugotrajnije sa slabijim rezultatima u odnosu na prethodnu fazu.

Postoji veliki broj klasifikacije alkoholizma, ali jedna od najpoznatijih je Jelinekova klasifikacija koja definiše 5 osnovnih tipova obeleženih slovima grčkog alfabeta (Jelinek, 1960):

- *Alfa alkoholizam* - je simptomatski, tj. nastaje zbog efekata koje alkohol ima na osobu, a vezano za oslobađanje od neprijatnih osećanja, i povećanje samopouzdanja. Temelji se na „psihičkoj zavisnosti” te se zove i „sekundarni alkoholizam”, a osobe koje piju na ovaj način su okarakterisane kao ”problem drinker”
- *Beta alkoholizam* – je diskutabilni tip alkoholizma jer negira postojanje zavisnosti (nema ni psihičke ni fizičke zavisnosti), a alkohol se pije iz isključivo socijalnih razloga, tj. kulturološki je alkohol izuzetno favorizovan, te pijenje alkohola možemo posmatrati kroz prizmu socijalnih rituala. S obzirom na učestalost i količine alkohola u okruženju gde je pijenje imperativ, posledice su uglavnom telesne i manifestuju se u vidu oštećenja jednog ili više organa.
- *Gama alkoholizam* - je progresivan i karakteriše se „fenomenom prve čaše”, tj. gubitkom kontrole pri pijenju alkohola, uz periode kraće ili duže apstinencije. Alkoholičari ovog tipa su uglavnom agresivni u pijanom stanju, sa čestim „prekidim filma” i manje-više izraženom socijalnom problematikom. Verovatno predstavlja dominantni tip alkoholizma u zapadnom svetu danas, jer omogućava kanalisanje negativne energije u vdi „acting outa” u relativno kratkom periodu, uz naglašenu promenu ličnosti, ali sa često agresivnim ponšanjem prema okruženju i rizikom od sistemskih konsekvenci.
- *Delta alkoholizam* – je „laički” prepoznat hronični alkoholizam, jer alkoholičari ovog tipa piju svakodnevno, i okruženje ih detektuje kao nekog ko voli da popije, međutim retke se socijalne posledice zbog relativno prihvatljivog ponašanja u pijanom stanju, tako da su oni ustvari najgori za sebe same. Naglašena je nemogućnost apstinencije i fenomen „jutarnje čašice alkohola” koja ih uvodi u „funkcionalno stanje”.

- *Epsilon alkoholizam* – naglašeno periodični alkoholičari, sa periodima ponekad jako duge apstinencije, što ukazuje na zreliju ličnost u odnosu na vrlo sličan „gama tip” alkoholičara. Međutim, naglašeni „fenomen prve čaše” uslovljava da kad počnu da piju, to bude do opijanja. Pijenje je uglavnom vezano za prigodne socijalne događaje, a na bihevioralnom planu su prisutne karakteristike „gama tipa” u pijanom stanju.

Osim napred navedene, treba pomenuti i etiološku podelu alkoholizma na primarni i sekundarni (Kaličanin, 2001):

1. *Primarni alkoholizam* – nastaje na „terenu” psihički zdrave ličnosti, tako da alkohol u ovom slučaju nema efekat kompenzacije psihičkih problema, odnosno korekcije realnosti, već više nastaje kao posledica socijalnih običaja i „ritualnog pijenja” u datoj kulturi.
2. *Sekundarni alkoholizam* – se nadovezuje na već postojeću psihičku problematiku, najčešće u vidu specifične karakterne strukture, ali i kod drugih entiteta (anksioznost, depresija, stres...). Simptomatski alkoholizam predstavlja u stvari vid „samolečenja”, kada osoba prepozna poželjne efekte alkohola, koji privremeno neutrališu primarni psihički problem.

1.2. Ličnost zavisnika od alkohola

Kada govorimo o zavisnicima od alkohola, obično ih u kontekstu zrelosti ličnosti svrstavamo u kategoriju osoba zrelijih od narkomana, ali manje zrelih od prosečne populacije, odnosno u stratum „neurotskog nivoa organizacije ličnosti sa različito prisutnim simptomima neurotskih ispoljavanja”(Švrakić i sar. 1986). Doduše, ova definicija deluje pomalo anahrono, jer smo svedoci globalnog opadanja nivoa zrelosti populacije, tako da prosečna populacije sve više poprima karakteristike „graničnosti”, kao posledica urušavanja globalnog sistema vrednosti, uništavanja porodice i neprikosnovenog primata „virtuelnog sveta” u odnosu na realni svet.

“Zrelost ličnosti je stepen postignute ravnoteže između identiteta i integriteta jedne ličnosti” (Hrnjica,1992). Drugim rečima, fokus je na odnosu između potencijala koje jedna osoba nosi i realizacije datih, odnosno do koje mere smo uspeli da ono „što nam je dato” integrišemo u našu ličnost i da se osećamo autentično u svojoj koži. Takođe uzima se u obzir i nivo integracije u socijalnu sredinu, odnosno stepen prilagođenosti uslovima sredine, društvenim normama uz poštovanje drugih ličnosti, ali ne po cenu gubitka svoje. Iz didaktičkih razloga definisani su različiti aspekti zrelosti ličnosti, te nam se samim tim ova podela čini pomalo izveštačenom, ali pomenućemo najvažnije oblasti: fizička, intelektualna, emocionalna, socijalna, psihoseksualna i moralna zrelost.

Korpus „zavisnika” je enormno heterogen, te shodno tome teško možemo govoriti o specifičnoj strukturi ličnosti zavisnika, u principu „može se samo govoriti o crtama ličnosti, faktorima dispozicije i tipičnim situacijama koje se češće sreću u anamnezi

zavisnika od psihoaktivnih supstanci” (Mulder, 2002). Kada govorimo o specifičnim porodičnim faktorima koji potencijalno utiču na profilisanje „zavisničke strukture ličnosti”, ističu se: nestabilna porodična atmosfera, porodična disfunkcionalnost i psihijatrijski poremećaji roditelja. Ovo uslovljava nepredvidljivost reakcija i nestalnost roditeljskih figura (primarnih objekata), što dovodi do produženog stresa, teškoća u adaptaciji i formiranju stabilnog identiteta, ali i psihijatrijskih poremećaja kod dece (Schuckit & Smith, 1996; Vuletić & Đukanović, 1988).

Po Kohutu, „kod zavisnika od supstanci majka nije uspela da adekvatno obavi svoje funkcije kao self–objekt, pa dete nije uspelo da adekvatno formira svoju psihološku strukturu tj. postoji defekt selfa” (Kohut, 1990). Taj defekt osoba pokušava da prevaziđe „zamenskim objektom”, u ovom slučaju alkoholom, koji preuzima ulogu primarnog objekta da teši, umiruje i daje samopoštovanje. Međutim, suštinski problem je postojanje ambivalencije prema primarnom objektu koji nije uspešno obavio svoj zadatak, tako da se ambivalencija prenosi i na zamenski objekat. Introjektivom ambivalentnog zamenskog objekta postižemo kontraefekat, pa umesto da poveća samopoštovanje, on povećava nivo stresa, sa potencijalnim osnaživanjem autoagresivnog ponašanja (da bi se uništio ambivalentni objekat), što predstavlja tzv. „*patognomoničnu introjektivu*”. Tako da, čini nam se, Meninger s pravom alkoholizam naziva hroničnom autodestrukcijom (samoubistvom), s obzirom da predstavlja destruktivni vid maladaptacije.

Erikson smatra da je osnova integriteta ličnosti snažan ego (Erikson, 1976). Kernberg ističe da postoje “specifični” vidovi slabosti Ega (prevlast primitivnih mehanizama odbrambenih karakteristika organizacije granične ličnosti), i “nespecifični” vidovi: izostanak otpornosti na strepnju, izostanak kontrole nad impulsima i pomanjkanje razvijenih kanala sublimacije (Kernberg, 1996). „Princip zadovoljstva” se obično prepoznaje kao dominantni referentni okvir zavisnika od alkohola, a temelji se na slabosti Ega, i pokušaju a se izbegne odgovornost za vlastite postupke, ali i izmanipuliše „arhaični Super ego” kroz čitav spektar mehanizama odbrane imanentnih „alkoholičarima”. Najznačajniji mehanizmi odbrane su: splitting, projekтивna identifikacija, disocijacija, negacija, minimizacija, projekcija, socijalna komparacija, racionalizacija, itd. Sedmak s pravom ističe da su kod alkoholičara, mehanizmi odbrane ”u funkciji zaštite od: gubitka samopoštovanja, osećanja krivice, samokažnjavanja i posebno od kažnjavanja odbacivanjem iz socijalne grupe kojoj pripada, i istovremeno olakšavaju održavanje njegovog alkoholizma” (Sedmak, 1993).

Po Fenihelu, „alkoholičari” su karakteristični po svojoj narcističkoj oralnoj premorbidnoj ličnosti, te se u povlačenju od bolne realnosti okreću alkoholu (Fenichel, 1961). Veliki Fenihel lucidno primećuje da je „Super-ego deo ličnosti rastvorljiv u alkoholu”, ukazujući da alkoholičari ne samo da nisu nemoralni, već je njihov Super-ego mnogo zahtevniji u odnosu na opštu populaciju, i da oni stalni stres uslovljen pritiskom od strane strogog „rigidnog” Super-ega pokušavaju da neutrališu pijenjem alkohola. S obzirom da alkohol vrši „hemijsku dekortikaciju” i inhibira kontrolni efekat od strane prefrontalnog korteksa, mnogi postupci u pijanom stanju fenomenološki će biti doživljeni kao nemoralni, što ove ljude uvlači u „*circulus vitiosus*”, te da bi izbegli kaznu od strane Super-ega zbog nemoralnih postupaka u pijanom stanju, oni sutradan ponovo piju. Ne treba zaboraviti činjenicu da strogi Super-ego predstavlja psihološku osnovu ne samo jednog tipa alkoholizma, već i depresije, tako da pijenje u tom kontekstu ima za cilj i

neutralisanje depresivnog stanja koje nastaje kod ovih „alkoholičara” zbog konstantnih neprihvatljivih postupaka. Cloninger ove zavisnike kategoriše kao ”tip 1 alkoholičara”, koji se javlja kod oba pola (za razliku od tipa 2 koji je znatno češći kod muškaraca), s relativno kasnim početkom, sa značajnim uticajem sredine na pojavu bolesti i karakterističnim pasivno-zavisnim crtama ličnosti (Cloninger, 1995.). Biohemijska osnova ovog tipa alkoholizma definisana je kroz hiperserotonergija i hiponoradrenergija. Kod ovih alkoholičara ”agresija nije naglašena, i manifestuje se tek u pijanom stanju” (Nastasić & Sedmak, 1992). Po Cloningeru postoji i tip 2 zavisnika od alkohola, sa početkom bolesti pre 20 godine života, antisocijalnim karakteristikama ličnosti, izraženim oblicima destruktivnog i autodestruktivnog ponašanja, uz prateću depresiju. Alkoholičari tipa 2 su po strukturi ličnosti slični zavisnicima od droge, i nalaze se u spektru između granične i neurotske ličnosti, a biohemijski okarakterisan hiposerotonergijom i hipodopaminergijom (Cloninger, 1995.).

Zavisnici od alkohola, bez obzira na izraženu heterogenost, pokazuju neke zajedničke karakterne crte, koje su uslovljene odrastanjem u specifičnoj porodičnoj konstelaciji, ali i mehanizmima Ego odbrane, a modifikujući faktor je inteligencija i nivo obrazovanja. Shodno tome sledeće karakterne crte se u manjoj ili većoj meri javljaju kod većine ”alkoholičara”(Gačić, 1988):

- Niska frustraciona tolerancija, kao odraz slabog Ega
- Emocionalna i socijalna nezrelost, tj. nemogućnost adekvatnog kanalisanja emocionalnih reakcija
- Egocentričnost kao pokušaj izgradnje samopoštovanja, uz zanemarivanje potreba drugih ljudi
- Permanentni stres, tj. visok nivo napetosti i nesigurnosti.
- Preterana zavisnost alkoholičara zbog niskog samopoštovanja, straha od greške i nesposobnosti preuzimanja odgovornosti
- Nedostatak samodiscipline u svim oblastima života u smislu sprovođenja doneih odluka
- Negativan ili ambivalentan stav prema autoritetima zbog ambivalentnog odnosa prema primarnim objektima(roditeljima)
- Površni odnosi sa ljudima, zbog teškoća u uspostavljanju emocionalnih odnosa i straha od gubitka sebe, tj. narcističkog osiromašenja, kao posledice emocionalnog davanja
- Ograničena interesovanja zbog fokusiranosti na rituale povezane sa alkoholom

Vrlo često, osim zavisnosti od alkohola, kod ovih osoba sreće se i komorbiditet u vidu poremećaja ličnosti, koji su “glavni i redovni prateći znaci alkoholizma, bez obzira da li su uzrok ili posledica zavisnosti od alkohola” (Gačić, 1988). Svakako su najzastupljeniji poremećaji iz tzv. ”klastera B”, gde spadaju antisocijalni, granični, histrionični i narcistički poremećaj ličnosti, a simptomi poremećaja iz ovog klastera imaju tendenciju da se grupišu oko impulsivnosti, agresije i dramatičnih osećanja (Cloninger & Svrakic, 2000). Istraživanja ukazuju da 25-50% zavisnika od supstanci imaju i dijagnozu antisocijalnog poremećaja (Svanum & Ehrmann, 1992).

1.3. Posledice alkoholizma

Najčešći poremećaji koji se javljaju kao posledica neumerenog konzumiranja alkohola mogu se okvirno grupisati u sledeće kategorije: telesna oštećenja, psihički poremećaji, profesionalne posledice, porodične posledice i šire socijalni problemi.

1. *Somatska (telesna) oštećenja.* Kod hroničnih alkoholičara svi organi mogu biti oštećeni, ali su najčešće neki više zahvaćeni od drugih. Stepenn oštećenja pojedinih organa zavisi od mnogo faktora, kao što su: dužina izloženosti alkoholu, vrsta konzumiranog alkohola, opšte stanje organizma, prisustvo drugih fizičkih i psihičkih oboljenja, nasledni faktori itd. Spoljni izgled je dosta karakterističan i sam po sebi odaje alkoholičara, a posebno je upadljivo lice (*facies aethilica*), sa naglašenim kapilarnim crtežom na obrazima i karakterističnim zadahom na alkoholol (*halitus*). Alkohol se unosi u organizam putem digestivnog trakta, pa je prirodno što je on najviše pogođen. Zapaljenjske promene na sluzokoži jednjaka imaju za posledicu jutarnje mučnine i povraćanje alkoholičara. U donjoj trećini jednjaka, zbog pritiska koji na krvne sudove vrši oštećena jetra, dolazi do proširenja venskih spletova (*varices oesophagei*), često postoji *gastritis* a vremenom se kod alkoholičara javlja ulcus na želucu ili dvanaestopalačnom crevu. Jetra je kod alkoholičara po pravilu oštećena, u početku u vidu *hepatoze*, tzv. masna jetra (*steatosis hepatis*), a kasnije dolazi do trajnih, ireverzibilnih oštećenja-*ciroze jetre*. Zapaljenja gušterače mogu da budu akutna, subakutna i hronična. U kardiovaskularnom sistemu karakteristično je oštećenje srca – *alkoholna kardiomiopatija*, praćena promenama na krvnim sudovima kako arterijskim tako i venskim što dovodi do povećanog krvnog pritiska (*hypertensio arterialis*). Alkoholizam je ranije često bio udružen i sa tuberkulozom. Opisani su i mnogobrojni endokrini poremećaji alkoholičara, posebno kod žena u smislu poremećenog menstrualnog ciklusa. Opisan je i *fetalni alkoholni sindrom*, sa mnogobrojnim deformitetima kod deteta čija je majka pila u toku trudnoće. Seksualnost alkoholičara je takođe poremećena. Karakterističan je nesklad između „želje“ i „moći“, sa jasnim gubitkom moći. Javljaju se poremećaji reproduktivnih funkcija u vidu steriliteta. Na mokraćnom sistemu mogu se javiti oštećenja bubrega. U skeletnom i mišićnom sistemu alkoholičara dolazi do poremećaja, gubitka mišićne mase, a tipične su razne traume, naročito povrede lobanje, jer u pijanom stanju alkoholičar često pada. Česte su promene na koži alkoholičara uglavnom zbog nedostatka vitamina. Kod većine alkoholičara dolazi do opšteg telesnog propadanja sa smanjenom otpornošću. Centralni i periferni nervni sistem takođe trpe štetne efekte alkohola. Gotovo svi alkoholičari ispoljavaju znake oštećenja perifernog nervnog sistema (*alkoholnu polineuropatiju*). Kod alkoholičara je često suženje vidnog polja, usled toksičnog oštećenja optičkog nerva a može čak doći i do gubitka vida (Despotović i sar., 1978).

2. *Psihički poremećaji.* Alkoholizam može da dovede do degradacije ličnosti uz postepeno propadanje svih psihičkih funkcija. Postoji čitav niz psihičkih poremećaja uzrokovanih alkoholom (poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaj, seksualne smetnje, poremećaj spavanja), ali su svakako najteže tzv. alkoholne psihoze. Od alkoholnih psihoza najznačajniji su sledeći entiteti: delirium tremens, Korsakovljeva alkoholna psihoza, alkoholna demencija, alkoholna halucinoza, patološko pijanstvo i alkoholna ljubomora (paranoja).
Delirijum tremens je najčešća i najteža psihijatrijska komplikacija alkoholizma. Javlja se posle višegodišnjeg intenzivnog pijenja. Često mu prethodi predelirantno stanje (*withdrawl sindrom*). On se najčešće javlja posle naglog prekida ili smanjenja uzimanja alkohola kod osoba koje su prethodno dugotrajno i prekomerno pile. Praćen je tremorom, tj. drhtanjem ruku, jezika, očnih kapaka, povraćanjem, malaksalošću, ubrzanim srčanim radom, znojenjem, visokim krvnim pritiskom, nesanicom i ponekad epileptičnim napadom. Javljaju se i kratkotrajne prolazne vidne i slušne halucinacije, koje se javljaju dan-dva posle prekida pijenja. Smetnje se javljaju predveče u sumrak ili noću. Podrazumevaju intenzivni strah uz nesanicu i neprijatne snove. Postoji poremećaj orijentacije u vremenu, prostoru i prema drugima. Takvi bolesnici su izrazito sugestibilni. Jedna od najčešćih komplikacija delirijuma tremensa, koji često dovodi i do smrtnog ishoda jeste masivno i teško zapaljenje pluća, na koje se nadovezuje popuštanje srčane radnje i smrt.
3. *Profesionalni problemi.* Upotreba alkohola dovodi do niza posledica koje se ispoljavaju kroz smanjen radni učinak, povrede radne discipline i dužnosti, sukobe sa kolegama i pretpostavljenima, loš kvalitet proizvoda, itd. Radni vek alkoholičara je kraći nego nealkoholičara. Raniji stav profesije je bio da je odnos radne organizacije prema svom radniku alkoholičaru pseudohuman, jer godinama niko ozbiljnije ne reaguje na njegovo alkoholičarsko ponašanje. Međutim, preorijentaciji ka tržišnoj privredi odnos radne organizacije prema svojim radnicima koji piju alkohol je izuzetno rigorozan, tj. često se završava otkazom. Rizik alkoholizma postoji u svim profesijama, a pijenje alkoholnih pića je postalo masovna pojava i van kritičnih profesija koje se smatraju rizičnim.
4. *Šire socijalni problemi.* Zavisno od karakteristika ličnosti osobe zavisne od alkohola, pijenje može da izazove ili potencira prihvatanje različitih oblika asocijalnog i antisocijalnog ponašanja (Dimitrijević, 2004). „Alkoholizam” je značajan kriminogeni faktor i kao društveno patološka pojava ima iste socijalne korene kao kriminalitet (Bukelić, 2000). „Alkoholičari” čine krvne delikte i krivična dela uperena protiv morala i dostojanstva ličnosti, zatim nasilničko ponašanje, a agresivnost se usmerava prema drugim ličnostima, članovima porodice, objektima, ali i prema sebi (Pihl i sar., 1997). Upotreba alkohola i alkoholom uzrokovani poremećaji su povezani sa oko 50% svih ubistava, i 15-50% svih samoubistava (Pirkola i sar., 2004). Oko 50% svih smrtnih slučajeva u saobraćajnim nesrećama izazvano je pod dejstvom alkohola (Schuckit, 2000.b). „Alkoholičar” vremenom postaje socijalno izolovan tj. okrenut jednoj užoj socijalnoj grupi koja je najčešće grupa alkoholičara (Stanković, 1988).

1.4. Alkoholičarska porodica i alkoholičarski brak

“Alkoholičarska porodica je sistem u kome su alkoholizam i ponašanja vezana za pijeње alkohola postali centralni organizacioni principi porodičnog života” (Steinglass i sar., 1987). Neke od najbitnijih karakteristika poremećenog porodičnog sistema sa članom zavisnim od alkohola su (Vuletić & Đukanović, 1988; Nastasić, 1998; Trbić, 2000):

- Poremećaj organizacije, dinamike i interakcija
- Poremećaj komunikacija
- Poremećaj porodične hijerarhije i izmešanost porodičnih uloga
- Stvaranje specifičnih porodičnih pravila, pogodbi i tajni
- Poremećaj granica unutar sistema, tj. između subsystema
- Poremećaj sistema vrednosti i normi
- Stvaranje patološke homeostaze
- Triangulacija.

Porodice sa članom zavisnim od alkohola nisu homogene, tj. disfunkcionalne na uniforman način; između njih postoji značajna razlika, kako po stepenu disfunkcionalnosti, tako i po područjima na kojima se ona najviše ispoljava, tako da se opisuju četiri tipa „alkoholičarskih porodica” (Pattison & Kaufman, 1982):

- “Funkcionalni porodični sistem” – karakteriše se činjenicom da osoba zavisna od alkohola pije izolovano od ostatka porodice, koji kompenzuju disfunkcionalnost člana „alkoholičara”, i trude se da ga izoluju iz porodičnog života, tako da ostatak porodice funkcioniše relativno dobro
- “Neurotično-umreženi porodični sistem” – karakteriše se jako blisko povezanim odnosima između članova porodice. Cela porodica funkcioniše kao jedna “amorfna celina”, s obzirom da je nivo self-diferencijacije članova nizak, što uslovljava specifičnu indirektnu komunikaciju, a emocije su “slobodno lebdeće” i svako se oseća krivim i odgovornim za onog drugog, a naročito za pijeње.
- “Dezintegrisani porodični sistem” – označava već gubitak forme sistema, gde su kapaciteti za kompenzaciju iscrpljeni, i “zdravi deo porodice” se odlučuje da “odstrani” zavisnika od alkohola iz sistema, kako bi se održala elementarna funkcionalnost.
- “Odsutni alkoholičarski sistem” – predstavlja vid tzv “fiksiranog alkoholizma” gde se problematično ponašanje i zavisnost od alkohola javljaju vrlo rano, tako da pojedinac ne uspeva da realizuje očekivane razvojne zadatke, odvaja se od primarne porodice, a ne uspeva da zasnuje porodice “prokreacije”, te vremenom biva izolovan od familije i “zaboravljen”.

Sistemske pristup podrazumeva jednu naizgled paradoksalnu hipotezu da je pojava alkohola u sistemu faktor održanja, a ne razbijanja porodice. Naime postulira se da u zavisničkom braku egzistiraju 2 nezrele osobe, od kojih svaka za sebe (sa funkcionalnim partnerima) ne bi mogla da realizuje životne razvojne ciljeve, ali uz puno kompromisa u

jednom disfunkcionalnom sistemu, uz nužno gubljenje dela sebe (funkcionišu kao “amorfna celina”), uspevaju kako-tako da funkcionišu. “Alkoholičar” pijenjem alkohola beži od odgovornosti definisane ulogom supružnika, domaćina i oca, dok žena prihvata njegovo pijenje, ali zauzvrat dobija mnoge beneficije (upravljanje kućom, upravljanje novcem, “vlast nad decom”), koje se svode na doživljaj lažne moći i dominacije na kontu muževljeve “nesposobnosti”. Nažalost, deca se vrlo brzo i lako uklapaju u disfunkcionalnu sredinu u kojoj odrastaju, tako da razvijaju neke svoje “dobiti”, koje uslovljavaju usporavanje procesa sazrevanja, i oni su po definiciji niže diferencirani u odnosu na svoje roditelje, tj. biće nesposobni da izađu na kraj sa izazovima života.

Proces prilagođavanja članova porodice alkoholizmu jednog člana, prvi put je detaljno opisan sredinom prošlog veka (Jackson, 1956), gde se sukcesivno kroz 7 faza prati dinamika promene porodičnog sistema:

1. Stadijum “anulacije problema”, je pokušaj da se problem ignoriše negiranjem porodice da problem postoji. U ovom stadijumu se smenjuju faze disfunkcionalnosti (pijanstvo) i funkcionalnog stanja (trezvenost). Prema spoljnjem svetu zadržava se fasada savršenog braka
2. Stadijum “eliminacije problema”. Akumulacija stresa u porodici prisiljava porodicu da se postepeno izoluje od socijalnog okruženja, a sve u cilju da se sačuva porodična tajna - alkoholizam. Zavisnik od alkohola je nezadovoljan zbog socijalne restrikcije jer smatra da mu je nametnuta, a supruga je nezadovoljna jer mora da se izoluje iz društva zbog “muževljevog problema”.
3. Stadijum emocionalne dezintegracije, karakteriše se haosom u kome je teško prići rešavanju problema na konstruktivan način. Supruga postaje ambivalentna i gubi nadu da se išta može promeniti, a alkoholičar se oseća odbačenim
4. Stadijum “reorganizacije” uprkos problemima, u kome supruga preuzima sve dužnosti i odgovornosti porodičnog života (“faza matrijarhata”), što uspostavlja novu patološku homeostazu. “Alkoholičar” je sve izolovaniji u porodici, postaje “autsajder”, a supruga “kontrolor.”
5. Stadijum bežanja od problema, kada supruga napušta muža, ako joj to dozvoljavaju socijalne i materijalne okolnosti, a “alkoholičar” eventualno pokušava da apstinira da bi održao porodicu
6. Stadijum organizacije porodičnog života sa samo jednim roditeljem, nakon odlaska (izbacivanja) zavisnika od alkohola iz porodice, kada “alkoholičar” često uznemirava svoju bivšu porodicu, a supruga može iz osećanja krivice ponovo da ga prihvati, ali to je uglavnom kratkog veka.
7. Stadijum reorganizacije porodice nakon lečenja. Porodici je teško da “alkoholičaru”, koga ponovo prihvati, vrati mesto i ulogu koja mu pripada. Narušeno je poverenje, ali prisutni su i otpori da se drugi članovi porodice odreknu stečenih “dobiti” iz disfunkcionalnog sistema. Porodica ne može da se vrati na stare relacije, pa se vremenom uspostavlja nova ravnoteža u porodičnim odnosima.

Alkoholičarski brak, u sistemskom kontekstu podrazumeva da “oba bračna partnera imaju podjednak udeo u beskrajnom produžavanju trajnosti alkoholizma, iako je simptom limitiran samo na jednog partnera” (Steinglass i sar., 1987). U tom smislu govorimo o identifikovanom pacijentu i “kopacijentu”, a to je u ovom kontekstu supruga. Treba se setiti

da su u pitanju dve nezrele osobe, koje su uspele da stvore kompromis, koji ih drži u ubeđenju da oboje funkcionišu. Nezrelost, tj. niska diferencijacija selfa kod identifikovanog pacijenta se ogleda kroz zavisnost od alkohola, kojim uspeva da održi samopoštovanje (bar privremeno), a kod supruge kroz nediferenciran doživljaj sebe, ambivalenciju i “pseudodominaciju” u disfunkcionalnom braku. Alkoholičarski brak je “homeostatski mehanizam, gde oba partnera imaju istu ulogu u održavanju ravnoteže, koja odgovara potrebama i jednog i drugog, što je moguće jedino kroz fuziju fuziju u relaciji” (Bowen, 1978), koja se manifestuje kroz:

- Emocionalnu zavisnost od partnera
- Emocionalni pritisak na drugog da reaguje i čini na određeni način
- Ispoljavanje slabih granica između sebe i drugih, i nerealne procene sebe i drugih
- Proces mišljenja koji je nerealan i emocionalno prebojen
- Princip razmišljanja koji je podređen ličnim emocionalnim potrebama.

Prema “psihološkoj teoriji” (Whalen, 1953), suprugu “alkoholičara” karakteriše ozbiljna lična psihopatologija, pa je ona podjednako odgovorna za bračne konflikte, ali istovremeno održava i alkoholizam muža. Opisana su četiri tipa supruga alkoholičara:

- Žena-paćenica, bira muža koji će je konstantno kažnjavati i život učiniti bezvrednim. Zasniva se na doživljaju manje vrednosti, “osećaju krivice” i potrebi za kažnjavanjem (zbog nesposobnosti), koju delegira u supruga.
- Žena-kontrolor, koja u braku sa alkoholičarem zadovoljava potrebe za dominacijom, čime reguliše lično samopoštovanje
- Žena-majka, izrazito ambivalentna žena koja je u stalnoj oscilaciji između ljubavi i mržnje (odbacivanja), i traži slabog (nekonfliktnog) muža sklonog izbegavanju odgovornosti
- Žena koja morališe i kažnjava, pokušava da u dijadi maksimalno iskoristi supruga kao poligon za projekciju svog strogog Super-ega, i permanentnom racionalizacijom i izolacijom emocija, prebacuje kompletnu odgovornost na supruga, a fenomenološki ulazi sa njim u odnos rivaliteta.

Dakle, Whalen sugeruje da su se sve ove žene udale da bi ispunile izvesne lične psihopatološke potrebe, a da su njihovi muževi posedovali naročite psihološke karakteristike koje su im omogućavale da te potrebe realizuju. Prema “sociološkoj teoriji” (Jackson, 1956), supruge alkoholičara su pre braka bile normalne u psihološkom pogledu, a “poremećaji ličnosti” kod njih nastali su sekundarno, odnosno reaktivno - kao rezultat stresa, tj. kumulirane krize u toku alkoholizma muža. “Psihosocijalna teorija” (Kogan & Jackson, 1965) predstavlja kombinaciju prve dve teorije koje nisu zadovoljile i nastala je kao rezultat težnje ka kompleksnijem sagledavanju supruga alkoholičara. Prema ovoj teoriji, poremećaji ličnosti supruga udruženi su sa stresogenom situacijom.

Alkohol je veoma značajan faktor u održavanju “alkoholičarskog braka”, samim tim, on ima mnogobrojne funkcije u takvom sistemu, a neke od najznačajnijih su (Mićović i sar., 1992):

- Izbegavanje odgovornosti, prisutno kod oba partnera. Alkoholičar opijanjem izbegava odgovornost za svoje ponašanje, a partner koji ne pije okrivljuje alkohol za svoje neadekvatno ponašanje

- Održavanje statusa “obostranog defekta”. Kada alkoholičar napusti poziciju “lošeg partnera”, onda se drugi partner oseća ugroženim u svojoj nesigurnosti, u čijoj osnovi leži nerešen psihološki problem. Iz straha od raspada braka, dotičnom partneru ne odgovara trezno stanje partnera
- Regulator distance u bračnim odnosima. Prestanak pijenja alkoholičara, može da ugrozi bračni sistem, te se u takvoj situaciji obično kod drugog partnera javljaju problemi, kako bi se zadržala distanca
- Alkohol “razrešava” bračnu tenziju izbegavanjem otvorenog konflikta a razvojem obrasca hroničnog pijenja stvaraju se uslovi za nastavak “bitke” na način koji je prihvatljiviji za partnere.

Alkoholizam je porodična bolest koja negativno utiče na psihički (emocionalni), socijalni, a često i na fizički razvoj deteta (Harter, 2000). „Deca iz ovih porodica često se upoređuju sa eksperimentalnom životinjom koja u kontradiktornim uslovima dobija nervni slom. Deca su između nade i razočaranja, najčešće zanemarena i odbačena i od roditelja koji pije i od roditelja koji ne pije, jer su oba supružnika okupirana ličnim problemima i potrebama. Deca u alkoholičarskom sistemu su izložena daleko većem stepenu anksioznosti nego uobičajeno, a da bi savladala tu povišenu anksioznost u porodici ona ispoljavaju mnogobrojne disfunkcije. Za decu alkoholičara specifični su sledeći mehanizmi odbrane: splitting, regresija, potiskovanje, sublimacija, projekcija i reaktivna formacija” (Vuletić & Đukanović, 1988). Karakteristike psihološkog profila dece iz alkoholičarskih porodica su (Nastasić i sar., 1992; Vuletić & Đukanović, 1988):

- Rigidnost, potreba za dominacijom, perfekcionizam
- Socijalna izolacija, povišena tenzija, jaka kompeticija među sestrama i braćom
- Suicidalnost, ”acting out”, kršenje normi ponašanja
- Zavisnost, socijalna agresivnost, paranoičnost, amoralno ponašanje
- Negativna osećanja prema ocu alkoholičaru, ali ne i prema majci alkoholičarki
- Niži intelektualni i saznavni nivo, lenjost, nesigurnost, slabi socijalni kontakti.

Wegscheider je na osnovu proučavanja preko 400 porodica u kojima je prisutan problem alkoholizma, dala opis četiri tipa ličnosti koji su karakteristični za dete u alkoholičarskom sistemu (Wegscheider, 1981):

1. “Porodični junak” -uglavnom je najstarije dete. Ovo dete „preuzima odgovornost” za funkcionisanje porodice, uz magijski doživljaj da će svojim perfektnim ponašanjem uspeti da kompenzuje propuste drugih članova porodice. Ovako „parentifikovano dete” je pod velikim pritiskom, disproporcionalnom njegovim godinama i ulozi, te pre ili kasnije dolazi do „sagorevanja”.
2. “Porodična crna ovca” - obično je to mlađe dete. Odrastajući u disfunkcionalnoj porodici, dete je uskraćeno za roditeljski model kanalsanja emocija i pokušava da pažnju roditelja (makar i u vidu ljutnje) privuče svojim destruktivnim ponašanjem. Kroz prizmu „preuokviravanja” to dete ustvari postaje „lider promene”, jer indirektno preko sebe dovodi i roditelje kod stručnjaka sa nadom da se tu detektuje alkoholizam u porodici.

3. "Porodična luda", je očajnički pokušaj deteta da promeni atmosferu u porodici, pokušavajući da ličnim angažmanom nasmeje roditelje i smanje tenziju u sistemu. Naravno, problem alkoholizma i dalje egzistira, ali dete bar kratkotrajno ima doživljaj „prave porodice”.
4. "Izgubljeno dete", jeste dete koje se povlači u sebe. Atmosfera u porodici dovodi do stvaranja osećaja niže vrednosti, pa ovakvo dete izbegava druženje i bliže kontakte sa drugom decom.

U kontekstu prenosa alkoholizma na sledeću generaciju, od suštinskog značaja je pitanje transgeneracijske transmisije alkoholizma. Porodični rituali su posebno značajni u procesu transmisije. „Porodice koje uspevaju da zaštite svoje rituale od podređivanja alkoholičarskim potrebama, ne transmituju alkoholizam na sledeće generacije, a one porodice koje podrede svoje porodične rituale alkoholičarskim potrebama (dopuštaju alkoholičaru da pije i da se opija, odlažu rituale da bi on bio trezan i prisustvovao, menjao oblik rituala itd.), pokazuju veću verovatnoću za transmisiju alkoholizma” (Nastasić, 1998).

1.5. Principi i terapijski modaliteti u lečenju alkoholizma

Lečenje zavisnosti od alkohola (alkoholizma) je izuzetno kompleksan proces, a otežavajuća okolnost je činjenica da sve bolesti zavisnosti, pa i ova, spadaju u tzv. „recidivantne bolesti“ (McLellan et al. 2000). Vrlo često ne postoji saglasnost između pacijenta i lekara oko cilja tretmana, jer imaju dijametralno suprotan pristup: lekar bi da promeni što više, u skladu sa potencijalima pacijenta, a pacijent bi da promene budu „kozmetičke“. Lečenje je dinamički proces i u početku najvažnije je ostvariti dobar terapijski odnos, a nakon toga u obzir dolazi čitav spektar terapijskih ciljeva (Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje alkoholizma, 2013):

- psihoedukacija
- redukcija žudnje i stresa
- smanjenje učestalosti pijenja i količine alkohola
- apstinencija
- učenje novih obrazaca ponašanja/promena načina razmišljanja
- promena u porodičnom sistemu
- individuacija – sazrevanje.

U lečenju alkoholizma i poremećaja povezanih sa alkoholom prednost treba dati vanhospitalnim i poluhospitalnim oblicima lečenja (Stanković i sar., 2009). Poznavanje faktora koji utiču na ishod lečenja (prediktori) predstavlja dragocenu pomoć u terapijskom procesu, i povećava naš manevarski prostor da lečenje alkoholizma bude što uspešnije. Ishod bolničkog lečenja alkoholizma zavisi od kliničke slike (Hansen et al., 2020), ali i od potencijala kao i sociodemografskih karakteristika samih pacijenta (socijalni kontekst i

funkcionisanje u široj društvenoj zajednici) (Henkel, 2011; Dawson et al., 2007, van Oers et al. 1999). U ranijim istraživanjima je definisan čitav niz faktora koji mogu da utiču na ishod lečenja: bračni status (Murphy & Turgoose, 2019; Thundal & Allebeck 1998), pol (Garcioa-Marchena, 2023; Bascholloo, et al., 2012; Curran et al. 1999), psihijatrijski komorbiditet (Kelly et al., 2012; Moos & Moos 2003), rani kontakt sa alkoholom i dužina trajanja alkoholizma (Das et al., 2020; Wood et al. 2000), broj prethodnih lečenja (Bottlender & Soyka 2005), alkoholizam u porodici (Koenig et al., 2020; Mc Grath et al. 1999), itd. S druge strane na ishod lečenja utiče modalitet lečenja (Nyhuis et al., 2018; Magill & Ray 2009), ali i specifičnost terapijskog procesa npr. kombinovanje psihoterapije i psihofarmakoterapije (Ray et al., 2020; Weiss et al. 2005), kao i davanje disulfirama (Mutschler et al., 2011; Neto et al. 2007).

Više istraživanja sugeriraju da grupna psihoterapija, u različitim modalitetima, predstavlja »metod izbora« u lečenju alkoholizma (Lo Coco et al., 2019; Weiss et al. 2004, Litt et al. 2003, Spitz & Brook 2002). Sistemski pristup je veoma zahvalan u zdravstvenom sistemu uopšte, pre svega zbog sveobuhvatnosti (Sheena & Halliday 2003), a kod alkoholizma i zbog podržavajućeg i motivišućeg faktora (Ryan et al. 2006).

Zavisnost od alkohola je u osnovi socijalno-medicinska bolest, a u velikoj meri zasniva se na karakteristikama ličnosti, te shodno tome farmakoterapija je od sekundarnog značaja i svodi se na tretman komorbiditetnih stanja i „apstinencijalnog sindroma“, ali i na primenu specifičnih medikamenata usmerenih na umanjeње ili blokadu „pozitivnih efekata“ alkohola na organizam.

U tretmanu „apstinencijalnog sindroma“ prvu liniju lekova svakako predstavljaju benzodiazepini i to pre svega oni sa dužim dejstvom, kao što je diazepam (Dell’asso i sar., 2013; Miller, 1995), a izuzetak su starije osobe i oni sa težim oštećenjem jetre, gde se preporučuje lorazepam (Mayo-Smith, 2004; Holbrook i sar., 1999). Pored benzodiazepina, treba pomenuti i psihostabilizatore i to pre svega karbamazepin (Holbrook i sar., 1999), ali i Na-valproat, koji je posebno zahvalan u procesu održavanja apstinencije (Salloum i sar., 2005). U tretmanu najteže forme apstinencijalnog sindroma, delirijum tremensa, osim napred navedene farmakoterapije od koristi je i grupa antipsihotika, i to pre svega haloperidol, pogotovo kod starije populacije (Liptzin, 1996), ali i drugi antipsihotici (Ravona-Springer i sar., 1998). Što se tiče komorbiditeta, svakako je najzastupljenija depresija, te u tom smislu lekovi izbora su selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI) (Nunes i sar., 2004).

Relativno je malo specifičnih lekova za alkoholizam, i osim disulfirama, treba pomenuti lekove iz grupe opioidnih antagonista (naltrekson i nalmefen), kao i GABA-agonista (akamprosot, gamahidroksi buterna kiselina-GHB i Baklofen) (Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje alkoholizma, 2013). Disulfiram je preparat koji se koristi više od pola veka u tretmanu alkoholizma, ali pored toga postoje kontroverze po pitanju njegove efikasnosti (Garbutt i sar., 1999), mada je definitivno da se njegova efikasnost veoma poboljšava ako se daje pod supervizijom nekoga iz okruženja osobe zavisne od alkohola (Heather i sar., 2006; Fuller i sar., 2004). Lekovi iz grupe opioidnih antagonista su posebno popularni u anglosaksonskim zemljama, i naltrekson

navodno u viskom procentu smanjuju rizik od recidiva (Srisurapanont i sar., 2005; Sreeton i sar., 2001), dok je nalmefen koristan kod alkoholičara koji ne ispoljavaju apstinencijalne simptome (Mann i sar., 2013). Akamprosats se koristi za lečenje zavisnosti od alkohola od 1989. godine a po hemijskoj strukturi to je kalcijum acetilhomotaurinat. Treba istaći da akamprosats nije indikovani za indukciju apstinencije, nego za održavanje uspostavljene apstinencije kod pacijenata zavisnih od alkohola (Gual i sar., 2001). GHB je lek koji je navodno pre svega efikasan u kupiranju žudnje ali i simptoma apstinencijalnog sindroma, i na taj način smanjuje i stopu recidiva kod osoba zavisnih od alkohola (Brambilla i sar., 2012). Baklofen je agonista GABA_B receptora, i koristi se u tretmanu apstinencijalnog sindroma, a smanjenjem žudnje redukuje potrebu za alkoholom te je samim tim od koristi u održanju apstinencije od alkohola (Addolorato i sar., 2002; Colombo i sar., 2004).

U lečenju alkoholizma koristi se veliki broj psihoterapijskih pristupa, ali su dominantni kognitivno-bihejvioralna (KBT), psihodinamska, sistemska porodična i grupna psihoterapija (Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje alkoholizma, 2013). U zavisnosti od koncepta, psihoterapijske intervencije su usmerene ka razdvajanju i ukidanju udruženog delovanja "stimulusa" iz različitih sistema oko osobe zavisne od alkohola, "sazrevanju" samog pojedinca, jasnijem definisanju svoje uloge i odnosa prema porodici, ali i učenju socijalno prihvatljivih modela i veština. Usko gledano, cilj svakog od ovih modaliteta je održanje apstinencije, tj. prevencija recidiva, međutim, u globalu oni doprinose psihološkom rastu i razvoju pojedinca uz adekvatno socijalno funkcionisanje.

Začeci psihoterapije zavisnosti od alkohola vezani su za *psihodinamsku psihoterapiju*. Fenichel postulira da je u nastanku zavisnosti od alkohola premorbidna ličnost odlučujući faktor, i da „za vreme opijenosti koincidiraju narcističke i erotske satisfakcije...a alkoholičari su karakteristični po svojoj narcističkoj oralnoj premorbidnoj ličnosti“, dok sa druge strane lucidno primećuje da je strogi „nad-ja deo razuma koji je rastvorljiv u alkoholu“ (Fenichel, 1961). Shodno tome uloga psihodinamske terapije je potencijalno kardinalna, međutim vrlo rano su „pioniri psihoanalize“ odustali od ove psihopatologije zbog sklonosti recidiviranju. Individualna psihoterapija nije dominantni vid tretmana zavisnika od alkohola, ali je „neophodna u bilo kom ozbiljnijem pristupu, u kombinaciji sa drugim psihoterapijskim modalitetima“ (Lang, 1982), pa čak i kratka psihoanalitički orijentisana psihoterapija u odabranim slučajevima (Dodes, 2003). S druge strane modaliteti tzv. površinske psihoterapije su više nego zastupljeni, i veoma korisni pogotovo u formi suportativne terapije i sličnih modaliteta (savetovanje, larvirana sugestija, persuazija...), i koriste se u procesu motivacije za lečenje i prevazilaženju kriza i otpora u tretmanu (Kaufman, 1994; Khantzian, 1980). Kratke intervencije su vid individualne psihoterapije koji je jako koristan, pogotovo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a kod lakših oblika zavisnosti od alkohola može biti efikasan kao i kompleksniji psihoterapijski modaliteti (Wilk, 1997).

Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT) je vrsta psihoterapije koja je primarno fokusirana na način razmišljanja i obrasce ponašanja pojedinca. Cilj kognitivne terapije jeste menjanje načina na koji pacijenti tumače događaje ili ponašanje. Cilj bihejvioralne terapije jeste iščezavanje simptoma modifikovanjem pogrešno naučenog, neprilagođenog ponašanja. „Glavni cilj KBT je naučiti strategije suočavanja sa stresom kako bi se oduprli

pijenju alkohola i na taj način smanjili sledstvene probleme” (Abrams & Niaura, 1987). Pored toga, većina različitih modaliteta KBT tretmana svodi se na zajedničke principe, i to: bliska saradnja sa pacijentom, psihoedukacija, strukturacija i praćenje (kontrola) radi prevencije eventualne zloupotrebe alkohola (Beck & Wright, 1993).

KBT obuhvata širok spektar specifičnih tretmana i tehnika, međutim većini njih je zajedničko obučavanje pacijenata kako da identifikuju rizične situacije, kako bi izbegli kontakt sa alkoholom, kao i sve posledice zloupotrebe istog (Marlatt & Gordon, 1985; Kadden i sar., 1995; Rohsenow i sar., 2001). Od bihevioralnih tehnika treba pomenuti i averzivne tehnike, i one su uglavnom vezane za primenu *Disulfirama* istovremeno sa alkoholom, što dovodi do impresivne kliničke slike, što bi trebalo da kod zavisnika stvori odbojnost prema alkoholu. Ova metoda nikada nije primenjivana na Institutu za mentalno zdravlje, a u Srbiji vrlo retko sedamdesetih godina prošlog veka.

Grupna psihoterapija, je danas prihvaćena kao metoda izbora za lečenje alkoholičara (Lo Coco et al., 2019). Grupni rad obuhvata široku skalu terapijskih postupaka kroz rad u malim (psihoterapijskim) i velikim (socioterapijskim) grupama, koje se međusobno dopunjuju. Grupna psihoterapija ima sledeće prednosti: a) međusobna identifikacija članova i smanjenje osjećaja izolacije i sramote, b) potpuno prihvatanje, podrška i modeliranje ponašanja svih članova, c) terapijska konfrontacija i objektivna povratna informacija, d) konstruktivan pritisak, socijalna podrška, struktura, i odgovornost za stvaranje pozitivnih promena, e) učenje veština za prevladavanje stresogenih situacija, f) razmena iskustava i informacija među članovima, g) pružanje optimizma i nade (Yalom, 1995; Vannicelli, 1992; Spitz & Brook, 2002). »U grupi se uče i vežbaju alternativni oblici ponašanja bez alkohola. Krajnji rezultat grupnog rada jeste: shvatanje alkoholizma kao ozbiljne bolesti, korekcija pogrešnog alkoholičarskog ponašanja, emocionalnog reagovanja i odnosa – jednom rečju, sazrevanje ličnosti i stvaranje nove životne filozofije i ideologije« (Gačić, 1978).

Socioterapija je metod rehabilitacije koji ima za cilj da zavisniku od alkohola pomogne da se ponovo uključi u sve oblasti života društvene zajednice, a zasniva se na činjenici da su zavisnici vrlo često izopšteni i odbačeni iz uobičajenih društvenih grupa. Ovo je uzrokovano neuklapanjem u strukturu, odnosno izbegavanjem pravila i odgovornosti koje pripadnost grupi nosi sa sobom, uz istovremenu pripadnost alternativnim, marginalnim grupama zavisnika. Socioterapija nije krucijalni vid tretmana zavisnosti, ali je nemoguće govoriti o izlečenju (zalečenju) zavisnika od alkohola bez procesa resocijalizacije.

Socioterapija se zasniva na činjenici da čovek kao socijalno biće nosi u sebi nagonsku potrebu da živi i radi u društvenoj zajednici, a grupa je model spoljne socijalne sredine. Udruženja građana su danas dominantni oblik organizovanja pojedinaca radi pružanja podrške zavisnicima od alkohola i pomoći u socijalnoj rehabilitaciji. U principu, postoje dva osnovna oblika organizovanja udruženja. Jedan podrazumeva da članovi budu samo alkoholičari uz eventualno uključivanje njihovih porodica (npr. Anonimni alkoholičari), dok drugi, pored alkoholičara i članova porodica, insistira na obaveznom uključivanju stručnog lica – terapeuta (npr. socioterapijski klubovi).

Jedan od najstarijih klubova u jugoistočnoj Evropi i najstariji klub lečenih alkoholičara u Srbiji je Socioterapijski klub lečenih alkoholičara „Palmotićeve“, koji funkcioniše od 1963. godine u Institutu za mentalno zdravlje (Mladenović i sar., 2013). S obzirom na tendenciju promene psihopatologije u društvu, pa samim tim i klijentele IMZ, ovaj klub je 2018.godine promenio ime u Porodični klub „Palmotićeve“. Socioterapija, tj. aktiviranje u klubu je obavezni deo tretmana alkoholizma na Institutu, te ćemo shodno tome ukratko opisati koncept rada kluba, odnosno shemu aktivnosti.

„Aktivnosti Kluba mogu se podeliti na aktivnosti koje se odvijaju u klupskim prostorijama i van njih. Centralni događaj svakog četvrtka je tema koja se održava u terminu od 18-19 časova. Sadržaji tema su različiti: stručna predavanja terapeuta, predavanja članova kluba, tribine o lečenju alkoholizma, teme zabavnog karaktera, teme po slobodnom izboru članova i teme gostiju - članova drugih klubova lečenih alkoholičara. Značajan deo aktivnosti članova realizuje se i ostalim danima van prostorija Kluba.

Zbog velikog broja članova, aktivnosti Kluba realizuju se kroz rad sekcija:

- *Kulturno-informativna sekcija* organizuje posete pozorištu, muzejima i drugim kulturnim znamenitostima. Uređuje i organizuje izdavanje klupskog lista „Osvit“.
- *Sekcija za međuklupsku saradnju* ostvaruje saradnju sa drugim klubovima kroz posete skupšinama, uzajamne radne posete, učešće u tribinama.
- *Sportska sekcija* svoje aktivnosti realizuje kroz igranje šaha, stonog tenisa i plivanja.
- *Planinarska sekcija* organizuje izlete i druženja u prirodi.
- *Sekcija domaćina* vodi brigu o održavanju prostorija Kluba, o evidenciji dolazaka i radu kafe kuhinje.
- *Sekcija za prihvatanje novih članova* je sekcija u kojoj stariji, edukovani i terapijski stabilni članovi, pomažu mlađim da savladaju otpore prema lečenju koristeći sopstvena iskustva.
- *Sekcija za primarne pacijentkinje i saradnice* pomaže mlađim pacijentkinjama i saradnicama u terapiji, organizuje literarne večeri i muzičke kvizove i posete koncertima klasične muzike“ (Mladenović i sar., 2013).

1.6. Niskorizično pijenje alkohola

S obzirom da se pokazalo da klasični medicinski model “nulte tolerancije” prema alkoholu ne daje adekvatne rezultate u segmentu javnog zdravlja, pojavljuje se model moderacije pijenja, tj. “smanjenja štete”, koji ne samo da je jeftiniji, već se pokazao i efikasnijim u odnosu na klasični model (Marlatt & Witkiewitz, 2002). Prvi oblik “harm reduction” aktivnosti u vidu kontrolisanog programa pijenja alkohola definisan je u Liverpulu 1980. godine (Pates i sar., 2012), tokom vremena aktivnosti ovog tipa pojavljuju se i u drugim državama, razvijaju se i integrišu, da bi ceo proces kulminirao globalnim dokumentom uobličeni od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO) pod nazivom “Globalna strategija za smanjenje štetne upotrebe alkohola” (WHO, 2010).

Kroz publikaciju SZO, 2001. godine definisane su jasne smernice za niskorizično pijenje (Babor & Higgins-Biddle, 2001), kao nov obrazac društveno prihvatljivog pijenja, a u narednim godinama još par država publikuje svoje "vodiče za niskorizično pijenje" (Gorgulho & Da Ros, 2006; National health and medical research council, 2009; Butt i sar., 2011).

Umereno (niskorizično) i rizično pijenje alkohola su obrasci pijenja koji se definišu preko broja popijenih alkoholnih pića. S obzirom na to da se sva alkoholna pića razlikuju po jačini (količini alkohola koji sadrže), ali i veličini ambalaže, neophodno je bilo definisati pojam standardnog alkoholnog pića, tj. „standardnog pića” (SP). Standardno piće izjednačava različite vrste alkoholnih pića po količini alkohola koji sadrže. Svetska zdravstvena organizacija u studiji o niskorizičnom pijenju koristila je meru od 10 g alkohola za jedno standardno piće. Međutim, kada se uzme u obzir konverzioni faktor alkohola u grame (ali i pragmatični razlozi), prihvatljivo je do 13 g alkohola u standardnom piću (Babor & Higgins-Biddle, 2001). S obzirom na to da naša zemlja nema definiciju standardnog pića, a radi lakše komunikacije sa pacijentom smatramo prihvatljivim da se kao standardno piće računa alkoholno piće sa 13 grama etanola. Na primer, standardno piće je: jedna flaša piva (330 ml sa 5% alkohola), čaša vina (140 ml sa 12% alkohola) i čaša žestokog pića (40 ml sa 40% alkohola) (Mladenović, 2010).

Institut za mentalno zdravlje, kolaborativni centar SZO za edukaciju, pokrenuo je u martu 2014.godine projekat pod nazivom „Odgovorno pijenje u Srbiji“. Projekat su, u kontekstu društvene odgovornosti, finansijski podržali najveći proizvođači piva u Srbiji, a značajno je da je ovo prvi nacionalni projekat u Srbiji iz oblasti smanjenja štetne upotrebe alkohola. Ciljevi projekta su: smanjenja štetne upotrebe alkohola, prevencija alkoholizma i sa alkoholom povezanih poremećaja, edukacija stanovništva o niskorizičnom stilu pijenja, kao i unapređenje mentalnog zdravlja građana Srbije. U okviru projekta štampan je „Vodič za odgovorno pijenje alkohola” (Mladenović,ur., 2014), u kome je, kroz nekoliko celina, jednostavnim jezikom pojašnjeno sve ono što bi, u kontekstu pijenja alkoholnih pića, prosečni građanin Srbije trebalo da zna.

1.7. Sistemska terapija alkoholizma

Pojava opšte sistemske teorije predstavlja jednu od glavnih konceptualnih i praktičnih promena u naučnom svetu u XX veku, a bazira se na konceptima promovisanim od strane Ludviga Von Bertalanfija (Von Bertalanffy, 1968). Teorija sistema i njeni ključni koncepti primenjeni u psihologiji i psihijatriji označili su jedan gotovo „revolucionarni“ pomak u razumevanju i lečenju psihičkih tegoba i disfunkcija. Ključni preokret predstavlja zamena etiološkog (linearnog) modela cirkularnim, kao i zamena moralističkog pristupa interakcijskim. Porodica, kao osnovna funkcionalna jedinica ljudskog društva, postaje jedan od stubova sistemske terapije, te se često koristi naziv i sistemska porodična terapija.

Ideje koje su se pojavile sredinom XX veka, kasnije su razvijane, naročito u radu Batesona, ali i drugih, pa sistemska porodična terapija postaje najbolji primer multidisciplinarnog pristupa, s obzirom da su u razvoju učestvovali matematičari, inženjeri, neurobiolozi, neuropsihijatri, antropolozi, filozofa i psiholozi. Batesonov doprinos je pomaknuo fokus od do tada uobičajenog razmišljanja u psihijatriji o psihopatologiji individue, na interakcije među individuama (Bateson, 1972). Batesonov primarni interes nije bila patologija i terapija nego istraživanje komunikacije posebno u porodicama shizofrenih bolesnika. Bateson, Jackson, Haley i Weakland (Bateson et al., 1956), su eksperimentisali uvodeći *double-bind* koncept u psihoterapiju i stvarajući terapijske metode u kojima su tretirane cele porodice, a ne samo pojedince, što je dalo velik podstrek razvoju sistemske porodične terapije povezujući kibernetiku epistemologiju i porodičnu terapiju (Haley, 1963; Jackson, 1967; Weakland, 1982). Osnovna pretpostavka ove grupe naučnika bila je da je svako ponašanje komunikacija i da tako i simptom ima značenje povezano sa strukturom porodice i funkciju održavanja aktuelne homeostaze sistema. U tom najkreativnijem periodu formulisani su osnovni principi sistemske terapije kao što je cirkularna kauzalnost, negativni i pozitivni feed-back, koji dovode do korekcije prvotnog izlaza ili do njegovog pojašavanja, homeostaza, *double-bind* teorija, itd (Bateson, 1979).

Nastavljači koncepta u tom periodu uglavnom se bave shizofrenijom kao fokusiranim entitetom, te Karl Vitaker razvija psihoterapiju za hronično obolele od shizofrenije, a Bowen predlaže pristup porodicama obolelih od shizofrenije zasnovan na „emocionalnom konceptu“, tj. modifikovanim postulatima psihoanalitičke terapije. Ovaj pristup se polako formalizuje kroz niz institucija, pa Don Džekson krajem „pedesetih“ osniva čuveni institut u Palo Altu (Institut za mentalna istraživanja), Natan Akerman 1960. godine osniva Porodični institut u Njujorku, a Salvador Minučin postaje direktor Klinike za usmeravanje razvoja dece u Filadelfiji 1967.godine (Dalos & Drejper, 2014). Sedamdesetih godina prošlog veka, Robin Skiner osniva Institut za porodičnu terapiju u Londonu, a Mara Selvini Palacoli osniva „Milansku školu“ zasnovanu na principima paradoksa i kontraparadoksa (uz potenciranje cirkularnosti i hipoteziranja). Steinglass sa svojim saradnicima, počev od 1971.godine, uvodi interakcijski model alkoholizma i koristi termin „sistem alkoholičara“ (Steinglass, 1987), usmeravajući se na homeostazu, bračnu dinamiku i „centralnu poziciju alkoholizma“ u tim porodicama, dajući okvire nečemu što nazivamo sistemska terapija alkoholizma.

Model sistemske terapije alkoholizma je multidimenzionalni, kompleksni pristup koji se bazira na međuodnosu svih segmenata života i rada pojedinca, tj. terapijskim pristupima svakom od tih segmenata, sa idejom da su oni međusobno komplementarni. Ovakav pristup omogućava da disfunkcionalnost porodice sa članom zavisnikom od alkohola bude sveobuhvatno sagledana, što je neophodan uslov za adekvatne intervencije. Treba reći da model tretmanu zavisnosti od alkohola u hospitalnim uslovima, koji smo mi evaluirali u našem istraživanju, pre svega implementira sledeća 3 pristupa koji su se tokom godina iskustva pokazali kao najdelotvorniji u bolničkim uslovima: funkcionalni, strukturalni i strateški.

- **Funkcionalni pristup**, omogućuje da se sagleda funkcija koju ima određeno ponašanje (simptom) u kontekstu porodice, tj. interakcijama između članova porodice. Linearni pristup, koji implicira da takvo ponašanje biva odbačeno jer je

nelogično i štetno, pokazalo se da ne funkcioniše u praksi. Te u tom kontekstu govorimo o „dobitima” koje članovi porodice imaju od alkoholizma identifikovanog člana, što se psihodinamski bazira na „principu zadovoljstva”. Proces korekcije starog, neprihvatljivog ponašanja i uhodanih komunikacionih obrazaca, uz razvijanje novog poželjnog (funkcionalnog) ponašanja, i usvajanje adekvatnijeg stila komuniciranja među članovima porodice je najznačajniji deo terapijskog programa u domenu strategije postizanja promena (Watzlawick i sar, 1974).

- **Strukturalni pristup**, iako sa strane deluje kao „sirovo primitivan”, a u aktuelnom kontekstu sa aspekta ljudskih prava (i postmodernističkog pristupa) čak povremeno i diskutabilan, u praksi se pokazao kao izuzetno koristan i efikasan. Bazira se na izrazito direktivnim tehnikama, naglašeno autoritativnoj poziciji terapeuta i eksplicitno iznetim zahtevima, sa idejom „nametanja” referentnog okvira kako bi se uspostavile adekvatne granice sistema i definisala pravila, uloge i relacije. Zasniva na teorijskoj osnovi da celina i delovi mogu biti pravilno objašnjeni samo u adekvatnom objašnjenju relacija koje postoje između delova. Terapija je usmerena ka promeni organizacije porodice i transformaciji strukture uz istovremenu promenu pozicije članova (Minuchin, 1974).
- **Strateški pristup**, hipotezira individualne probleme kao manifestaciju poremećaja u porodici. Porodica se nalazi u „začaranom krugu” sa jasno identifikovanim obrascima ponašanja u kojima kratko, ali intenzivno, dominira veliki emotivni naboj, a svako od članova porodice nepogrešivo ponavlja svoju ulogu, sa ciljem odražanja *status quo* situacije, tj. održavanja disfunkcionalnosti sistema. Ovi obrasci ponašanja nazivaju se „sekvence”. Simptom je „etiketa” za sekvencu ponašanja unutar jedne porodice i obično se pojavljuje kada je osoba u emocionalno nepodnošljivoj situaciji i pokušava iz nje da izađe. Terapijski cilj je promena disfunkcionalne sekvence ponašanja porodice koja je razvila problem (Haley & Hoffman, 1967).

Model sistemske terapije alkoholizma, zasniva se na sledećim postulatima:

1. Obavezno uključivanje u terapijski proces člana porodice (ili neposrednog socijalnog okruženja), sa idejom aktivne participacije (“kopacijenta”), a ne saradnika u lečenju.
2. Poželjno je uključiti i članove šireg socijalnog okruženja (radna organizacija, familija, Centar za socijalni rad...), što je u period do 2000. godine bilo imperativ. Međutim, društvene promene nastale u poslednjih 30 godina (otuđenje, nepostojanje empatije i humanosti...) uslovile su da šire socijalno okruženje uključujemo samo u situacijama kada je ono iniciralo lečenje (npr. Cenar za socijalni rad ili radna organizacija)
3. U našem modelu “pacijent je porodica”, i najbolji rezultati se ostvaruju kada je uključena cela porodica u terapijski proces. Nažalost društveno ekonomske okolnosti su uslovile da u poslednjih četvrt veka sve više imamo

- “samaca” zbog nemogućnosti porodice da se uključi (najčešće zbog profesionalnih obaveza članova porodice).
4. Psihoedukacija svih članova porodice, koja podrazumeva učenje o bolesti, ne samo identifikovanog pacijenta, već i drugih članova sistema (roditelji, supružnik, rođak...).
 5. Model se zasniva na jasno definisanom programu sa idejom stvaranja kontinuiteta doživljaja sebe, uz preuzimanje odgovornosti za svoje postupke i planiranju budućnosti. U tom kontekstu, iz didaktičkih razloga program je segmentiran u 3 faze koje hronološki idu sledećim redom: sadašnjost, prošlost, budućnost.
 6. Model evaluiran u našem istraživanju, predstavlja segment kompleksnijeg organizacionog sistema. Naime, u zavisnosti od vrste psihopatologije, porodične konstelacije i psiholoških kapaciteta pacijenta, postoji jasna vertikalna povezanost različitih organizacionih jedinica, gde pacijent može prelaziti iz jedne u drugu (dispanzer, kliničko odeljenje, dnevna bolnica, produžna grupna terapija i porodični klub). To znači da će nakon pripreme faze u dispanzeru, pacijent završiti kompletan program na jednom od nivoa aktivnog tretmana (kliničko odeljenje, dnevna bolnica), i nastaviti produžno vanhospitalno lečenje kroz rehabilitacione programe (produžne grupe, klub).

Terapijski ciljevi se definišu na osnovu težine kliničke slike, posledica, stepena disfunkcionalnosti porodice, kapaciteta i potreba klijenata. Treba imati u vidu da klijenti dolaze na terapiju zbog štetnog pijenja alkohola/alkoholizma, i da uspešnost terapije procenjuju u odnosu na taj simptom. Od znanja i kvaliteta terapeuta zavisi kako će on uspeti da simptom stavi u sistemski (interakcijski) kontekst, i samim tim potpomogne da klijenti redefinišu (ili ne redefinišu) svoja očekivanja. Da bi se izbegle “slepe mrlje” terapeuta, ali i ujednačio kvalitet tretmana, po našem modelu vid lečenja određuje konzilijum, a potom se tretman sprovodi po unapred definisanom program lečenja. Zbog funkcije koje simptom (pijenje alkohola) ima za pacijenta, prisutni su ogromni otpori prema promeni. Alkohol smanjuje napetost, poboljšava raspoloženje, smanjuje socijalnu anksioznost, povećava “familijarnost” i povećava samopoštovanje. Jasno je da će ukidanje supstance koja ima ovakve karakteristike biti problematično, a s druge strane pacijenti deklarativno pristaju na promenu svesni da su problemi u funkcionisanju prisutni u više oblasti života. Terapijska promena je kompleksan i dugotrajan proces, a teorija promene definiše menjanje u terapijskom procesu preko dva nivoa (Watzlawick, 1967):

- **Promena I reda** (izomorfna promena) – dovodi do gubitka simptoma kod identifikovanog pacijenta (alkoholičar), ali se simptom pojavljuje kod nekog drugog člana porodice (npr. pojavljuje se depresija kod supruge). Kod većine klijenata ovo je zadovoljavajući nivo jer se izgubio symptom koji “bode oči”, međutim pojava simptoma kod drugog člana ne stavlja se u relacioni kontekst i ne povezuje sa problemom alkoholizma, tako da je terapijski ova promena neprihvatljiva. Epilog je da vrlo brzo dolazi do propijanja, jer sistem ne može da nosi nivo stresa koji sam produkuje, a navikao je već na bolest, tj. nalazi se u “patološkoj homeostazi”.

- **Promena II reda** uključuje promenu u strukturi, disfunkcionalnim obrascima i posledično nestanak simptoma u sistemu. Znači simptom se gubi jer više nema funkciju u sistemu, s obzirom da je ceo sistem dignut na funkcionalni nivo, međutim to podrazumeva odricanje od raznih “dobiti” ne samo pacijenta već pre svega drugih članova porodice, tako da ceo proces ide jako sporo uz puno otpora i “recidiva u ponašanju.”

Neke od značajnijih terapijskih tehnika i intervencija u sistemskoj terapiji alkoholizma su:

- **Genogram** – vizuelni prikaz porodične povezanosti strukture, relacija i istorije u najmanje tri generacije. Informacije koje unosimo u genogram dobijamo od članova porodice ili opservacijom. U genogram se upisuju: demografske informacije, funkcionalne informacije i kritični događaji u porodici (Carter & McGoldrick, 1988).
- **Psihoedukacija** – intervencija u porodici koja je razvijena u cilju pružanja pomoći u vidu upoznavanja sa svim aspektima problema u porodici. Da bi se uspešno tretirao problem alkoholizma, neophodno je da se svi članovi porodice upoznaju sa samom bolešću, uzrocima, fazama u razvoju, kliničkom slikom i posledicama. Za tu svrhu koriste se literatura pripremljena od strane stručnog tima.
- **Strukturacija** – prvi korak u tretmanu je sprečiti dalje propadanje porodice i eliminisati agresivne i disfunkcionalne obrasce ponašanja. Neophodno je na početku terapije definisati „pravila“, koja obuhvataju kontekst granica, odnosa i, uz planiranje svih dnevnih aktivnosti (vid bihevioralnog pristupa u sistemskom kontekstu). Ovo izaziva otpor kod svih članova porodice i doživljava se kao grubo kršenje uhodane rutine.
- **Pridruživanje** – terapeut privremeno postaje deo sistema kako bi što bolje iskusio realnost porodice, i u tom smislu je to dijagnostička procedura. Međutim, to je i terapijska procedura, jer terapeut porodici nudi alternativne načine funkcionisanja, ne remeteći njenu suštinu
- **Restrukturiranje porodice** - autentična struktura “alkoholičarske porodice” je odraz duboke patologije i samim tim predstavlja celinu koja uslovljava stagnaciju porodice, i onemogućava psihološki rast i razvoj članova. Ova terapijska tehnika omogućava stvaranje jasnih granica među subsistemima, promenu hijerarhijskog odnosa članova (debalansiranje) i razvijanje komplementarnosti u sistemu
- **Detriangulacija** – zasniva se na hipotezi da je trougao najstabilniji interaktivni konstrukt patološke homeostaze, a utrougljeno dete trpi veliki stress. Bowen-ov koncept koji omogućava razrešenje patološkog sistema odnosa tri osobe, pomažući klijentu (najčešće dete) da se emocionalno odvoji, a originalnoj dijadi da razreši tenziju u odnosu (Bowen, 1978).
- **Davanje zadataka** – nije direktan zahtev za promenom simptoma, već tehnika koja propisuje određena ponašanja. Poželjno je da zadatak bude prihvatljiv za sve uključene,

prati porodično raspoloženje, ima smisla i veze sa problemom, vremenske granice i nikog ko je uključen u problem ne izostavlja. U pojedinim situacijama zadaci mogu biti i direktivni (Haley, 1987).

- **Reframing („preuokviravanje“)** – intervencija kojom se menja konceptijsko /emocionalno stanje, tako da se određena situacija stavlja u drugi okvir koji odgovara činjenicama, ali menja smisao situacije (Bandler & Grinder, 1981). Na taj način se prevazilaze otpori prema promeni, jer se sama promena drugačije interpretira.
- **Pozitivna konotacija** – vrsta paradoksalne intervencije kojom se pokreće promena (De Shazer, 1982). Logički evidentno destruktivno ponašanje se paradoksalno gratifikuje sa idejom da je to “genijalan način” da se problem reši. Tehnika koja je vrlo rizična i postoji dosta kontraindikacija za nju.

1.8. Sistemska terapija alkoholizma u Srbiji

Alkoholizam se u našoj kući leči od osnivanja Zavoda za mentalno zdravlje, u pionirskoj fazi kroz Dispanzer za odrasle. Na inicijativu Prof. Dr Dušana Petrovića, a uz izuzetan entuzijazam prvog terapeuta Jovice Potrebića, 16.marta 1963. godine u ZMZ počinje sa radom prvi Klub lečenih alkoholičara u SFRJ (Mladenović i sar., 2013). Savetovalište za alkoholizam počinje sa radom 1967.godine, u kome se obavljaju pregledi alkoholičara i vrši praćenje lečenih alkoholičara, članova KLA. U okviru Dnevne bolnice ZMZ, 1968. godine formiran je Odsek za alkoholizam, sa stalnim Timom na čelu sa Prim. dr Pavle Kastelom. Zahvaljujući pionirima alkoholologije na IMZ (Kastel – Gačić – Potrebić), a pre svega Dr Branku Gačiću, 1973.godine uvodi se na IMZ nov revolucionarni pristup u lečenju alkoholizma – porodična terapija alkoholizma, koja ubrzo dobija i danas u svetu prepoznatljivu fizionomiju u vidu Ekosistemskog pristupa ili „Beogradske škole alkoholologije“ (Mladenović, 2023b). Motivaciona grupa pri Savetovalištu za alkoholizam, kao vid ekstrahospitalnog lečenja uz rad, počinje sa radom 1977. godine. Od Odseka za alkoholizam Dnevne bolnice, odvaja se 1978. godine deo stručnog Tima na čelu sa Prim. dr Brankom Gačićem, i formira Centar za vanbolničku porodičnu terapiju alkoholizma, koji je od 1982.godine smešten u Paunovoj ulici. U Dispanzeru za mentalno zdravlje pri Domu zdravlja na Novom Beogradu, 1984.godine počinju sa radom Savetovalište i Klub lečenih alkoholičara.

Kada je 1987.godine oformljeno Kliničko odeljenje za lečenje alkoholizma u IMZ, ostvarena je mogućnost kompletnog tretmana pacijenata kroz hospitalni, poluhospitalni i dispanzerski pristup, a sve organizacione jedinice za tretman alkoholizma su povezane u Blok za lečenje alkoholizma. Klinike za bolesti zavisnosti IMZ čini još jedan pionirski poduhvat na ovim prostorima time što je 2003. godine oformljena najmlađa organizaciona jedinica klinike, Dnevna bolnica za prevenciju i lečenje zavisnosti u adolescenciji. U čast prerano preminulog Dr Zorana Stankovića, Dnevne bolnice za bolesti zavisnosti u „Palmotićevoj“ 2013. godine dobija naziv „Prim. dr Zoran Stanković“, a u čast velikana

srpske i evropske alkoholologije Dr Branka Gačića, Dnevne bolnice za bolesti zavisnosti u „Paunovoj“ 2014. godine dobija naziv „Prim. dr Branko Gačić“. S obzirom na neraščišćene imovinsko-pravne odnose između IMZ i grada Beograda, na insistiranje grada, naša dnevna bolnica „Prim. dr Branko Gačić“ je 2023. godine iz Paunove ulice prebačena u Kneginje Zorke, na Vračaru.

Organizacioni koncept Klinike za bolesti zavisnosti IMZ, definitivno je zaokružen 2024.godine formiranjem Odeljenja za specijalističko-konsultativne preglede. Klinika za bolesti zavisnosti, u ovom trenutku sastoji se od centralne zgrade u Milana Kašanina 3 sa vertikalno povezanim organizacionim jedinicama: Odeljenje za specijalističko-konsultativne preglede, Kliničko odeljenje i Dnevna bolnica za bolesti zavisnosti „Prim.dr Zoran Stanković“, i dela klinike u Kneginje Zorke 23, koja predstavlja i model terapije u zajednici. Ovaj deo Klinike sastoji se iz 2 organizacione jedinice: Dnevna bolnica za bolesti zavisnosti „Prim.dr Branko Gačić“ i Dnevne bolnice za bolesti zavisnosti u adolescenciji.

Sistemska terapija u Srbiji, a posebno sistemska terapija alkoholizma, je neraskidivo povezana sa likom i delom Prim. dr Branka Gačića (Mladenović, 2023b). Tokom godina ovaj pristup je razvijan i unapređivan, i prošao je kroz nekoliko faza dok se 1983. godine nije profilisao u sistemska (multisistemska, ekosistemska) terapiju alkoholizma – STA. U ovom trenutku to je dominantni model lečenja alkoholizma u Srbiji, a prepoznatljiv je i u evropskim okvirima i predstavlja okosnicu tzv. „beogradske škole alkoholologije“.

Lečenje alkoholizma u IMZ od 1963.godine prošlo je kroz nekoliko faza. Prva faza se karakteriše naglašeno prisutnim individualno-medicinskim modelom, sa apstinencijom kao osnovnim ciljem i poboljšanjem psihičkog i fizičkog zdravlja alkoholičara. Zasniva se na modelu definisanom od strane „pionira jugoslovenske alkoholologije (Prof. dr Uroš Jekić, Prof. dr Srboljub Stanković i Prim. Dr Aleksandar Despotović). Naravno, treba naglasiti socijalnu komponentu koja se ogleda pre svega kroz aktivnosti Kluba lečenih alkoholičara (osnovan u aprilu 1963.godine). „Ovaj model koji je na početku bio progresivan i pozitivan, označavao zaokret od moralističkog ka medicinskom pristupu, ali je uskoro postao prepreka daljem razvitku lečenja, posebno zahvaljujući beneficijama i sekundarnim dobitima od alkoholizma kao bolesti (uključujući manipulacije s porodičnom/socijalnom sredinom). Ishod lečenja bio je takođe vrlo skroman: samo 28% izlečenih” (Gačić, 1989).

Druga faza počinje 1968.godine, a oslanja se na formiranje „A“ odseka Dnevne bolnice, sa stručnim multidisciplinarnim timom, i karakteriše se intenzivnijim uvođenjem grupnih psiho-socio terapijskih metoda, terapijske zajednice i promenama organizacione prirode. „Prelazni, socijalni, grupno orijentisan model nastao je kao reakcija na prethodni neuspešni medicinski pristup, a proširen je s ciljem da se ostvari društvena readaptacija pacijenata. Sastojao se od tri faze: 1) inicijalne (hospitalizacija), 2) prelazne (dnevne bolnice) i 3) post-tretmanske faze (u vanbolničkim ustanovama i klubovima lečenih alkoholičara). U ovoj fazi efikasnost tretmana iznosi oko 36%”(Gačić, 1989).

Treća faza počinje 1973.godine i karakteriše se novim pristupom lečenju zavisnika od alkohola baziranom na teoriji sistema. Jedna od najznačajnijih novina je uvođenje u tretman bračnog partnera u funkciji kopacijenta. Revolucionarnost i efikasnost ovog modela uslovlila je njegovu dugotrajnu primenu sa manjim ili većim izmenama, a poznat je kao sistemska porodična terapija alkoholizma. „Značajne osobe iz neposredne okoline pacijenta (porodica, komšije, prijatelji, kolege, šefovi, zdravstveni/ socijalni radnici i dr.) po pravilu su bile uključene u lečenje (5 – 10 "značajnih ličnosti"). Od početka se uz ispit

redovno primenjivao priručnik "Alkoholizam - individualna, porodična i društvena bolest". Terapijski program je bio dobro strukturisan i organizovan u sistemu faza, s preciznim smernicama, novim pravilima lečenja i ponašanja, s ciljem da se obezbede apstinencija i pozitivne promene u ponašanju, kao i reorganizacija/restrukturacija celokupnog porodičnog sistema uz posebne aktivnosti koje bi pojačale pozitivne interakcije i emocije: nove dnevne rutine, Disulfiram ritual, domaća zaduženja između seansi, zadaci, direktive, porodični sastanci, okupljanja, porodične uloge i trening komunikacija. U ovoj fazi efikasnost tretmana je duplirana u odnosu na prethodnu i iznosi čak 70%"(Gačić, 1989).

Dr Branko Gačić je 1983.godine promovisao četvrtu fazu u vidu ekosistemskog modela (multisistemska terapija), koja obuhvata širok spektar sistema u koje je uključen pojedinac, i po autoru uspešnost ovog modela je 70 – 80%. I pored činjenice da je ovo najsvеobuhvatniji model, evidentno je da on nije u potpunosti zaživeo u praksi i nije dostigao (široku) popularnost prethodnog modela. Više je razloga koji su doprineli ovome, međutim svakako najznačajniji je „period tranzicije“ u kome smo više od 30 godina, koji je praćen diskutabilnim sistemom vrednosti i opštim osiromašenjem, a u takvoj konstelaciji jedino je porodica spremna da se aktivnije pozabavi svojim problemom zbog alkoholizma člana.

Svakako priča o „beogradskoj školi alkoholologije“ nije zaokružena, i posle jednog perioda stagnacije nastavlja svoj razvoj utemeljen na sistemskom pristupu, uz obavezi „treće generacije“ da je doradi, usavrši i prilagodi aktuelnim okolnostima.

1.9. Sistemska terapija alkoholizma u hospitalnim uslovima

Bolničko lečenje alkoholizma je indikovano u situaciji kada postoji zavisnost od alkohola komplikovana komorbiditetom, npr. težak apstinencijalni sindrom, EPI napad, delirijum tremens, depresija, nemogućnost uspostavljanja apstinencije u vanbolničkim uslovima. Samim tim, jasno je da je u pitanju komplikovaniji vid zavisnosti, što je uslovalo struktura i organizaciju ovog modaliteta tretmana.

Sam proces lečenja traje oko 2 meseca, i u tretman su obavezno uključeni članovi porodice, tj. ljudi iz najbližeg okruženja. Tretman se odvija kroz primenu nekoliko modaliteta lečenja (farmakološko, psihoterapijsko, socioterapijsko, okupaciono radna-terapija), a sve kroz prizmu sistemskog pristupa.

Tretman je koncipiran u vidu celodnevno (24 sata) boravka na Kliničkom odeljenju za bolesti zavisnosti, Klinike za bolesti zavisnosti. Konceptijski postoji nekoliko usko terapijskih modaliteta u vidu srednje grupe (edukativne grupe, psihosocio-terapijske grupe, terapijska zajednica) i dosta socioterapijskih aktivnosti u vidu zaduženja na odeljenju, kao i kroz okupaciono-radnu terapiju. Pored toga pacijenti imaju vreme za lične potrebe, higijenu, neformalno druženje i posete članova porodice. Posebno je značajno da svakodnevno, centralnoj terapijskoj aktivnosti (socioterapijska grupa) prisustvuju i članovi porodice.

Početna motivacija za dolazak na lečenje je minimalna, i obično je vezana za pritisak od strane članova porodice, ili telesne komplikacije alkoholizma. Samim tim po dolasku na odeljenje, pacijenti su u velikom otporu, i u najboljem slučaju imaju ideju da po saniranju somatskih posledica idu kući, ili da „odrade ovo pa da se vrate u normalan život”.

Shodno tome modalitet lečenja je koncipiran u vidu povezanih i nadovezujućih segmenata, ali sa malom vremenskom inverzijom, naime hronološki sled podrazumeva: sadašnjost, prošlost i budućnost. Cilj ovakvog pristupa je da se smanje otpori i da vreme za privikavanje na terapijski kontekst odeljenja.

Prva faza je *Psihoedukativna faza* (faza sadašnjosti). Traje 3-4 nedelje, a formalizuje se kroz Ispit iz alkoholologije, na kraju ove faze. Pacijenti dobijaju psihoedukativni materijal iz oblasti zavisnosti od alkohola (koji je pripremljen od strane stručnjaka sa Klinike za bolesti zavisnosti), i parcijalno ga pripremaju kroz 4 edukacije (kolokvijuma), što se radi na psihoedukativnim grupama. Nemoguće je očekivati bilo kakvu konstruktivnu promenu kod osoba zavisnih od alkohola, ako se ne upoznaju sa samim problemom alkoholizma: kliničkom slikom, fazama razvoja i posledicama alkoholizma. Međutim osim edukativnog benefita, na ovaj način podstiče se i kognicija, logičko povezivanje, ali i anticipacija problematičnih ishoda u slučaju povratka alkoholizmu. U ovoj fazi osim učenja, od pacijenata se traži da daju lične primere naučenog, što je praćeno otporima, zbog potiskivanja, racionalizacije i minimiziranja. U ovoj fazi osim kognitivne restrukturacije radi se i socijalna adaptacija, kroz niz zajedničkih aktivnosti i usmerenost jednih na druge, ali i preuzimanje odgovornosti kroz zaduženja na odeljenju u smislu održavanja uslova za život i rad. Tendencija je da se pacijenti podstiču da sami organizuju aktivnosti, naravno u terapijskim okvirima, te shodno tome postoji i hijerarhijska struktura među samim pacijentima, a vezana je za napredak i dužinu boravka na odeljenju gde prolaze čitav niz jasno definisanih uloga, zaključno sa ulogom predsednika terapijske zajednice. Ideja je da kroz otvorene grupe i stalan dotok i odlazak pacijenata postoji jasan uvid u proces promene zavisno od faze terapijskog procesa, tj. kada pacijent dođe na odeljenje ima mogućnost da u istoj grupi vidi „kolege” u raznim fazama promene – „fenomen ogledala”(od naglašenih otpora, kriziranja, prihvatanja terapijskog koncepta, promene ponašanja, promene načina razmišljanja, odnosa sa članovima porodice do onih koji su pred Rezimeom lečenja, tj otpustom). Ovaj pristup ih stavlja u poziciju jednakosti i daje im nadu(ali i motiv) da i sami nešto menjaju, uvereni da je promena moguća. Psihoedukativna faza se završava Ispitom iz alkoholologije, koji polažu i pacijenti, ali i njihovi saradnici iz porodice i okruženja.

Potom sledi *Faza uvida* (faza prošlosti). Tokom prethodne faze, pacijenti su stekli znanje o svojoj bolesti, prepoznali neke primere iz svog alkoholizma, adaptirali se na život na odeljenju, socijalizovali u terapijsku grupu i prevazišli početne otpore. U fazi uvida, koja takođe traje 3-4 nedelje, cilj je da alkoholičari prepoznaju osnovne elemente svoje strukture ličnosti, kroz crte ličnosti i mehanizme odbrane koje su koristili, ali i da definišu posledice koje su ostavili na sebe, a posebno na svoju porodicu – okruženje. S obzirom da je puno toga potisnuto i racionalizovano, u ovoj fazi je neophodna stalna blaga konfrontacija, ali i gratifikacija za ostvarene uvide. Značaj saradnika iz porodice je veliki, jer njihovo uključivanje u ovoj fazi potvrđuje alkoholičarima da nisu odbačeni i stvara preduslov za kontinuirano sagledavanje fenomenologije ličnog alkoholizma, ali još značajnije i za doživljaj težine ostavljenih posledica. Što su posledice veće, teže je integrisati potisnute i

otcepljene fragmente selfa u celinu, i tu je od krucijalnog značaja terapijska intervencija davanja nove perspektive i značenja već postojećim činjenicama („reframing“), ali i empatija grupe i porodice, kako bi se prevazišla barijera neprihvatanja uvida zbog prejakog osećaja krivice. Emocionalna katarza je teorijski vrhunac ove faze, kada se postiče integracija otcepljenih delova, i stvaraju preduslovi za planiranje i projekciju budućnosti. Formalizovani završetak ove faze je Veliko predstavljanje koje ima funkciju novog dogovora zasnovanog na zdravim osnovama između zavisnika od alkohola i njegove porodice, a pred svedocima (terapijska zajednica), postignutog kroz emocionalnu razmenu i katarzu. »Veliko predstavljanje ima formu iznošenja autobiografije ali veoma kritički konotirane sa ciljem da “trezno Ja sagleda pijano Ja”, da “suv sistem sagleda mokar sistem”« (Nastasić, 1996).

Završna faza tretmana je priprema *Plana rehabilitacije*, a formalizuje se *Rezimeom lečenja* (faza budućnosti). Ovo je naglašeno kognitivna faza, i ima za cilj da obezbedi adekvatno funkcionisanje zavisnika od alkohola po izlasku iz bolnice. Već u fazi uvida, počinje se sa radom na povratku u porodicu kroz koncept terapijskih vikenda, koji imaju za cilj da pokažu nivo funkcionalnosti (disfunkcionalnosti) porodice i samim tim fokusiraju potencijalne oblasti intenzivnijeg rada sa porodicom. Na rezimeu lečenja, pacijent sagledava čitav tok lečenja, kroz analize ličnog ponašanja zasnovanog na mehanizmima odbrane i karakternim crtama, a pre svega prateći hronološki otpore, sa idejom prepoznavanja eventualnih slabih tačaka koje mogu da dovedu do recidiva. „Posebno treba istaći bračne otpore u vidu prećutnih “aranzmana”i “paktova”, koji teze da održe postignuti nivo odnosa i ne dozvoljavaju dalju promenu. Takvi otpori mogu dovesti do “miniranja, sabotaze” tretmana, kada bivaju demaskirani tek u situaciji recidiva”(Nastasić, 1996). Pravi se strategija prevencije recidiva, jasna strukturacija vremena, kroz preuzimanje odgovornosti za izvršenje planiranog u definisanim rokovima. Posebno se fokusira socijalni aspekt zbog neophodnosti resocijalizacije i vraćanja u širi socijalni kontekst. Prave se planovi profesionalne afirmacije, ali i definisanje porodičnih uloga i rituala, kako bi se očuvala kohezivnost porodice.

Faza produženog lečenja, predstavlja fazu stabilizacije „novog” porodičnog sistema. Puno toga je promenjeno, ali nije suštinski prihvaćeno od strane članova porodice, s obzirom da je svako od njih imao neke „dobiti” iz patološkog sistema. Ova faza traje 1-2 godine i odvija se u vidu psiho-socioterapijskih grupa, jednom nedeljno u popodnevним satima, ali i kroz uključivanje u Porodični klub, četvrtkom popodne. U tom periodu se obustavlja farmakoterapija, a tokom celog produžnog lečenja, pacijent se prati dispanzerski uz obavezu da redovno uzima protektivnu farmakoterapiju Disulfirama. Suštinski u ovoj fazi odvija se oporavak pacijenta i napredovanje porodice kroz primenu grupne terapije multiplih porodica, sa mogućnošću primene porodične terapije u užem smislu i to kroz mnogo manju frekvenciju sastanaka, jer se seanse sa porodicom ili sastanci u porodičnoj grupi odvijaju samo jednom nedeljno. Međutim, u ovoj fazi se najčešće odvijaju procesi znatno veće terapijske dubine i podrazumeva se odvijanje različitih modaliteta porodične terapije uz uobičajeni život i funkcionisanje u svom socijalnom i profesionalnom okruženju. Produžne grupe, vode edukovani terapeuti (psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, specijalni pedagozi). Sa završetku faze produženog lečenja, ceo terapijski proces je zaokružen, i tretman se može smatrati završenim.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi našeg istraživanja su:

1. **Opisati** sociodemografske i karakteristike zavisnosti od alkohola, kao i učestalost i vrstu komorbiditeta, kod pacijenata hospitalno lečenih u IMZ u periodu 1987 – 2012. godine, i definisati trend promene istih u analiziranom periodu
2. **Prikazati karakteristike terapijskog procesa** kod zavisnika od alkohola hospitalno lečenih sistemskom terapijom u IMZ, definisati trend promene istih u analiziranom periodu i utvrditi korelaciju između dužine hospitalnog tretmana i varijabli iz klastera - *Karakteristike alkoholizma kod ispitanika*
3. **Proceniti efektivnost tretmana** u odnosu na primarni ishod – apstinencija od alkohola, analizirati ishod po godinama preseka, i utvrditi korelaciju ishoda tretmana sa izabranim varijablama iz klastera definisanih nezavisnih varijabli
4. Definirati sociodemografski profil pacijenata sa najboljim odgovorom na terapiju, tj. indikacije za primenu sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima, i predložiti **model sistemske terapije alkoholizma u savremenim uslovima.**

3. METODOLOGIJA

3.1. Tip studije, mesto i vreme istraživanja

Ovo istraživanje predstavlja *retrospektivnu studiju*, tj. analizu hospitalnog tretmana zavisnika od alkohola lečenih u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu, u periodu 1987 – 2012. godine. Studija predstavlja vid evaluacije sistemske terapije alkoholizma, koja se u obliku hospitalnog tretmana sprovodi u IMZ, kao referentnoj ustanovi za lečenje alkoholizma u Srbiji, od 1987. godine, kada je formirano kliničko odeljenje za bolesti zavisnosti. S druge strane, STA u hospitalnim uslovima je dominantni terapijski model u Srbiji (baziran na modelu IMZ), te bi studija posredno predstavljala i evaluaciju dominantnog modela lečenja alkoholizma u Srbiji.

Pored utvrđivanja efektivnosti STA komparacijom 2 grupe ispitanika, u odnosu na primarni ishod lečenja - apstinenciju od alkohola u periodu praćenja od godinu dana po završetku intenzivne faze lečenja, želeli smo da utvrdimo da li postoji razlika u odnosu na definisane varijable između grupa. Time definišemo faktore koji utiču na ishod lečenja (prediktore), te shodno tome dobijamo i profil pacijenata koji dobro reaguje na terapiju, što bi u praksi predstavljalo indikacije tj. relativne kontraindikacije za primenu ovog vida tretmana. Interesovala nas je i dinamika sociodemografskog profila lečenih zavisnika od alkohola u periodu 1987 – 2012. godine, ali i dinamika samog terapijskog procesa u definisanom periodu.

Pod *hospitalnim tretmanom* podrazumevamo dvadesetčetvoročasovno bolničko lečenje zavisnika od alkohola, u kome osim pacijenata učestvuju i saradnici (najčešće članovi porodice).

- Intenzivna faza lečenja (hospitalni tretman) traje 8 – 10 nedelja, i zasniva se na grupnoj sistemske terapiji alkoholizma. Tretman možemo podeliti na 3 segmenta: psihoedukativna faza koja se završava Ispitom iz alkoholologije (3 – 4 nedelje), faza sticanja uvida u bolest i posledice koja se završava Velikim predstavljanjem (3 – 4 nedelje) i faza planiranja budućnosti i analize terapijskog procesa koja se završava Rezimeom lečenja (oko 2 nedelje).
- »Produžno lečenje« u vidu rehabilitaciono-stabilizacione faze nastavlja se na intenzivnu fazu, gde se fokusira socijalna reintegracija kroz uključivanje u produžne terapijske grupe i/ili klub lečenih alkoholičara, uz redovne dispanzerske kontrole. Ova faza traje još minimum godinu dana. Po završetku »produžnog lečenja«, tretman alkoholizma se može smatrati završenim, i pacijent se više ne prati.

3.2. Uzorak ispitanika

Uzorak u našem istraživanju čini 820 ispitanika. Ukupan broj hospitalno lečenih pacijenata u izabranim godinama datog perioda je 892 (100%), ali je u istraživanje uključeno 820 (92.7%), kod kojih je primarna dijagnoza zavisnost od alkohola, zbog nepotpunih podataka.

Kriterijum za uključivanje u istraživanje je dijagnostikovani alkoholizam kod pacijenta, sa ili bez komorbiditeta i starost preko 18 godina (ovo su ujedno i kriterijumi za hospitalno lečenje sistemskom terapijom alkoholizma na Klinici za bolesti zavisnosti IMZ). Kriterijum za isključivanje je primarno drugi psihijatrijski poremećaj sa zloupotrebom alkohola i teško psihoorgansko oštećenje (takođe, kontraindikacija za uključivanje u hospitalni tretman sistemskom terapijom alkoholizma na IMZ).

3.3. Tok i način ispitivanja

U našem istraživanju obuhvatili smo period od 1987 – 2012. godine. S obzirom da dokumentacija za ovaj period nije u elektronskoj formi, istraživanje je sprovedeno u vidu analize svake pete godine, tj.: 1987, 1992, 1997, 2002, 2007 i 2012. godina. Opredelili smo se za ciljani uzorak u vidu svih ispitanika lečenih od alkoholizma na kliničkom odeljenju za bolesti zavisnosti IMZ svake pete godine zbog činjenice da je neophodan vremenski period da se isprofilišu sociodemografske prilike uslovljene burnim promenama u našoj zemlji tokom prethodnih 25 godina, a naravno, tu su i tehnički razlozi koji podrazumevaju kapacitet za unos i obradu podataka, kao i za prikazivanje rezultata. Nažalost, još jedan od razloga je činjenica da u izvesnim godinama zbog izrazito nepovoljnih uslova u zemlji (hiperinflacija, bombardovanje...), odeljenje kraći ili duži vremenski period nije radilo.

Istraživanje je bazirano na analizi medicinske dokumentacije u periodu od ulaska u terapijski proces (prvi pregled u dispanzeri), tokom hospitalnog lečenja, i još godinu dana po završetku intenzivne faze lečenja. Znači ukupan period praćenja po pacijentu je 15 – 16 meseci, te je shodno tome poslednja analizirana godina bila 2012.

Medicinska dokumentacija je obrađivana tokom 2014 i 2015. godine, ručno, s obzirom da su podaci za ispitivani period u papirnoj formi. Svaki pacijent je obrađivan po pitanju svih definisanih varijabli, a potom podaci unošeni u elektronsku bazu podataka, po unapred definisanim ishodomima za svaku od varijabli.

Naše istraživanje odobreno je od strane etičke komisije Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu i etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje (Br. 1060 / 2104 / 1).

S obzirom da se radi o retrospektivnoj studiji, za potrebe istraživanja definisan je skup od 6 grupa varijabli (preko 50 varijabli) dostupnih iz medicinske dokumentacije, i to:

1. Sociodemografski podaci o ispitaniku: pol, starost, mesto rođenja, redosled rođenja u porodici, urednost RPMR, braća i sestre, prebivalište, nivo stručne spreme, zanimanje, radni status, godine radnog staža, stambeni uslovi, problemi sa zakonom, teže bolesti, povrede glave sa gubitkom svesti, psihijatrijski hereditet i alkoholizam u porodici;
2. Karakteristike alkoholizma kod ispitanika: stil pijenja, ponašanje u pijanom stanju, prvi kontakt sa alkoholom, trajanje toksikomanske faze (zavisnost od alkohola), pad tolerancije, alkoholne amnezije i preferirani tip pića;
3. Porodični kontekst, motivacija za lečenje i status na prijemu: bračni status, brak po redu, dužina bračnog staža, broj dece, sastav porodice, stručna sprema supružnika, radni status supružnika, da li je supružnik lečen psihijatrijski, povod za dolazak na lečenje, mesec prijema, da li je sprovedena detoksikacija pri prijemu, da li ima dodatne psihijatrijske dijagnoze, da li ima apstinencijalnog sindroma pri prijemu, dužina apstinencije pri prijemu, ko je saradnik u lečenju;
4. Farmakoterapija tokom tretmana: da li dobija disulfiram, da li ima dodatnu psihijatrijsku terapiju na otpustu;
5. Karakteristike terapijskog procesa: dužina hospitalnog lečenja, period od prijema do ispita, broj polaganja ispita, period od ispita do Velikog predstavljanja, uspešnost izlaganja Velikog predstavljanja, period od Velikog predstavljanja do rezimea lečenja, uspešnost izlaganja Rezimea lečenja;
6. Period rehabilitacije - „produžno lečenje“ i ishod tretmana: dužina apstinencije po završetku lečenja, angažovanje u klubu lečenih alkoholičara (KLA), aktivnost u produžnim terapijskim grupama i redovnost na dispanzerskim kontrolama.

Prva četiri klastera spadaju u grupu nezavisnih varijabli, odnosno predstavljaju prognostičke faktore uspešnosti terapije, ali i modelirajuće faktore samog terapijskog procesa. Varijable iz klastera »Karakteristike terapijskog procesa« kao i varijable: angažovanje u KLA, aktivnost u produžnim terapijskim grupama i redovnost na dispanzerskim kontrolama, spadaju u grupu zavisnih varijabli, u odnosu na prva četiri klastera, ali istovremeno predstavljaju i prognostičke faktore uspešnosti terapije. Dužina apstinencije po završetku lečenja predstavlja zavisnu varijable, tj. ishod terapije.

Primarni ishod lečenja je apstinencija od alkohola. Shodno tome svako propijanje u periodu praćenja od godinu dana po završetku intenzivne faze lečenja, predstavlja negativni ishod tretmana. Prestanak dolaska na »produžno lečenje« u određenom periodu od godinu dana, u kontekstu našeg istraživanja smatra se recidivom. Apstinencija od alkohola se obezbeđuje trojakim mehanizmom u periodu praćenja: primenom averzivnog sredstva – disulfirama (»alkoholni blokator«), anamnestičkim podacima od strane saradnika u lečenju, terapijskim kontekstom »produžnog lečenja« (dispanzerske kontrole, KLA i produžne terapijske grupe).

3.4. Statistička analiza

U našoj studiji korišćene su deskriptivne i analitičke statističke metode. Od deskriptivnih metoda korišćeni su apsolutni i relativni brojevi (n, %), mere centralne tendencije (aritmetička sredina, medijana) i mere disperzije (standardna devijacija, interval varijacije).

Od analitičkih statističkih metoda korišćeni su testovi za procenu značajnosti razlike i analiza povezanosti. Od testova za procenu značajnosti razlike korišćeni su parametarski (t test, jednofaktorska analiza varijanse – One way ANOVA, Sidakov test za višestruka poređenja) i neparametarski (Hi-kvadrat test, Hi-kvadrat test za trend, Kruskal Wallis analiza varijanse, Mann-Whitney U test). Za analizu povezanosti i procenu faktora rizika (OR i 95% interval poverenja za OR) koristili smo regresionu analizu (multivarijantna binarna logistička regresija). Rezultati istraživanja su prikazani tabelarno i grafički.

Podaci dobijeni tokom istraživanja obrađivani su pomoću statističkog programa SPSS 20.0 (IBM korporacija) softverskog paketa. Sve p vrednosti manje od 0.05 smatrane su značajnim.

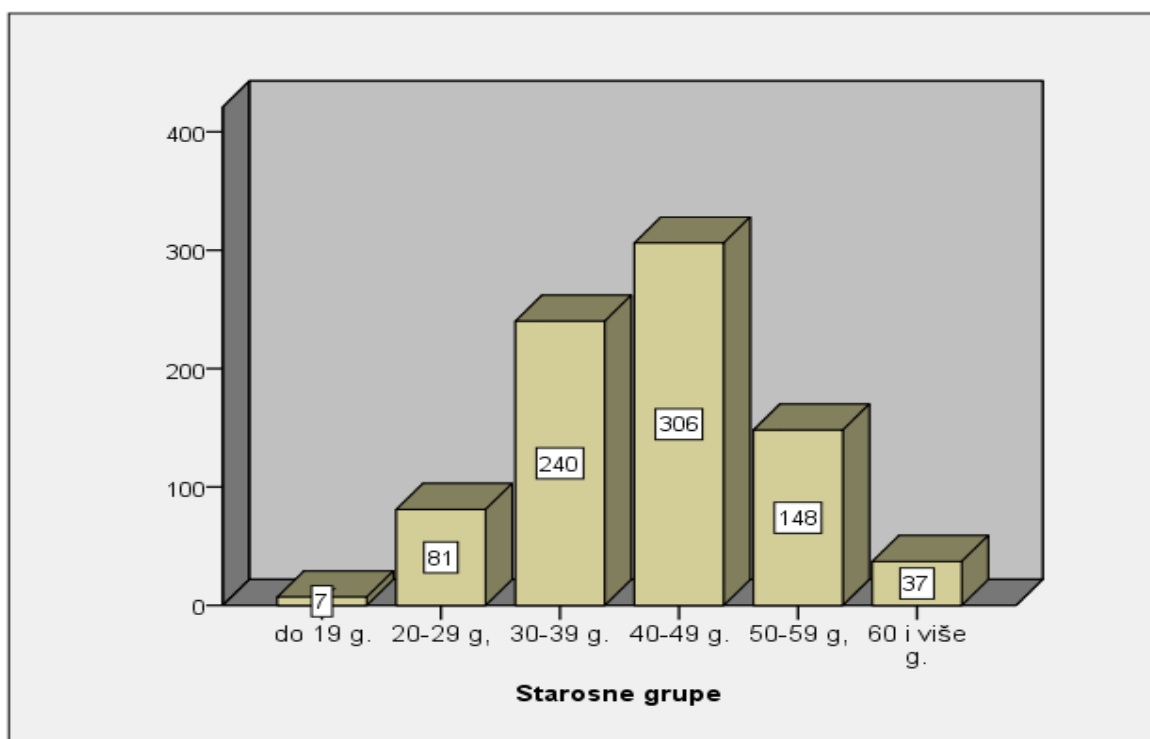
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

4.1. Sociodemografske i kliničke karakteristike zavisnika od alkohola

Ukupan broj hospitalno lečenih pacijenata u izabranim godinama datog perioda je 892 (100%), ali je u istraživanje uključeno 820 (92.7%), kod kojih je primarna dijagnoza zavisnost od alkohola. Od ukupnog broja pacijenata 79.9% (655) su muškarci, a 20.1% (165) su žene. Prosečna starost lečenih pacijenata je 42.05 godina, a pacijenti su u opsegu od 18 do 73 godine. Prosečna starost muških ispitanika je 42.13 godina, a ženskih 41.72 godine i među polovima ne postoji statistički značajna razlika ($t=0.470$; $p=0.638$) po starosti. Distribucija pacijenata po starosnim grupama je prikazana na grafikonu 1, a po mestu prebivališta na tabeli 1.

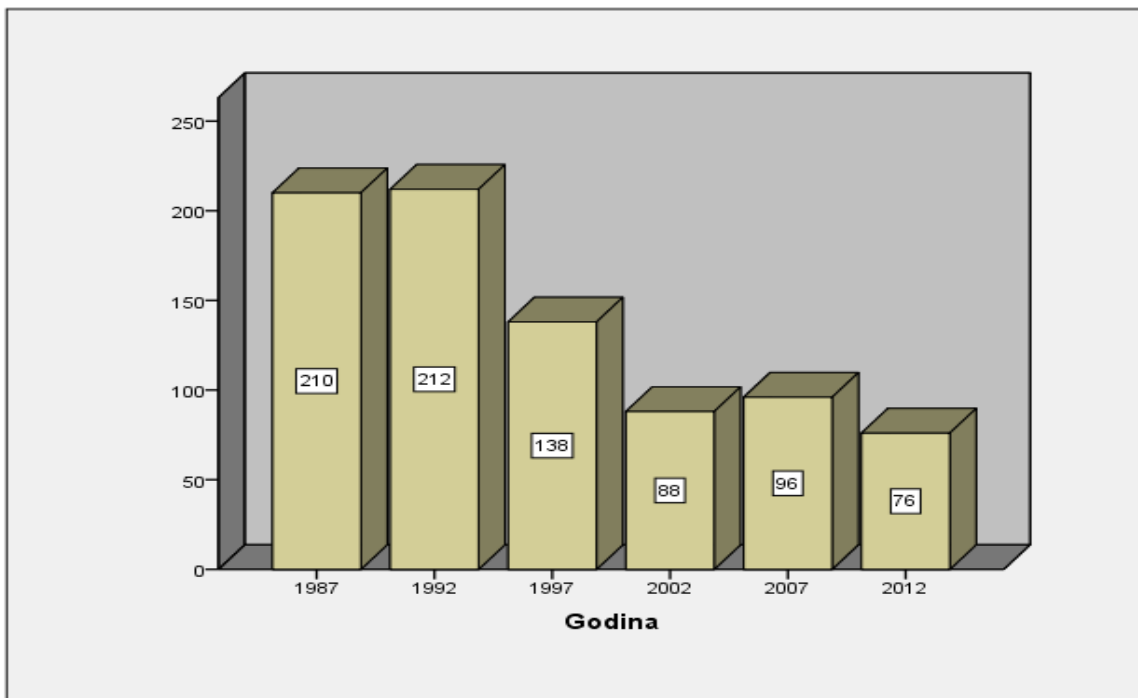
Tabela 1. Distribucija pacijenata po mestu prebivališta

Prebivalište	N	%
Beograd	587	71.6
Unutrašnjost	212	25.9
Inostranstvo	21	2.6
Ukupno	820	100.0



Grafikon 1. Distribucija pacijenata po starosnim grupama

Na grafikonu 2. prikazana je raspodela pacijenata po godinama preseka, sa evidentnim linearnim padom u periodu 1987 – 2012.godina. Od ukupnog uorka 81.1% pacijenata je rođeno u Srbiji, a 18.9% u republikama bivše Jugoslavije.



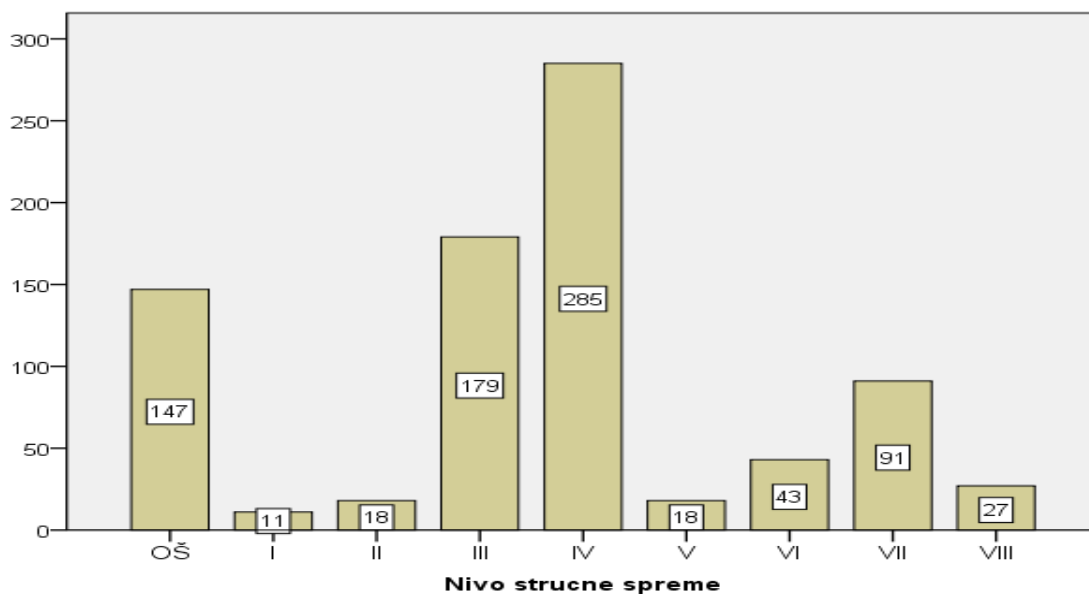
Grafikon 2. Distribucija pacijenata po godinama preseka

Raspodela pacijenata po vrsti zanimanja prikazana je u tabeli 2., iz koje se vidi da većinu čine radnici (75.7%).

Tabela 2. Distribucija pacijenata po zanimanju

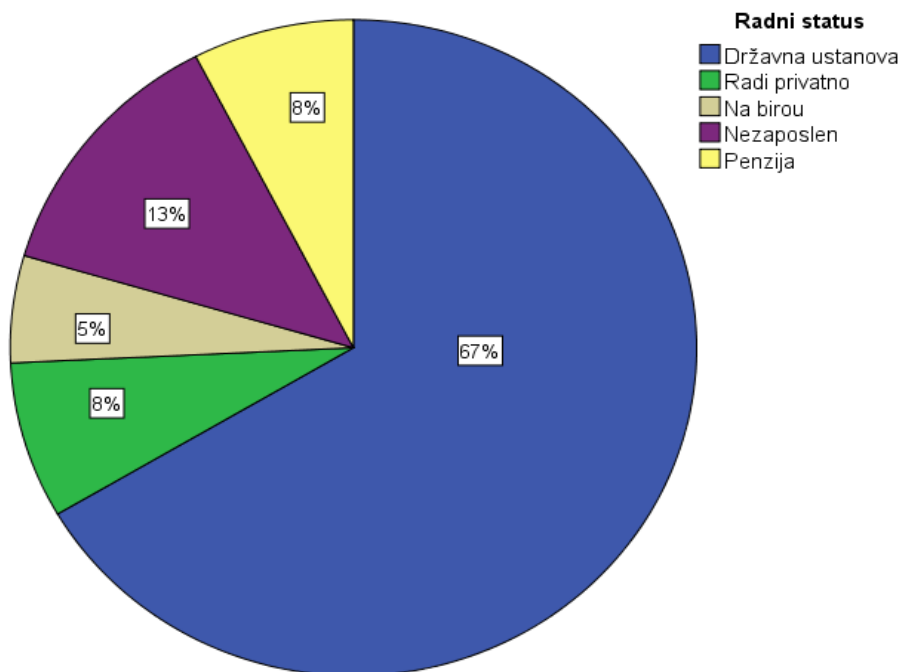
Zanimanje	N	%
Radnik	609	75.7
Domacica	4	0.5
Poljoprivrednik	10	1.2
Administracija	77	9.6
Strucnjak, umetnik	98	12.2
Vojno lice	2	0.2
Ostalo	4	0.5
Ukupno	804	100.0

Po pitanju nivoa obrazovanja, u uzorku dominiraju srednjoškolci sa IV (34.8%) i III (21.9%) stepenom stručne spreme, a kompletna raspodela prikazana je na grafikonu 3.



Grafikon 3. Distribucija pacijenata po stepenu obrazovanja

U državnoj ustanovi radi 66.5% pacijenata iz uzorka, a distribucija po varijabli radni status prikazana je na grafikonu 4.



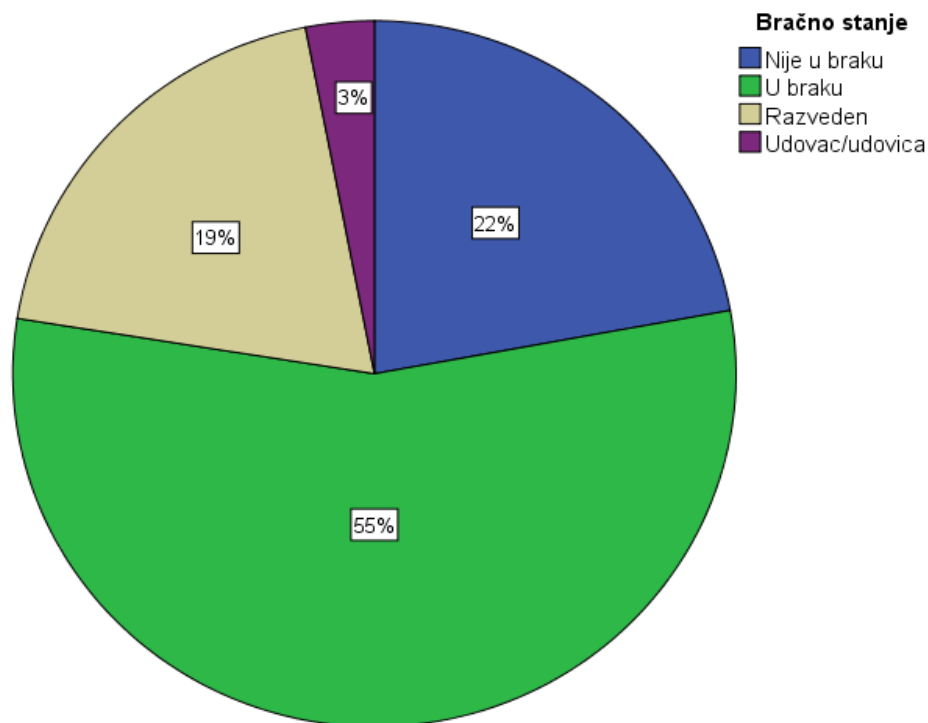
Grafikon 4. Distribucija pacijenata po radnom statusu

Prosečna dužina radnog staža pacijenata iz uzorka je 17.6 godina, a kreće se u rasponu od 0 do 48 godina. Kompletna raspodela po pitanju ove varijable prikazana je na tabeli 3.

Tabela 3. Distribucija pacijenata po dužini radnog staža

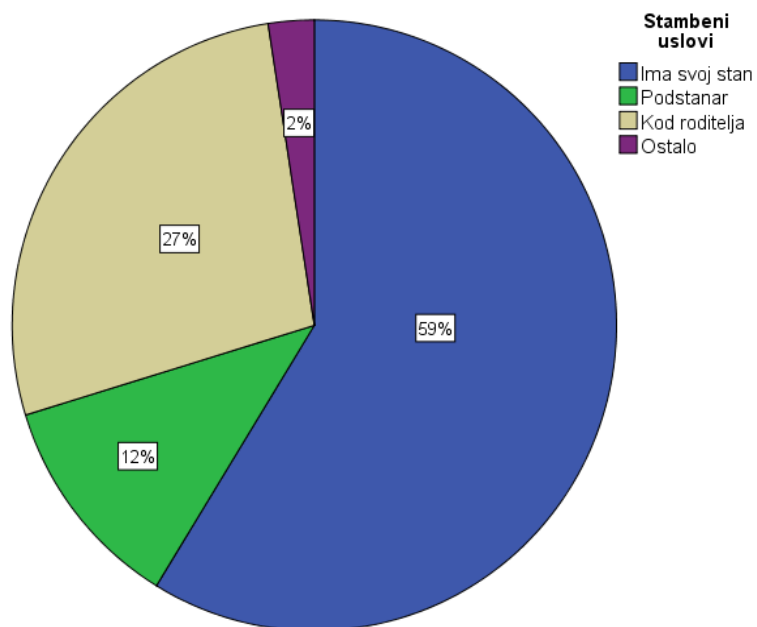
Dužina radnog staža (god.)	N	%
Nema	73	9.5
0-4	46	6.0
5-9	62	8.1
10-19	247	32.2
20-29	239	31.2
30-40	100	13.0
Ukupno	767	100.0

Najveći broj pacijenata iz uzorka je u braku (55.4%), a kompletna distribuciji po pitanju varijable bračni status prikazana je na grafikonu 5.



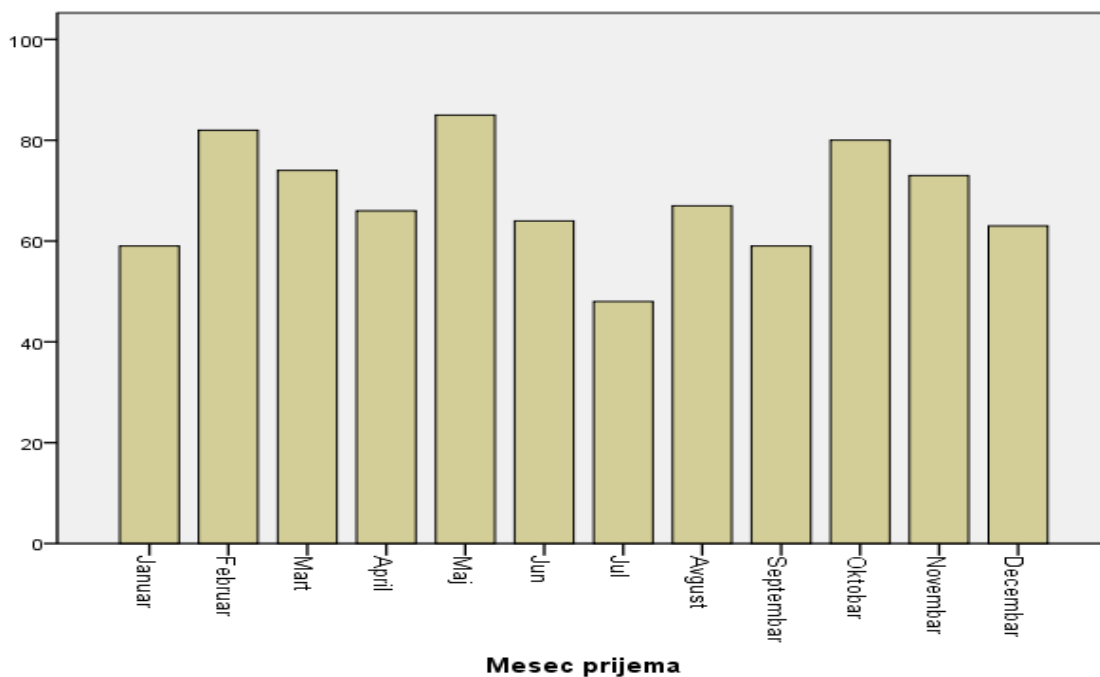
Grafikon 5. Distribucija pacijenata po bračnom statusu

Stambeni uslovi pacijenata su prikazani na grafikonu 6.



Grafikon 6. Stambeni uslovi pacijenata iz uzorka

Najveći broj pacijenata je primljeno u maju (10.4%), a najmanje u julu 5.9%, a kompletna distribucija po mesecu prijema prikazana je na grafikonu 7.

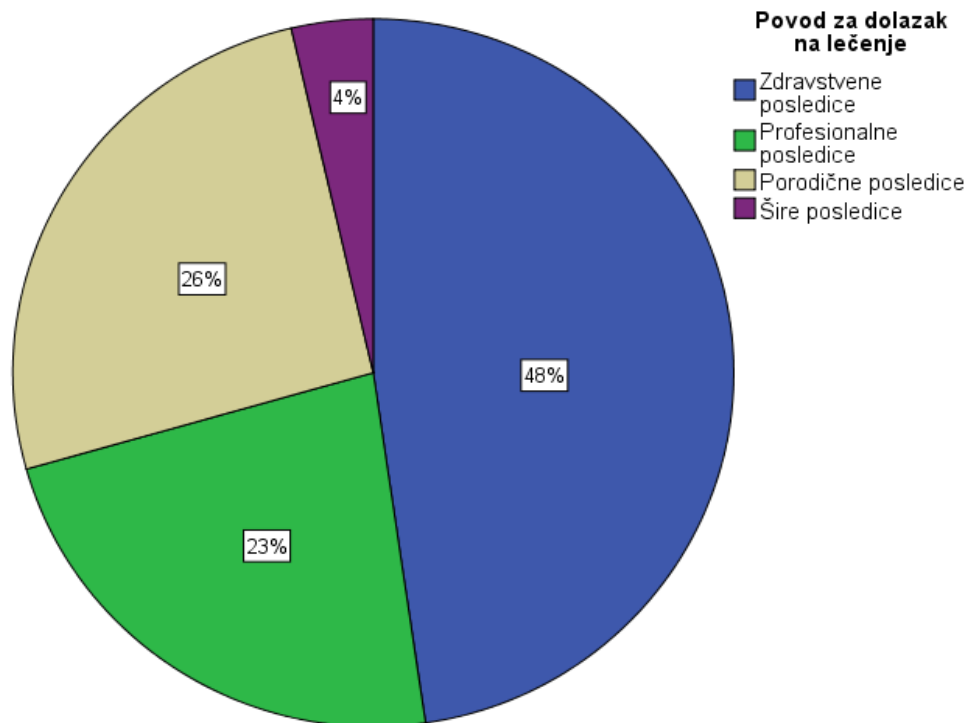


Grafikon 7. Raspodela pacijenata po mesecu prijema na lečenje

Od pacijenata koji su u braku, najveći broj je u prvom braku (85.9%), 9.8% je u II braku, 0.8% u III i 4.1% u četvrtom i više. Najveći broj pacijenata (34.4%) ima između 10 – 20 godina radnog staža, a 24.7% pacijenata ima bračni staž kraći od godinu dana. Što se tiče sastava porodice, 39.7% pacijenata živi u »idealnoj konstelaciji«, tj. porodici koju čine roditelji i deca.

Prvo dete po redosledu rođenja čini 44.2% uzorka, drugo 34.5%, a treće i više 21.3% pacijenata. Jedinci u porodici čine 14% uzorka. Rani psihomotorni razvoj je uredan kod 98.8% pacijenata.

Najveći broj pacijenta nije osuđivan (92.7%), jednom je osuđivano 6.6% pacijenata, a više puta 0.7% pacijenata. Puši cigarete 69.1% pacijenata iz uzorka, a povrede glave sa gubitkom svesti imalo je 17.7% pacijenata. Od hroničnih telesnih bolesti boluje 32.7% pacijenata, a pozitivan psihijatrijski hereditet ima 28% pacijenata. Najveći deo uzorka čine pacijenti koji su I put na lečenju (69.5%), drugi put se leči 17.7% pacijenata, a više puta 12.8% pacijenata. Najčešći povod za dolazak na lečenje su zdravstvene posledice (47.7%), a kompletna raspodela prikazana je na grafikonu 8.



Grafikon 8. Povod za dolazak na lečenje

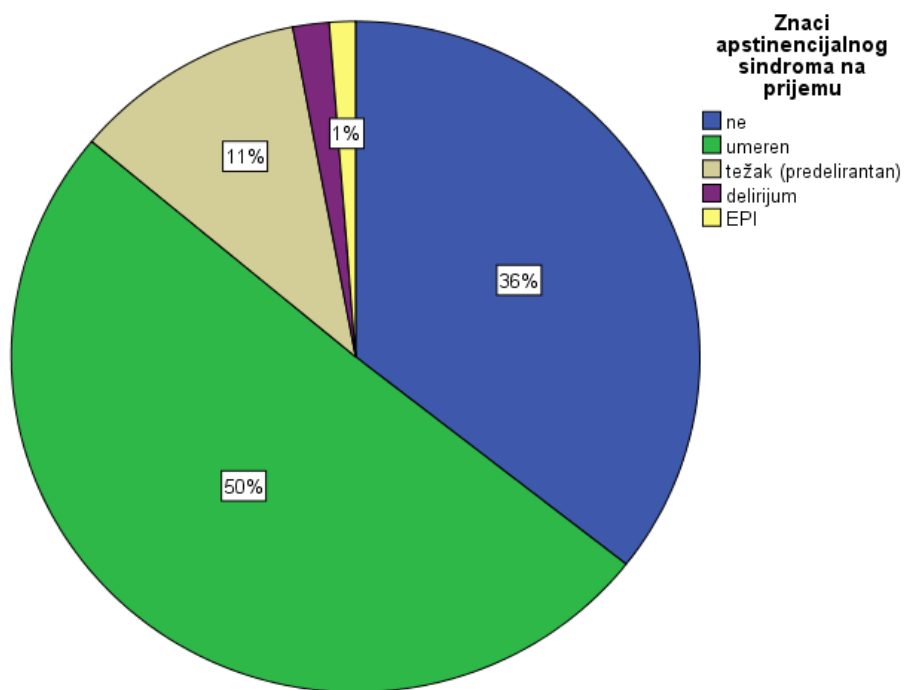
Bez psihijatrijskog komorbiditeta je 69.8% pacijenata, a zastupljenost pojedinih psihijatrijskih entiteta u vidu komorbiditeta prikazana je na tabeli 4.

Tabela 4. Psihijatrijski komorbiditet kod pacijenata u uzorku

Dodatna psihijatrijska dijagnoza	N	%
F0..	7	.9
F2..	19	2.3
F3..	91	11.1
F4..	7	.9
F5..	3	.4
F6..	57	7.0
F7..	5	.6
Neurološka (EPI)	58	7.1
Nema komorbiditet	571	69.8
Ukupno	818	100.0

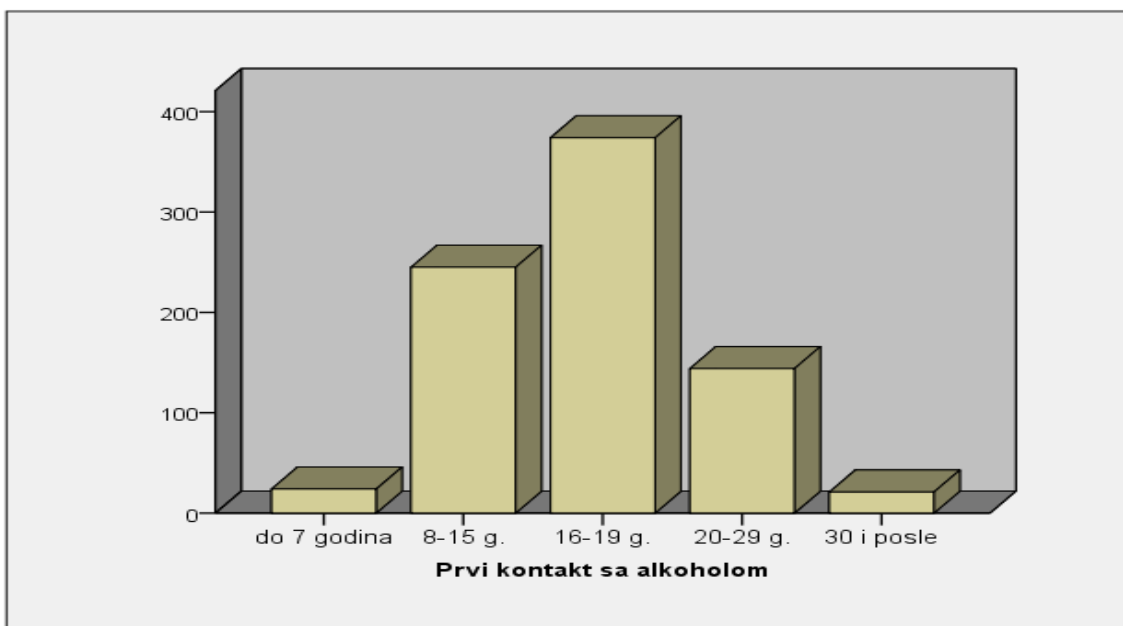
Alkoholizam u porodici ne postoji kod 39.9% pacijenata. Kod 37.9% pacijenata otac je bio alkoholičar, majka je bolovala od alkoholizma u 1.7% slučajeva, akod drugih članova porodice alkoholizam je prisutan u 20.5% slučajeva.

Postojanje apstinencijalnog sindroma na prijemu i težina istog prikazano je na grafikonu 9.



Grafikon 9. Apstinencijalni sindrom na prijemu

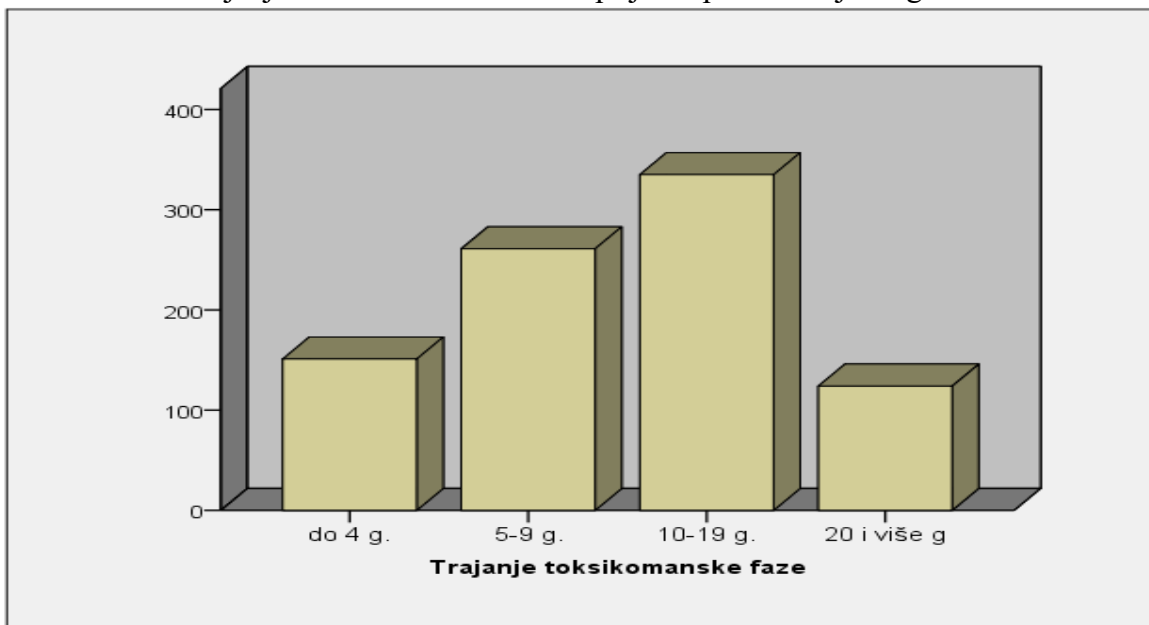
Najveći broj pacijenata (46.3%) imalo je prvi kontakt sa alkoholom između 16 – 19 godine, a čak 33.3% pacijenata pre 15 godine, dok je 3% alkoholičara imalo prvi konatakt pre 7 godine žiota. Vreme prvog kontakta sa alkoholom prikazano je na grafikonu 10.



Grafikon 10. Prvi kontakt sa alkoholom

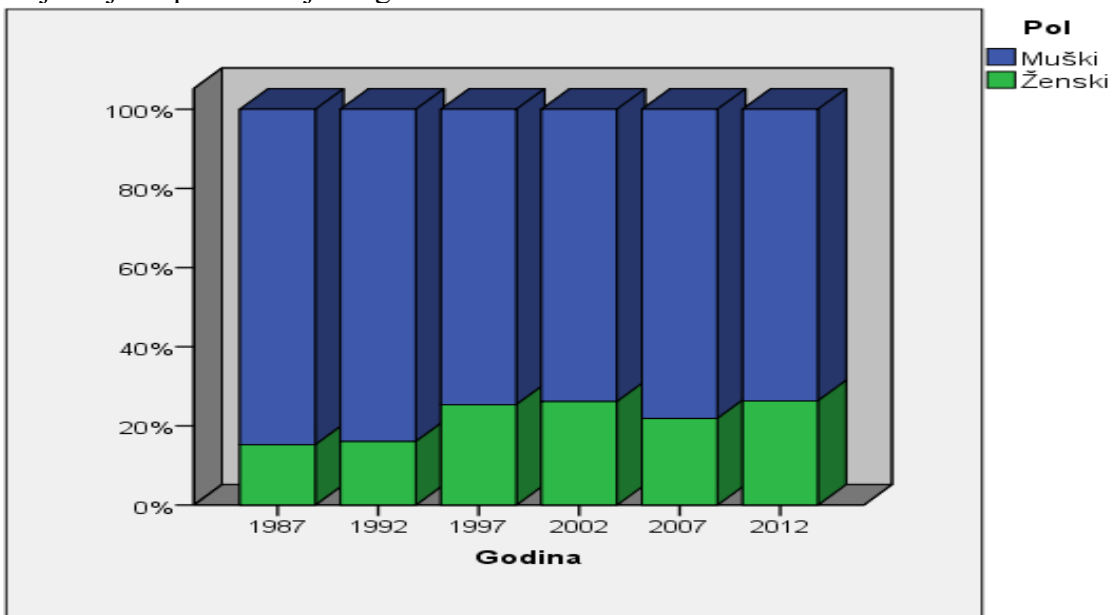
Svakodnevni alkoholičari (“dolivači”) čine 70.9% uzorka, a periodični 29.1%. Većina pacijenata (59.5%) je agresivno u pijanom stanju. Pad tolerancije prisutan je kod 44.5% pacijenata, a alkoholna amnezija («prekid filma») kod 82.7% pacijenata. Najveći broj pacijenata preferira žestoko piće (53.3%), pivo ili vino pije 11.6% pacijenata, a kombinuje žestoko sa pivom ili vinom 35.2% pacijenata.

Dužina trajanja toksikomanske faze na prijemu prikazano je na grafikonu 11.



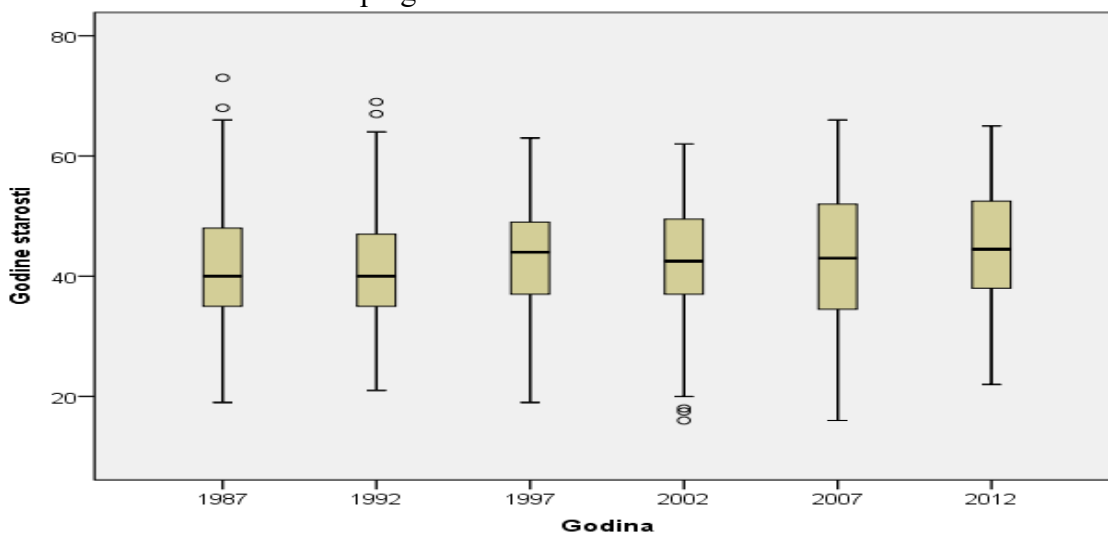
Grafikon 11. Dužina trajanja toksikomanske faze

Od 820 pacijenata hospitalno lečenih u IMZ u periodu 1987 – 2012. godine, 79.9% čine muškarci i 20.1% žene. Analizom uzorka po godinama utvrdili smo da postoji statistički značajan trend porasta broja žena hospitalno lečenih od alkoholizma od 15.2% - 1987.godine, do 26.3% - 2012.godine ($\chi^2 = 7.661$; $p = 0.006$). Kompletna raspodela po ovoj varijabli prikazana je na grafikonu 12.



Grafikon 12. Raspodela uzorka po polu u godinama preseka

Prosečna starost pacijenata hospitalno lečenih od alkoholizma je 42.05 godina (SD=9.93), u analiziranom periodu prisutan je porast prosečne starosti lečenih alkoholičara od 41.40 godina 1987. do 44.61 godina 2012.godine, mada primenom ANOVE nije utvrđena statistička značajnost ($F = 2.049$; $p = 0.070$). Na grafikonu 13 prikazana je prosečna starost alkoholičara po godinama.



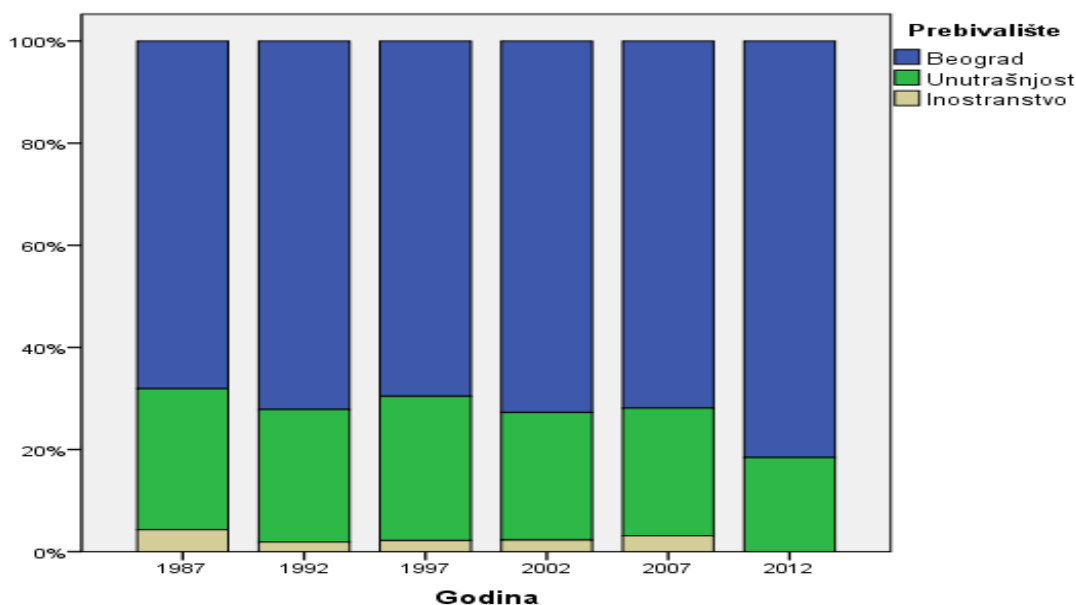
Grafikon 13. Prosečna starost ispitanika po godinama preseka

Pregledom mesta rođenja utvrdili smo da je većina ispitanika (81.1%) rođeno u Srbiji, a interesantno je da ne postoji statistički značajna razlika po godinama preseka po pitanju ove varijable ($x^2 = 36.298$; $p = 0.198$), što je prikazano na tabeli 5.

Tabela 5. Prikaz mesta rođenja pacijenata, po godinama preseka

Godina	Mesto rođenja							Total
	Srbija	Crna Gora	Hrvatska	BIH	Slovenija	Makedonija	Inostranstvo	
1987	N 161	13	13	14	3	2	1	207
	% 77.8%	6.3%	6.3%	6.8%	1.4%	1.0%	0.5%	100.0%
1992	N 173	6	18	12	0	1	1	211
	% 82.0%	2.8%	8.5%	5.7%	0.0%	0.5%	0.5%	100.0%
1997	N 116	1	7	13	0	1	0	138
	% 84.1%	0.7%	5.1%	9.4%	0.0%	0.7%	0.0%	100.0%
2002	N 78	3	3	4	0	0	0	88
	% 88.6%	3.4%	3.4%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2007	N 73	5	4	10	0	3	1	96
	% 76.0%	5.2%	4.2%	10.4%	0.0%	3.1%	1.0%	100.0%
2012	N 60	2	6	5	0	2	0	75
	% 80.0%	2.7%	8.0%	6.7%	0.0%	2.7%	0.0%	100.0%
Ukupno	N 661	30	51	58	3	9	3	815
	% 81.1%	3.7%	6.3%	7.1%	0.4%	1.1%	0.4%	100.0%

Na grafikonu 14. prikazana je raspodela pacijenata po godinama preseka po pitanju varijable „prebivalište“. Po pitanju ove varijable nije utvrđena statistički značajna razlika ($x^2 = 8.753$; $p = 0.556$), mada je evidentan porast broja pacijenata iz Beograda, uz pad pacijenata iz unutrašnjosti.

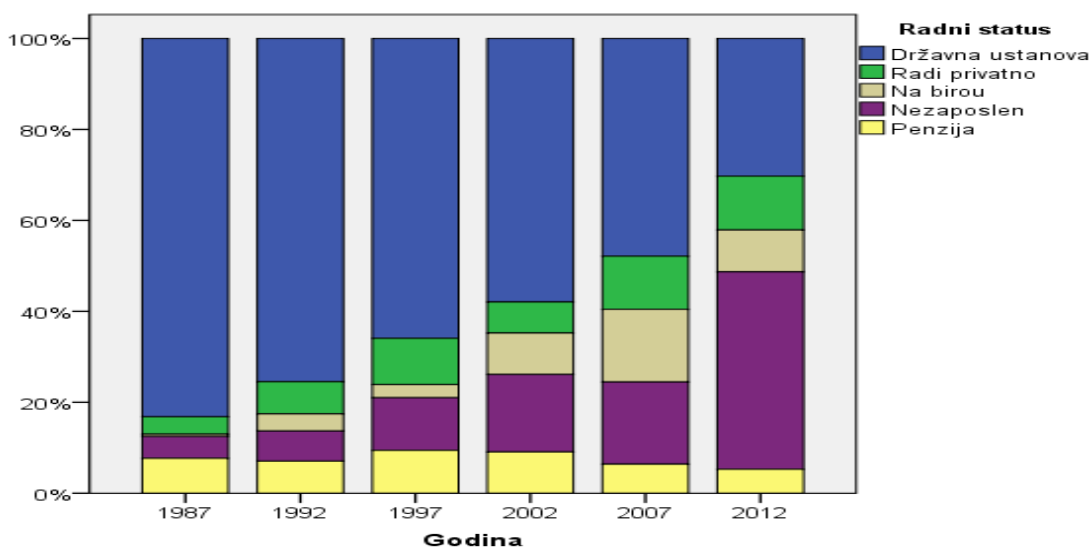


Grafikon 14. Prikaz prebivališta pacijenata po godinama preseka

Po pitanju obrazovanja utvrđena je Kruskal Wallis testom statistički visoko značajna razlika po godinama komparacije ($H = 20.295$; $p = 0.001$), uz jasno definisan trend promene u periodu 1987 – 2012.godine, koji se pre svega ogleda u padu broja pacijenata sa završenom osnovnom školom, i porastu pacijenata sa završenom srednjom školom ($\chi^2 = 18.459$; $p = 0.000$). Rezultati raspodele pacijenata po pitanju ove varijable, u godinama preseka prikazani su na tabeli 6.

Tabela 6. Stepen obrazovanja pacijenata, po godinama preseka

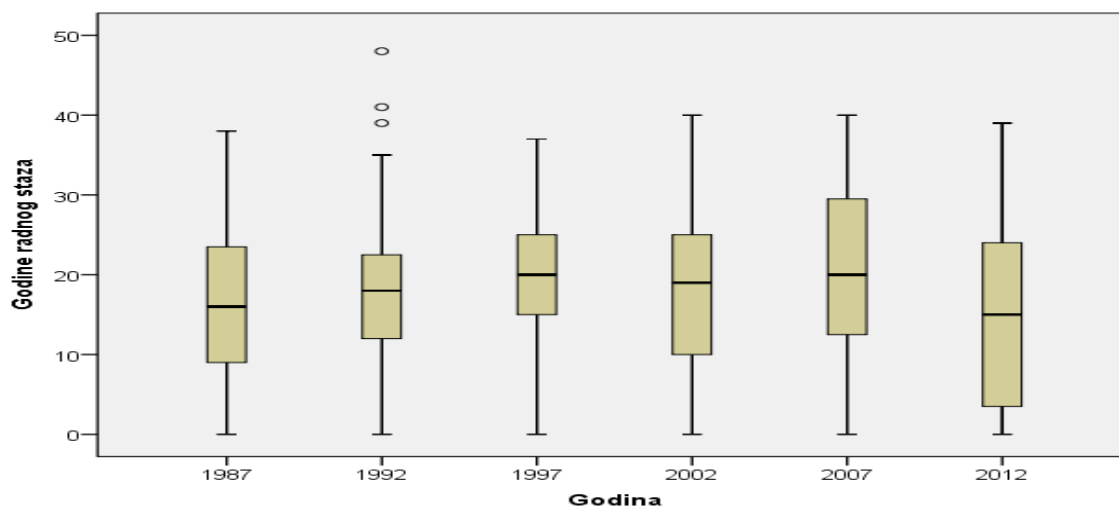
Godina	Završena škola				Ukupno
	OŠ	III stepen	završena SŠ	viša ili visoka škola	
1987 N	72	38	55	45	210
%	34.3%	18.1%	26.2%	21.4%	100.0%
1992 N	54	49	65	44	212
%	25.5%	23.1%	30.7%	20.8%	100.0%
1997 N	16	29	54	39	138
%	11.6%	21.0%	39.1%	28.3%	100.0%
2002 N	11	26	32	19	88
%	12.5%	29.5%	36.4%	21.6%	100.0%
2007 N	12	23	40	21	96
%	12.5%	24.0%	41.7%	21.9%	100.0%
2012 N	11	14	40	11	76
%	14.5%	18.4%	52.6%	14.5%	100.0%
Ukupno N	176	179	286	179	820
%	21.5%	21.8%	34.9%	21.8%	100.0%



Grafikon 15. Radni status pacijenata po godinama preseka

Po pitanju varijable „radni status ispitanika“ utvrđena je statistički značajna razlika ($x^2 = 154.633$; $p = 0.000$) po godinama preseka, uz evidentan trend opadanja broja zaposlenih u državnoj firmi, uz blag porast zaposlenih u privatnoj firmi (grafikon 15), a posebno nezaposlenih ($x^2 = 45.835$; $p=0.000$).

Dužina radnog staža jeste varijabla koja razlikuje komparabilne grupe, a primenom ANOVE utvrđena je statistički visoko značajna razlika ($F = 3.367$; $p = 0.005$). Raspodela pacijenata po godinama preseka u odnosu na dužinu radnog staža prikazana je na grafikonu 16.



Grafikon 16. Dužina radnog staža pacijenata po godinama preseka

Tabela 7. Dužina bračnog staža pacijenata, po godinama preseka

Godina	Dužina bračnog života (god.)						Ukupno	
	do 1 g.	2-4	5-9	10-19	20 i više	nije u braku		
1987	N	54	19	29	63	0	3	168
	%	32.1%	11.3%	17.3%	37.5%	0.0%	1.8%	100.0%
1992	N	52	14	31	63	0	1	161
	%	32.3%	8.7%	19.3%	39.1%	0.0%	0.6%	100.0%
1997	N	49	8	14	44	0	0	115
	%	42.6%	7.0%	12.2%	38.3%	0.0%	0.0%	100.0%
2002	N	2	7	6	15	27	0	57
	%	3.5%	12.3%	10.5%	26.3%	47.4%	0.0%	100.0%
2007	N	2	6	14	17	29	0	68
	%	2.9%	8.8%	20.6%	25.0%	42.6%	0.0%	100.0%
2012	N	0	2	5	20	25	24	76
	%	0.0%	2.6%	6.6%	26.3%	32.9%	31.6%	100.0%
Ukupno	N	159	56	99	222	81	28	645
	%	24.7%	8.7%	15.3%	34.4%	12.6%	4.3%	100.0%

U odnosu na varijablu „bračno stanje ispitanika“ nije utvrđena statistički značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 22.533$; $p=0.095$), međutim „dužina bračnog staža“ jeste varijabla koja razlikuje komparabilne grupe ($x^2 = 418.249$; $p=0.000$), uz jasno izražen trend ($x^2 = 144.870$; $p=0.000$), koji se u periodu 1987 – 2012. godine ogleda pre svega u padu dužine braka do 1 godine, i porastu broja pacijenata sa dužinom bračnog staža preko 20 godina. Kompletna raspodela po ovoj varijabli prikazana je na tabeli 7.

Po pitanju varijable „broj dece ispitanika“, utvrđena je statistički značajna razlika između grupa ($x^2 = 29.017$; $p=0.016$), uz linearni trend ($x^2 = 4.880$; $p=0.027$), sa raspodelom prikazanom na tabeli 8.

Tabela 8. Broj dece koje imaju ispitanici, po godinama preseka

Godina		Broj dece				Ukupno
		nema dece	jedno dete	dvoje dece	troje ili više	
1987	N	62	51	74	20	207
	%	30.0%	24.6%	35.7%	9.7%	100.0%
1992	N	61	27	100	18	206
	%	29.6%	13.1%	48.5%	8.7%	100.0%
1997	N	32	36	59	10	137
	%	23.4%	26.3%	43.1%	7.3%	100.0%
2002	N	35	19	26	8	88
	%	39.8%	21.6%	29.5%	9.1%	100.0%
2007	N	34	23	29	10	96
	%	35.4%	24.0%	30.2%	10.4%	100.0%
2012	N	30	16	26	4	76
	%	39.5%	21.1%	34.2%	5.3%	100.0%
Ukupno	N	254	172	314	70	810
	%	31.4%	21.2%	38.8%	8.6%	100.0%

Stambeni uslovi nisu varijabla koja razlikuje komparabilne grupe ($x^2 = 17.088$; $p=0.314$), a statistički značajna razlika nije utvrđena ni po pitanju varijable „da li je ranije osuđivan“ ($x^2 = 3.848$; $p=0.571$).

Po pitanju varijable „sastav porodice“ nije utvrđena statistički značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 25.550$; $p=0.181$).

Na tabeli 9. prikazana je raspodela ispitanika po pitanju varijable „dete po redosledu rođenja u porodici“, gde je utvrđena statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 18.075$; $p=0.003$), sa izraženim trendom opadanja udela prvog deteta u uzorku po godinama ($x^2 = 16.086$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012. godine.

Tabela 9. Dete po redosledu rođenja, po godinama preseka

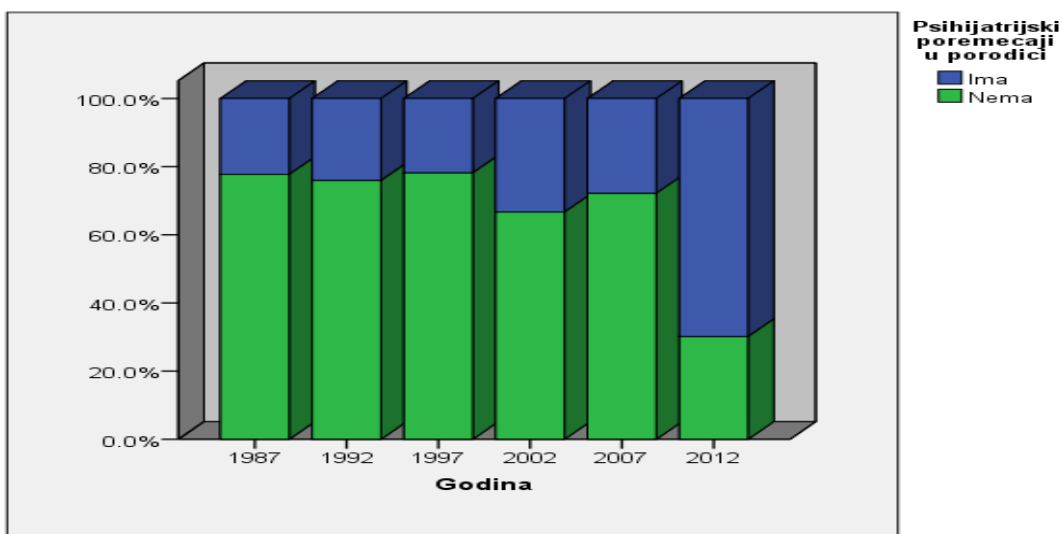
Godina		Dete po redosledu rođenja		Ukupno
		prvo dete	drugo ili više	
1987	N	73	134	207
	%	35.3%	64.7%	100.0%
1992	N	84	123	207
	%	40.6%	59.4%	100.0%
1997	N	65	73	138
	%	47.1%	52.9%	100.0%
2002	N	46	42	88
	%	52.3%	47.7%	100.0%
2007	N	46	50	96
	%	47.9%	52.1%	100.0%
2012	N	45	31	76
	%	59.2%	40.8%	100.0%
Ukupno	N	359	453	812
	%	44.2%	55.8%	100.0%

U odnosu na varijablu „teže (hronične) bolesti“ utvrđena je statistički značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 11.095$; $p=0.050$), a raspodela ispitanika po godinama preseka prikazana je na tabeli 10.

Tabela 10. Teže (hronične) bolesti kod ispitanika, po godinama preseka

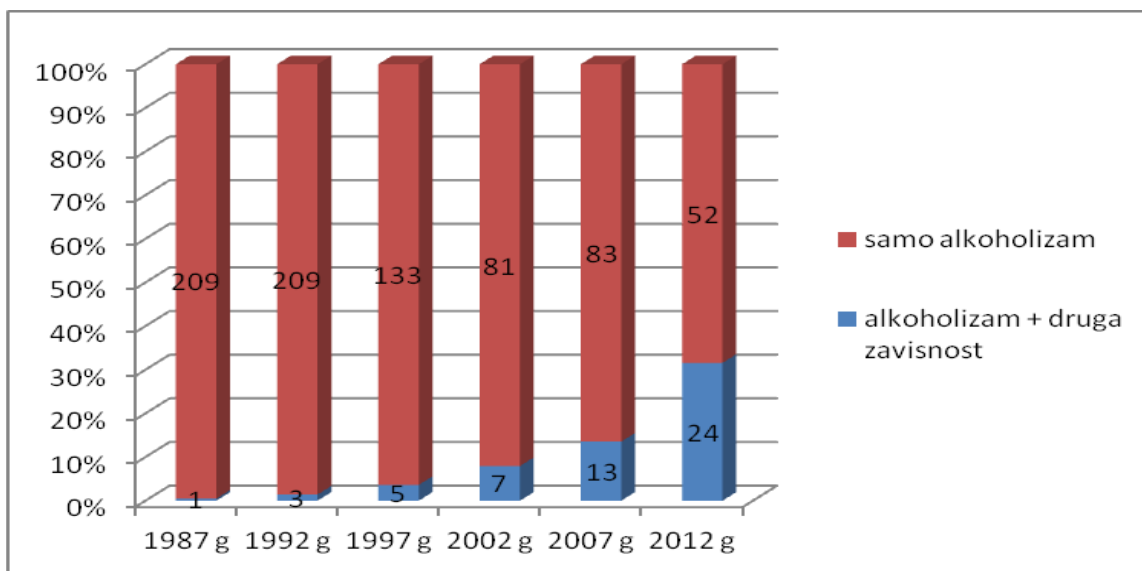
Godina		Teže (hronične) bolesti		Ukupno
		Ima	Nema	
1987	N	58	145	203
	%	28.6%	71.4%	100.0%
1992	N	64	144	208
	%	30.8%	69.2%	100.0%
1997	N	45	93	138
	%	32.6%	67.4%	100.0%
2002	N	32	55	87
	%	36.8%	63.2%	100.0%
2007	N	44	52	96
	%	45.8%	54.2%	100.0%
2012	N	19	51	70
	%	27.1%	72.9%	100.0%
Ukupno	N	262	540	802
	%	32.7%	67.3%	100.0%

Po pitanju varijable „psihijatrijski poremećaj u porodici“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 78.658$; $p=0.000$), a raspodela po godinama preseka prikazana je na grafikonu 17.



Grafikon 17. Psihijatrijski poremećaj u porodici, po godinama preseka

Na grafikonu 18. prikazana je raspodela po godinama preseka varijable „alkoholizam sa drugom zavisnošću (komorbiditet zavisnosti-„politoksikomanija“)“. Između komparabilnih grupa utvrđena je statistički visoko značajna razlika ($\chi^2 = 110.806$; $p=0.000$), uz jasno definisan i vidljiv trend porasta komorbiditeta zavisnosti u analiziranom periodu ($\chi^2 = 88.043$; $p=0.000$).



Grafikon 18. Komorbiditet druge zavisnosti kod alkoholičara (politoksikomanija), po godinama preseka

Tabela 11. Statistička analiza varijable »prvi kontakt sa alkoholom«

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	46.528	20	.001	.001	.000	.001
Linear-by-Linear Association	.003	1	.957	.958	.953	.963

Po pitanju varijable „prvi kontakt sa alkoholom“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka (Tabela 11), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 12. Nije utvrđena jasna pravilnost u smislu postojanja trenda ($\chi^2 = 0.003$; $p=0.958$) u analiziranom periodu po godinama preseka.

Tabela 12. Prvi kontakt sa alkoholom kod ispitanika, po godinama preseka

Godina	Prvi kontakt sa alkoholom					Ukupno
	do 7 godina	5-9 g.	16-19 g.	20-29 g.	30 i posle	
1987 N	6	63	83	44	4	200
%	3.0%	31.5%	41.5%	22.0%	2.0%	100.0%
1992 N	5	71	105	23	7	211
%	2.4%	33.6%	49.8%	10.9%	3.3%	100.0%
1997 N	3	28	67	36	4	138
%	2.2%	20.3%	48.6%	26.1%	2.9%	100.0%
2002 N	6	27	39	15	1	88
%	6.8%	30.7%	44.3%	17.0%	1.1%	100.0%
2007 N	4	41	34	15	1	95
%	4.2%	43.2%	35.8%	15.8%	1.1%	100.0%
2012 N	0	15	46	11	4	76
%	0.0%	19.7%	60.5%	14.5%	5.3%	100.0%
Ukupno N	24	245	374	144	21	808
%	3.0%	30.3%	46.3%	17.8%	2.6%	100.0%

U odnosu na preferirani tip pića, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 99.411$; $p=0.000$), sa izraženim trendom opadanja udela žestokog pića ($\chi^2 = 51.083$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina. Kompletna raspodela po godinama prikazana je na tabeli 13.

Tabela 13. Preferirani tip pića kod ispitanika, po godinama preseka

Godina		Preferirani tip pića			Ukupno
		Žestoko	Pivo ili vino	Kombinuje	
1987	N	130	17	61	208
	%	62.5%	8.2%	29.3%	100.0%
1992	N	134	18	59	211
	%	63.5%	8.5%	28.0%	100.0%
1997	N	81	15	41	137
	%	59.1%	10.9%	29.9%	100.0%
2002	N	39	8	39	86
	%	45.3%	9.3%	45.3%	100.0%
2007	N	37	27	31	95
	%	38.9%	28.4%	32.6%	100.0%
2012	N	12	9	55	76
	%	15.8%	11.8%	72.4%	100.0%
Ukupno	N	433	94	286	813
	%	53.3%	11.6%	35.2%	100.0%

Na tabeli 14. prikazana je raspodela po godinama preseka varijable „učestalost pijenja kod ispitanika“. Između komparabilnih grupa utvrđena je statistički visoko značajna razlika ($\chi^2 = 17.538$; $p=0.004$), dok pravilnost promene vrednosti ove varijable u analiziranom periodu nije uočena ($\chi^2 = 0.045$; $p=0.832$).

Tabela 14. Učestalost pijenja kod ispitanika, po godinama preseka

Godina		Učestalost pijenja		Ukupno
		Svakodnevno	Periodično	
1987	N	132	77	209
	%	63.2%	36.8%	100.0%
1992	N	157	51	208
	%	75.5%	24.5%	100.0%
1997	N	107	30	137
	%	78.1%	21.9%	100.0%
2002	N	64	22	86
	%	74.4%	25.6%	100.0%
2007	N	70	25	95
	%	73.7%	26.3%	100.0%
2012	N	45	31	76
	%	59.2%	40.8%	100.0%
Ukupno	N	575	236	811
	%	70.9%	29.1%	100.0%

Na tabeli 15. prikazana je raspodela po godinama preseka varijable „trajanje toksikomanske faze kod ispitanika“. Između komparabilnih grupa utvrđena je statistički značajna razlika ($\chi^2 = 26.967$; $p=0.029$) po pitanju trajanja toksikomanske faze mada je većina pacijenata u grupi 10 - 19 godina.

Tabela 15. Trajanje toksikomanske faze kod ispitanika, po godinama preseka

Godina		Trajanje toksikomanske faze				Ukupno
		do 4 g.	5-9 g.	10-19 g.	20 i više g	
1987	N	32	65	78	31	206
	%	15.5%	31.6%	37.9%	15.0%	100.0%
1992	N	35	63	82	31	211
	%	16.6%	29.9%	38.9%	14.7%	100.0%
1997	N	20	54	49	15	138
	%	14.5%	39.1%	35.5%	10.9%	100.0%
2002	N	16	23	40	9	88
	%	18.2%	26.1%	45.5%	10.2%	100.0%
2007	N	12	19	48	17	96
	%	12.5%	19.8%	50.0%	17.7%	100.0%
2012	N	11	18	24	21	74
	%	14.9%	24.3%	32.4%	28.4%	100.0%
Ukupno	N	126	242	321	124	813
	%	15.5%	29.8%	39.5%	15.3%	100.0%

Tabela 16. Postojanje »prekida filma« kod ispitanika, po godinama preseka

Godina		Prekid filma		Ukupno
		Ne	Da	
1987	N	49	150	199
	%	24.6%	75.4%	100.0%
1992	N	27	183	210
	%	12.9%	87.1%	100.0%
1997	N	25	111	136
	%	18.4%	81.6%	100.0%
2002	N	10	78	88
	%	11.4%	88.6%	100.0%
2007	N	6	89	95
	%	6.3%	93.7%	100.0%
2012	N	22	54	76
	%	28.9%	71.1%	100.0%
Ukupno	N	139	665	804
	%	17.3%	82.7%	100.0%

Po pitanju varijable „prekid filma (alkoholna amnezija)“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 27.868$; $p=0.000$), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 16. Nije utvrđena jasna pravilnost u smislu postojanja trenda ($x^2 = 1.221$; $p=0.269$) u analiziranom periodu po godinama preseka.

Po pitanju varijable „pad tolerancije“ utvrđena je statistički značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 15.218$; $p=0.009$), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 17. Nije utvrđena jasna pravilnost u smislu postojanja trenda ($x^2 = 0.717$; $p=0.397$) u analiziranom periodu po godinama preseka.

Tabela 17. Postojanje pada tolerancije kod ispitanika, po godinama preseka

Godina		Pad tolerancije		Ukupno
		Ne	Da	
1987	N	113	96	209
	%	54.1%	45.9%	100.0%
1992	N	103	107	210
	%	49.0%	51.0%	100.0%
1997	N	95	42	137
	%	69.3%	30.7%	100.0%
2002	N	45	43	88
	%	51.1%	48.9%	100.0%
2007	N	52	43	95
	%	54.7%	45.3%	100.0%
2012	N	44	32	76
	%	57.9%	42.1%	100.0%
Ukupno	N	452	363	815
	%	55.5%	44.5%	100.0%

U odnosu na varijablu „lečenje po redosledu“ nije utvrđena statistički značajna razlika među komparabilnim grupama ($x^2 = 9.616$; $p=0.475$), kao ni u odnosu na „mesec prijema na lečenje“ ($x^2 = 62.720$; $p=0.222$).

U odnosu na postojanje alkoholizma u porodici, nije utvrđena statistički značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 16.142$; $p=0.096$) u periodu 1987 – 2012.godina. Kompletna raspodela po godinama prikazana je na tabeli 18.

Tabela 18. Alkoholizam u porodici kod ispitanika, po godinama preseka

Godina		Alkoholizam u porodici			Ukupno
		Ne	Otac	Ostali	
1987	N	77	82	49	208
	%	37.0%	39.4%	23.6%	100.0%
1992	N	89	71	52	212
	%	42.0%	33.5%	24.5%	100.0%
1997	N	67	47	24	138
	%	48.6%	34.1%	17.4%	100.0%
2002	N	34	38	16	88
	%	38.6%	43.2%	18.2%	100.0%
2007	N	40	34	22	96
	%	41.7%	35.4%	22.9%	100.0%
2012	N	19	38	19	76
	%	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
Ukupno	N	326	310	182	818
	%	39.9%	37.9%	22.2%	100.0%

U odnosu na „postojanje saradnika u lečenju“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 56.719$; $p=0.000$), sa izraženom linearnom povezanošću u godinama preseka ($\chi^2 = 7.568$; $p=0.006$) u periodu 1987 – 2012.godina. U strukturi saradnika postoji trend povećanja učešća roditelja i smanjenja RO, uz smanjenje broja pacijenata koji nemaju saradnika (tabela 19).

Tabela 19. Postojanje saradnika u lečenju, po godinama preseka

Godina		Saradnik u lečenju					Ukupno	
		Supružnik	Nema	Roditelj	Dete	R.O.		Ostalo
1987	N	111	22	39	10	12	15	209
	%	53.1%	10.5%	18.7%	4.8%	5.7%	7.2%	100.0%
1992	N	109	30	36	13	11	13	212
	%	51.4%	14.2%	17.0%	6.1%	5.2%	6.1%	100.0%
1997	N	68	15	23	11	3	18	138
	%	49.3%	10.9%	16.7%	8.0%	2.2%	13.0%	100.0%
2002	N	38	3	28	7	5	7	88
	%	43.2%	3.4%	31.8%	8.0%	5.7%	8.0%	100.0%
2007	N	40	3	29	7	3	14	96
	%	41.7%	3.1%	30.2%	7.3%	3.1%	14.6%	100.0%
2012	N	35	1	26	5	0	9	76
	%	46.1%	1.3%	34.2%	6.6%	0.0%	11.8%	100.0%
Ukupno	N	401	74	181	53	34	76	819
	%	49.0%	9.0%	22.1%	6.5%	4.2%	9.3%	100.0%

Po pitanju varijable „primena Disulfirama tokom terapije“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 40.951$; $p=0.000$), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 20. Utvrđen je trend opadanja primene Disulfirama ($\chi^2 = 30.979$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka.

Tabela 20. Primena disulfirama tokom lečenja, po godinama preseka

Godina		Da li je dobijao Disulfiram		Ukupno
		Ne	da	
1987	N	23	187	210
	%	11.0%	89.0%	100.0%
1992	N	52	160	212
	%	24.5%	75.5%	100.0%
1997	N	24	114	138
	%	17.4%	82.6%	100.0%
2002	N	27	61	88
	%	30.7%	69.3%	100.0%
2007	N	28	68	96
	%	29.2%	70.8%	100.0%
2012	N	32	44	76
	%	42.1%	57.9%	100.0%
Ukupno	N	186	634	820
	%	22.7%	77.3%	100.0%

Tabela 21. Postojanje psihijatrijskog komorbiditeta, po godinama preseka

Godina		Dodatna psihijatrijska dijagnoza					Ukupno
		nema	F0 ili F2, F4, F5, F7	F3	F6	neurološka (EPI...)	
1987	N	152	11	16	7	22	208
	%	73.1%	5.3%	7.7%	3.4%	10.6%	100.0%
1992	N	168	12	6	7	19	212
	%	79.2%	5.7%	2.8%	3.3%	9.0%	100.0%
1997	N	108	8	3	10	9	138
	%	78.3%	5.8%	2.2%	7.2%	6.5%	100.0%
2002	N	67	3	6	8	4	88
	%	76.1%	3.4%	6.8%	9.1%	4.5%	100.0%
2007	N	50	3	24	16	3	96
	%	52.1%	3.1%	25.0%	16.7%	3.1%	100.0%
2012	N	26	4	36	9	1	76
	%	34.2%	5.3%	47.4%	11.8%	1.3%	100.0%
Ukupno	N	571	41	91	57	58	818
	%	69.8%	5.0%	11.1%	7.0%	7.1%	100.0%

U odnosu na „postojanje psihijatrijskog komorbiditeta“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 192.935$; $p=0.000$), sa izraženom linearnom povezanošću u godinama preseka ($x^2 = 19.208$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina. U strukturi ispitanika postoji trend povećanja učešća afektivnih poremećaja (depresija) i poremećaja ličnosti, uz smanjenje broja pacijenata koji nemaju psihijatrijski komorbiditet (tabela 21).

Po pitanju varijable „povod za dolazak na lečenje“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 103.375$; $p=0.000$), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 22. Utvrđen je trend ($x^2 = 16.051$; $p=0.000$) opadanja udela profesionalnih i povećanja udela šire socijalnih posledica u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka.

Tabela 22. Povod za dolazak na lečenje, po godinama preseka

Godina		Povod za dolazak na lečenje				Ukupno
		Zdravstvene posledice	Profesionalne posledice	Porodične posledice	Šire posledice	
1987	N	102	51	50	7	210
	%	48.6%	24.3%	23.8%	3.3%	100.0%
1992	N	117	57	33	5	212
	%	55.2%	26.9%	15.6%	2.4%	100.0%
1997	N	66	38	34	0	138
	%	47.8%	27.5%	24.6%	0.0%	100.0%
2002	N	35	15	36	2	88
	%	39.8%	17.0%	40.9%	2.3%	100.0%
2007	N	27	25	41	3	96
	%	28.1%	26.0%	42.7%	3.1%	100.0%
2012	N	44	2	17	13	76
	%	57.9%	2.6%	22.4%	17.1%	100.0%
Ukupno	N	391	188	211	30	820
	%	47.7%	22.9%	25.7%	3.7%	100.0%

U odnosu na „dužinu apstinencije na prijemu“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 54.336$; $p=0.000$), sa izraženom linearnom povezanošću u godinama preseka ($x^2 = 32.692$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina. U strukturi ispitanika postoji trend povećanja udela pacijenata koji apstiniraju duže od 7 dana, uz smanjenje broja pacijenata koji ne apstiniraju na prijemu (tabela 23).

Tabela 23. Dužina apstinencije na prijemu, po godinama preseka

Godina	Dužina apstinencije na prijemu			Ukupno	
	Ne apstinira	1-7 dana	duže od 7 dana		
1987	N	56	93	58	207
	%	27.1%	44.9%	28.0%	100.0%
1992	N	73	96	42	211
	%	34.6%	45.5%	19.9%	100.0%
1997	N	28	75	35	138
	%	20.3%	54.3%	25.4%	100.0%
2002	N	14	48	26	88
	%	15.9%	54.5%	29.5%	100.0%
2007	N	11	50	35	96
	%	11.5%	52.1%	36.5%	100.0%
2012	N	2	40	34	76
	%	2.6%	52.6%	44.7%	100.0%
Ukupno	N	184	402	230	816
	%	22.5%	49.3%	28.2%	100.0%

Po pitanju varijable „apstinencijalni sindrom na prijemu“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 86.113$; $p=0.000$), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 24. Utvrđena je linearna povezanost ($\chi^2 = 16.251$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka, sa opadanjem udela teškog apstinencijalnog sindroma (bez / sa delirijumom).

Tabela 24. Apstinencijalni sindrom na prijemu, po godinama preseka

Godina	Znaci apstinencijalnog sindroma na prijemu					Ukupno	
	ne	umeren	težak (predelirantan)	delirijum	EPI		
1987	N	65	119	19	4	3	210
	%	31.0%	56.7%	9.0%	1.9%	1.4%	100.0%
1992	N	50	127	28	6	1	212
	%	23.6%	59.9%	13.2%	2.8%	0.5%	100.0%
1997	N	49	64	18	4	3	138
	%	35.5%	46.4%	13.0%	2.9%	2.2%	100.0%
2002	N	38	35	14	0	1	88
	%	43.2%	39.8%	15.9%	0.0%	1.1%	100.0%
2007	N	64	21	9	0	2	96
	%	66.7%	21.9%	9.4%	0.0%	2.1%	100.0%
2012	N	26	48	2	0	0	76
	%	34.2%	63.2%	2.6%	0.0%	0.0%	100.0%
Ukupno	N	292	414	90	14	10	820
	%	35.6%	50.5%	11.0%	1.7%	1.2%	100.0%

Po pitanju varijable „primena detoksikacije na prijemu“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 143.368$; $p=0.000$), a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 25. Utvrđena je linearna povezanost ($\chi^2 = 131.217$; $p=0.000$) sa opadanjem primene detoksikacije na prijemu u bolnicu u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka.

Tabela 25. Primena detoksikacije na prijemu, po godinama preseka

Godina		Detoksikacija		Ukupno
		Da	Ne	
1987	N	135	65	200
	%	67.5%	32.5%	100.0%
1992	N	143	69	212
	%	67.5%	32.5%	100.0%
1997	N	79	59	138
	%	57.2%	42.8%	100.0%
2002	N	28	60	88
	%	31.8%	68.2%	100.0%
2007	N	18	78	96
	%	18.8%	81.3%	100.0%
2012	N	10	66	76
	%	13.2%	86.8%	100.0%
Ukupno	N	413	397	810
	%	51.0%	49.0%	100.0%

4.2. Karakteristike terapijskog procesa

4.2.1. Terapijski proces u intenzivnoj fazi lečenja

Prosečna dužina hospitalnog tretmana za ceo uzorak je 44.91 dana (SD= 26.60), i primenom ANOVE utvrđena je statistički visoko značajna razlika između komparabilnih grupa ($F = 11.615$; $p = 0.000$), a kompletna raspodela po godinama preseka prikazana je na tabeli 26.

Tabela 26. Prosečna dužina lečenja (u danima), po godinama preseka

Godina	N	Mean	SD	Min	Maks
1987	210	36.81	17.31	1.00	76.00
1992	212	41.74	23.09	1.00	97.00
1997	138	48.61	28.71	1.00	101.00
2002	88	44.61	31.06	1.00	106.00
2007	96	56.60	33.10	1.00	130.00
2012	76	54.96	29.45	1.00	114.00
Ukupno	820	44.91	26.60	1.00	130.00

U odnosu na „dužinu hospitalnog tretmana“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 141.061$; $p=0.000$), sa izraženom linearnom povezanošću u godinama preseka ($\chi^2 = 115.951$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina. U strukturi ispitanika postoji trend povećanja udela pacijenata koji se leče duže od 2 meseca (tabela 27).

Tabela 27. Dužina hospitalnog lečenja ispitanika, po godinama preseka

Godina		Dužina lečenja			Ukupno
		Do 2 meseca	od 2 do3 meseca	preko 3 meseca	
1987	N	195	15	0	210
	%	92.9%	7.1%	0.0%	100.0%
1992	N	164	47	1	212
	%	77.4%	22.2%	0.5%	100.0%
1997	N	76	56	6	138
	%	55.1%	40.6%	4.3%	100.0%
2002	N	52	30	6	88
	%	59.1%	34.1%	6.8%	100.0%
2007	N	45	39	12	96
	%	46.9%	40.6%	12.5%	100.0%
2012	N	33	38	5	76
	%	43.4%	50.0%	6.6%	100.0%
Ukupno	N	565	225	30	820
	%	68.9%	27.4%	3.7%	100.0%

Prosečna dužina perioda od dolaska na odeljenje do Ispita iz alkoholologije je 32.73 dana ($SD= 11.96$), i primenom ANOVE utvrđena je statistički visoko značajna razlika između komparabilnih grupa ($F = 7.937$; $p = 0.000$), a kompletna raspodela po godinama preseka prikazana je na tabeli 28.

Tabela 28. Dužina perioda do Ispita iz alkoholologije, po godinama preseka

Godina	N	\bar{x}	SD	Med	Min	Maks
1987	104	35.72	9.68	36.00	16.00	60.00
1992	113	27.34	11.36	22.00	16.00	70.00
1997	92	32.17	9.98	30.00	17.00	61.00
2002	42	35.02	14.02	30.00	17.00	70.00
2007	66	33.50	12.70	30.00	16.00	76.00
2012	52	36.60	13.94	34.50	16.00	69.00
Ukupno	469	32.73	11.96	30.00	16.00	76.00

U odnosu na „Uspeh na ispitu iz alkohologije“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 77.844$; $p=0.000$), ali bez linearne povezanosti u godinama preseka ($\chi^2 = 3.137$; $p=0.079$) u periodu 1987 – 2012.godina (tabela 29).

Tabela 29. Uspeh na Ispitu iz alkohologije, po godinama preseka

			Ispit položio					Ukupno
			Ne	I put	II put	III put	Nije izlagao	
Godina	1987	N	31	102	20	0	37	190
		%	16.3%	53.7%	10.5%	0.0%	19.5%	100.0%
	1992	N	38	118	23	1	26	206
		%	18.4%	57.3%	11.2%	0.5%	12.6%	100.0%
	1997	N	13	68	20	4	33	138
		%	9.4%	49.3%	14.5%	2.9%	23.9%	100.0%
	2002	N	12	39	3	1	33	88
		%	13.6%	44.3%	3.4%	1.1%	37.5%	100.0%
	2007	N	14	62	6	0	14	96
		%	14.6%	64.6%	6.3%	0.0%	14.6%	100.0%
	2012	N	23	43	10	0	0	76
		%	30.3%	56.6%	13.2%	0.0%	0.0%	100.0%
	Svega	N	131	432	82	6	143	794
		%	16.5%	54.4%	10.3%	0.8%	18.0%	100.0%

Prosečna dužina perioda od Ispita iz alkohologije do Velikog predstavljanja je 24.02 dana ($SD= 8.25$), i primenom ANOVE utvrđena je statistički visoko značajna razlika između komparabilnih grupa ($F = 5.971$; $p = 0.000$), a kompletna raspodela po godinama preseka prikazana je na tabeli 30.

Tabela 30. Dužina perioda od Ispita do Velikog predstavljanja, po godinama preseka

Godina	N	\bar{x}	SD	Med	Min	Maks
1987	7	17.57	3.26	18.00	12.00	22.00
1992	84	21.26	6.88	20.00	14.00	46.00
1997	65	23.55	8.69	23.00	11.00	49.00
2002	30	27.90	9.14	27.00	16.00	52.00
2007	54	26.83	7.93	27.00	15.00	45.00
2012	35	25.11	8.07	22.00	14.00	45.00
Ukupno	275	24.02	8.25	21.00	11.00	52.00

U odnosu na varijablu „Ishod Velikog predstavljanja“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 301.180$; $p=0.000$), sa linearnom povezanošću u godinama preseka ($\chi^2 = 131.003$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina. U strukturi ispitanika postoji trend povećanja broja pacijenata koji su uspešno izložili veliko predstavljanje iz I pokušaja (tabela 31). Veliko predstavljanje je uspešno izložilo 36.7% pacijenata iz ukupnog izorka od 820 alkoholičara.

Tabela 31. Ishod Velikog predstavljanja, po godinama preseka

			VP položio					Ukupno
			Ne	I put	II put	III put	Nije izlagao	
Godina	1987	N	2	16	3	0	152	173
		%	1.2%	9.2%	1.7%	0.0%	87.9%	100.0%
	1992	N	9	73	17	5	101	205
		%	4.4%	35.6%	8.3%	2.4%	49.3%	100.0%
	1997	N	14	40	25	1	58	138
		%	10.1%	29.0%	18.1%	0.7%	42.0%	100.0%
	2002	N	0	22	9	1	56	88
		%	0.0%	25.0%	10.2%	1.1%	63.6%	100.0%
	2007	N	7	36	14	3	36	96
		%	7.3%	37.5%	14.6%	3.1%	37.5%	100.0%
	2012	N	7	32	4	0	32	75
		%	9.3%	42.7%	5.3%	0.0%	42.7%	100.0%
	Svega	N	39	219	72	10	435	775
		%	5.1%	28.3%	9.3%	1.3%	56%	100.0%

Prosečna dužina perioda od Velikog predstavljanja do Rezimea lečenja je 19.68 dana (SD= 5.83), i primenom ANOVE utvrđena je statistički visoko značajna razlika između komparabilnih grupa ($F = 6.148$; $p = 0.000$), a kompletna raspodela po godinama preseka prikazana je na tabeli 32.

Tabela 32. Dužina perioda od Velikog predstavljanja do Rezimea lečenja, po godinama preseka

Godina	N	\bar{x}	SD	Med	Min	Maks
1987	5	15.20	1.48	15.00	13.00	17.00
1992	73	17.77	3.55	17.00	12.00	30.00
1997	44	19.82	7.68	18.00	11.00	41.00
2002	27	20.96	4.68	21.00	12.00	31.00
2007	49	22.84	6.23	22.00	12.00	40.00
2012	29	18.55	5.54	17.00	12.00	36.00
Ukupno	227	19.68	5.83	19.00	11.00	41.00

U odnosu na „ishod Rezimea lečenja“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 298.134$; $p=0.000$), sa linearnom povezanošću u godinama preseka ($x^2 = 133.178$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina (tabela 33). Rezime lečenja je uspešno izložilo 33.2% pacijenata iz ukupnog izorka od 820 alkoholičara.

Tabela 33. Ishod Rezimea lečenja, po godinama preseka

			Rezime izložio				Ukupno	
			Ne	I put	II put	Nije izlagao		
Godina	1987	N	1	15	0	157	173	
		%	0.6%	8.7%	0.0%	90.8%	100.0%	
	1992	N	10	84	3	109	206	
		%	4.9%	40.8%	1.5%	52.9%	100.0%	
	1997	N	8	57	2	71	138	
		%	5.8%	41.3%	1.4%	51.4%	100.0%	
	2002	N	0	27	1	60	88	
		%	0.0%	30.7%	1.1%	68.2%	100.0%	
	2007	N	7	43	4	42	96	
		%	7.3%	44.8%	4.2%	43.8%	100.0%	
	2012	N	7	35	1	31	74	
		%	9.5%	47.3%	1.4%	41.8%	100.0%	
	Svega		N	35	261	11	470	775
			%	4.4%	33.7%	1.4%	60.5%	100.0%

4.2.2. Terapijski proces u produžnoj fazi lečenja

U odnosu na „aktivnost u produžnim grupama“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($\chi^2 = 72.897$; $p=0.000$), sa linearnom povezanošću u godinama preseka ($\chi^2 = 6.636$; $p=0.010$) u periodu 1987 – 2012.godina (tabela 34).

Tabela 34. Aktivnost u produžnim grupama, po godinama preseka

			Aktivnost u produžnim grupama					Ukupno	
			Ne	do 6 meseci	6-12 meseci	1-2 godine	Više		
Godina	1987	N	183	3	9	14	1	210	
		%	87.1%	1.4%	4.3%	6.7%	0.5%	100.0%	
	1992	N	130	9	39	33	1	212	
		%	61.3%	4.2%	18.4%	15.6%	0.5%	100.0%	
	1997	N	89	2	16	31	0	138	
		%	64.5%	1.4%	11.6%	22.5%	0.0%	100.0%	
	2002	N	65	0	10	13	0	88	
		%	73.9%	0.0%	11.4%	14.8%	0.0%	100.0%	
	2007	N	60	2	20	14	0	96	
		%	62.5%	2.1%	20.8%	14.6%	0.0%	100.0%	
	2012	N	58	2	0	16	0	76	
		%	76.3%	2.6%	0.0%	21.1%	0.0%	100.0%	
	Svega		N	585	18	94	121	2	820
			%	71.3%	2.2%	11.5%	14.8%	0.2%	100.0%

Po pitanju varijable „angažovanje u klubu lečenih alkoholičara“ utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 46.774$; $p=0.001$), i nije utvrđena linearna povezanost ($x^2 = 0.994$; $p=0.324$) po godinama preseka, a kompletna raspodela ispitanika prikazana je na tabeli 35.

Tabela 35. Aktivnost u klubu lečenih alkoholičara, po godinama preseka

			Angažovanje u klubu lečenih alkoholičara					Ukupno
			Ne	Do 6 meseci	6-12 meseci	1-2 godine	Više	
Godina	1987	N	173	9	16	11	1	210
		%	82.4%	4.3%	7.6%	5.2%	0.5%	100.0%
	1992	N	152	8	34	16	2	212
		%	71.7%	3.8%	16.0%	7.5%	0.9%	100.0%
	1997	N	115	4	8	11	0	138
		%	83.3%	2.9%	5.8%	8.0%	0.0%	100.0%
	2002	N	76	0	7	5	0	88
		%	86.4%	0.0%	8.0%	5.7%	0.0%	100.0%
	2007	N	75	1	10	10	0	96
		%	78.1%	1.0%	10.4%	10.4%	0.0%	100.0%
	2012	N	59	1	1	15	0	76
		%	77.6%	1.3%	1.3%	19.7%	0.0%	100.0%
	Svega	N	650	23	76	68	3	820
		%	79.3%	2.8%	9.3%	8.3%	0.4%	100.0%

U odnosu na varijablu „redovnost na dispanzerskim kontrolama“, utvrđena je statistički visoko značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 43.118$; $p=0.000$), sa linearnom povezanošću u godinama preseka ($x^2 = 14.594$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina (tabela 36).

Tabela 36. Redovnost na dispanzerskim kontrolama, po godinama preseka

			Redovnost dispanzerskih kontrola		Ukupno
			Redovno	Neredovno	
Godina	1987	N	67	143	210
		%	31.9%	68.1%	100.0%
	1992	N	122	89	211
		%	57.8%	42.2%	100.0%
	1997	N	82	55	137
		%	59.9%	40.1%	100.0%
	2002	N	45	43	88
		%	51.1%	48.9%	100.0%
	2007	N	59	37	96
		%	61.5%	38.5%	100.0%
	2012	N	40	36	76
		%	52.6%	47.4%	100.0%
	Svega	N	415	403	818
		%	50.7%	49.3%	100.0%

U produžnim terapijskim grupama angažuje se 28.7% pacijenata od ukupnog uzorka, tj. 40% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja. U Klubu lečenih alkoholičara angažuje se 20.7% pacijenata od ukupnog uzorka, tj. 29.2% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja. Na dispanzerkim kontrolama redovno je 50.5% od ukupnog uzorka, tj. 71.3% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja.

4.2.3. Korelacija između dužine hospitalnog tretmana i varijabli iz klastera „Karakteristike alkoholizma kod ispitanika,,

U ovom odeljku prikazani su rezultati koji pokazuju da li specifičnosti same bolesti (alkoholizma) utiču na dužinu lečenja. Shodno tome, analizirali smo uticaj sledećih karakteristika na dužinu hospitalnog lečenja: način pijenja, ponašanje u pijanom stanju, prvi kontakt sa alkoholom, trajanje toksikomanske faze (zavisnost od alkohola), pad tolerancije, alkoholne amnezije i preferirani tip pića.

Nije utvrđeno da način pijenja alkohola utiče na dužinu hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 2.837$; $p=0.456$), mada svakodnevni alkoholičari „dolivači“ kraće borave na odeljenju. Kompletna raspodela ispitanika dobijena ukrštanjem ove dve varijable prikazana je na tabeli 37.

Tabela 37. Uticaj načina pijenja na dužinu hospitalnog lečenja

			Dužina lečenja			Ukupno
			Do 2 meseca	Od 2 do 3 meseca	Preko 3 meseca	
Način pijenja	Svakodnevno	N	402	153	20	575
		%	69.9%	26.6%	3.5%	100.0%
	Periodično	N	152	72	10	234
		%	65.0%	30.8%	4.3%	100.0%
	Retko	N	2	0	0	2
		%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Svega		N	556	225	30	811
		%	68.6%	27.7%	3.7%	100.0%

Tabela 38. Uticaj ponašanja u pijanom stanju na dužinu hospitalnog lečenja

			Dužina lečenja			Ukupno
			Do 2 meseca	od 2 do 3 meseca	preko 3 meseca	
Ponašanje u pijanom stanju	Miran	N	220	99	9	328
		%	67.1%	30.2%	2.7%	100.0%
	Agresivan	N	334	126	21	481
		%	69.4%	26.2%	4.4%	100.0%
Svega		N	554	225	30	809
		%	68.5%	27.8%	3.7%	100.0%

Raspodela ispitanika dobijena ukrštanjem varijable „ponašanje u pijanom stanju“ i dužina hospitalnog lečenja, prikazana je na tabeli 38. Nije utvrđeno da ponašanje u pijanom stanju utiče na dužinu hospitalnog lečenja ($x^2 = 2.658$; $p=0.265$).

Ukrštanjem varijable „vreme prvog kontakta sa alkoholom“ i dužina hospitalnog lečenja, nije utvrđena statistički značajna korelacija ($x^2 = 4.539$; $p=0.813$).

Raspodela ispitanika dobijena ukrštanjem varijable „trajanje toksikomanske faze“ i dužina hospitalnog lečenja, prikazana je na tabeli 39. Nije utvrđeno da dužina trajanja toksikomanske faze utiče na dužinu hospitalnog lečenja ($x^2 = 5.724$; $p=0.463$).

Tabela 39. Uticaj trajanja toksikomanske faze na dužinu hospitalnog lečenja

			Dužina lečenja			Ukupno
			Do 2 meseca	od 2 do 3 meseca	preko 3 meseca	
Trajanje toksikomanske faze	do 4 g.	N	85	36	5	126
		%	67.5%	28.6%	4.0%	100.0%
	5-9 g.	N	168	68	6	242
		%	69.4%	28.1%	2.5%	100.0%
	10-19 g.	N	212	95	14	321
		%	66.0%	29.6%	4.4%	100.0%
	20 i više g.	N	94	25	5	124
		%	75.8%	20.2%	4.0%	100.0%
Ukupno		N	559	224	30	813
		%	68.8%	27.6%	3.7%	100.0%

Ukrštanjem varijable „pad tolerancije“ i dužina hospitalnog lečenja, utvrđena je statistički značajna korelacija ($x^2 = 8.258$; $p=0.014$), a ogleda se u činjenici da se osobe sa padom tolerancije kraće leče (tabela 40).

Tabela 40. Uticaj pada tolerancije na dužinu hospitalnog lečenja

			Dužina lečenja			Ukupno
			do 2 meseca	od 2 do 3 meseca	preko 3 meseca	
Pad tolerancije	Ne	N	293	143	16	452
		%	64.8%	31.6%	3.5%	100.0%
	Da	N	267	82	14	363
		%	73.6%	22.6%	3.9%	100.0%
Svega		N	560	225	30	815
		%	68.7%	27.6%	3.7%	100.0%

Ukrštanjem varijable „alkoholna amnezija (prekid filma)“ i dužina hospitalnog lečenja, nije utvrđena statistički značajna korelacija ($x^2 = 0.693$; $p=0.721$).

Ukrštanjem varijable „preferirani tip alkoholnog pića“ i dužina hospitalnog lečenja, utvrđena je statistički značajna korelacija ($\chi^2 = 17.284$; $p=0.002$), a ogleda se u činjenici da se osobe koje preferiraju žestoka alkoholna pića kraće leče (tabela 41.).

Tabela 41. Uticaj preferiranog tipa pića na dužinu hospitalnog lečenja

		Dužina lečenja			Ukupno	
		Do 2 meseca	od 2 do 3 meseca	preko 3 meseca		
Preferira tip pića	Žestoko	N	323	97	13	433
		%	74.6%	22.4%	3.0%	100.0%
	Pivo i vino	N	60	28	6	94
		%	63.8%	29.8%	6.4%	100.0%
	Kombinuje	N	175	100	11	286
		%	61.2%	35.0%	3.8%	100.0%
Svega		N	558	225	30	813
		%	68.6%	27.7%	3.7%	100.0%

4.3. Ishod hospitalnog lečenja

4.3.1. Sociodemografski podaci o ispitaniku

Od ukupnog broja alkoholičara primljenih na hospitalni tretman u analiziranom periodu ($N = 820$), lečenje je po programu sistemske terapije alkoholizma završilo 582 (71%), a lečenje je napustilo 238 (29%) pacijenata.

Analizom sociodemografskih podataka, utvrdili smo da žene u nešto većem procentu (73.3%) od muškaraca (70,4%) završavaju lečenje, ali primenom Chi-Square testa nismo dobili statistički značajnu razliku ($\chi^2=0.557$; $p=0.455$). Pacijenti koji napuštaju lečenje su mlađi ($M=40.84$; $SD=10.48$) u odnosu na one koji završavaju hospitalni tretman ($M=42.55$; $SD=9.66$), što je značajan faktor za ishod lečenja ($t= 2.242$; $p<0.05$).

Na Tabeli 42. prikazano je par značajnijih socijalno-demografskih varijabli, koje utiču na ishod hospitalnog lečenja zavisnika od alkohola. Utvrđena je statistički značajna razlika po *starosnim grupama*, a hospitalni tretman u najvećem procentu završavaju ispitanici starosti 50-59 godina (dropout je 24.3%). Najveći dropout je dobijen u grupi 20-29 godina (43.2%), što je najverovatnije uzrokovano slabom motivacijom za lečenjem (uglavnom pritisak porodice), ali i činjenicom da u ovim godinama alkohol ima veoma značajnu ulogu u socijalnim relacijama i sastavni je deo većine rituala grupe vršnjaka, uz često prisutnu psihološka i socijalna nezrelost.

Tabela 42. Sociodemografske varijable koje utiču na ishod bolničkog lečenja alkoholizma

Varijabla	N	Ishod lečenja(%)		Chi-square	df	p
		Nije završio	Završio			
Starosne grupe				11.114	5	0.049
Do 19 g.	7	28.6	71.4			
20-29	81	43.2	56.8			
30-39	240	30.8	69.2			
40-49	306	26.1	73.9			
50-59	148	24.3	75.7			
>60	37	29.7	70.3			
Završena škola				15.031	3	0.002
Osnovna	176	37.5	62.5			
Nepotpuna S.Š.	179	29.1	70.9			
Srednja(S.Š.)	286	30.1	69.9			
Viša/visoka	179	19.0	81.0			
Radni status				11.448	3	0.010
Državna firma	543	25.2	74.8			
Privatna firma	63	30.2	69.8			
Nezaposlen	148	37.2	62.8			
Penzioner	62	38.7	61.3			
Stambeni uslovi				8.867	3	0.031
Ima svoj stan	480	26.7	73.3			
Podstanar	94	25.5	74.5			
Kod roditelja živi	223	34.1	65.9			
Ostalo	20	50.0	50.0			
Da li je osuđivan				5.023	1	0.025
Ne	760	28.0	72.0			
Da	60	41.7	58.3			

Nivo stručne spreme je svakako najznačajnija varijabla, gde se i vizuelno uočava trend opadanja dropauta sa povećanjem stepena stručne spreme. Na značaj obrazovanja ukazuje i varijabla *Uspeh u srednjoj školi* sa jasnim trendom opadanja dropauta sa povećanjem postignutog uspeha u srednjoj školi ($x^2=15.633$; $p<0.05$), naime lečenje napušta 19.8% pacijenta sa odličnim uspehom i 32.8% pacijenata koji su sa dovoljnim uspehom završili srednju školu. *Radni status pacijenta* takođe je varijabla od značaja, jer nezaposleni (37.2%), ali i penzioneri (38.7%) znatno češće napuštaju lečenje u odnosu na zaposlene. Varijabla *Stambeni uslovi pacijenta*, pokazuje da pacijenti sa boljim uslovima stanovanja ređe napuštaju lečenje u odnosu na one koji stanuju kod roditelja (34.1%) ili ostalo (stanuju kod rođaka, prijatelja i sl.) (50.0%). U našoj kulturi, rešavanje stambenog pitanja je jedan od glavnih životnih problema, shodno tome, rešeno stambeno pitanje predstavlja realnu podršku osobama koje su rešile da se oslobode alkoholizma. Takođe, utvrdili smo da *ranije osuđivane* osobe u većem procentu napuštaju lečenje (41.7%), u odnosu na one koje nisu osuđivane (28.0%).

Redosled rođenja u porodici nije varijabla od značaja po pitanju ishoda hospitalnog lečenja, naime lečenje ne završava 27.9% prvorođene dece, kao i 30.0% drugorođene i kasnije rođene dece ($p=0.499$). U našem istraživanju se ispostavilo da *bračno-porodični kontekst* ne utiče značajnije ($p=0.069$) na ishod bolničkog lečenja, mada češće napuštaju lečenje alkoholičari koji nisu u braku (34.3%), u odnosu na one koji su u braku (29.4%). Takođe utvrdili smo i da *dužina bračnog života* nije varijabla od značaja za ishod lečenja ($p=0.735$). *Osobe bez dece* u većem procentu napuštaju lečenje (31.9%), u odnosu na one sa decom (28.1%), ali ta razlika nije statistički značajna ($p=0.706$). Po pitanju *sastava porodice* nismo uočili značajnije razlike u ishodu lečenja, ali je interesantno da u transgeneracijskoj porodici gde žive zajedno supružnici sa roditeljima jednog od njih, u većem procentu u odnosu na druge modalitete porodice pacijenti napuštaju hospitalno lečenje (41.7%). U našem istraživanju se ispostavilo da ni *alkoholizam u porodici* nije faktor koji razlikuje dve komparabilne grupe, tj. ne utiče na ishod bolničkog lečenja ($p=0.950$).

4.3.2. Karakteristike kliničke slike kod ispitanika

Svakodnevnih alkoholičari (»dolivači«), češće napuštaju lečenje (30.8%) u odnosu na periodične alkoholičare (25.8%), ali je to bez značajnijeg uticaja na ishod lečenja ($p=0.161$). Utvrdili smo i da *rani kontak sa alkoholom* (do 7 godine života) u visokom procentu dovodi do dropouta (41.7%), koji sekvencijalno opada da bi kod osoba koje u periodu posle 30 godine prvi put probaju alkohol iznosio 23.8%, sa značajnom linearnom povezanošću ($p<0.05$), mada u našem istraživanju nismo utvrdili da je ovo varijabla od značaja za ishod bolničkog lečenja ($p = 0.173$).

Najveći rizik za napuštanje lečenja imaju pacijenti sa *dužinom trajanja zavisnosti* do 5 godina (41.3%), i ova varijabla je faktor koji značajno utiče na ishod hospitalnog lečenja. *Dužina apstinencije na prijemu na hospitalni tretman* je takođe značajna varijabla, koja ukazuje da što je apstinencija na prijemu duža veća je verovatnoća uspešnog tretmana, što je potvrđeno i značajnom linearnom korelacijom ($p<0.005$)(Tabela 43).

Psihijatrijski komorbiditet povećava dropout (33.2%), u odnosu na alkoholičare bez komorbiditeta (27.3%), ali bez statističke značajnosti ($p = 0.089$). Međutim izdvajanjem iz opšteg psihijatrijskog komorbiditeta alkoholičare sa *poremećajem ličnosti* ($F 60$), utvrdili smo da je ovaj entitet značajno utiče na ishod lečenja ($p<0.05$). Ovaj nalaz je u skladu sa ranijim istraživanjima, s obzirom na rigidnost odbrambenih mehanizama kod osoba sa poremećajem ličnosti, nisku frustracionu toleranciju i simboličnu sposobnost prilagođavanja (Basiaux et al. 2001, Mulder 2002, Grant et al. 2004). *Komorbiditet zavisnosti* takođe povećava dropout (34.0%) u odnosu na alkoholičare bez drugih zavisnosti (28.7%), ali bez statističke značajnosti u našem istraživanju ($p = 0.413$). Na ishod lečenja ne utiče značajno ni prisustvo *somatskog komorbiditeta* (hronične bolesti), mada osobe sa hroničnim bolestima u nešto manjem procentu (27.9%) napuštaju lečenje u odnosu na one bez somatskog komorbiditeta (30.2%), razlika nije statistički značajna ($p= 0.498$).

Tabela 43. Karakteristike kliničke slike koje utiču na ishod lečenja alkoholizma

Varijabla	N	Ishod lečenja(%)		Chi-square	df	p
		Nije završio	Završio			
Dužina trajanja alkoholizma				12.119	3	0.007
Do 5 god.	126	41.3	58.7			
5-10	242	26.9	73.1			
10-20	321	25.2	74.8			
>20	124	30.6	69.4			
Dužina apstinencije na prijemu u bolnicu				8.651	2	0.013
Ne apstinira	184	34.8	65.2			
1-7 dana	402	30.6	69.4			
>7 dana	230	22.2	77.8			
Neuropsihijatrijski komorbiditet				12.387	4	0.015
Nema	571	27.3	72.7			
Afektivni poremećaj	91	26.4	73.6			
Poremećaj ličnosti	57	49.1	50.9			
Drugi psihijatrijski poremećaji	41	29.3	70.7			
Neurološki poremećaj	58	31.0	69.0			

Prisustvo *pada tolerancije na alkohol*, nije faktor koji razlikuje 2 komparabilne grupe ($p = 0.876$), kao ni prisustvo *alkoholne amnezije*, mada je alkoholna amnezija utvrđena kod 30.2% ispitanika koji su napustili lečenje, u odnosu na 25.9% ispitanika koji su završili lečenje ($p=0.309$). Takođe, *preferirani tip pića* (žestoko, pivo, vino) nije faktor od značaja za ishod lečenja ($p=0.291$).

4.3.3. Karakteristike terapijskog procesa

U grupi pacijenata koji su završili hospitalni tretman *prosečna dužina lečenja* je 55.5 dana ($SD=21.68$), dok je u grupi pacijenata koji nisu završili lečenje (dropout) prosečna dužina lečenja 19 dana ($SD=18.67$). Rezultati ukazuju da pacijenti relativno rano (u prvoj trećini terapijskog procesa) napuštaju lečenje. Mann-Whitney U testom dobijena je visoko statistički značajna razlika u dužini hospitalnog lečenja između grupa ($Z= 17.650$; $p < 0.001$).

Iz Tabele 44. vidimo da varijabla *motivacija za lečenje* značajno utiče na ishod lečenja ($p = 0.005$) i da najmanji dropout imaju alkoholičari uslovljeni od firme (19.7%), a da najčešće odustaju oni uslovljeni od porodice (35.1%). Shodno tome, najmanji dropout

imaju pacijenti kojima je *saradnik* iz firme (8.8%), a najčešće odustaju od lečenja pacijenti koji nemaju saradnika (41.9%). U našem istraživanju primena *avertzivne terapije (disulfirama)* pokazala se kao faktor od izuzetnog značaja za ishod lečenja. Naime, kod pacijenata koji su dobijali disulfiram dropaut je 20.2%, a pacijenti koji iz bilo kog razloga nisu bili na disulfiramu, napuštali su lečenje u veoma velikom procentu (59.1%) ($p < 0.001$).

Tabela 44. Karakteristike terapijskog procesa koje utiču na ishod bolničkog lečenja alkoholizma

Varijabla	N	Ishod lečenja(%)		Chi-square	df	p
		Nije završio	Završio			
Motivacija za lečenje				12.711	3	0.005
Zdravstvene posledice alkoholizma	391	30.7	69.3			
Profesionalne posledice alkoholizma	188	19.7	80.3			
Porodične posledice alkoholizma	211	35.1	64.9			
Šire socijalne posledice alkoholizma	30	23.3	76.7			
Saradnik u lečenju				20.140	5	0.001
Supružnik	401	28.7	71.3			
Roditelj	181	34.3	65.7			
Dete	53	18.9	81.1			
Kolega iz firme	34	8.8	91.2			
Ostalo	76	21.1	78.9			
Nema	74	41.9	58.1			
Disulfiram u terapiji				105.911	1	0.000
Da	634	20.2	79.8			
Ne	186	59.1	40.9			

Alkoholičari koji su *prvi put na hospitalnom tretmanu* u većem procentu napuštaju lečenje (30.7%) u odnosu na pacijente koji se drugi put (ili više) leče (25.2%), ali je ovo bez uticaja na ishod lečenja ($p = 0.110$). U našem istraživanju, *postojanje apstinencijalnog sindroma na prijemu u bolnicu* nije značajnije uticalo na ishod lečenja ($p=0.725$), međutim pacijenti sa teškim apstinencijalnim sindromom (Delirijum tremens, EPI napad) znatno manje napuštaju lečenje (21%), u odnosu na pacijente sa blagim-umerenim apstinencijalnim sindromom (31%) i one bez apstinencijalnog sindroma (27.1%). Shodno napred navedenom, ni *detoksikacija na prijemu* nije varijabla koja razlikuje grupe definisane ishodom bolničkog lečenja ($p = 0.957$).

4.3.4. Model binarne logističke regresije za ishod bolničkog lečenja

Sve varijable kod kojih smo primenom analitičkih statističkih metoda (*Chi-Square test*) utvrdili značajan uticaj na ishod lečenja, stavili smo u *model binarne logističke regresije*. Primenom ovog modela od 11 varijabli dobijenih univarijantnom statistikom, izdvojilo se 6 varijabli koje su u našem modelu definisane kao *prediktori ishoda hospitalnog lečenja alkoholizma* (*Nagelkerke R Square = 0.266*). Varijable koje su se pokazale značajnim u univarijantnim statističkim analizama, a čiji značaj nije potvrđen modelom binarne logističke regresije su: starost ispitanika, stambeni uslovi, da li je osuđivan, postojanje neuropsihijatrijskog komorbiditeta i motivacija za lečenjem.

Tabela 45. Prediktori ishoda lečenja alkoholizma sistemskom terapijom u hospitalnim uslovima definisani kroz model binarne logističke regresije

Varijabla	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. for OR	
						Lower	Upper
Starosne grupe	.070	.109	.419	.517	1.073	.867	1.327
Stepen obrazovanja	.174	.063	7.694	.006	1.190	1.052	1.346
Radni status	.553	.196	7.985	.005	1.738	1.184	2.550
Stambeni uslovi	-.124	.104	1.426	.232	.884	.721	1.083
Da li je osuđivan	-.470	.319	2.171	.141	.625	.335	1.168
Dužina trajanja alkoholizma	.239	.111	4.583	.032	1.269	1.020	1.579
Dužina apstinencije na prijemu	.415	.126	10.864	.001	1.515	1.183	1.939
Dodatna psihijatrijska dijagnoza	-.092	.192	.230	.631	.912	.626	1.329
Povod za dolazak na lečenje	-.091	.096	.897	.344	.913	.756	1.102
Postojanje saradnika u lečenju	.696	.286	5.900	.015	2.005	1.144	3.514
Disulfiram u terapiji	1.863	.196	90.055	.000	6.444	4.386	9.469

Od sociodemografskih varijabli, na ishod bolničkog lečenja značajno utiču *Stepen završene škole ispitanika* (OR = 1.190, 95%CI = 1.052, 1.346), i *radni status ispitanika* (OR = 1.738, 95%CI = 1.184, 2.550). Od karakteristika kliničke slike prediktori ishoda lečenja su *trajanje zavisnosti od alkohola* (OR = 1.269, 95%CI = 1.020, 1.579), i *dužina apstinencije na prijemu u bolnicu* (OR = 1.515, 95%CI = 1.183, 1.939). Od karakteristika terapijskog procesa, na ishod lečenja značajno utiče *postojanje saradnika u lečenju* (OR = 2.005, 95%CI = 1.144, 3.514) i *disulfiram u terapiji* (OR = 6.444, 95%CI = 4.386, 9.469).

4.4. Ishod lečenja alkoholizma sistemskom terapijom u hospitalnim uslovima

Od ukupnog broja alkoholičara primljenih na hospitalni tretman u analiziranom periodu (N = 820), lečenje je po programu sistemske terapije alkoholizma završilo 582 (71%), a lečenje je napustilo 238 (29%) pacijenata.

Od 582 pacijenta koji su završili hospitalni tretman, jednogodišnju apstinenciju od alkohola ostvarilo je 281 (48.3%) pacijenata. Shodno tome, od 820 pacijenata uključenih u tretman, lečenje od alkoholizma je uspešno završilo 281 pacijent, te možemo reći *efikasnost sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima je 35%*.

4.4.1. Sociodemografski podaci o ispitaniku

Utvrđena je statistički visoko značajna razlika *po godinama preseka* ($\chi^2 = 85.623$; $p=0.000$) po pitanju dužine apstinencije po završetku hospitalnog tretmana, uz značajnu linearnu povezanost ($\chi^2 = 33.214$; $p=0.000$). Kompletna raspodela po pitanju ove varijable prikazana je na Tabeli 46.

Tabela 46. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, po godinama preseka

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno	
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od godinu dana		
Godina	1987	N	16	32	30	35	113	
		%	14.2%	28.3%	26.5%	31.0%	100.0%	
	1992	N	20	23	36	71	150	
		%	13.3%	15.3%	24.0%	47.3%	100.0%	
	1997	N	3	10	17	70	100	
		%	3.0%	10.0%	17.0%	70.0%	100.0%	
	2002	N	1	5	12	30	48	
		%	2.1%	10.4%	25.0%	62.5%	100.0%	
	2007	N	1	3	31	32	67	
		%	1.5%	4.5%	46.3%	47.8%	100.0%	
	2012	N	4	7	4	43	58	
		%	6.9%	12.1%	6.9%	74.1%	100.0%	
	Ukupno		N	45	80	130	281	536
			%	8.4%	14.9%	24.3%	52.4%	100.0%

Analiza dužine apstinencije po završetku hospitalnog lečenja *po polu*, pokazuje da žene u nešto većem procentu (57.5%) u odnosu na muškarce (51.1%) apstiniraju duže od godinu dana, međutim ova razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 1889.623$; $p=0.605$).

Prosečna *starost pacijenata* koji apstiniraju duže od godinu dana je 42.19 godina (SD = 9,42), a u odnosu na druge ishode (dužinu apstinencije) primenom ANOVE nije utvrđena statistički značajna razlika između grupa ($F = 0.247$; $p=0.863$).

Po *starosnim grupama* nije utvrđena statistički značajna razlika po pitanju dužine apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 17.046$; $p=0.315$), a najveći procenat apstinencije preko godinu dana (63.4%) utvrđen je u starosnoj grupi 20 – 29 godina.

U odnosu na *redosled rođenja u porodici* utvrđena je statistički značajna razlika po pitanju ishoda lečenja alkoholima ($x^2 = 4.566$; $p=0.033$), tj. znatno veći procenat apstinencije preko godinu dana (57.4%) utvrđen je kod prvorodene dece, u odnosu na drugorođene i kasnije rođene (48.1%) (Tabela 47).

Tabela 47. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »redosled rođenja u porodici«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine	
Dete po rođenju	prvo dete	N	19	27	58	140	244
		%	7.8%	11.1%	23.8%	57.4%	100.0%
	drugo ili više	N	24	53	72	138	287
		%	8.4%	18.5%	25.1%	48.1%	100.0%
Ukupno		N	43	80	130	278	531
		%	8.1%	15.1%	24.5%	52.4%	100.0%

U odnosu na *stepen obrazovanja* utvrđena je statistički značajna razlika po pitanju dužine apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 28.482$; $p=0.001$). Naime što je veći stepen obrazovanja, veći procenat ispitanika ima apstinenciju dužu od godinu dana, uz visok stepen linearne povezanosti ($x^2 = 21.305$; $p=0.000$) (tabela 48).

Tabela 48. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »stepen obrazovanja«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od godinu dana	
Završena škola	OŠ	N	15	24	25	32	96
		%	15.6%	25.0%	26.0%	33.3%	100.0%
	III stepen	N	8	18	33	59	118
		%	6.8%	15.3%	28.0%	50.0%	100.0%
	završena SŠ	N	11	26	41	112	190
		%	5.8%	13.7%	21.6%	58.9%	100.0%
	viša ili visoka škola	N	11	12	31	78	132
		%	8.3%	9.1%	23.5%	59.1%	100.0%
Ukupno		N	45	80	130	281	536
		%	8.4%	14.9%	24.3%	52.4%	100.0%

Po pitanju *radnog statusa* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 4.845$; $p=0.854$). Interesan je nalaz da je najveći procenat apstinencije duže od godinu dana ostvaren u grupi onih koji rade privatno, ali i kod nezaposlenih. U odnosu na *stambene uslove* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 10.212$; $p=0.329$). Po pitanju varijable *da li je ispitanik osuđivan*, nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 2.424$; $p=0.493$).

U odnosu na *bračno stanje ispitanika* utvrđena je statistički značajna razlika po pitanju dužine apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 12.715$; $p=0.005$). Naime, interesantan je nalaz da je najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod udovaca, a najmanji procenta kod ispitanika u braku ($x^2 = 4.813$; $p=0.028$) (tabela 49).

Tabela 49. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »bračno stanje ispitanika«

			Dužina apstinencije		Ukupno
			Kraće od 1 god.	Duže od 1 god.	
Bračno stanje	Nije u braku	N	52	60	112
		%	46.4%	53.6%	100.0%
	U braku	N	155	135	290
		%	53.4%	46.6%	100.0%
	Razveden	N	42	70	112
		%	37.5%	62.5%	100.0%
	Udovac/udovica	N	5	15	20
		%	25.0%	75.0%	100.0%
Ukupno		N	254	280	534
		%	47.6%	52.4%	100.0%

U odnosu na *dužinu bračnog staža* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 5.336$; $p=0.376$), mada je najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod supružnika koji su duže od 20 godina u braku (58.5%).

Po pitanju varijable *broj dece kod ispitanika* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 6.416$; $p=0.093$), a najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod ispitanika koji imaju 1 dete (59.4%).

U odnosu na varijablu *sastav porodice* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 8.410$; $p=0.078$).

U odnosu na *uspeh u srednjoj školi* utvrđena je statistički značajna razlika po pitanju dužine apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 52.372$; $p=0.000$). Naime što je bolji ostvareni uspeh u srednjoj školi, veći procenat ispitanika ima apstinenciju dužu od godinu dana, uz visok stepen linearne povezanosti ($x^2 = 18.447$; $p=0.000$) (tabela 50).

Tabela 50. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »uspeh u srednjoj školi«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine	
Uspeh u srednjoj školi	Odličan	N	5	10	25	77	117
		%	4.3%	8.5%	21.4%	65.8%	100.0%
	Vrlo dobar	N	13	14	21	63	111
		%	11.7%	12.6%	18.9%	56.8%	100.0%
	Dobar	N	7	12	13	61	93
		%	7.5%	12.9%	14.0%	65.6%	100.0%
	Dovoljan	N	2	6	12	18	38
		%	5.3%	15.8%	31.6%	47.4%	100.0%
	Ponavljao	N	4	4	7	11	26
		%	15.4%	15.4%	26.9%	42.3%	100.0%
	Nije išao	N	11	17	24	28	80
		%	13.8%	21.3%	30.0%	35.0%	100.0%
	Nepoznato	N	2	15	27	22	66
		%	3.0%	22.7%	40.9%	33.3%	100.0%
Ukupno		N	44	78	129	280	531
		%	8.3%	14.7%	24.3%	52.7%	100.0%

4.4.2. Karakteristike kliničke slike kod ispitanika

Po pitanju varijable *pad tolerancije* utvrđena je statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 10.699$; $p=0.010$), a veći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen je kod ispitanika kod kojih ne postoji pad tolerancije (56.8%), u odnosu na alkoholičare sa padom tolerancije (46.0%) (tabela 51).

Tabela 51. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »pad tolerancije«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine	
Pad tolerancije	Ne	N	28	34	64	166	292
		%	9.6%	11.6%	21.9%	56.8%	100.0%
	Da	N	17	46	66	110	239
		%	7.1%	19.2%	27.6%	46.0%	100.0%
Ukupno		N	45	80	130	276	531
		%	8.5%	15.1%	24.5%	52.0%	100.0%

Po pitanju varijable *učestalost pijenja alkohola* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 1.714$; $p=0.190$), a veći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod ispitanika koji piju alkohol periodično (56.2%), u odnosu na svakodnevne alkoholičare (50.0%).

U odnosu na varijablu *vreme prvog kontakta sa alkoholom* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 1.561$; $p=0.816$). Po pitanju varijable „trajanje toksikomanske faze“ nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 0.169$; $p=0.982$).

U odnosu na varijablu *alkoholna amnezija (prekid filma)* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 0.525$; $p=0.469$), mada je veći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod ispitanika bez prekida filma (55.4%).

Po pitanju varijable *preferirani tip pića* utvrđena je statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 18.601$; $p=0.005$), a najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen je kod ispitanika koji kombinuju alkoholna pića (58.6%) (tabela 52).

Tabela 52. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »preferirani tip pića«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine	
Preferira tip pića	Žestoko	N	23	50	67	127	267
		%	8.6%	18.7%	25.1%	47.6%	100.0%
	Pivo i vino	N	1	7	23	28	59
		%	1.7%	11.9%	39.0%	47.5%	100.0%
	Kombinuje	N	21	23	40	119	203
		%	10.3%	11.3%	19.7%	58.6%	100.0%
Ukupno		N	45	80	130	274	529
		%	8.5%	15.1%	24.6%	51.8%	100.0%

U odnosu na varijablu *alkoholizam u porodici* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 1.832$; $p=0.400$).

Po pitanju varijable *dužina apstinencije na prijemu* utvrđena je statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 23.055$; $p=0.001$), uz izražen trend povećanja udela apstinencije duže od godinu dana sa povećanjem dužine apstinencije na prijemu ($x^2 = 10.996$; $p=0.001$) (Tabela 53).

Tabela 53. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »dužina apstinencije na prijemu«

		Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno	
		do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine		
Dužina apstinencije na prijemu	Ne apstinira	N	10	20	35	41	106
		%	9.4%	18.9%	33.0%	38.7%	100.0%
	1-7 dana	N	31	34	60	139	264
		%	11.7%	12.9%	22.7%	52.7%	100.0%
	Duže od 7 dana	N	4	26	34	100	164
		%	2.4%	15.9%	20.7%	61.0%	100.0%
Ukupno		N	45	80	129	280	534
		%	8.4%	15.0%	24.2%	52.4%	100.0%

U odnosu na somatski komorbiditet, tj. *teže (hronične) bolesti* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 3.925$; $p=0.273$).

U odnosu na psihički komorbiditet, tj. *dodatnu psihijatrijsku dijagnozu* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 7.542$; $p=0.823$), mada je ubedljivo najmanji procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod ispitanika sa komorbiditetom poremećaja ličnosti (40.7%).

Po pitanju komorbiditetne zavisnosti, tj. *alkohol i dodatna bolest zavisnosti (politoksikomanija)* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 2.651$; $p=0.103$), ali je interesantno da je veći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod ispitanika sa komorbiditetom bolesti zavisnosti (65.7%), u odnosu na čist alkoholizam (51.5%). Ovde treba uzeti u obzir činjenicu da je broj pacijenata sa komorbiditetom mnogostruko manji, tako da je sam uzorak diskutabilan.

4.4.3. Karakteristike terapijskog procesa

Prosečna *dužina lečenja u danima* je 56.78 (SD=21.49), a u odnosu na dužinu lečenja, Kruskal Wallis testom utvrđena je statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 33.079$; $p=0.000$), uz vidljivu linearnu povezanost ove dve varijable. Kompletna raspodela prikazana je na tabeli 54.

Tabela 54. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »dužina lečenja u danima«

		Dužina lečenja u danima					
		N	Mean	SD	Med	Min	Maks
Dužina apstinencije po završetku lečenja	do 1 mesec	45	43.67	14.69	46.00	11.00	69.00
	1- 6 meseci	80	49.86	19.07	49.00	4.00	114.00
	6 -12 meseci	130	55.85	22.97	52.50	8.00	130.00
	duže od godinu dana	281	61.28	20.99	63.00	6.00	109.00
	Ukupno	536	56.78	21.49	57.00	4.00	130.00

Najbolji rezultati postignuti su kod pacijenata koji su lečeni u intervalu 2 – 3 meseca, sa statistički značajnom razlikom u odnosu na pacijente lečene kraće, ali i duže ($x^2 = 33.401$; $p=0.000$), i značajnom linearnom povezanošću ishoda lečenja i *dužine hospitalnog tretmana* ($x^2 = 22.871$; $p=0.000$) (Tabela 55).

Tabela 55. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »dužina lečenja u intervalima«

			Ishod lečenja alkoholizma		Ukupno
			Kraće od 1 god.	Duže od 1 god.	
Dužina lečenja	Do 2 meseca	N	176	126	302
		%	58.3%	41.7%	100.0%
	Od 2 do3 meseca	N	66	139	205
		%	32.2%	67.8%	100.0%
	Preko 3 meseca	N	13	16	29
		%	44.8%	55.2%	100.0%
Ukupno		N	255	281	536
		%	47.6%	52.4%	100.0%

U odnosu na *lečenje po redosledu*, nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 3.709$; $p=0.302$).

Po pitanju varijable *znaci apstinencijalnog sindroma na prijemu* utvrđena je statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 24.243$; $p=0.023$), sa boljim ishodom lečenja kod pacijenata bez apstinencijalnog sindroma, a kompletna raspodela prikazana je na tabeli 56.

Tabela 56. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »znaci apstinencijalnog sindroma na prijemu«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno	
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine		
Znaci apstinencijalnog sindroma na prijemu	Nema	N	7	27	49	110	193	
		%	3.6%	14.0%	25.4%	57.0%	100.0%	
	Umereno težak	N	33	39	58	142	272	
		%	12.1%	14.3%	21.3%	52.2%	100.0%	
	Težak (predelirantan)	N	5	11	19	20	55	
		%	9.1%	20.0%	34.5%	36.4%	100.0%	
	Delirijum	N	0	3	2	3	8	
		%	0.0%	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%	
	EPI napad	N	0	0	2	6	8	
		%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%	
	Ukupno		N	45	80	130	281	536
			%	8.4%	14.9%	24.3%	52.4%	100.0%

U vezi sa prethodnom varijablom je *detoksikacija na prijemu*, gde je utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 18.268$; $p=0.000$), sa značajnom linearnom povezanošću ($x^2 = 17.209$; $p=0.000$), i mnogo boljim ishodom lečenja kod pacijenata koji nisu primali detoksikaciju, a kompletna raspodela prikazana je na tabeli 57.

Tabela 57. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »primena detoksikacije na prijemu«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine	
Detoksikacija	Da	N	29	48	73	117	267
		%	10.9%	18.0%	27.3%	43.8%	100.0%
	Ne	N	13	31	56	159	259
		%	5.0%	12.0%	21.6%	61.4%	100.0%
Ukupno		N	42	79	129	276	526
		%	8.0%	15.0%	24.5%	52.5%	100.0%

U odnosu na motivaciju za lečenjem, tj. *povod za dolazak na lečenje* nije utvrđena statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 10.297$; $p=0.323$), mada je najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen kod ispitanika sa šire socijalnim posledicama (65.0%). Ovaj interesantan nalaz je verovatno povezan sa činjenicom da se radi o pacijentima koji od Suda imaju određenu meru bezbednosti u trajanju do 2 godine, te su jako motivisani da ostanu u terapiji dovoljno dugo.

Disulfiram u terapiji nije varijabla od značaja za ishod lečenja alkoholizma, tj. nije utvrđena statistički značajna razlika u odnosu na dužinu apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 0.309$; $p=0.578$), kod pacijenata koji su primali disulfiram, mada je kod pacijenata na disulfiram utvrđen veći procenat apstinencije preko godinu dana (52.9%).

Po pitanju postojanje *saradnika u lečenju*, utvrđena je statistički značajna razlika u odnosu na dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 29.788$; $p=0.015$), uz značajnu linearnu povezanost ($\chi^2 = 13.123$; $p=0.001$) (tabela 58).

Tabela 58. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »saradnik u lečenju«

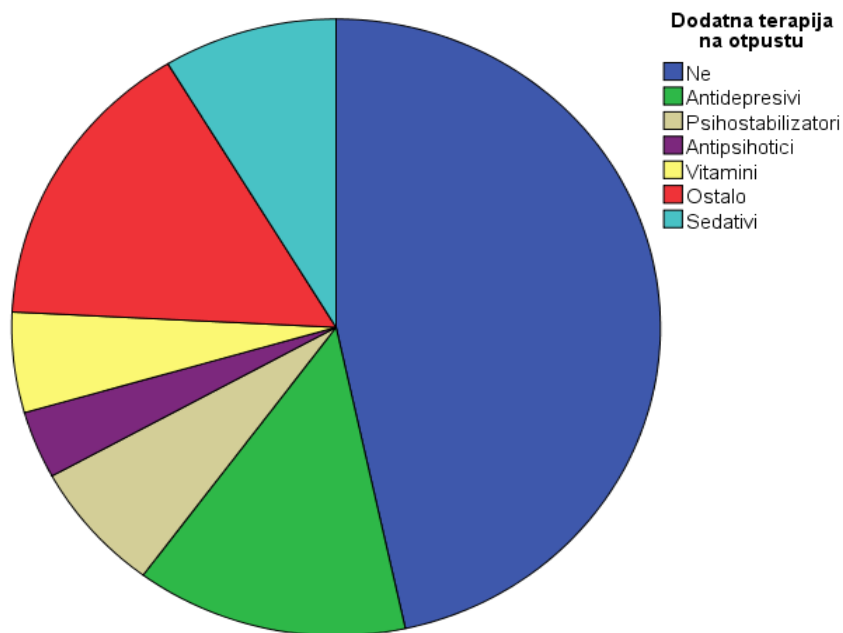
			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno	
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine		
Saradnik u lečenju	Supružnik	N	25	44	74	117	260	
		%	9.6%	16.9%	28.5%	45.0%	100.0%	
	Nema	N	5	6	9	18	38	
		%	13.2%	15.8%	23.7%	47.4%	100.0%	
	Roditelj	N	12	15	18	69	114	
		%	10.5%	13.2%	15.8%	60.5%	100.0%	
	Dete	N	1	6	9	24	40	
		%	2.5%	15.0%	22.5%	60.0%	100.0%	
	R.O.	N	1	3	12	13	29	
		%	3.4%	10.3%	41.4%	44.8%	100.0%	
	Ostalo	N	1	6	8	40	55	
		%	1.8%	10.9%	14.5%	72.7%	100.0%	
	Ukupno		N	45	80	130	281	536
			%	8.4%	14.9%	24.3%	52.4%	100.0%

Po pitanju varijable *dodatna terapija na otpustu*, nije utvrđena statistički značajna razlika u odnosu na apstiniranje duže od godinu dana po završetku hospitalnog lečenja ($\chi^2 = 10.704$; $p=0.098$). Interesan je nalaz da su sedativi u terapiji na otpustu u visokoj korelaciji (70.3%) sa neželjenim ishodom lečenja (apstinencija kraća od godinu dana), dok psihostabilizatori imaju izuzetno pozitivan efekat (tabela 59).

Tabela 59. Dužina apstinencije po završetku hospitalnog lečenja, u odnosu na varijablu »dodatna terapija na otpustu«

			Dužina apstinencije po završetku lečenja				Ukupno
			do 1 mesec	1-6 meseci	6-12 meseci	duže od 1 godine	
Dodatna terapija na otpustu	Ne	N	21	38	52	124	235
		%	8.9%	16.2%	22.1%	52.8%	100.0%
	Antidepresivi	N	6	11	20	41	78
		%	7.7%	14.1%	25.6%	52.6%	100.0%
	Psihostabilizatori	N	1	0	17	24	42
		%	2.4%	0.0%	40.5%	57.1%	100.0%
	Antipsihotici	N	2	3	4	7	16
		%	12.5%	18.8%	25.0%	43.8%	100.0%
	Vitamini	N	2	5	8	16	31
		%	6.5%	16.1%	25.8%	51.6%	100.0%
	Ostalo	N	9	10	19	57	95
		%	9.5%	10.5%	20.0%	60.0%	100.0%
	Sedativi	N	4	13	9	11	37
		%	10.8%	35.1%	24.3%	29.7%	100.0%
Ukupno		N	45	80	129	280	534
		%	8.4%	15.0%	24.2%	52.4%	100.0%

Udeo farmakoterapije kod pacijenata na otpustu prikazan je na ilustrativnom grafikonu 19.



Grafikon 19. Dodatna farmakoterapija na otpustu iz bolnice

4.4.4. Model binarne logističke regresije za ishod lečenja alkoholizma

Sve varijable kod kojih smo primenom analitičkih statističkih metoda (*Chi-Square test*) utvrdili značajan uticaj na ishod lečenja alkoholizma, stavili smo u *model binarne logističke regresije*. Primenom ovog modela od 11 varijabli dobijenih univarijantnom statistikom, izdvojilo se 4 varijabli koje su u našem modelu definisane kao varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma (*Nagelkerke R Square = 0.189*). Varijable koje su se pokazale značajnim u univarijantnim statističkim analizama, a čiji značaj nije potvrđen modelom binarne logističke regresije su: dete po redosledu rođenja, stepen obrazovanja, preferirani tip pića, dužina apstinencije na prijemu, detoksikacija, znaci apstinencijalnog sindroma na prijemu i postojanje saradnika u lečenju (Tabela 60).

Tabela 60. Varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma sistemskom terapijom u hospitalnim uslovima definisane kroz model binarne logističke regresije

Varijabla	B	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
Dete po rođenju	-.134	.196	.468	.494	.874	.595	1.285
Završena škola	.170	.094	3.244	.072	1.185	.985	1.426
Bračno stanje	.315	.132	5.686	.017	1.370	1.058	1.774
Uspeh u srednjoj školi	-.138	.059	5.487	.019	.871	.776	.978
Pad tolerancije	-.461	.198	5.423	.020	.631	.428	.930
Preferira tip pića	.172	.107	2.598	.107	1.187	.964	1.463
Dužina apstinencije na prijemu	.315	.175	3.216	.073	1.370	.971	1.932
Detoksikacija	.457	.249	3.370	.066	1.579	.970	2.571
Znaci apstinencijalnog sindroma na prijemu	.173	.159	1.182	.277	1.188	.871	1.623
Saradnik u lečenju	.251	.376	.447	.504	1.285	.616	2.684
Dužina lečenja	.521	.167	9.743	.002	1.684	1.214	2.337

Od sociodemografskih varijabli, na ishod lečenja alkoholizma značajno utiču *Bračno stanje* ($\text{Exp}(B) = 1.370$, 95% CI = 1.058, 1.774), i *Uspeh u srednjoj školi* ($\text{Exp}(B) = 0.871$, 95% CI = 0.776, 0.978). Od karakteristika kliničke slike prediktor ishoda lečenja je *Pad tolerancije* ($\text{Exp}(B) = 0.631$, 95%CI = 0.428, 0.930). Od karakteristika terapijskog procesa, na ishod lečenja značajno utiče *Dužina hospitalnog lečenja* ($\text{Exp}(B) = 1.684$, 95% CI = 1.214, 2.337).

Ovde treba naglasiti da je moguće opciono prihvatiti varijable: stepen obrazovanja, dužina apstinencije na prijemu i detoksikacija, s obzirom na nivo značajnosti $p < 0.10$.

5. DISKUSIJA

Prvi cilj našeg istraživanja bio je opisati sociodemografske i karakteristike zavisnosti od alkohola, kao i učestalost i vrstu komorbiditeta, pacijenata hospitalno lečenih u IMZ u periodu 1987 – 2012. godine, i definisati trend promene istih u analiziranom period. U realizaciji ovog cilja pošli smo od hipoteze da postoji trend promene strukture hospitalno lečenih pacijenata po pitanju sociodemografskih karakteristika, smanjenje broja „čistih“ alkoholičara i povećanje broja „politoksikomana“, povećanje komorbiditeta kod alkoholičara kao i porodičnog opterećenja alkoholizmom.

Rezultati našeg istraživanja ukazuju da postoji trend promene strukture hospitalno lečenih pacijenata po pitanju određenih sociodemografskih karakteristika, kao i smanjenje broja „čistih“ alkoholičara i povećanje broja „politoksikomana“ uz povećanje komorbiditeta kod alkoholičara. Ovim smo potvrdili našu polaznu hipotezu, osim u delu povećanja porodičnog opterećenja alkoholizmom, gde je potvrđena nulta hipoteza, tj. da ne postoji razlika između komparabilnih grupa po pitanju ove varijable.

Od 820 pacijenata hospitalno lečenih u IMZ u periodu 1987 – 2012. godine, 79.9% čine muškarci i 20.1% žene, a evidentan je trend porasta broja žena hospitalno lečenih od alkoholizma od 15.2% - 1987.godine, do 26.3% - 2012.godine ($\chi^2 = 7.661$; $p = 0.006$). Sličan trend utvrđen je i u drugim istraživanjima u svetu (Wallace i sar., 2003; Grant, 1997), mada se ističe da je alkoholizam i dalje primarno bolest muškaraca. Razlozi ovoj pojavi mogu biti dvojaki. Prvo, s obzirom na kulturološki aspekt, za razliku od opijanja kod muškaraca - koje se „podrazumeva“ i društveno je prihvatljivo, pijenje i „opijanje žena je sramota“ i stigmatizovano je. Shodno tome ovaj trend može biti posledica ne porasta broja žena koje piju, već njihovog povećanog javljanja psihijatru po pomoć, što bi bio znak pomaka na polju zdravstvene kulture. Drugo, trend može biti realni pokazatelj povećanja zloupotrebe alkohola kod žena (Greenfield, 2002), koje je uslovljeno negativnim aspektima borbe za prava žena, izjednačavanja sa muškarcima i destigmatizacije pijenja i opijanja žena na javnim mestima, što je itekako prisutno kod devojaka.

Prosečna starost pacijenata hospitalno lečenih od alkoholizma u našem uzorku je 42.05 godina ($SD=9.93$), a u analiziranom periodu prisutan je porast prosečne starosti lečenih alkoholičara od 41.40 godina 1987. do 44.61 godina 2012.godine. Ovaj trend porasta prosečne starosti lečenih alkoholičara nalazi potvrdu i u činjenici da je 1974. godine prosečna starost lečenih alkoholičara bila 37.4 godine (Gačić, 1978). Nalaz je uslovljen činjenicom da kao društvo starimo, ali treba uzeti u obzir i postojanje velikog broja alternativnih pristupa alkoholizmu (manje ili više naučno utemeljenih) kojima smo preplavljeni poslednjih godina, te zavisnik od alkohola gubi dragoceno vreme „lečeći se neproverenim metodama“, da bi se u IMZ javio „kada zagusti“. I na kraju alkoholizam dobija veliku konkurenciju u novim (bihevioralnim) zavisnostima, koje su mnogo privlačnije mladima (Mladenović & Lažetić, 2014) tako da očekujemo trend daljeg „starenja“ lečenih alkoholičara u narednom periodu.

Alkoholičari na lečenju su sve obrazovaniji, trend promene u periodu 1987 – 2012. godine ogleda se pre svega u padu broja pacijenata sa završenom osnovnom školom, i porastu pacijenata sa završenom srednjom školom ($\chi^2 = 18.459$; $p = 0.000$). Ovo je verovatno uslovljeno opštim promenama u društvu i sistematskim pristupom opismenjavanju ljudi, ali treba uzeti u obzir i činjenicu da su obrazovaniji zainteresovaniji za svoje zdravlje i da se shodno tome više javljaju po pomoć. Od ulaska Srbije u tranziciju firme jako malo vode računa o ovom aspektu zdravlja radnika, tj. sve ređe ih šalju na lečenje, pa se shodno tome niže obrazovani ljudi ređe sami javljaju po pomoć.

U analiziranom periodu utvrđen je izražen trend porasta broja nezaposlenih ($\chi^2 = 45.835$; $p=0.000$), uz opadanje broja zaposlenih u državnoj firmi i blag porast zaposlenih u privatnoj firmi. Nezaposlenost je globalni problem i sa sobom nosi bezperspektivnost, a u toj situaciji alkohol najčešće predstavlja sredstvo da se pobjegne iz ružne i teške realnosti (bar privremeno).

Što se tiče demografskih karakteristika, utvrđen je i trend porasta broja pacijenata bez dece ($\chi^2 = 4.880$; $p=0.027$), i trend porasta udela prvog deteta po redosledu rođenja u uzorku po godinama ($\chi^2 = 16.086$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012. godine. Evidentno je da su nalazi direktno uslovljeni društveno-ekonomskom situacijom i da predstavljaju odraz društva u celini. Uzroci su pre svega sociološki i vezani za bezperspektivnost, materijalnu nesigurnost, zanemarivanje porodice i porodičnih vrednosti i nametnutog sistema vrednosti potrošačkog društva.

Iz napred navedenog, sociodemografski profil zavisnika od alkohola hospitalno lečenih na IMZ u periodu 1987 – 2012. godine pokazuje stabilan trend starenja pacijenata, sa sve većim udelom žena, povećanjem nivoa obrazovanja zavisnika od alkohola, rastom nezaposlenosti i porastom broja pacijenata bez dece. Više je nego evidentno da je profil lečenih alkoholičara odraz dinamike društvene strukture, te shodno tome podložan uticaju svih onih elemenata koji menjaju strukturu društva. Poražavajući je zaključak koji se nameće da zavisnici od alkohola nisu više ljudi „sa dna društvene lestvice“, već oni koji se ne snalaze u svetu bez sistema vrednosti, a alkohol im služi kao najjeftinije sredstvo za beg od stresogene realnosti.

Utvrđili smo trend porasta psihijatrijskih poremećaja u porodici alkoholičara na lečenju, ali je interesantno da u odnosu na postojanje alkoholizma u porodici, nije utvrđena statistički značajna razlika po godinama preseka, mada je naša hipoteza bila da treba očekivati porast istog u analiziranom periodu. Koja su moguća objašnjenja?

Funkcionalnost porodice je od suštinskog značaja za normalan rast i razvoj pojedinca (Pejović, 1997; Ekermen, 1987). S druge strane živimo u veoma dinamičnom svetu koji zahteva sve veće angažovanje, brži život i kompetitivnost kao način preživljavanja, što su sve korelati stresa. Uticaj stresa se ogleda u većoj prevalenci psihijatrijskih poremećaja u porodici u analiziranom periodu, a bolesti zavisnosti kao „beg od realnosti“ predstavljaju pseudorešenje u prevazilaženju stresa. Kako onda ne postoji rast opterećenja alkoholizmom u porodici?

Činjenicu da je transgeneracijska transmisija alkoholizma značajan model prenosa bolesti u sledeću generaciju (Nastasić, 1998), potvrđuje naš nalaz da je alkoholizam oca je utvrđen u 37.9% slučajeva u našem uzorku. Međutim, jedno od objašnjenja nepostojanja porasta porodičnog opterećenja alkoholizmom je razvoj široke palete potencijalnih zavisnosti poslednjih 30 godina koje su društveno prihvatljive, pa često i poželjne. Tako se

prenosi zavisnički model, ali se stres kompenzuje kockanjem, internetom, preteranim radom ili kupovinom, drugim rečima društveno-ekonomski faktori su usloveli promenu strukture bolesti zavisnosti u društvu, pa je alkohol kao ranije kulturološki najprihvatljivija PAS, zamenjen drugim supstancama ili adiktivnim ponašanjem. S druge strane, veoma tolerantna sredina prema alkoholu, uz život u stresogenim uslovima, uslovljava pojavu bolesti kod pojedinaca koji nemaju porodično opterećenje alkoholizmom.

Našu hipotezu da očekujemo porast komorbiditeta u posmatranom periodu potvrdili smo i po pitanju psihijatrijskog i u odnosu na komorbiditet zavisnosti. Utvrdili smo trend porasta komorbiditeta zavisnosti u analiziranom periodu ($x^2 = 88.043$; $p = 0.000$), odnosno porast broja „politoksikomana“. Ovo je uslovljeno visokom i lakom dostupnošću novih PAS, i ekspanzijom bihevioralnih zavisnosti (napred objašnjeno). U odnosu na postojanje psihijatrijskog komorbiditeta utvrđen je trend porasta u godinama preseka ($x^2 = 19.208$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012.godina.

Po pitanju psihijatrijskog komorbiditeta u strukturi ispitanika utvrđen je trend povećanja učešća afektivnih poremećaja (depresija) i poremećaja ličnosti, uz smanjenje broja pacijenata koji nemaju psihijatrijski komorbiditet. Weissman i Jeffrey (1985) navode alkoholizam muškaraca kao ekvivalent hroničnog depresivnog poremećaja, a Federn (2001) govori o zavisnosti kao specifičnom vidu odbrane od depresije. Depresija predstavlja stalnu borbu između Ega i Super-ega, i zasniva se na istoj predispoziciji kao i alkoholizam, a Super-ego se metaforički definiše kao »deo razuma rastvorljiv u alkoholu« (Fenichel, 1961). Po Hartmanu (1996), kapacitet za neutralizaciju je osnovni kriterijum za procenu snage Ega, a kod zavisnika neutralizacija nije dovoljno prisutna, što rezultira gotovo stalno prisutnim osećanjem unutrašnje napetosti. Znači, slabost Ega alkoholičara uz rigidan i strog Super-ego i konstantni rast stresa uzrokovan stilom života i imperativom kompeticije uzrokuje trend porasta depresije kod bolnički lečenih alkoholičara, u analiziranom periodu. Drugi vid slabosti Ega, strukturisan u psihopatološki entitet, je poremećaj ličnosti. „Poremećaji ličnosti su glavni i redovni prateći znaci alkoholizma, bez obzira da li su uzrok ili posledica zavisnosti od alkohola“ (Gačić, 1988). Slično kao i kod depresije, i ovde konstantni porast stresa u današnjem društvu dovodi do dekompenzacije, te je shodno tome poremećaj ličnosti entitet sa tendencijom daljeg porasta kao komorbiditet alkoholizma, ali i u opštoj populaciji.

Trend povećanja psihijatrijskog komorbiditeta u analiziranom periodu je očekivan, s obzirom na promene u društvu, ali i promene u strukturi ličnosti kod mlađih generacija. Društvo, vođeno pre svega tržišnom ekonomijom, uvodi nove vidove zabave, ali i sintetičke droge sa ogromnim adiktivnim potencijalom. Imperativ brzog života uslovljava da se sve proba (da bi se bilo u trendu), ali i nosi veliki pritisak i hronični nedostatak vremena. Velika ponuda različitih PAS uz permanentni stres uzrokuje porast komorbiditeta zavisnosti, ali i ispoljavanje bogatog psihopatološkog spektra u celini, sa dominacijom depresije kao hronične i onesposobljavajuće bolesti (Waraich, 2004). S druge strane, »moralni vakuum« (Marić, 1984) uslovljava da humanost postaje »misaona imenica« a borba za opstanak egzistencijalna poteba što, uz zanemarivanje porodice, utiče na promenu karaktera modernog čoveka sa stvaranjem idealne podloge za porast učestalosti psihopatološkog entiteta – poremećaj ličnosti.

U odnosu na preferirani tip pića, utvrdili smo izražen trend opadanja udela žestokog pića i porast udela kombinovanja žestokih pića sa pivom ili vinom ($x^2 = 51.083$;

p=0.000) u periodu 1987 – 2012. godina. Ovaj trend je uzrokovan najverovatnije migracijom stanovništva iz unutrašnjosti u veće gradove, što je potvrđeno i našim nalazom porasta broja pacijenata iz Beograda, uz pad udela pacijenata iz unutrašnjosti. Veliki problem danas predstavlja nekritično reklamiranje alkohola od strane velikih proizvođača, navodeći pre svega mladu populaciju da se identifikuju sa svojim idolima koji reklamiraju („piju“) pojedine brendove. Drugim rečima, verovatno je smanjen udeo alkohola iz domaće proizvodnje (rakija) i povećana potrošnja dostupnih i favorizovanih alkoholnih pića velikih proizvođača.

Po pitanju nekoliko karakteristika alkoholizma kod ispitanika utvrdili smo statistički značajnu razliku u odnosu na godine preseka, ali bez potvrđivanja trenda koji bi ukazivao na pravilnost i jasan razlog promene strukture: prvi kontakt sa alkoholom, učestalost pijenja kod ispitanika, trajanje toksikomanske faze kod ispitanika, prekid filma (alkoholna amnezija) i pad tolerancije. Shodno tome možemo da pretpostavimo da su utvrđene razlike individualno uslovljene, eventualno odraz kratkotrajnog uticaja izvesnih socio-ekonomskih faktora, ali da ne možemo da govorimo o pravilnosti promene strukture uzorka u posmatranom periodu. Odnosno, u periodu 1987 – 2012. godine nije došlo do značajnije promene navedenih karakteristika alkoholizma kod hospitalno lečenih zavisnika.

U odnosu na dužinu apstinencije na prijemu u bolnicu, utvrđena je izražena linearna povezanost u godinama preseka ($x^2 = 32.692$; $p=0.000$) u vidu trenda povećanja udela pacijenata koji apstiniraju duže od 7 dana, uz smanjenje broja pacijenata koji ne apstiniraju na prijemu. U vezi s tim definisana je linearna povezanost ($x^2 = 16.251$; $p=0.000$) po godinama preseka, sa opadanjem udela teškog apstinencijalnog sindroma (bez / sa delirijumom). U terapijskom kontekstu, izražen je trend ($x^2 = 131.217$; $p=0.000$) opadanja primene detoksikacije na prijemu u bolnicu u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka.

Apstinencijalni sindrom započinje nekoliko sati odnosno dana nakon prekida ili smanjenja dugotrajnog pijenja, i znak je fizičke zavisnosti od alkohola. U kliničkoj slici dominira vegetativna hiperaktivnost, tremor ruku, mučnina, anksioznost, depresivnost, psihomotorna agitacija. Prevalenca alkoholnog apstinencijalnog sindroma u opštoj populaciji je niska, međutim, izuzetno je visoka među onima koji su se javili u zdravstvenu ustanovu radi detoksikacije, zbog zloupotrebe alkohola (do 86%)(Caetano i sar. 1998). Shodno tome, trend opadanja vrednosti 3 varijable povezane sa apstinencijom u periodu 1987 – 2012. godine, možemo tumačiti činjenicom da je prisutan trend smanjenog prijema u bolnicu pacijenata koji zahtevaju akutni tretman (detoksikaciju) zbog težine kliničke slike. Odnosno, tendencija povećanog prijema „medicinski lakših pacijenata“ može da bude uslovljena manjim prilivom takvih pacijenata u celine (u skladu sa našim nalazom da postoji trend smanjenja udela pacijenata koji piju isključivo žestoko piće, što je najčešći uzrok teškog apstinencijalnog sindroma). Međutim, verovatniji je razlog promena terapijske doktrine na Klinici za bolesti zavisnosti IMZ, sa ciljem da se detoksikacija vrši u ambulantnim uslovima, shodno aktuelnim stručnim preporukama da više od 90% pacijenata sa apstinencijalnim sindromom može i treba da bude tretirano u ambulantnim uslovima (Soyka & Horak, 2004). Nakon toga, pravi se stručna procena o težini kliničke slike, i donosi odluka o nastavku tretmana u vidu dispanzerskog, poluhospitalnog ili hospitalnog modaliteta lečenja.

Drugi cilj našeg istraživanja bio je prikazati karakteristike terapijskog procesa kod zavisnika od alkohola hospitalno lečenih sistemskom terapijom u IMZ, definisati trend promene istih u analiziranom periodu i utvrditi korelaciju između dužine hospitalnog tretmana i varijabli iz klastera - Karakteristike alkoholizma kod ispitanika. U realizaciji ovog cilja krenuli smo od hipoteze da očekujemo trend produženja tretmana i većeg otpora u lečenju.

Prosečna dužina hospitalnog tretmana za ceo uzorak je 44.91 dana (SD = 26.60), i primenom ANOVE utvrđena je statistički visoko značajna razlika između komparabilnih grupa (F = 11.615; p = 0.000), sa trendom produženja od 36.81 dana 1987. do 54.96 dana 2012. godine. Ovaj nalaz potvrđen je i varijablom dužina hospitalnog tretmana u intervalima, sa izraženom linearnom povezanošću u godinama preseka ($x^2 = 115.951$; p=0.000) i definisanim trendom povećanja udela pacijenata koji se leče duže od 2 meseca. Ovim smo potvrdili našu polaznu hipotezu da očekujemo trend produženja hospitalnog tretmana. Produženje hospitalnog lečenja može da bude znak povećanog otpora u tretmanu, što bi bilo potkrepljeno našim nalazom kompleksnije psihopatologije u kasnijim godinama preseka, ali u tom slučaju bi trebalo očekivati i trend povećanja korelati otpora u lečenju kao što su samoinicijativno napuštanje lečenja (dropout) i prolongiranje izvršenja programom planiranih obaveza. U našem istraživanju nije utvrđena pravilnost u promeni broja pacijenata koji samoinicijativno napuštaju lečenje ($x^2 = 0.141$; p=0.707), tj. ne postoji trend povećanja dropauta u hospitalnom lečenju alkoholičara sistemskom terapijom.

Po pitanju drugih korelata otpora, a vezano za izvršenja programom planiranih obaveza, analizirali smo podatke vezano za Ispit iz alkohologije, Veliko predstavljanje i Rezime lečenja.

Prosečna dužina perioda od dolaska na odeljenje do polaganja Ispita iz alkohologije je 32.73 dana (SD= 11.96), ali i pored značajne razlike između komparabilnih grupa (F = 7.937; p = 0.000) po godinama preseka, nije utvrđena pravilnost promene. Sličan nalaz smo dobili i u odnosu na uspeh na ispitu iz alkohologije, gde je utvrđena značajna razlika po godinama preseka ($x^2 = 77.844$; p=0.000), ali bez linearne povezanosti ($x^2 = 3.137$; p=0.079) u periodu 1987 – 2012.godina. Ovaj nalaz ukazuje da su promene po pitanju varijable Ispit iz alkohologije individualno uslovljene i shodno tome pokazatelj su otpora (i kapaciteta) pojedinca, ali da ih ne možemo smatrati znakom povećanja otpora u globalu kod pacijenata u analiziranom periodu.

Prosečna dužina perioda od Ispita iz alkohologije do Velikog predstavljanja je 24.02 dana (SD= 8.25), ali bez pravilnosti promene u posmatranom periodu. Veliko predstavljanje je uspešno izložilo 36.7% pacijenata iz ukupnog izorka od 820 alkoholičara. U strukturi ispitanika postoji trend povećanja broja pacijenata koji su uspešno izložili Veliko predstavljanje iz I pokušaja, ali i značajan pad broja pacijenata koji nisu izlagali Veliko predstavljanje, od 87.9% - 1987 godine, do 42.7% - 2012. godine. Nalaz sličan prethodnom dobili smo i u odnosu na varijablu »Rezime lečenja«. Prosečna dužina perioda od Velikog predstavljanja do Rezimea lečenja je 19.68 dana (SD= 5.83), ali bez pravilnosti u promeni vrednosti varijable u analiziranom periodu. Rezime lečenja je uspešno izložilo 33.2% pacijenata iz ukupnog izorka od 820 alkoholičara. U strukturi ispitanika postoji trend povećanja broja pacijenata koji su uspešno izložili Rezime lečenja iz I pokušaja, ali i značajan pad broja pacijenata koji nisu izlagali Rezime lečenja, od 90.8% - 1987 godine,

do 41.8% - 2012. godine. Znači, analizom potencijalnih korelata otpora nismo utvrdili pravilnost u povećanju otpora kod pacijenata u analiziranom periodu.

Prethodno rezimirani rezultati su interesantni, jer očekivano produženje lečenja očigledno dobija dijametralno drugačiji kontekst. Naime, ne samo da nismo dobili povećanje otpora prema lečenju u analiziranom periodu, već smo utvrdili postojanje trenda sa značajno većim brojem pacijenata koji završavaju kompletan terapijski proces. Jedno od objašnjenja je napred pojašnjena promena strukture hospitalno lečenih pacijenata. U prvoj fazi primene programa, „neotrežnjeni pacijenti“ primani u program su evidentno bili nisko motivisani za lečenje po ovom programu, i po kupiranju neprijatnog apstinencijalnog sindroma, lečenje je završavano na edukativnom nivou bilo zbog limitiranih potencijala, bilo zbog niske motivisanosti za kompletan tretman. Sa promenom strukture lečenih alkoholičara, pacijenti su „postali kompleksniji“, pa samim tim i pogodniji za jedan tako „kompleksan“ program kao što je sistemska terapija alkoholizma. Odnosno, u terapiji je defokusirano samo pijenje, a akcenat je stavljen na disfunkcionalnost alkoholičarskog sistema (što je poenta rada na Velikom predstavljanju). Međutim, s druge strane, ako posmatramo apsolutne brojeve, ne postoji razlika u broju pacijenata koji završavaju kompletno lečenje po godinama preseka, što bi impliciralo da je tokom godina došlo do profilisanja programa, i da se program „kritičnijom trijažom“ oslobodio onih pacijenata za koje je empirijski uvrđeno da ne zahtevaju tako kompleksan tretman, što je dovelo do pada broja alkoholičara hospitalno lečenih u analiziranom periodu.

Dominantni povod za dolazak na lečenje su zdravstvene posledice (47.7%), a po godinama preseka utvrđen je trend ($x^2 = 16.051$; $p=0.000$) opadanja udela profesionalnih i povećanja udela šire socijalnih posledica u periodu 1987 – 2012. godine. Ovaj nalaz je očekivan, a povezan je sa gubitkom interesovanja firmi za zdravstveno stanje svojih radnika, a s obzirom pijanstvo na radnom mestu predstavlja „grubo kršenje radnih obaveza“, danas je mnogo jeftinije otpustiti takvog radnika, nego poslati ga na lečenje. S druge strane, sve je veći broj pacijenata koji dolaze po „meri bezbednosti“ određenoj od strane suda zbog nasilničkog ponašanja u porodici, što s obzirom na „alternativu“ (zatvor) predstavlja relativno dobru motivaciju da se završi kompletan program.

Terapijski kontekst definisan kroz postojanje saradnika u lečenju, pokazuje trend povećanja udela učešća roditelja i smanjenja udela učešća predstavnika R.O., uz smanjenje broja pacijenata koji nemaju saradnika. Trend smanjenog angažovanja firme u terapijskom procesu je već pojašnjen, a interesantan je podatak trenda povećanja učešća roditelja kao saradnika, što je na prvi pogled čudno s obzirom da postoji trend „starenja“ hospitalno lečenih pacijenata. Međutim, objašnjenje i ove činjenice je verovatno prevashodno sociološka, a bazira se na činjenici da se ljudi u Srbiji sve ređe (i sve kasnije) odlučuju na brak, dolazi do naglašenog otuđenja u društvu, tako da u teškim situacijama jedino možemo računati na porodicu, a na žalost pod porodicom se kod nas sve češće podrazumevaju roditelji. Tendencija smanjenja broja pacijenata koji nemaju saradnika je s druge strane, verovatno u potpunosti definisana zahtevom programa, a ne realnom situacijom u društvu.

Interesantan je trend opadanja primene *Disulfirama* ($x^2 = 30.979$; $p=0.000$) u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka. Metodološki on predstavlja jedan od „ugaonih kamenova“ programa, i jedino realno objašnjenje je vezano za porast broja pacijenata sa kontraindikacijama za primenu ovog preparata, što delimično nalazi potvrdu u trendu povećanja komorbiditeta u analiziranom periodu. Međutim, moguće objašnjenje je i

naglašeno insistiranje u društvu na „ljudskim pravima“, nažalost vrlo često nekritično, kontraproduktivno i tendenciozno, što predstavlja dodatnu presiju i na lekare, tako da i najmanji nagoveštaj moguće komplikacije (zdravstvene ili pravne) pri primeni disulfirama navodi lekara na odluku da odustane od njegove primene.

Analizirali smo uticaj sledećih karakteristika alkoholizma kod ispitanika na dužinu hospitalnog lečenja: način pijenja, ponašanje u pijanom stanju, prvi kontakt sa alkoholom, trajanje toksikomanske faze (zavisnost od alkohola), pad tolerancije, alkoholne amnezije i preferirani tip pića. Nije utvrđeno da način pijenja alkohola utiče na dužinu hospitalnog lečenja, mada svakodnevni alkoholičari, „dolivači“, kraće borave na odeljenju. Nije utvrđeno da ponašanje u pijanom stanju utiče na dužinu hospitalnog lečenja. Ukrštanjem varijable „vreme prvog kontakta sa alkoholom“ i dužina hospitalnog lečenja, nije utvrđena statistički značajna korelacija. Nije utvrđeno da dužina trajanja toksikomanske faze utiče na dužinu hospitalnog lečenja. Ukrštanjem varijable „alkoholna amnezija (prekid filma)“ i dužina hospitalnog lečenja, nije utvrđena statistički značajna korelacija.

Ukrštanjem varijable „pad tolerancije“ i dužina hospitalnog lečenja, utvrđena je statistički značajna korelacija ($x^2 = 8.258$; $p=0.014$), a ogleda se u činjenici da se osobe sa padom tolerancije kraće leče. Ukrštanjem varijable „preferirani tip alkoholnog pića“ i dužina hospitalnog lečenja, utvrđena je statistički značajna korelacija ($x^2 = 17.284$; $p=0.002$), a ogleda se u činjenici da se osobe koje preferiraju žestoka alkoholna pića kraće leče. Porast tolerancije je jedan od kriterijuma alkoholne zavisnosti, međutim tokom dugogodišnjeg alkoholizma dolazi do oštećenja skoro svih organskih sistema, pogotovo jetre, a vrlo često i mozga. Shodno tome pad tolerancije (kao vid autoregulacije) je znak težih organskih oštećenja, a žestoka pića zbog velike koncentracije alkohola brže i intenzivnije dovode do istih, tako da su prethodne 2 varijable, koje dovode do prolongiranja lečenja, u korelaciji. Prolongirano lečenje kod ovih pacijenata je uzrokovano težinom somatskih oštećenja i dužim periodom potrebnim za potpun oporavak, ali i kompromitovanim kognitivnim funkcionisanjem (Birak i sar., 2010) (uglavnom na nivou blagih kognitivnih oštećenja) što usporava edukativni proces, a otežava i promenu disfunkcionalnih bihevioralnih obrazaca.

Terapijski proces u produžnoj fazi lečenja smo analizirali kroz 3 varijable: redovnost na dispanzerskim kontrolama, aktivnost u Klubu lečenih alkoholičara i aktivnost u produžnim terapijskim grupama.

U produžnim terapijskim grupama angažuje se 28.7% pacijenata od ukupnog uzorka, tj. 40% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja. U odnosu na „aktivnost u produžnim grupama“, utvrđena je linearna povezanost u godinama preseka ($x^2 = 6.636$; $p=0.010$) u periodu 1987 – 2012.godina, koja se pre svega ogleda u trendu povećanja broja ispitanika koji se u produžnoj grupi zadržavaju 1 – 2 godine. U Klubu lečenih alkoholičara angažuje se 20.7% pacijenata od ukupnog uzorka, tj. 29.2% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja. Po pitanju varijable „angažovanje u klubu lečenih alkoholičara“ nije utvrđena je linearna povezanost ($x^2 = 0.994$; $p=0.324$) po godinama preseka. Ove aktivnosti u produžnoj fazi tretmana imaju pre svega za cilj da doprinesu potpunijoj socijalnoj rehabilitaciji, ali i unapređenju porodičnog funkcionisanja. Relativno mali broj angažovanih pacijenata uslovljen je pre svega niskom motivacijom da se nastavi rad na poboljšanju funkcionisanja (princip zadovoljstva), a u određenom broju slučajeva je tehničke prirode (pacijenti iz unutrašnjosti). Cilj je da se svakako u narednom periodu poveća broj pacijenata

angažovanih pre svega u Klubu lečenih alkoholičara, ali i u produžnim terapijskim grupama.

Na dispanzerkim kontrolama redovno je 50.5% od ukupnog uzorka, tj. 71.3% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja. U odnosu na varijablu „redovnost na dispanzerskim kontrolama“, utvrđen je trend blagog povećanja u periodu 1987 – 2012.godina. Kontakt lekara sa pacijentom nakon hospitalnog tretmana je izuzetno bitan, a uzrok neredovnosti je loš terapijski odnos (niska motivisanost uz nepostojanje uvida), a u izvesnom broju slučajeva i vraćanje psihijatru u Domu zdravlja u unutrašnjosti.

Treći cilj našeg istraživanja bio je proceniti efikasnost tretmana u odnosu na primarni ishod – apstinencija od alkohola, analizirati ishod po godinama preseka, i utvrditi korelaciju ishoda tretmana sa izabranim varijablama iz klastera definisanih nezavisnih varijabli. U realizaciji ovog cilja krenuli smo od hipoteze da očekujemo pad efikasnosti definisanog modela sistemske terapije alkoholizma, koji se ogleda većem odustajanju od lečenja tokom terapijskog procesa, kao i češćim recidivima u periodu praćenja od godinu dana po završetku intenzivne faze (hospitalnog tretmana).

Da bismo što kompletnije sagledali dinamiku terapijskog procesa i utvrdili efikasnost sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima, prvo smo analizirali ishod hospitalnog tretmana, sa idejom da definišemo prediktore pozitivnog ishoda, tj. uspešno završenog hospitalnog lečenja. Hospitalni tretman uspešno je završilo 71% osoba zavisnih od alkohola uključenih u model sistemske terapije alkoholizma, što je značajan rezultat s obzirom na kompleksnost tretmana i prosečnu dužinu lečenja od 55 dana. U grupi pacijenata koji nisu završili hospitalno lečenje (29%) prosečna dužina lečenja je 19 dana, što se po programu poklapa sa završetkom psihoedukativne faze i početkom rada na uvidu u bolest i promeni disfunkcionalnih obrazaca ponašanja. Shodno tome, pretpostavljamo da kada se somatski stabilizuju i psihološki prerade posledice svog alkoholizma, vođeni principom zadovoljstva, napuštaju naporno i dugotrajno lečenje, svesni da bi dalji tretman zahtevao dublje promene uz redefinisavanje svog mesta u društvu, ali i stava prema alkoholu.

Analizom dobijenih podataka izdvojilo se 6 varijabli koje značajno utiču na ishod bolničkog lečenja zavisnika od alkohola - *prediktori ishoda hospitalnog lečenja*: stepen obrazovanja, radni status ispitanika, dužina trajanja zavisnosti od alkohola, dužina apstinencije na prijemu u bolnicu, postojanje saradnika u lečenju, i primena disulfirama u terapiji (Mladenovic i sar., 2023).

Stepen obrazovanja je značajan prediktor ishoda lečenja ($p=0.006$), uz jasno izraženu linearnu povezanost rasta dropauta sa nižom stručnom spremom. Činjenica je da zavisnik od alkohola može da postane svako, bez obzira na obrazovanje, mada pojedina istraživanja sugerišu protektivnu ulogu obrazovanja u razvoju alkoholizma (Grant et al., 2012; Crum et al., 1998). Međutim u terapijskom procesu upravo obrazovanje postaje faktor distinkcije (Brorson et al., 2013; Greenfield et al., 2003), jer sa pružanjem informacije, konfrontacijom sa činjenicama tokom faze uvida i redefinisanjem odnosa u porodici obrazovanije osobe prepoznaju problem i logički ga rešavaju uz prihvatanje lične odgovornosti za svoj život (Shuler et al., 2015). Niže obrazovane osobe, zbog nedostatka potencijala, deficita u socijalnim veštinama i izbegavanja lične odgovornosti (Sawayama et al., 2012; Tapert et al., 1999; Greenfield et al., 2000), napuštaju lečenje nesprenni da se suoče sa realnošću.

Pozitivan *radni status* je značajan faktor za uspešan ishod bolničkog lečenja ($p = 0.005$). Strah od gubitak posla je povezan sa doživljajem ugrožavanja lične egzistencije, te predstavlja faktor rizika za nastanak alkoholizma, a u kontekstu terapije je svakako jedan od najjače motivišućih faktora za izlečenjem (López-Goñi et al., 2012; Piontek et al., 2017; Deb et al., 2011; Brown et al., 1990). Rezultati našeg istraživanja ukazuju da zaposleni alkoholičari u znatno manjoj meri napuštaju lečenje u odnosu na nezaposlene i penzionere, svesni činjenice da napuštanjem lečenja ugrožavaju radni status. Nešto bolji ishoda bolničkog lečenja kod zaposlenih u državnim (74.8%) u odnosu na privatne firme (69.8%), možemo tumačiti većom zainteresovanošću države da pomogne ovim ljudima, u odnosu na privatni sektor koji se vođen profitom vrlo često odriče ovih radnika, mada treba uzeti u obzir i činjenicu da postoji ogromna diskrepanca u našem uzorku u broju zavisnika od alkohola koji su zaposleni u državnoj (90%) i privatnoj firmi (10%).

Dužina trajanja zavisnosti od alkohola je jedan od prediktora ishoda bolničkog lečenja ($p = 0.032$). Najveći broj alkoholičara koji se javlja na lečenje je sa alkoholičarskim stažom između 10 – 20 godina, a u ovoj grupi i najveći broj pacijenata završava lečenje (74.8%), dok su najslabiji rezultati u grupi pacijenata sa trajanjem alkoholizma do 5 godina (58.7%) ($p = 0.040$). Razlozi su mnogobrojni ali svakako su od značaja veći otpor i slabiji uvid u problem kod zavisnika sa kraćim stažom, s obzirom na činjenicu da su zbog kraćeg trajanja bolesti i posledice alkoholizma blaže, te je i motivacija za lečenjem diskutabilna (Aguar et al., 2012; Elbreder et al., 2011; Ray et al., 2017; McGrath et al., 1999; Miller et al., 1993).

Vrlo značajan prediktor ishoda bolničkog lečenja je *dužina apstinencije od alkohola na prijemu u bolnicu* ($p = 0.001$), koji ukazuje da što je period apstinencije duži verovatnoća za uspeh u lečenju raste. Najveći dropout je utvrđen kod pacijenata koji na prijemu u bolnicu ne apstiniraju (34.8%), a razlozi su vezani za činjenicu da su to pacijenti kojima je pomoć pre svega potrebna da prevaziđu mučan (pa i opasan) apstinencijalni sindrom, kao i da se malo stabilizuju i »predahnu od pijenja«, dok suštinski nisu zainteresovani za lečenje (Nguyen et al., 2020; Preuss et al., 2012; Mayo-Smith et al., 2004). Značaj ovog prediktora se ogleda i u činjenici da istovremeno predstavlja u *modulator ishoda lečenja*, jer kod odabranih pacijenata »skidanje sa alkohola« uz dodatnu motivaciju za lečenjem može se obaviti i u ambulantnim uslovima, tako da efikasnijom trijažom definišemo stabilnije indikacije za hospitalni tretman.

Uključivanje saradnika u terapijski proces je jedna od specifičnosti sistemske terapije alkoholizma a modelom binarne logističke regresije potvrđena je značajnost ove varijable za ishod lečenja ($p=0.015$). Interesantno je da smo univarijantnom statističkom analizom utvrdili i da je visoko značajno ko je saradnik u lečenju ($p = 0.001$), te su najslabiji rezultati kada su roditelji saradnici (65.7%), a najbolji kada je saradnik predstavnik firme (91.2%). Objašnjenje bi bilo povezano sa otporom prema lečenju, i činjenicom da su roditelji po definiciji visoko tolerantni prema zahtevima svoje dece dok je tolerancija sistema (definisan kroz predstavnike firme) minimalna (McCann & Lubman 2018, McCrady et al. 2018; Saunders et al., 2006; Copello et al., 2005). Evidentno je i da su deca veliki motiv roditeljima da se izleče (81.1%), dok se prednost sistemskog modela u celini ogleda kroz podatak da je uspeh u lečenju najslabiji kod pacijenata koji nemaju saradnike (58.1%) što je potvrđeno i u drugim istraživanjima (Hunter-Reel et al., 2012, O'Farrell & Clements, 2012; Stanton & Shadish, 1997).

Preporučena *primena disulfirama u terapiji* je druga specifičnost našeg modela lečenja (Mladenovic i sar., 2023), i ona se pokazala najznačajnijim prediktorom ishoda lečenja ($p = 0.000$), što je u skladu i sa drugim istraživanjima (Elbreder et al., 2010). Bez obzira na činjenicu da se primenjuje duže od pola veka, stavovi u vezi njegove primene još uvek su kontraverzni. Dok Garbutt i saradnici (1999) ističu da ne postoji dovoljan broj dobro dizajniranih studija koje bi potvrdile njegovu efikasnost (Ulrichsen et al., 2010), drugi tvrde da je efikasnost disulfirama u prevenciji relapsa nesporna i da se veoma poboljšava kada se preparat uzima pod supervizijom nekog iz pacijentove okoline (Skinner et al., 2014; Fuller & Gordis, 2004; De Sousa & De Sousa, 2005; Heather et al., 2006).

Od ukupnog broja alkoholičara primljenih na hospitalni tretman u periodu 1987 – 2012. godine ($N = 820$), lečenje je po programu sistemske terapije alkoholizma završilo 582 (71%) a lečenje je napustilo 238 (29%) pacijenata. Od 582 pacijenta koji su završili hospitalni tretman, jednogodišnju apstinenciju od alkohola ostvarilo je 281 (48.3%) pacijenata. Shodno tome, od 820 pacijenata uključenih u tretman, lečenje od alkoholizma je uspešno završilo 281 pacijent, te možemo reći ***efikasnost sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima je 35%***. Pritom, treba imati u vidu ograničenje uzrokovano tipom studije (retrospektivna), odnosno nemogućnost uspostavljanja kontakta sa pacijentom po završetku lečenja, s obzirom da smo svaki prestanak komunikacije sa IMZ proglasili recidivom. Verovatno postoji izvestan broj pacijenata koji se nisu javljali na kontrole iz materijalnih razloga, nastavili su kontrolu u mestu prebivališta, ili ostvarili dalju uspešnu apstinenciju bez nadzora stručnjaka.

U odnosu na dužinu apstinencije po završetku hospitalnog tretmana, utvrđena je statistički visoko značajna razlika *po godinama preseka* uz značajnu linearnu povezanost ($x^2 = 33.214$; $p = 0.000$). Ne postoji jasno definisan trend ni u jednoj od grupa ishoda lečenja, međutim evidentan je pomak u desno, tj. tendencija produženja dužine apstinencije u periodu 1987 – 2012. godina. Drugim rečima, nije potvrđena naša hipoteza pada efikasnosti definisanog modela sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima u analiziranom periodu. S obzirom da je naša hipoteza bazirana na burnim promenama u državi, tj. na uticaju sociodemografskih faktora na ishod lečenja, moguće objašnjenje leži u činjenici da na uspešnost lečenja pre svega utiču individualni faktori. Individualna rezilijentnost u odnosu na nepovoljno okruženje zasniva se na biološkoj i psihološkoj predispoziciji, i predstavlja sposobnost da se tokom vremena osoba izdigne iznad nesreće, a favorizovane karakteristike sazrevaju u trajne snage ili aspekte ličnosti, koje nazivamo rezilijencama (Volin & Volin, 1996.). Ovih rezilijenci ima 7 i to su: uvid, nezavisnost, odnosi, inicijativa, kreativnost, humor i moral. Međutim, već smo ranije rekli da su alkoholičari osobe sa relativno slabim Egom, stoga priča o rezilijentnosti u najmanju ruku ne bi bila dovoljno objašnjenje. S druge strane, analiza apsolutnih brojeva daje nešto drugačiju sliku, naime broj alkoholičara koji su završili hospitalni tretman 2012. godine je duplo manji u odnosu na 1987. Shodno tome, ne postoji značajna razlika po ukupnom broju alkoholičara uspešno lečenih, čak postoji i pad u odnosu na ostale godine preseka pre 2000. godine. Skloni smo pre da verujemo, da je kompleksnost i zahtevnost samog modela uz promenu psihopatologije dovela do „prirodne trijaže pacijenata“ (ranije objašnjeno), čime je smanjen broj pacijenata ali povećana efikasnost modela.

Utvrđili smo da žene u nešto većem procentu (73.3%) od muškaraca (70,4%) završavaju hospitalno lečenje, i u većem procentu (57.5%) u odnosu na muškarce (51.1%)

apstiniraju duže od godinu dana, međutim ova razlika nije statistički značajna. Pacijenti koji napuštaju lečenje su mlađi ($M=40.84$; $SD=10.48$) u odnosu na one koji završavaju hospitalni tretman ($M=42.55$; $SD=9.66$), što je značajan faktor za ishod lečenja ($t= 2.242$; $p<0.05$). Prosečna *starost pacijenata* koji apstiniraju duže od godinu dana je 42.19 godina ($SD = 9,42$), ali to nije varijabla od značaja za dužinu apstinencije. Najveći uspeh postignut je u starosnoj grupi do 20 - 29 godina (63.4%), međutim s obzirom na relativno mali broj pacijenata u toj grupi (41), možemo reći da na terapiju najbolje reaguju alkoholičari u starosnoj grupi 40 - 49 godina (56.5%), a najslabiji u starosnoj grupi 50 – 59 godina (43.3%), mada između grupa nije utvrđena statistički značajna razlika. Činjenicu da mlađi alkoholičari u većoj meri napuštaju lečenje možemo objasniti manjim posledicama s obzirom na kraće trajanje alkoholizma, tj. većim otporom prema lečenju. Jedno od mogućih objašnjenja nešto boljih rezultata kod žena je veća stigmatizacija, samim tim i osećaj krivice, ali i prisila da uspehom u lečenju poprave narušene socijalne odnose.

Od 11 varijabli od značaja za ishod lečenja alkoholizma (jednogodišnja apstinencija) dobijenih univarijantnom statistikom, primenom binarne logističke regresije izdvojilo se 4 varijabli koje su u našem modelu definisane kao varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma (*Nagelkerke R Square = 0.189*): bračni status, uspeh u srednjoj školi, pad tolerancije i dužina lečenja.

Možda najinteresantniji nalaz vezan je za bračni status - najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen je kod udovaca(75%), a najmanji procenta kod ispitanika u braku(46.6%) ($x^2 = 12.715$; $p=0.005$). Naime utvrdili smo da da brak stoji u negativnoj korelaciji sa dužinom apstinencije od alkohola, tj. alkoholičari u braku kraće apstiniraju. Naizgled paradoksalan nalaz apsolutno se uklapa u logiku systemske terapije. Alkohol u braku ima ulogu regulatora distance među supružnicima, s tim što oboje imaju »koristi« od takvog braka – alkoholičar zadovoljava svoju zavisnost, a supruga ima tzv. »dobiti« odnosno manevarski prostor za ispoljavanje »lične psihopatologije«. Lečenjem brak postaje funkcionalan, ali oba supružnika gube svoj komoditet. U početnoj fazi žena je izuzetno zainteresovana da suprug prestane da pije, jer to je jedina aktivnost koja u takvom braku nije pod njenom kontrolom. Međutim, sa ulaskom alkoholičara u terapiju, za dalji napredak neophodne su promene kod supruge, a onda se kod žene javljaju jaki otpori praćeni racionalizacijama. Tako da čim se alkoholičar malo somatski stabilizuje i uspostave površne »kozmetičke«promene u braku, ako ne postoji suštinska motivacija za promenom, bračni par ulazi u »pakt« protiv terapije i to predstavlja najdestruktivniju koaliciju, s obzirom da se po definiciji završava napuštanjem terapije, po njihovoj zajedničkoj odluci. S druge strane, najveći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen je kod supružnika koji su duže od 20 godina u braku (58.5%).

U odnosu na *uspeh u srednjoj školi* utvrđena je statistički značajna razlika po pitanju dužine apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja, naime apstinenciju dužu od godinu dana ima 65.8% alkoholičara sa odličnim u odnosu na 47.4% sa dovoljnim uspehom, uz visok stepen linearne povezanosti ($x^2 = 18.447$; $p=0.000$). Školski uspeh i stepen obrazovanja su potvrđeni kao protektivni faktori u velikom broju studija (Bachman i sar., 2011; Bryant i sar., 2003; Dever i sar., 2012). Objašnjenje je vezano za činjenicu da po prevazilaženju početne krize (apstinencijalne, ali i psihološke) uklapanje u zahtevnu i kompleksnu terapiju pre svega zavisi od kognitivnih i introspektivnih potencijala. Pretpostavljamo da bolji uspeh u srednjoj školi implicira i veće intelektualne potencijale,

fond znanja i mogućnost sveobuhvatnijeg sagledavanja problema, što su faktori od velikog značaja u procesu resocijalizacije i lične i profesionalne reafirmacije. Ako pacijent uspe da održi trend pozitivnih promena započetih u intenzivnoj fazi, sa velikom verovatnoćom može se očekivati u duža (trajna) apstinencija.

Po pitanju varijable *pad tolerancije* utvrđena je statistički značajna razlika u dužini apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 10.699$; $p=0.010$), a veći procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen je kod ispitanika kod kojih ne postoji pad tolerancije (56.8%), u odnosu na alkoholičare sa padom tolerancije (46.0%). Pad tolerancije se javlja kod hroničnih alkoholičara, a predstavlja znak oštećenja organizma alkoholom. Himmelsbach je davno ukazao na vezu između tolerancije, zavisnosti i apstinencijalnog sindroma (Himmelsbach, 1994). Posebno je značajno da kod takvih pacijenata uvek postoji izvestan stepen oštećenja mozga koji se manifestuje u vidu blagog – umerenog kognitivnog poremećaja, a u težim slučajevima progredira do alkoholne demencije. Znači, kod pacijenata sa padom tolerancije postoji kognitivni defekt (Birak i sar., 2010) i smanjeni adaptibilni kapaciteti, te shodno tome značajnije promene načina funkcionisanja za njih predstavlja nepremostivu prepreku, te se zadovoljavaju ili početnim promenama u vidu somatske stabilizacije i apstinencije, ili recidiviraju zbog „stresogenog života bez alkohola“.

Prosečna *dužina hospitalnog lečenja u danima* je 56.78 (SD=21.49), a u odnosu na dužinu lečenja utvrđena je statistički značajna linearna povezanost sa dužinom apstiniranja po završetku hospitalnog lečenja ($x^2 = 33.079$; $p=0.000$). Recimo, alkoholičari koji apstiniraju do mesec dana imaju prosečnu dužinu lečenja od 43.67 dana (SD=14.69), a alkoholičari koji apstiniraju duže od godinu dana imaju prosečnu dužinu lečenja od 61.28 dana (SD=20.99). Poseban značaj ovog varijable leži u činjenici da predstavlja prediktor jednogodišnje apstinencije od alkohola, ali u isto vreme i modulator dužine apstinencije od alkohola, jer je na izvestan način deo terapijskog procesa. Objašnjenje je povezano sa boljim uvidom u bolest i stabilizacijom započetih promena disfunkcionalnih obrazaca ponašanja tokom dužeg boravka na odeljenju. S druge strane predug boravak na odeljenju razvija hospitalizam i odbijanje povratka u staru sredinu, što je u skladu sa našim nalazom da su najbolji rezultati postignuti kod pacijenata koji su lečeni u intervalu 2 – 3 meseca, sa statistički značajnom razlikom u odnosu na pacijente lečene kraće, ali i duže ($x^2 = 33.401$; $p=0.000$). Naime, alkoholičari koji se leče od 2 – 3 meseca imaju u 67.8% slučajeva apstinenciju dužu od godinu dana, a najmanji procenat apstinencije duže od godinu dana utvrđen je kod alkoholičara lečenih do 2 meseca (41.7%).

Interesantan je nalaz da su sedativi u terapiji na otpustu u visokoj korelaciji (70.3%) sa neželjenim ishodom lečenja (apstinencija kraća od godinu dana), dok psihostabilizatori imaju izuzetno pozitivan efekat. Naime, 57.1% alkoholičara koji dobijaju psihostabilizatore na otpustu apstiniraju duže od godinu dana, a čak 97.6% duže od 6 meseci. Ovaj nalaz je izuzetno značajan zbog velike zloupotrebe sedativa u društvu i nekritičnog propisivanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. S druge strane, alkoholizam nije zvanična indikacija za primenu psihostabilizatora, ali je njihov efekat evidentno više nego koristan, a uslovljen je najverovatnije i povećanjem psihijatrijskog komorbiditeta kod alkoholičara. Zavisnost od alkohola ima tendenciju da se javlja udruženo sa sledećim psihijatrijskim poremećajima: depresija, bipolarni afektivni poremećaj, anksiozni poremećaj, psihoze, poremećaji ličnosti (uglavnom antisocijalni i emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti) (Tilli i sar., 2012;

Buckner i sar., 2008; Fein i sar., 2007; Hasin i sar., 2007; Schuckit, 2007; Grant, 2004; Grant, 2004b; Dixon, 1999).

Osim napred navedene 4 varijabli koje su u našem modelu definisane kao varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma, ovde treba naglasiti da je moguće opciono prihvatiti i sledeće varijable: stepen obrazovanja, dužina apstinencije na prijemu i detoksikacija, s obzirom na nivo značajnosti $p < 0.10$.

Ako uporedimo varijable od značaja za ishod bolničkog lečenja i varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma (jednogodišnja apstinencija), tačnije modele dobijene primenom binarne logističke regresije, videćemo da nema preklapanja, odnosno jedne varijable su od značaja za uspešan ishod hospitalnog lečenja, a druge za uspešnost jednogodišnje apstinencije. Moguće objašnjenje leži u činjenici da se u realizaciji ova dva ishoda zavisnici od alkohola vode potpuno različitim motivima. Kod hospitalnog lečenja vrlo često motiv je životna ugroženost, neprijatni simptomi destruktivnog dejstva alkohola i komorbiditet, a cilj (alkoholičara) je stabilizacija somatskog stanja i uspostavljanje apstinencije od alkohola. S druge strane svesni svoje zavisnosti i bega od odgovornosti, alkoholičari su spremni u ovoj fazi da odgovornost za uspeh lečenja delegiraju u druge (saradnika, firmu, lekara, lek...). Trajna apstinencija od alkohola već predstavlja komplikovaniji cilj (neretko porodice i lekara, ali ne i samog zavisnika) jer zahteva promenu obrazaca ponašanja i socijalnog okruženja. Shodno tome, u opredeljenju za realizaciju ovog cilja, veći značaj imaju oni faktori koji podržavaju tu promenu u pacijentovom socijalnom okruženju (supružnik, zdrava okolina...). U principu, jedini faktor preklapanja ova dva cilja je nivo kognitivnog funkcionisanja (bilo u vidu stepena stručne spreme, ili uspeha u srednjoj školi), jer bolje kognitivno funkcionisanje omogućava bolje prilagođavanje novim uslovima života i rada (bilo na odeljenju ili u okruženju bez alkohola).

Četvrti cilj našeg istraživanja bio je definisati sociodemografski profil pacijenata sa najboljim odgovorom na terapiju, tj. indikacije za primenu systemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima, i predložiti model systemske terapije alkoholizma u savremenim uslovima.

Dali je dosadašnji model systemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima primenljiv danas? Mislimo da smo u našem istraživanju argumentovano dokazali da jeste. Naravno uvek se postavlja pitanje indikacija, i to je ustvari polje koje nije bilo jasno definisano, s obzirom da je model primene u poluhospitalnim uslovima (prvobitno definisan i sproveden od strane Dr Gačića) samo stavljen u nov kontekst, a potom na osnovu empirijskog iskustva spontano korigovan u funkcionalniji model.

Efikasnost modela od minimum 35% je vrlo prihvatljiva. S druge strane značajno je da je model realtivno efikasan kod komorbiditeta, kako psihijatrijskog, tako i drugih zavisnosti, s obzirom da smo utvrdili trend porasta komorbiditeta. Model je najmanje efikasan u tretmanu komorbiditeta poremećaja ličnosti. Efikasniji je kod dugogodišnjeg alkoholizma, ali bez pada tolerancije, tj. sa minimalnim kognitivnim oštećenjima. Model nije efikasan kod urgentnih pacijenata sa težim apstinencijalnim sindromom i alkoholičara sa kognitivnim poremećajima. Efikasniji je kod zaposlenih, samaca, žena i osoba srednjih godina. Znatno je efikasniji kod obrazovanih i osoba sa većim kognitivnim potencijalima. Efikasnosti modela značajno doprinose postojanje saradnika u lečenju, primena disulfirama

tokom hospitalnog tretmana, i dužina lečenja 2 – 3 meseca. Faktori koji su deo terapijskog procesa, a čijom korekcijom je potencijalno moguće popraviti efikasnost modela su terapijske aktivnosti u produžnom lečenju – veće uključivanje u Klub lečenih alkoholičara i produžne terapijske grupe.

Znači, sociodemografski profil pacijenata sa najboljim odgovorom na **sistemska terapiju alkoholizma u hospitalnim uslovima** bi bio: osobe u srednjim godinama, samci, žene, obrazovaniji, sa dužim alkoholičarskim stažom, zaposleni, bez izraženijih kognitivnih oštećenja, sa uspostavljenom apstinencijom u vanhospitalnim uslovima, sa ili bez komorbiditeta i sa obezbeđenim saradnikom u lečenju. Kontraindikacije za uključivanje u model su: nemogućnost uspostavljanja apstinencije, izraženija kognitivna oštećenja, poremećal ličnosti u komorbiditetu i nemogućnost da se obezbedi saradnik u lečenju.

Evidentno je da se radi o zahtevnom modelu sa relativno uskim indikacionim područjem, ali on ima svoju ulogu u zdravstvenom sistemu, pogotovo u vrhunskim specijalizovanim ustanovama, kao što je Institut za mentalno zdravlje. S druge strane model se primenjuje i u većim medicinskim centrima u Srbiji, i s obzirom na napred navedene prednosti treba podržati opstanak i unapređenje ovog modela u nacionalnom zdravstvenom sistemu.

S obzirom na relativno nisku efikasnost kod bračne problematike, komorbiditetnog poremećaja ličnosti i mlađih osoba, model izbora u tom slučaju bi bio **sistemska terapija alkoholizma u poluhospitalnim uslovima**, čime se se izbegava hospitalizam, a pacijenti provode najveći deo vremena u prirodnom okruženju (kod kuće). Na taj način se smanjuje pritisak na pacijenta, a time i njegov otpor prema lečenju. Ovaj vid tretmana je još komplikovaniji jer zahteva visoko obučene terapeute (psihoterapeute), a već decenijama se primenjuje u Dnevnim bolnicama za bolesti zavisnosti IMZ, i još par ustanova u Srbiji.

Prethodna 2 modela su prepoznatljiv oblik »beogradske škole alkoholologije« stvoren 70-tih godina XX veka u Institutu za mentalno zdravlje od strane velikana srpske alkoholologije (Gačić – Kastel – Potrebić). Društveni sistem u tom periodu omogućio je da se razvije jedan sveobuhvatan i efikasan model lečenja alkoholizma, na kome bi nam pozavidele i mnogo bogatije zemlje. Nažalost »tranzicija« uz čitav spektar nepovoljnih okolnosti je jako osiromašila našu zemlju, i teško je očekivati dalji razvoj ovako kompleksnih (i skupih) modela u sistemu javnog zdravlja, ali svakako treba očuvati i koliko je moguće unaprediti to što imamo.

Vodeći se »slabim tačkama« napred opisanog modela, ali i realnim potrebama i mogućnostima naše zemlje, u narednom periodu svakako treba razviti jednostavniji, sveobuhvatniji i jeftiniji model sistemske terapije alkoholizma. Ciljna grupa ovog modela treba da budu alkoholičari koji teže uspostavljaju apstinenciju, oni sa izraženijim kognitivnim oštećenjima, nezaposleni i oni sa nepodsticajnim socijalnim okruženjem. Sistemski aspekt ovog modela bi se ogledao u činjenici horizontalne povezanosti različitih segmenata društva (zdravstvene ustanove – centri za socijalni rad – lokalna samouprava – nevladine organizacije), kao i vertikalne povezanosti u vidu koordinacije modela od strane vlade i stručnih tela ministarstva zdravlja. Cilj modela bio bi da se na lokalnom nivou rano prepoznaju zavisnici od alkohola i motivišu da se uključe u neki vid terapijskog procesa. Taj proces može da se ogleda u kratkotrajnom somatskom oporavku u lokalnoj bolnici uz uspostavljanje apstinencije, i kasnije uključenje u Klubove lečenih alkoholičara (KLA), ili aktivnosti nevladinih organizacija (NVO), uz podršku centra za socijalni rad. Ili

uspostavljanje apstinencije u ambulantnim uslovima, uz aktivnost lokalne samouprave i NVO, kao podrška u procesu resocijalizacije. U ovom modelu treba se fokusirati na kratku edukaciju o alkoholizmu, i konstantnu socijalnu podršku, sa ciljem apstinencije od alkohola, sprečavanje težih posledica alkoholizma i boljeg funkcionisanja u društvu. Pacijentima sa izraženijim kognitivnim oštećenjima shodno kliničkoj slici, treba omogućiti boravak u specijalizovanim ustanovama ili druženje u klubovima. Evidentno je da se radi o kompleksnom modelu koji mora da bude prepoznat kroz nacionalni strateški dokument i sistemski realizovan kroz vodeću ulogu vlade.

Znači, smatramo da sistemsko rešenje tretmana zavisnika od alkohola podrazumeva nekoliko nivoa, sa različitim ciljevima, shodno potencijalima i potrebama pacijenata. Najkompleksniji vid lečenja predstavlja poluhospitalni tretman u većim medicinskim centrima koji osim alkoholizma rešava i bračnu i porodičnu problematiku. Hospitalni tretman treba da bude otganizovan kroz napred opisani model, takođe u većim centrima gde bi se tretirao alkoholizam po napred definisanim indikacijama, potom dugotrajni tretman u velikim psihijatrijskim ustanovama za pacijente sa teškim kognitivnim oštećenjima, kao i kratkotrajni boravak u bolnici kod rešavanja težeg apstinencijalnog sindroma uz psihoedukaciju. Najznačajniji, ali i najdeficitarniji deo predstavlja vanhospitalni tretman u vidu klubova lečenih alkoholičara, udruženja građana i savetovališta.

6. ZAKLJUČAK

- Sociodemografske karakteristike ukazuju da od 820 alkoholičara hospitalno lečenih 79.9% čine muškarci i 20.1% žene, a prosečna starost pacijenata je 42.05 godina. Sociodemografski profil zavisnika od alkohola hospitalno lečenih u IMZ u periodu 1987 – 2012. godine pokazuje stabilan trend starenja pacijenata (od 41.40 godina 1987. do 44.61 godina 2012.godine), sa sve većim udelom žena (od 15.2% - 1987.godine, do 26.3% - 2012.godine), povećanjem nivoa obrazovanja zavisnika od alkohola, rastom nezaposlenosti i porastom broja pacijenata bez dece. Alkoholizam oca je utvrđen u 37.9% slučajeva u našem uzorku, ali bez trenda promene u analiziranom periodu.
- U odnosu na preferirani tip pića, utvrdili smo izražen trend opadanja udela žestokog pića i porast udela kombinovanja žestokih pića sa pivom ili vinom u periodu 1987 – 2012. godina. Uočili smo trend povećanja udela pacijenata koji apstiniraju duže od 7 dana, uz smanjenje broja pacijenata koji ne apstiniraju na prijemu, a shodno tome i trend opadanja težine apstinencijalnog sindroma i primene detoksikacije na prijemu.
- Po pitanju psihijatrijskog komorbiditeta u strukturi ispitanika utvrđen je trend povećanja učešća afektivnih poremećaja (depresija) i poremećaja ličnosti, uz smanjenje broja pacijenata koji nemaju psihijatrijski komorbiditet. Utvrdili smo i trend porasta komorbiditeta zavisnosti u analiziranom periodu, odnosno porast broja „politoksikomana“.
- Prosečna dužina hospitalnog tretmana za ceo uzorak je 44.91 dana, sa trendom produženja od 36.81 dana 1987. do 54.96 dana 2012. godine, koji je povezan sa trendom povećanja broja pacijenata koji su završili kompletan program
- Prosečna dužina perioda od dolaska na odeljenje do polaganja Ispita iz alkohologije je 32.73 dana; prosečna dužina perioda od Ispita iz alkohologije do Velikog predstavljanja je 24.02 dana, a Veliko predstavljanje je uspešno izložilo 36.7% pacijenata iz ukupnog uzorka uz značajan pad broja pacijenata koji nisu izlagali Veliko predstavljanje, od 87.9% - 1987 godine, do 42.7% - 2012. godine. Prosečna dužina perioda od Velikog predstavljanja do Rezimea lečenja je 19.68 dana, a rezime lečenja je uspešno izložilo 33.2% pacijenata iz ukupnog izorka od 820 alkoholičara, uz značajan pad broja pacijenata koji nisu izlagali Rezime lečenja, od 90.8% - 1987 godine, do 41.8% - 2012. godine.
- Dominantni povod za dolazak na lečenje su zdravstvene posledice (47.7%), a po godinama preseka utvrđen je trend opadanja udela profesionalnih i povećanja udela šire socijalnih posledica u periodu 1987 – 2012. godine. Terapijski kontekst definisan kroz postojanje saradnika u lečenju, pokazuje trend povećanja udela učešća roditelja i smanjenja udela učešća predstavnika R.O., uz smanjenje broja pacijenata koji nemaju saradnika. Utvrdili smo trend opadanja primene *Disulfirama* u periodu 1987 – 2012. po godinama preseka.

- Od karakteristika alkoholizma kod ispitanika na dužinu hospitalnog lečenja utiču samo: „pad tolerancije“ i „preferirani tip alkoholnog pića“ a manifestuju se u činjenici da skraćuju lečenje.
- U produžnim terapijskim grupama angažuje se 28.7% pacijenata od ukupnog uzorka, tj. 40% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja, sa trendom povećanja broja ispitanika koji se u produžnoj grupi zadržavaju 1 – 2 godine. U Klubu lečenih alkoholičara angažuje se 20.7% pacijenata od ukupnog uzorka, tj. 29.2% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja. Na dispanzerkim kontrolama redovno je 50.5% od ukupnog uzorka, tj. 71.3% onih koji završe intenzivnu fazu lečenja.
- Hospitalni tretman uspešno je završilo 71% osoba zavisnih od alkohola uključenih u model sistemske terapije alkoholizma. Analizom dobijenih podataka izdvojilo se 6 varijabli koje značajno utiču na ishod bolničkog lečenja zavisnika od alkohola - *prediktori ishoda hospitalnog lečenja*: stepen obrazovanja, radni status ispitanika, dužina trajanja zavisnosti od alkohola, dužina apstinencije na prijemu u bolnicu, postojanje saradnika u lečenju, i primena disulfirama u terapiji.
- Od 820 pacijenata uključenih u tretman, lečenje od alkoholizma je uspešno završio 281 pacijent, te možemo reći ***efektivnost sistemske terapije alkoholizma u hospitalnim uslovima je 35%***, i nije utvrđen pad efikanosti modela.
- Utvrdili smo da žene u nešto većem procentu od muškaraca završavaju lečenje, a pacijenti koji napuštaju lečenje su mlađi u odnosu na one koji završavaju hospitalni tretman. Prosečna *starost pacijenata* koji apstiniraju duže od godinu dana je 42.19 godina, a na terapiju najbolje reaguju alkoholičari u starosnoj grupi 40 - 49 godina.
- Utvrdili smo 4 varijable od značaja za ishod lečenja alkoholizma: bračni status, uspeh u srednjoj školi, pad tolerancije i dužina lečenja; treba naglasiti da je moguće opciono prihvatiti i stepen obrazovanja, dužina apstinencije na prijemu i detoksikacija, s obzirom na nivo značajnosti ($p < 0.10$). Kritičkom analizom ovih varijabli, ali i kombinovanjem i moderacijom nekih od njih potencijalno možemo poboljšati ishod tretmana.
- Interesantan je nalaz da su sedativi u terapiji na otpustu u visokoj korelaciji (70.3%) sa neželjenim ishodom lečenja (apstinencija kraća od godinu dana), dok psihostabilizatori imaju izuzetno pozitivan efekat.
- Sociodemografski profil pacijenata sa najboljim odgovorom na ***sistemsku terapiju alkoholizma u hospitalnim uslovima*** bi bio: osobe u srednjim godinama, samci, žene, obrazovaniji, sa dužim alkoholičarskim stažom, zaposleni, bez izraženijih kognitivnih oštećenja, sa uspostavljenom apstinencijom u vanhospitalnim uslovima, sa ili bez komorbiditeta i sa obezbeđenim saradnikom u lečenju. Kontraindikacije za uključivanje u model su: nemogućnost uspostavljanja apstinencije, izraženija kognitivna oštećenja, poremećaj ličnosti u komorbiditetu i nemogućnost da se obezbedi saradnik u lečenju.
- Sistemsko rešenje tretmana zavisnika od alkohola podrazumeva nekoliko nivoa, sa različitim ciljevima, shodno potencijalima i potrebama pacijenata. Sistemska terapija alkoholizma može biti sprovedena u vidu poluhospitalnog tretmana, hospitalnog tretmana u vidu napred opisanog modela, i vanhospitalni tretman u vidu klubova lečenih alkoholičara, udruženja građana i savetovališta.

7. LITERATURA

1. Abrams DB, Niaura RS. Social learning theory. In: Blane HT, Leonard KE, eds. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford Press, 1987: 131-78.
2. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Domenicali M, Bernardi M, Janiri L, Agabio R, Colombo G, Gessa GL, Gasbarrini G. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 2002; 37(5): 504-8.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5 th ed. Washington DC, APA, 2013.
4. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe – A Public Health Perspective*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
5. Aguiar P, Neto D, Lambaz R, Chick J, Ferrinho P. Prognostic factors during outpatient treatment for alcohol dependence: Cohort study with 6 months of treatment follow-up. *Alcohol Alcohol* 2012; 47(6); 702–10.
6. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. Bachman JG, Staff J, O'Malley PM, et al. Twelfth-grade student work intensity linked to later educational attainment and substance use: New longitudinal evidence. *Dev Psychol* 2011; 47(2): 344–63.
8. Bandler R, Grinder J. *Reframing*. Moab, Real People Press, 1981.
9. Barenson D. Alcohol and the family system. In: Guerin PJ, Jr., editor. *Family therapy: theory and practice*. New York, Gardner Press, 1976.
10. Basiaux P, le Bon O, Dramaix M, Massat I, Souery D, Mendlewicz J, Pelc I, Verbanck P. Temperament and Character Inventory(TCI) Personality Profile and sub-typing in Alcoholic Patients: A Controlled Study. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(6): 584-7.
11. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. Towards a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956;1(4): 251-64.
12. Bateson G. *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. San Francisco, Chandler, 1972.
13. Bateson G. *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York, Bantam Books, 1979.
14. Beck AT, Wright FD, Newman CF. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press, 1993.
15. Becvar DS, Becvar RJ. *Family therapy: A systemic integration*. Boston, Allyn & Bacon, 2003.
16. Begun A. Family systems and family-centered care. In: Rosin P, Whitehead AD, Tuchman LI, Jesien GS, Begun AL, Irwin L(eds.) *Partnerships in family-centered*

- care: A guide to collaborative early intervention, 33-63. Baltimore, Paul H Brookes Publishing, 1996.
17. Birak KS, Terry P, Higgs S. Effect of cues associated with an alcoholic beverage on executive function. *J Stud Alcohol Drugs* 2010; 71: 562-9.
 18. Bottlender M, Soyka M. Efficacy of intensive outpatient rehabilitation in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *Eur Addict Res* 2005; 11: 132-7.
 19. Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice*. New York, Jason Aronson, 1978.
 20. Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, Smit JH, Beekman AT, Penninx B W. Predictors of the 2-year recurrence and persistence of alcohol dependence. *Addiction* 2012; 107(9): 1639–40.
 21. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(8): 1010–24.
 22. Brambilla R, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Faggiano F, Leone M. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for mid/long term treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Rev Psichiatr* 2012; 47(4): 269-80.
 23. Bryant AL, Schulenberg JE, O'Malley PM, et al. How academic achievement, attitudes, and behaviors relate to the course of substance use during adolescence: A 6-year, multi-wave national longitudinal study. *J Res Adolesc* 2003; 13(3): 361–97.
 24. Brown SA, Vik PW, McQuaid JR, Patterson TL, Irwin MR, Grant I. Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *J Abnorm Psychol* 1990; 99(4): 344-8
 25. Buckner JD, Ledley DR, Heimberg RG, Schmidt NB. Treating Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders. *Clin Case Stud* 2008; 7(3): 208-23.
 26. Bukelić J. *Socijalna psihijatrija*. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000.
 27. Burtscheidt W, Wolwer W, Schwartz R, Strauss W, Gaebel W. Outpatient behaviour therapy in alcoholism: Treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiat Scand* 2002; 106: 227–32.
 28. Butt P, Beirness D, Gliksmann L, Paradis C, Stockwell T. *Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low-risk drinking*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, 2011.
 29. Caetano R, Clark CL, Greenfield TK. Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms: analysis of general population and clinical samples. *Alcohol Health Res World* 1998; 22: 73–9.
 30. Carter E, Mc Goldrick M. *The Changing Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*. New York, Gardner, 1988.
 31. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet* 2019; 394(10200): 781–92.
 32. Cloninger CR, Sigvardsson S, Przybeck TR, et al. Personality antecedents of alcoholism in a national area probability sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245(4-5): 239 - 44.

33. Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA. Eds. 7th ed. Vol 2. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
34. Colombo G, Addolorato G, Roberta Agabio, Carai M, Pibiri F, Serra S, Vacca G, Gessa GL. Role of GABAB receptor in alcohol dependence: Reducing effect of baclofen on alcohol intake and alcohol motivational properties in rats and amelioration of alcohol withdrawal syndrome and alcohol craving in human alcoholics. *Neurotox Res* 2004; 6(5): 403-14.
35. Copello, AG, Velleman RDB, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24: 369 – 85
36. Crum RM, Ensminger ME, Ro MJ, McCord J. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism: a twenty-five-year prospective study of inner-city children. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 318–26.
37. Curran GM, Stoltenberg SF, Hill EM, Mudd SA, Blow FC, Zucker RA. Gender differences in the relationship among SES, family history of alcohol disorders and alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 825– 32.
38. Dalos R, Drejper R. Sistemska porodična psihoterapija: teorija i praksa. Novi Sad, Psihopolis Institut, 2014.
39. Das A, Kar SK, Gupta PK, Dalal PK. A cross-sectional study of psychiatric comorbidity and severity of addiction in patients with early- and late-onset alcohol dependence. *Indian J Psychol Med* 2020; 42(4): 334–40.
40. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31(12): 2036-45.
41. De Shazer S. Patterns of Brief Therapy: An Ecosystemic Approach. New York, Guilford Press, 1982.
42. De Sousa A, De Sousa A. An open randomized study comparing Disulfiram and Acamprosate in the treatment of Alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* 2005; 40(6): 545 - 8.
43. Deb P, Gallo WT, Ayyagari P, Fletcher MJ, Sindelar JL. The effect of job loss on overweight and drinking. *J Health Econ* 2011; 30(2): 317 – 27.
44. Dell'asso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *Eur Psychiatr* 2013; 28(1):7–20.
45. Despotović A, Ignjatović M, Fridman V. Alkoholizam-etilogija, klinika, lečenje, prevencija. Niš, Institut za dokumentaciju zaštite na radu, 1978.
46. Dever BV, Schulenberg JE, Dworkin JB, et al. Predicting risk-taking with and without substance use: The effects of parental monitoring, school bonding, and sports participation. *Prev Sci* 2012; 13(6): 605–15.
47. Dimitrijević I. Alkoholizam mladih. Beograd, Nina press, 1992.
48. Dimitrijević I. Bolesti zavisnosti - dijagnostika, lečenje, prevencija. KIZ "Centar", Beograd, 2004.
49. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 1999; 35(Suppl): 93-100.
50. Dodes LM. Addiction and Psychoanalysis. *Can J Psychoanal* 2003; 11: 123–34.

51. Ekermen NV. Psihodinamika porodičnog života. Titograd, Pobjeda, 1987.
52. Elbreder MF, de Humerez DC, Laranjeira R. The use of disulfiram for alcohol-dependent patients and duration of outpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260(3): 191–5.
53. Elbreder MF, de Souza e Silva R, Pillon SC, Laranjeira R. Alcohol dependence: Analysis of factors associated with retention of patients in outpatient treatment. *Alcohol Alcohol* 2011; 46(1): 74–6.
54. Erikson HE. Omladina, kriza, identifikacija. Titograd, Pobjeda, 1976.
55. Federn P. Ja psihologija i psihoze. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001.
56. Fein G, Di Sclafani V, Finn P, Scheiner D. Sub-diagnostic psychiatric comorbidity in alcoholics. *Drug Alcohol Depend* 2007; 87: 139–45.
57. Fenichel O. Psihoanalitička teorija neuroza. Beograd – Zagreb, Medicinska knjiga, 1961.
58. Fuller RK, Gordis E. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction* 2004; 99: 21–4.
59. Gačić B. Alkoholizam - bolest pojedinca, porodice i društva. Beograd, Filip Višnjić, 1988.
60. Gačić B. Petnaest godina porodične terapije alkoholizma – rezultati i implikacije. *Psihijatrija danas* 1989; 1 (21):85-91.
61. Gačić B. Belgrade systemic approach to the treatment of alcoholism: principles and interventions. *J Fam Ther* 1992; 14(2): 103–22.
62. Gačić B. Porodična terapija alkoholizma. Beograd, Rad, 1978.
63. Gačić B. Šta je to Ekosistemski (multisistemski) model? U: Mladenović I, Daković A, urednici. Inkubator zdravog života: 50 godina Socioterapijskog kluba lečenih alkoholičara STKLA »Palmotićeve«. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2013.p. 66-9.
64. Garbutt J, West S, Carey T, Lohr K, Crews F. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 281: 1318-25.
65. García-Marchena N, Sanvisens A, Abellí-Deulofeu E et al. Sex differences in the comorbidity of patients seeking a first treatment for Alcohol Use Disorder. *Int J Ment Health Addict* 2023; <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01112-z>
66. Gorgulho M, Da Ros V. Alcohol and harm reduction in Brazil. *Int J Drug Policy* 2006; 17: 350–7.
67. Goldner-Vukov M. Porodica u krizi. Beograd, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1988.
68. Grant BF. Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the national, Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 464-73.
69. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004b; 61: 807–16.

70. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 361–8.
71. Grant JD, Scherrer JF, Lynskey MT, Agrawal A, Duncan AE, Haber JR, Heath AC, Bucholz KK. Associations of alcohol, nicotine, cannabis, and drug use/dependence with educational attainment: Evidence from cotwin-control analyses. *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(8): 1412–20.
72. Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, Muenz LR, Weiss RD. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 345–51.
73. Greenfield SF, Sugarman DE, Muenz LR, Patterson MD, He DY, Weiss RD. The relationship between educational attainment and relapse among alcohol-dependent men and women: a prospective study. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 1278-85.
74. Greenfield SF. Women and alcohol use disorders. *Harvard Rev Psychiatry* 2002; 10: 76–85.
75. Gual A, Leher P. Acamprosate during and after acute alcohol withdrawal: a double-blind placebo-controlled study in Spain. *Alcohol Alcohol* 2001; 36:413-8.
76. Haley J. *Strategies of Psychotherapy*. New York, Grune&Stratton, 1963.
77. Haley J, Hoffman L. *Techniques of Family Therapy*. New York, Basic Books, 1967.
78. Haley J. *Problem Solving Therapy*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
79. Hansen EM, Mejldal A, Nielsen AS. Predictors of readmission following outpatient treatment for alcohol use disorder. *Alcohol Alcohol* 2020; 55(3): 291–8.
80. Harter SL. Psychosocial Adjustment of Adult Children of Alcoholics: A Review of the Recent Empirical Literature. *Clin Psychol Rev* 2000; 20(3): 311 – 37.
81. Hartman H. Psihologija Ja i prilagodjavanje. U: Psihologija Ja. Kondić K. Ed. 105 – 150. Beograd, Skripta internacional – Plato, 1996.
82. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(7): 830-42.
83. Heather N, Raistrick D, Godfrey C. *A summary of the Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
84. Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4(1): 4–27.
85. Himmelsbach CK. The morphine abstinence syndrome, its nature and treatment. *Ann Intern Med* 1994; 15: 829–43.
86. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999; 160:675–80.
87. Hunter-Reel D, Witkiewitz K, Zweben A. Does session attendance by a supportive significant other predict outcomes in individual treatment for alcohol use disorders? *Alcohol Clin Exp Res* 2012; 36(7): 1237–43.

88. Huss M, Van Dem Busch G. Chronische Alkoholskrankheit, oder Alcoholismus Chronicus. Stockholm, 1852.
89. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Psychotherapy: Three approaches evaluated. Paris, INSERM Collective Expert Reports, 2004.
90. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Evropsko školsko istraživanje o upotrebi psihoaktivnih supstanci (ESPAD) među učenicima u Srbiji 2019. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“; 2020.
91. Jackson D. Foreword in Communication, Family and Marriage. Palo Alto, Science & Behaviour Books, 1968.
92. Jackson JK. The Adjustment of the Family to Alcoholism. *J. Marriage Fam* 1956; 18(4): 361-9.
93. Jellinek EM. The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Hillhouse Press, 1960.
94. Kadden R, Carroll K, Donovan D. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series, vol. 3. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1995.
95. Kaličanin P. Psihijatrija. Beograd, Velarta, 2001.
96. Kaufman E. Psychotherapy of addicted persons. Guilford Press, New York, 1994.
97. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012; 37(1): 11–24.
98. Kernberg O. Strukturna analiza. U: Psihologija Ja. Kondić K. Ed. 317-346. Beograd, Skripta internacional-Plato, 1996.
99. Khantzian EJ. The alcoholic patient: An overview and perspective. *Am J Psychother* 1980; 34: 4–19.
100. Koenig LB, Haber JR, Jacob T. Transitions in alcohol use over time: a survival analysis. *BMC Psychol* 2020; 8(1): 115.
101. Kogan KL, Jackson JK. Stress, personality and emotional disturbance in wives of alcoholics. *Q J Stud Alcohol* 1965; 26(3): 486-95.
102. Kohut H. Analiza sebstva. Zagreb, Naprijed, 1990.
103. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health* 2017; 32(8): 976–1017.
104. Lang B. Psihoterapija i terapijska zajednica alkoholičara. Jugoslovenska medicinska naklada, Zagreb, 1982.
105. Laramée P, Kusel J, Leonard S, Aubin HJ, François C, Daeppen JB. The economic burden of alcohol dependence in Europe. *Alcohol Alcohol* 2013; 48(3): 259–69.
106. Liptzin B. Delirium. In: Sadavoy J, Lazarus LW, Jarvik LF, Grossberg GT, editors. *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry*. 2nd ed. Washington, (DC): American Psychiatric Press; 1996. p. 479–95.
107. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Cons Clin Psychol* 2003; 71: 118–28.

108. Lo Coco G, Melchiori F, Oieni V, Infurna MR, Strauss B, Schwartz D, Rosendahl J, Gullo S. Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Subst Abuse Treat* 2019; 99: 104–16.
109. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. Addiction treatment dropout: exploring patients' characteristics. *Am J Addict* 2012; 21(1): 78–85.
110. Magill M, Ray LA. Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70(4): 516–27.
111. Maisto SA, Clifford PR, Stout RL, Davis CM. Drinking in the year after treatment as a predictor of three-year drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 2006; 67(6): 823-32.
112. Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: Results of a metaanalysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(1): 51-63.
113. Mann K, Bladström A, Torup L, Gual A, Van den Brink W. Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biol Psychiatry* 2013; 73(8): 706-13.
114. Marić J. Kritički pristup moralu u psihijatriji. Doktorska disertacija. Beograd, Medicinski fakultet, 1984.
115. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York: Guilford Press, 1985.
116. Marlatt GA, Barrett K. Relapse Prevention. In: Galanter M, Kleber D, editors. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. 2nd ed. Washington (DC): The American Psychiatric Press; 1999. p. 353-65.
117. Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav* 2002; 27: 867–86
118. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, Jara G, Kasser C, Melbourne J. Management of Alcohol Withdrawal Delirium - An Evidence-Based Practice Guideline. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1405-12.
119. Mc Cann TV, Lubman DI. Help-seeking barriers and facilitators for affected family members of a relative with alcohol and other drug misuse: A qualitative study. *J Subst Abuse Treat* 2018; 93: 7–14.
120. Mc Crady BS. Outcomes of family-involved alcoholism treatment. *Recent Dev Alcohol* 1989; 7: 165–82.
121. Mc Crady B, Wilson A, Fink B, Borders A, Muñoz R, Fokas K. A Consumer's Eye View of Family-Involved Alcohol Treatment. *Alcohol Treat Q* 2018; 37(1): 43–59.
122. Mc Govern P. *Uncorking the past: The quest for wine, beer, and other alcoholic beverages*. Berkley, University of California Press, 2009.
123. Mc Grath CE, Watson AL, Chassin L. Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 18–26.

124. Mc Lellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *J Am Med Assoc* 2000; 284: 1689-95.
125. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 455-61.
126. Miller NS. Pharmacotherapy in alcoholism. *J Addict Dis* 1995; 14: 23-46.
127. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Evropsko školsko istraživanje o zloupotrebi alkohola i drugih droga (ESPAD). Beograd, Institut za javno zdravlje Srbije, 2008.
128. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge, Harvard University Press, 1974.
129. Mićović R, Stanković Z, Nastasić P. Funkcija simptoma u alkoholičarskom braku. *Psihijatrija danas* 1992; XXIV(1-2): 67 – 71.
130. Mladenović I, Lažetić G. Neki epidemiološki aspekti alkoholizma, zavisnosti od psihoaktivnih supstanci i patološkog kockanja. U: Nađa P. Marić, urednik. 60 godina Instituta – prošlost i budućnost su ovde. Zbornik radova X Forum Instituta za mentalno zdravlje. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2023a. p.115- 130.
131. Mladenovic I, Perunicic-Mladenovic I, Dimitrijevic I. Clinical and Background Risk Factors Affecting Dropouts from Alcohol Use Disorder Treatment: A Twenty-Five Year Retrospective Study. *Int J Ment Health Addiction* 2023; <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01196-7>
132. Mladenović I, Lažetić G. Zavisnost od kockanja – sa terapijskim priručnikom. Beograd, Čigoja štampa, 2014.
133. Mladenović I. Test za identifikaciju alkoholom uzrokovanih poremećaja (AUDIT) – priručnik za upotrebu. Beograd, Institut za javno zdravlje Srbije “Dr Milan Jovanović Batut”, 2010.
134. Mladenović I. Pola veka STKLA Palmotićeve. U: Mladenović I, Daković A, urednici. Inkubator zdravog života: 50 godina Socioterapijskog kluba lečenih alkoholičara STKLA »Palmotićeve«. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2013.p. 66-9.
135. Mladenović I, urednik. Klinika za bolesti zavisnosti Instituta za mentalno zdravlje 1963-2023. Beograd, Institut za mentalno zdravlje, 2023b.
136. Mladenović I, urednik. Vodič za odgovorno pijeње alkohola. Beograd, Institut za mentalno zdravlje, 2014.
137. Mowbray O, Krentzman AR, Bradley JC, Cranford JA, Robinson EA, Grogan-Kaylor A. The effect of drinking goals at treatment entry on longitudinal alcohol use patterns among adults with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132(1-2): 182-8
138. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol disorders. *Addiction* 2003; 98: 325–37.
139. Mulder RT. Alcoholism and personality. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 44 – 52.

140. Murphy D, Turgoose D. Exploring patterns of alcohol misuse in treatment-seeking UK veterans: A cross-sectional study. *Addict Behav* 2019; 92: 14–9.
141. Mutschler J, Dirican G, Gutzeit A, Grosshans M. Safety and efficacy of long-term disulfiram aftercare. *Clin Neuropharmacol* 2011; 34(5): 195–8.
142. Nacionalno istraživanje o stilovima života stanovništva Srbije 2014. godine – korišćenje psihoaktivnih supstanci i igre na sreću. Beograd, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2014.
143. Nastasić P, Dimitrijević I, Bokalović G. Novija saznanja o deci alkoholičara školskog uzrasta i mogućnosti prevencije alkoholizma. *Psihijatrija danas* 1992; XXIV(1-2): 95 – 102.
144. Nastasić P, Sedmak T. Alkoholizam u svetlu najnovijih klasifikacija psihijatrijskih bolesti (DSM-III-R i ICD-X). *Psihijatrija danas* 1992; XXIV(3-4): 329-39.
145. Nastasić P. Model porodične terapije na kliničkom odeljenju za lečenje alkoholizam. *Psihijatrija danas* 1996; XXVIII(4):435-444.
146. Nastasić P. Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje. Beograd, Tehniss, 1998.
147. Nathan PE, Conrad M, Skinstad AH. History of the Concept of Addiction. *Annu Rev Clin Psychol* 2016; 12: 29–51.
148. National health and medical research council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia, 2009.
149. Neto D, Lambaz R, Tavares JE. Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol* 2007; 42(6): 604-9.
150. Nguyen LC, Durazzo TC, Dwyer CL, Rauch AA, Humphreys K, Williams LM, Padula CB. Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *J Psychiatr Res* 2020; 126: 1–7.
151. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A Meta-analysis. *JAMA* 2004;293:2501-15.
152. Nyhuis PW, Niederhofer E, Scherbaum N, Schifano F, Bonnet U, Dembski N, Niederhofer A, Specka M, Tenbergen M. Effectiveness of psychoanalytic interactional group therapy vs. behavioral group therapy in routine outpatient treatment of alcohol-dependent patients. *Subst Use Misuse* 2018; 53(3): 426–31.
153. O'Farrell TJ, Clements K. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *J Marital Fam Ther* 2012; 38(1): 122–44.
154. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18(1): 51–4
155. Pates R, Riley D(Eds.). Harm reduction in substance use and high-risk behaviour. London, Wiley-Blackwell, 2012.
156. Pattison EM, Kaufman E. *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. New York, Gardner Press, 1982.
157. Pejović M. *Porodica i psihopatologija*. Beograd, Savremena administracija, 1997.

158. Pihl RO, Lau ML, Assaad JM. Aggressive Disposition, Alcohol and Aggression. *Aggress Behav* 1997; 23: 11 - 8.
159. Piontek D, Kurktschiev S, Kraus L, Hölscher S, Rist F, Heinz T, Scherbaum N, Bender S, Buchholz A. "This treatment can really help me"- A longitudinal analysis of treatment readiness and its predictors in patients undergoing alcohol and drug rehabilitation treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2017; 41(6): 1174–81.
160. Pirkola PS, Suominen K, Isometsa ET. Suicide in Alcohol-Dependent Individuals. *CNS Drugs* 2004; 18(7): 423 – 36.
161. Poro A. Enciklopedija psihijatrije. Beograd, Nolit, 1990.
162. Preuss UW, Zimmermann J, Schultz G, Watzke A, Schmidt P, Löhnert B, Soyka M. Risk profiles of treatment noncompletion for inpatients and outpatients undergoing alcohol disorder rehabilitation treatment. *Int Arch Subst Abuse Rehabil* 2012; 3: 35–42.
163. Radna grupa za izradu Nacionalnog vodiča dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje alkoholizma; Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje alkoholizma. Beograd, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2013.
164. Ravona-Springer R, Dolberg OT, Hirschmann S, Grunhaus L. Delirium in elderly patients treated with risperidone: a report of three cases (letter). *J Clin Psychopharmacol* 1998;18:171–2.
165. Ray LA, Bujarski S, Yardley MM, Roche D, Hartwell EE. Differences between treatment-seeking and non-treatment-seeking participants in medication studies for alcoholism: Do they matter? *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43(6): 703–10.
166. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA network open* 2020; 3(6): e208279. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
167. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease— an update. *Addiction* 2017; 112(6):968–1001.
168. Rehm J, Shield KD. Global burden of alcohol use disorders and alcohol liver disease. *Biomedicines* 2019; 7(4): 99.
169. Rohsenow DJ, Monti PM, Rubonis AV. Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction* 2001; 96: 1161-74.
170. Ryan T, Webb L, Meier PS. A systems approach to care pathways into inpatient alcohol detoxification: Outcomes from a retrospective study. *Drug Alcohol Depen* 2006; 85: 28–34.
171. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Kirisci L, Himmelhoch JM, Thase ME. Efficacy of Valproate Maintenance in Patients With Bipolar Disorder and Alcoholism: A Double-Blind Placebo–Controlled Study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(1): 37–45.

172. Saunders SM, Zygowicz KM, D'Angelo BR. Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30: 261–70.
173. Sawayama T, Yoneda J, Tanaka K, Shirakawa N, Sawayama E, Ikeda T, Higuchi S, Miyaoka H. The predictive validity of the Drinking-Related Cognitions Scale in alcohol-dependent patients under abstinence-oriented treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2012; 7: 17.
174. Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Pierson J, Trim R, Nurnberger JI, Kramer J, Kuperman S, Bierut Lj, Hesselbrock V. A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *J Stud Alcohol Drugs* 2007; 68: 805–12.
175. Schuckit MA, Smith TL. An 8 – Year Follow-up of 450 Sons of Alcoholic and Control Subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 202 –10.
176. Schuckit MA. Alcohol – Related Disorders. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA. Eds. Baltimor, Lippincott Williams & Wilkins, 2000b.
177. Schuckit MA. Drug and Alcohol Abuse; A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2000.
178. Schuler MS, Puttaiah S, Mojtabai R, Crum RM. Perceived barriers to treatment for alcohol problems: A latent class analysis. *Psychiatr Serv* 2015; 66(11): 1221–8.
179. Sedmak T. Dinamska osnova mehanizama odbrane alkoholičara. *Alkoholizam* 1993; XXVII(3 – 4): 13 – 25.
180. Sheena A, Halliday J. Intermediate care: its place in a whole-systems approach. *Journal of Integrated Care* 2003; 11(6): 15–24.
181. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013; 35: 155–71.
182. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: A meta-analysis. *PloS one* 2014; 9(2): e87366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087366>
183. Sliedrecht W, de Waart R, Witkiewitz K, Roizen HG. Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Res* 2019; 278: 97–115.
184. Soyka M, Horak M. Outpatient alcohol detoxification: implementation efficacy and outcome effectiveness of a model project. *Eur Addict Res* 2004; 10: 180–7.
185. Spitz HI, Brook DW. The group therapy of substance abuse. New York, Haworth Medical Press, 2002.
186. Sreeton C, Whelan G. Naltrexone, A Relapse Prevention Maintenance Treatment of Alcohol Dependence: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Alcohol Alcohol* 2001; 36 (6): 544 –52.
187. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8(2): 267-80.
188. Stanković Z, Trbić V, Nastasić P, Mladenović I. Dijagnostičko – terapijske smernice za alkoholizam. Beograd, Institut za mentalno zdravlje, 2009.

189. Stanković Z. Problemi mladih vezani za alkohol. Magistarski rad, Beograd, 1988.
190. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family – couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull* 1997; 122(2): 170-91.
191. Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D. *The Alcoholic Family*. New York, Basic Books, 1987.
192. Steinglass P. Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: An integrative model. *J Fam Ther* 2009; 31: 155-74.
193. Stiles WB. The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy* 2013; 50(1): 33-41.
194. Stuppaeck CH, Whitworth AB, Fleischhacker WW. Abuse potential of carbamazepine. *Nerv Ment Dis* 1993; 181(8): 519–20.
195. Svanum S, Ehrmann LC. Alcoholic Subtypes and the Mac Andrew Alcoholism Scale. *Journal of Personality Assessment* 1992; 58(2): 411 – 22.
196. Svetska zdravstvena organizacija Ženeva. ICD – 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992.
197. Svetska zdravstvena organizacija Ženeva. MKB – 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Dijagnostički kriterijumi za istraživanje. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1998.
198. Švrakić D, Jašović-Gašić M, Divac-Jovanović M. et al. Heterogene grupe zavisnika i principi lečenja. *Engrami* 1986; 1-2: 81 – 7.
199. Tapert SF, Brown SA, Myers MG, Granholm E. The role of neurocognitive abilities in coping with adolescent relapse to alcohol and drug use. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 500–8.
200. Tilli V, Suominen K, Karlsson H. Panic disorder in primary care: Comorbid psychiatric disorders and their persistence. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30(4): 247–53.
201. Trbić V. *Opis alkoholičarske porodice*. Beograd, Zadužbina Andrejević, 2000.
202. Trotter T. *An essay, medical, philosophical, and chemical, on drunkenness, and its effects on the human body*. London, Printed for T.N. Longman and O. Rees, 1804.
203. Thundal KL, Allebeck P. Abuse of and dependence on alcohol in Swedish women: role of education, occupation and family structure. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 445–50.
204. Ulrichsen J, Nielsen MK, Ulrichsen M. Disulfiram in severe alcoholism--an open controlled study. *Nord J Psychiatry* 2010; 64(6): 356–62.
205. Wallace JM, Bachman JG, O'Malley PM, et al. Gender and ethnic differences in smoking, drinking, and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976–2000. *Addiction* 2003; 98(2): 225–34.
206. van Amsterdam J, van den Brink W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol* 2013; 27(11): 987-97.

207. van Oers JA, Bongers IM, van de Goor LA, Garretsen HF. Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol Alcohol* 1999; 34: 78–88.
208. Vannicelli M. *Removing the roadblocks: group psychotherapy with substance abusers and family members*. Guilford Press, New York, 1992.
209. Volin SDŽ, Volin S. *Rezilijentna ličnost*. Beograd, Prosveta / Nispred, 1996.
210. Von Bertalanffy L. *General system theory: foundations, development, applications*. Harmondsworth, Penguin Books, 1968.
211. Vuletić Z, Đukanović B. *Deca alkoholičara*. Gornji Milanovac, Dečje novine, 1988.
212. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49(2): 124–38.
213. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies & paradoxes*. New York, W.W. Norton, 1967.
214. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem resolution*. New York, W.W. Norton, 1974.
215. Weakland J. *The Tactics of Change*. San Francisco, Jossey-Bass, 1982.
216. Wegscheider S. *The Family Trap*. Nurturing, Crystal Minu, 1981.
217. Weiss RD, Jaffee WB, de Menil VP, Cogley CB. Group therapy for substance use disorders: What do we know? *Harv Rev Psychiatry* 2004;12: 339-50.
218. Weiss RD, LoCastro JS, Swift R, Zweben A, Miller WR, Longabaugh R et al. The use of a “psychotherapy with no pills” treatment condition as part of a combined pharmacotherapy-psychotherapy research study of alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 2005; 15(Suppl): 43-9.
219. Weissman MM, Jeffrey HB. Affective Disorders: Epidemiology. In: Kaplan HI & Sadock BJ(Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore-London, Williams & Wilkins, 1985.
220. Whalen T. Wives of alcoholics, four types observed in a family service agency. *Q J Stud Alcohol* 1953; 14(4): 632-41.
221. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charl-son FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575–86.
222. WHO. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
223. WHO. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.
224. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized controlled trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 274 - 83.
225. World Health Organization. *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, WHO, 2010.

226. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2014.
227. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018.
228. Zucker RA. Alcohol involvement over the life course. In: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 10th Special Report to the US. Congress on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000. p. 28–53.
229. Yalom I. The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books, New York, 1995.

Publikovani radovi iz teze:

1. Mladenovic I, Perunicic-Mladenovic I, Dimitrijevic I. Clinical and Background Risk Factors Affecting Dropouts from Alcohol Use Disorder Treatment: A Twenty-Five Year Retrospective Study. *Int J Ment Health Addiction* 2023; <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01196-7>

BIOGRAFIJA

Ivica Mladenović, rođen 02.03.1971. godine u Babušnici. Tokom školovanja nosilac Vukove, Tesline i Alasove diplome. Diplomirao na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 1998. godine sa prosečnom ocenom tokom studiranja 9.34. Specijalističke studije iz oblasti Psihijatrije na Medicinskom fakultetu u Beogradu završio februara 2006.godine. Magistarske studije iz oblasti Psihoterapije upisao je 1998. godine, na Medicinskom fakultetu u Beogradu, a magistarsku tezu pod nazivom “Moralno rasuđivanje u alkoholičarskoj porodici – komparativna analiza adolescenata i njihovih roditelja“, pod mentorstvom Prof. dr Ivana Dimitrijevića, odbranio 2006. godine. Subspecijalistički rad iz oblasti adiktologije, pod nazivom „, Prediktori ishoda bolničkog lečenja mladih odraslih patoloških kockara sistemskom terapijom“ (mentor Prof. Dr Ivan Dimitrijević), odbranio 2022.godine. Stručno zvanje primarijus, stekao je 2014. godine. Završio četvorogodišnju edukaciju iz Sistemske porodične terapije 2008. godine, u Institutu za mentalno zdravlje. Nosilac nacionalnog sertifikata za psihoterapiju (2008.g.) i evropskog sertifikata za psihoterapiju (2009.g.). Autor i koautor 15 knjiga i više od 50 stručnih i istraživačkih radova prezentovanih u zemlji i inostranstvu. Od 2000. godine stalno zaposlen u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu, gde trenutno radi na mestu načelnika Klinike za bolesti zavisnosti IMZ.

PRILOZI

- 1. Upitnik za evaluaciju sistemske terapije alkoholizma**
- 2. Izjava o autorstvu**
- 3. Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada**
- 4. Izjava o korišćenju**

**Upitnik za evaluaciju
sistemske terapije alkoholizma
1987 - 2012**

A	B	C	D	E	F
BROJ KARTONA	IME I PREZIME	POL	STAROST	STAROST II	MESTO RODJENJA
* upisati	* upisati	1. Muški 2. Ženski	* upisati u godinama	1. do 19 2. 20-29 3. 30-39 4. 40-49 5. 50-59 6. 60 i više	* upisati naziv mesta
G	H	I	J	K	L
MESTO ROĐENJA II	PREBIVALIŠTE	ZANIMANJE	ZANIMANJE II	NIVO STRUČNE SPREME	POSAO
1. Srbija 2. Crna Gora 3. Hrvatska 4. BiH 5. Slovenija 6. Makedonija 7. Inostranstvo	1. Beograd 2. Unutrašnjost 3. Inostranstvo	* upisati tačan naziv	1. Radnik 2. Domaćica 3. Poljoprivrednik 4. Administracija 5. Stručnjak, umetnik 6. Vojno lice 7. Ostalo	0. OŠ 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. V 6. VI 7. VII 8. VIII	1. Državna ustanova 2. Radi privatno 3. Na birou 4. Nezaposlen 5. Penzija

M	N	O	P	Q	R
GODINE RADNOG STAŽA	GODINE RADNOG STAŽA	BRAČNO STANJE	BROJ DECE	BRAK PO REDU	DUŽINA BRAČNOG ŽIVOTA
* upisati u godinama	1. Nema 2. 0-4 3. 5-9 4. 10-19 5. 20-29 6. 30-40	0. Nije u braku 1. U braku 2. Razveden 3. Udovac/udovica	1. Nema dece 2. 1 dete 3. 2 deteta 4. 3 deteta 5. više od 3 deteta	1. I 2. II 3. III 4. IV i više 5. nije u braku	1. do 1 godine 2. 2-4 3. 5-9 4. 10-19 5. 20 i više 6. nije u braku
S	T	U	V	W	X
SASTAV PORODICE	STAMBENI USLOVI	DETE PO ROĐENJU U PORODICI	BRAĆA I SESTRE	STRUČNA SPREMA SUPRUŽNIKA	DA LI SUPRUŽNIK RADI
1. Supružnici 2. Supružnici i deca 3. Supružnici i roditelji 4. Supružnici, deca i roditelji 5. Ostalo	1. Ima svoj stan 2. Podstanar 3. Kod roditelja 4. ostalo	1. I 2. II 3. III 4. više	1. Nema 2. Sestra 3. Brat 4. više braće i sestara	0. OŠ 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. V 6. VI 7. VII 8. VIII 9. nije u braku	1. Radi u državnoj ustanovi 2. Radi privatno 3. Na birou 4. Nezaposlen 5. Penzija 6. nije u braku

Y	Z	AA	AB	AC	AD
RPMR	USPEH U OŠ	USPEH U SŠ	VOJSKA	DA LI JE OSUĐIVAN (ZATVOR)	BROJ TRUDNOĆA
1. Uredan 2. Poremećen	1. Odličan 2. Vrlo dobar 3. dobar 4. Dovoljan 5. Ponavljao 6. Nepoznato	1. Odličan 2. Vrlo dobar 3. dobar 4. Dovoljan 5. Ponavljao 6. Nije išao 7. Nepoznato	1. Odslužio 2. Oslobođen 3. Nije kompletno odslužio 4. Ostalo	1. Nije 2. Jednom 3. Više puta	0. Nijedna 1. I 2. II 3. III 4. Više 5. Muškarac
AE	AF	AG	AH	AI	AJ
UREDOST MENSTRUACIJE	PUŠENJE	ALERGIJE	OPERACIJE	POVREDE GLAVE SA GUBITKOM SVESTI	TEŽE BOLESTI
1. Uredna 2. Neuredna 3. Nema 4. Muškarac	1. Puši 2. Ne puši	1. Ima 2. Nema	1. Ima 2. Nema	1. Ima 2. Nema	* navesti koje

AK	AL	AM	AN	AO	AP
TEŽE BOLESTI II	PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI U PORODICI	DA LI JE SUPRUŽNIK LEČEN PSIHIJATRIJSKI	BOLOVANJE PRI PRIJEMU	LEČENJE PO REDU	MESEC PRIJEMA
1. Ima 2. Nema	1. Ima 2. Nema	1. Da 2. Ne	1. Da 2. Ne	1. I 2. II 3. Više	1. Januar 2. Februar 3. Mart 4. April 5. Maj 6. Jun 7. Jul 8. Avgust 9. Septembar 10. Okotbar 11. Novembar 12. Decembar
AQ	AR	AS	AT	AU	AV
GODIŠNJE DOBA PRIJEMA	POVOD ZA DOLAZAK NA LEČENJE	DETOKSIKACIJA	DIJAGNOZA	DODATNA PSIHIJATRIJSKA DIJAGNOZA	ZNACI APSTINENCIJALN OG SINDROMA NA PRIJEMU
1. Proleće 2. Leto 3. Jesen 4. Zima	1. Zdravstvene posledice 2. Profesionalne posledice 3. Porodične posledice 4. Šire socijalne (Sud, CSR)	1. Da 2. Ne	1. F10 2. F11 3. F12 4. F13 5. F14 6. F15 7. F19 8. Z63	1. F0.. 2. F2.. 3. F3.. 4. F4.. 5. F5.. 6. F6.. 7. F7.. 8. Neurološka(EPI...) 9.nema	1. Ne 2. Umeren 3. Težak (predelirantan) 4. Delirijum 5. Epi

AW	AX	AY	AZ	BA	BB
DUŽINA ASPTINENCIJE PRI PRIJEMU	ALKOHOLIZAM U PORODICI	NAČIN PIJENJA	PONAŠANJE U PIJANOM STANJU	PRVI KONTAKT SA ALKOHOLOM	TRAJANJE TOKSIKOMANSKE FAZE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne apstinira 2. 1 dan 3. 2-3 dana 4. 4-7 dana 5. do 2 nedelje 6. do mesec dana 7. preko mesec dana 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Otac 3. Majka 4. Braća 5. Deca 6. Ostalo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Svakodnevno 2. Periodično 3. Retko 4. Ne pije 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miran 2. Agresivan 3. Ne pije 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do 7 godina 2. 7 - 15 godina 3. 16 – 19 godina 4. 20 – 29 5. 30 i posle 6. Ne pije 	<ol style="list-style-type: none"> 1. do 4 godina 2. 5 – 9 3. 10 – 19 4. 20 i preko 5. NE pije
BC	BD	BE	BF	BG	BH
PAD TOLERANCIJE	PREKID FILMA	TIP PIĆA	SARADNIK U LEČENJU	DUŽINA LEČENJA	DUŽINA LEČENJA II
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Da 3. Ne pije 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Da 3. Ne pije 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žestoko 2. Pivo i vino 3. Kombinuje 4. Ne pije 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supružnik 2. Nema 3. Roditelj 4. Dete 5. R.O 6. Ostalo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Do 2 meseca 2. od 2 do 3 meseca 3. Preko 3 meseca 	* upisati u danima

BI	BJ	BK	BL	BM	BN
PROCENA USPEŠNOSTI LEČENJA	DA LI JE PRIMAO ESPERAL	DODATNA TERAPIJA NA OTPUSTU	PRODUŽNE GRUPE	KLA	DISPANZERSKE KONTROLE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Napustio 2. Otpušten bez uspeha 3. Edukativni deo 4. Skraćeno 5. Kompletno 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Da 3. Ne uzima, prekinuo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Antidepresivi 3. Psihostabilizatori 4. Antipsihotici 5. Vitamini 6. Ostalo 7. Sedativi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Do 6 meseci 3. Od 6 do 12 meseci 4. 1-2 godine 5. Više 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne 2. Do 6 meseci 3. Od 6 do 12 meseci 4. 1-2 godine 5. Više 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redovno 2. Neredovno
BO	BP	BQ	BR	BS	BT
DUŽINA APSTINENCIJE PO ZAVRŠETKU LEČENJA	EEG	Hb (Hgb)	Hb (Hgb)	Erce (RBC)	Erce (RBC)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Do mesec dana 2. Od 1 do 6 meseci 3. Od 6 do 12 meseci 4. 1 - 2 godine 5. 2 - 5 godina 6. Više <p>* procena u odnosu na završeno lečenje ili na modalitet javljanja (poslednja kontrola)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije rađen 2. Uredan 3. Patologija 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više 	* upisati vrednost	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više 	* upisati vrednost

BU	BV	BW	BX	BY	BZ
TROMBOCITI (PLT)	TROMBOCITI (PLT)	GLUKOZA	GLUKOZA	BILIRUBIN (UKUPNI)	BILIRUBIN (UKUPNI)
1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više	* upisati vrednost	1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više	* upisati vrednost	1. Nije rađen 2. Uredan 3. Više	* upisati vrednost
CA	CB	CC	CD	CE	CF
HOLESTEROL	HOLESTEROL	TRIGLICERIDI (TG)	TRIGLICERIDI (TG)	Gama GT	Gama GT
1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više	* upisati vrednost	1. Nije rađen 2. Uredan 3. Više	* upisati vrednost	1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više	* upisati vrednost

CG	CH	CI	CJ	CK	CI
AST(SGOT)	AST(SGOT)	ALT(SGPT)	ALT(SGPT)	ALP	ALP
1. Nije rađen 2. Uredan 3. Više	* upisati vrednost	1. Nije rađen 2. Uredan 3. Više	* upisati vrednost	1. Nije rađen 2. Uredan 3. Manje 4. Više	* upisati vrednost
Cm	CN	CO	CP	CQ	CR
IQ (TOTAL)	IQ (TOTAL)	PERIOD DO ISPITA	PERIOD OD ISPITA DO VP	PERIOD VP - REZIME	ISPIT POLOŽIO
1. Do 69 2. 70-79 3. 89-89 4. 90-109 5. 110 – 119 6. Više od 120	* upisati	* upisati u danima	* upisati u danima	* upisati u danima	0. ne 1. I put 2. II put 3. III put

CS	CT	CU	CV	CW	CX
VP IZLOŽIO	REZIME IZLOŽIO	IME OSOBE KOJA JE UNELA PODATKE	DATUM UNOSA		
0. ne 1. I put 2. II put 3. III put 4. Nije izlagao	0. ne 1. I put 2. II put 3. III put 4. Nije izlagao	* upisati	• upisati		
CY	CZ				

F10 – F19

1. F10 - 303

F10.07 - 291.4 patološko pijanstvo

F10.4 - 291.0 delirijum tremens

F10.5 - 291 - alkoholičarske psihoze

F10.51 - 291.5 alkoholičarska ljubomora

F10.52 - 291.3 alkoholna halucinoza

F10.6 - 291.1 korsakovljeva psihoza

F10.73 - 291.2 alkoholna demencija

2. F11 - 304.0

3. F12 - 304.3

4. F13 - 304.1

5. F14 - 304.2

6. F15 - 304.4

7. F19 - (304.8 ----- 304.7)

8. Z63 - 309 (309.1)

1. F00 - F09 (290, 293, 294, 310)

- organski poremećaji i demencije

2. F20 – F29 (295, 297, 298)

- shizofrenija i sumanuta psihoza

3. F30 – F39 (296, 300.4, 311)

- afektivni poremećaji

4. F40 – f49 (300 - (osim 300.4), 306, 308, 309, 316) - neuroze

5. F50 – F59 (302.7, 307.1, 307.4, 307.5)

- sex. disfunkcije , poremecaji

spavanja i ishrane

6. F60 – F69 (302 - (osim 302.7), 301)

- sex. poremecaji, PL *poremecaj

licnosti

7. F70 – F79 (317, 318, 319)

- mentalna retardacija

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора **Ивица Младеновић**

Број индекса _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Системска терапија алкохолизма у хоспиталним условима – процена ефективности и карактеристике терапијског процеса

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио/ла интелектуалну својину других лица.

У Београду, **15.04.2026.г.**

Потпис аутора

Ивица Младеновић

Prilog 3

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора **Ивица Младеновић**

Број индекса _____

Студијски програм _____

Наслов рада **Системска терапија алкохолизма у хоспиталним условима –
процена ефективности и карактеристике терапијског процеса**

Ментор **Проф. Др Оливера Вуковић**

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду, **15.04.2026.г.**

Потпис аутора

Ивица Младеновић

Prilog 4

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

**Системска терапија алкохолизма у хоспиталним условима –
процена ефективности и карактеристике терапијског процеса**

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)**
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци.
Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

У Београду, 15.04.2026.г.

Потпис аутора

Ивица Младеновић