

Sindrom odvisnosti od alkohola

Učinkovito zdravljiva heterogena motnja

Avtorica: doc. dr. Maja Rus Makovec

Psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola

Povzetek

Strokovna skupnost v okviru psihiatrije odvisnosti že dolga leta sloni na z dokazi podprti klinični praksi na vseh ravneh delovanja. Ima objavljena strokovna priporočila glede zdravljenja odvisnosti¹, ki so stara skoraj desetletje, pa vendar še vedno večinoma aktualna in uporabna (do, upam, skorajšnje revizije in dopolnitve), saj je naslovljen celoten spekter problematike, prav tako je še vedno aktualna definicija o dometih zdravljenja², programi zdravljenja so evaluirani^{3,4}, filozofija in tehnika motivacijskih postopkov so večkrat prikazana v slovenski strokovni literaturi⁵ ipd. Pa vendar se neredko zdi, kakor da ti argumenti ne uspejo nasloviti klinične prakse tako, da bi vzbujali realistično upanje v učinkovitost zdravljenja odvisnosti od alkohola. Morda je bistvena ovira to, da gre za drogo naše kulture in so lahko zdravniki v zadregi, kako nasloviti problematiko.

Področje odvisnosti od alkohola naslavlja tudi nas osebno, naše izkušnje z rabo alkohola in v naši mreži odnosov: hitro se zgodi, da smo zato lahko za alkoholno zasvojenost pri pacientih razvili slepo pego, se preveč jezimo ali preveč zaščitimo, preveč ali premalo pričakujemo od pacientov in lastnih intervenc, imamo lahko trdna prepričanja, kako je prav zdraviti in kako ne, čeprav nismo preverili strokovnih dokazov ipd., izberemo pristop, v katerega verjamemo, kot edinega možnega, ker je v skladu z našimi osebnimi prepričanji ipd. Prispevek ponudi paleto informacij, ki bodo morda pomoč pri oblikovanju manj osebnega in bolj strokovnega pristopa k odvisnosti od alkohola. Predvsem pa želi prispevek poudariti ugotovitve, da gre za motnjo, ki je dostopna učinkovitemu zdravljenju. Za največji oviri zdravljenju veljata stigma bolezni in pa pričakovanje pacientov, da bomo od njih pričakovali nekaj, česar oni ne zmorejo.



Morda je bistvena ovira pri učinkovitosti zdravljenja odvisnosti od alkohola to, da gre za drogo naše kulture in so lahko celo zdravniki v zadregi, kako nasloviti problematiko.

ZMANJŠATI OBČUTKE SRAMU OZIROMA STIGME

Pacienta je potrebno glede rabe alkohola direktno vprašati, pa vendar je z naslavljanjem problematike uživanja alkohola za upoštevati, da kreira tako vprašanje nelagodje in s tem poveča verjetnost, da ne bomo dobili uporabnih informacij (uporabnih v končni meri za pacienta). Navodila so, naj bomo pri takem vprašanju empatični in naj po rabi alkohola sprašujemo v sklopu vseh ostalih vprašanj glede življenjskega sklopa z običajnim tonom in ekspresijo glasu. Po domače povedano, vedli naj bi se tako, kakor da sprašujemo po nečem povsem običajnem, čeprav je spraševanje po človekovem gonskem, potencialno slabo ozaveščenim, z ugodjem povezanim vedenjem skorajda praviloma povezano s potencialom za vzbujanje sramu⁶ – ne glede kako dobronameren je spraševalec. Glede na naravo naše kulture naj bi se sramoval vsakdo, ki ima prekomerne apetite; ta občutja sramu nekateri ljudje na nezavedni ravni razrešijo z ravno nasprotnim vedenjem, ki je »brezsramno«. Zato je pomembno razviti stil komunikacije s pacientom, ki blaži občutke sramu, saj sram pomeni veliko oviro v zdravljenju, in spodbujati občutek odgovornosti (krivde: izraza kriv ne uporabljamo, ker ima lahko implicitno moralistični pomen, ampak uporabimo izraz odgovornost). Občutja sramu utrujejo problem z odvisnostjo in narekujejo slabo prilagojeno vedenje; občutki krivde = odgovornosti pa promovirajo dobro prilagojeno vedenje⁷. Če sem sramota, nisem vreden, ne sposoben rešitve; če sem kriv – odgovoren, pa se bom trudil popraviti škodo.

Znano je, da so pacienti, vključeni v zdravljenje zaradi odvisnosti od alkohola, pogosto in disproportionalno marginalizirani⁸. Podeljena stigmatizacija med samimi pacienti, svojci in zdravstvenim sistemom direktno preprečuje oziroma ovira zdravljenje, pacientom in njihovim svojcem pa nalaga dodaten stres zaradi skrivanja. Vstopiti v zdravljenje pomeni potrditi, da nekdo pripada stigmatizirani skupini⁹, zato je logično, da se toliko ljudi izogiba zdravljenju. Dejansko je možno k obvladovanju sindroma odvisnosti od alkohola pristopiti na različne načine, od samoozdravitve do vključevanja v različen tip psihosocialnih intervenc, ali pa v programe zdravljenja v okviru psihiatrije.

Stigma bolezni pa žal prepreči, da bi vsaj del procesa spremembe zasvojeni ljudje razrešili v programih institucionalnega zdravljenja, ki bi jim prav posebej koristili zaradi narave njihovih težav, ki jih ni mogoče ustrezno nasloviti v neinstitucionalnih oblikah pomoči (na primer zelo izražena nevrobiološka komponenta, sočasna duševna ali somatska bolezen, kompleksne travmatske izkušnje, možnost, da v institucionalni obravnavi sodeluje in dobi hkratno pomoč ključni svojec ipd.). Stigmatizacija s strani zdravstvenih delavcev prepreči radovednost glede objektivizirano dobrih rezultatov zdravljenja odvisnosti in njihovo aplikativnost: vemo, da gre za dobro zdravljivo bolezen (cca 60 % pacientov v nezbrani populaciji javnih programov ima ugodno prognozo)¹⁰, veliko število zasvojenih ljudi obvlada in preseže svojo zasvojenost in so zmožni živeti kvalitetna življenja. Zanimiv fenomen je, da abstinenca od alkohola/odpoved, lahko dobi naravo

stigme namesto občudovanja; kdor na primer zmore shujšati, se tudi odpoveduje, pa vendar ni stigmatiziran ali prepričan, naj se vendar zredi nazaj.

KRONIČNOST NE POMENI NEZDRAVLJIVOSTI

Del zasvojenih ljudi se sicer zdravi zelo učinkovito že ob prvem vstopu v cikel zdravljenja, del pa se nagiba k vsaj prehodni recidivnosti. Glede pacientov, ki recidivirajo, je ustrezna primerjava z percepcijo uspešnosti zdravljenja drugih kroničnih stanj, kot so hipertenzija, diabetes in astma: praviloma ne pričakujemo, da bodo te bolezni ozdravljene za vedno oziroma, da bodo simptomi ob določenem času po zdravljenju kar izginili, ampak pričakujejo, da bo potreben stalen vnos nekega zdravila¹¹.

Zato je tako pomembno, da so pacienti, ki so bili zdravljeni v intenzivni obliki zdravljenja, vključeni v neko vrsto podporne obravnave (»after-care«). Za dosežene spremembe je namreč potrebno kar veliko energije in razumevanja, da se vzdržujejo. Razumevanje svojih dosežkov in truda od alkohola zasvojeni in zdravljeni ljudje najlažje dobijo v eni od skupin, ki promovirajo treznost.



SPREJETI PACIENTA IN NE SPREJETI NEPRILAGOJENEGA VEDENJA

Odvisnost od alkohola pomeni hkratnost spremenjene nevrobiologije in neprilagojeno vedenje¹². Za zdravnika ni dvoma, da je nevroadaptacija nevrobiološko bolezensko stanje, pri neprilagojenem vedenju (pozor: pomembno je, da gre za vzorec vedenja, o odvisnosti se ne da soditi po eni vedenjski epizodi) pa gre tudi za pravne in socialne aspekte, ki nimajo vedno zveze z medicino. Zato ni prav, da medicina prevzema nase morebitne odločitve, ki jih morajo izpeljati druge stroke. Tako je na primer odločitev, da delati pod vplivom alkohola ni/je sprejemljivo, potrebno naložiti tudi tistim, ki vodijo delovne procese. Prav razumeti in ne stigmatizirati zasvojenega človeka pomeni, da smo kot del civilne družbe netolerantni do neprilagojenega vedenja zaradi odvisnosti in zelo potrpežljivi in spodbudni do zasvojenih ljudi, ko jih usmerjamo v zdravljenje in ko se trudijo obvladovati odvisnost. Če smo tolerantni do neprilagojenega vedenja (delati pod vplivom alkohola, voziti pod vplivom alkohola, nasilno vedenje ali vzbujanje skrbi v družini ipd.), smo podobni nefunkcionalni družini alkoholika, ki se jezi in pritožuje, na koncu pa vedno popusti in se prilagodi odvisnosti.

Razumevanje svojih dosežkov in truda od alkohola zasvojeni in zdravljeni ljudje najlažje dobijo v eni od skupin, ki promovirajo treznost.



Vendar pozor. Takoj, ko smo v vlogi zdravstvenega delavca, smo odgovorni za svoj diskurz na drugačen način kot del civilne družbe, vsi naši pacienti imajo enake pravice pacientov do empatije in spoštljivosti (kar ne pomeni, da naredimo vse, kar hočejo ali kar bi utrjevalo njihovo neprilagojeno vedenje). Pa vendar klinično zdravljenje ni v nobeni kontradikciji z drugimi, nekliničnimi pristopi. Kajti ravno tu je kľeč: odvisnost od legalne psihotropne snovi je, kot omenjeno, heterogen fenomen in ga je možno nasloviti z različnih plati, na primer kot rešitev z duhovnostjo/transcendenco, preko skupin samopomoči, društev ipd.. Nikakor pa ni možno na tak način nasloviti vse problematike z odvisnostjo ali v vsaki fazi zasvojenosti. Pomemben del ljudi bistveno spremeni svoje funkcioniranje le, če se zdravijo v kliničnem kontekstu, če razumemo njihov nevrobiološki zaplet in kako se le ta odraža v neki dodatni klinično pomembni motnji, na primer depresiji, in kako je organiziran njihov sistem navezanosti, prepričanj, vrednot. Klinični pristopi imajo do strokovnjaka zelo drugačne zahteve: ta mora biti sposoben »samozatajitve«, uporabljati strokoven in spoštljiv diskurz, pacient je v ospredju s svojimi cilji in viri moči, načini spremembe oz. ugodni izhodi so različni, ni enega samega predpisanega izhoda, hkrati pa mora biti strokovnjak sposoben definirati in kategorizirati spremembo oz. izboljšanje. Terapevt, vodja društva ipd. ni definiran s pravili medicine, psihiatrije in psihoterapije in so zato diskurzi in osebne prezentacije izven klinike lahko drugačni.

Alkoholizem je v nevrobiološkem smislu in pri potrebi po povečanju osebne moči za obvladovanje vedenja še najbolj podoben diabetesu. Vendar ima alkoholizem presežno lastnost in sicer čustveno bolečino, ki jo sproži v zasvojenju, predvsem pa v njegovih bližnjih.

SINDROM ODVISNOSTI NI UNIFORMNA, AMPAK HETEROGENA MOTNJA

Sindrom odvisnosti pomeni hkratni obstoj vsaj treh simptomov od šestih, kar pomeni, da so lahko pojavne oblike te motnje zelo različne. To, da je nekdo prijeten in velik del delovnega časa uspešen v svojem poklicu, ni dokaz, da ne gre za zasvojenost. Koncepti uživanja alkohola z majhno/veliko stopnjo tveganja, škodljivega uživanja in sindroma odvisnosti od alkohola imajo pomembno sporočilno vrednost za klinično prakso: govorijo nam o tem, da se poraba alkohola dogaja na nekem kontinuumu od zelo malo do zelo velike porabe. Na vsaki ravni alkoholne porabe so možne različne posledice - prav tako v kontinuumu od nič do zelo težkih posledic, ne glede na to, ali gre za telesne, socialne, družinske, delovne, ali povezane z zakonom¹³. Na splošno/epidemiološko velja linearna povezava, da večja poraba alkohola povzroča več posledic, na individualni ravni pa ni tako. Tudi relativno majhna poraba alkohola lahko povzroči resne posledice. Prisotnost alkoholnih markerjev ne govori sama po sebi o

intenzivnosti zasvojenosti (nevroadaptacije v možganih), ampak govori o telesni ranljivosti. Pacienti z normalnimi somatskimi izvidi so lahko zelo močno zasvojeni. Prav tako so heterogene poti, po katerih so ljudje postali zasvojeni in nikoli zasvojenost ne nastane samo zaradi enega dejavnika. Zato zasvojenim ljudem pomagajo različne oblike pomoči. Ljudje, ki alkohol uživajo škodljivo ali začetno odvisniško brez hujših posledic, lahko obvladajo bolezen tudi z zmanjšanjem pitja; večji del zasvojenih ljudi pa ne zmore kontrolirano uživati alkohola daljše obdobje in je njihova rešitev v abstinenca. K nezmožnosti kontroliranega pitja pri zdravljenjih po vsem sodeč lahko prispeva tudi epigenetski fenomen. Nedavno so bili namreč identificirani mehanizmi, ki se kažejo v dednih spremembah v genski ekspresiji, jih pa povzročajo drugi procesi kot DNA sekvence. Izpostavljenost intenzivni rabi alkohola kot vpliv okolja v adolescenci je najverjetneje vpletena med drugim v epigenetski del razvoja tolerance, sle po alkoholu, prav tako tudi v intenzivne odtegnitvene simptome, potem, ko je odvisnost že polno razvita in v že omenjeno nezmožnost nadzorovanega pitja pri ljudeh, ki so enkrat razvili sindrom odvisnosti^{14, 15}.

Odvisnost je bolezen; pacient je soodgovoren za zdravljenje svoje bolezni. Svojci so lahko soodgovorni za slabo prognozo, če ne podpirajo treznosti in z njo povezanih sprememb.

NEVROZKANOST SPREMINJA POGLED NA ZDRAVLJIVOST ODVISNOSTI

Nevrozkanost je pomagala razumeti, da veliko kognitivnih motenj pri odvisnosti od alkohola ni dokončnih, ampak so zaradi nevroplastičnosti relativno dobro popravljive. Nevrobiološki pogled potrди klinično izkušnjo, da sta za odvisnega od alkohola potrebna ustrezna aktivacija (terapevtska obremenitev), in potrpežljivo čakanje na spreminjanje funkcionalnih možganskih povezav.

Nevroadaptacija pomeni (vseživljenjsko) zmožnost možganov za oblikovanje novih povezav med nevroni in za spreminjanje aktivnosti obstoječih nevronov, da bi se prilagodili vplivom okolja. Zaradi nevroplastičnosti se lahko možganska nevrobiologija "pokvari" ob uživanju alkohola. Prav tako zaradi nevroplastičnosti pa se možganska nevrobiologija lahko tudi "popravi", če se za dolgo obdobje prekine uživanje alkohola in pacient doživlja dolgotrajajoče pozitivne vplive iz okolja¹⁶ (spodbujanje k zdravim aktivnostim v čustveno naklonjenem okolju).

To se na primer dogaja v procesu zdravljenja odvisnosti. Zelo zasvojeni ljudje potrebujejo posebej »obogateno okolje« s pozitivnimi stimuli: tako okolje je najbolj na razpolago v hospitalnih oblikah zdravljenja in jih je potrebno razumeti kot take – da omogočijo najbolj intenzivno spremembo, ki bi se lahko v ambulantnem zdravljenju oblikovala zelo dolgo ali pa do nje ne bi prišlo.

Ambulantno zdravljenje je zelo primerno za tiste odvisne od alkohola, ki so vpeti v stabilne psihosocialne in delovne odnose, kar pomeni, da imajo na razpolago dovolj stimulusov za spremembo.

KDO JE ZA KAJ ODGOVOREN

Odvisnost je bolezen; pacient je soodgovoren za zdravljenje svoje bolezni. Svojci so lahko soodgovorni za slabo prognozo, če ne podpirajo treznosti in z njo povezanih sprememb (na primer mož meni, da lahko doma prireja popivanje s prijatelji, čeprav se žena zdravi zaradi odvisnosti).

Če zdravstveni delavci odvisne ljudi motiviramo na ustrezen način, se verjetnost, da se bo ta človek hotel zdraviti, poveča, nikakor pa se zaradi naših intervenc ne zdravijo vsi. Mi smo odgovorni za dober proces motivacije in ustrezno usmeritev, pacienti pa so odgovorni, koliko te pomoči bodo sprejeli in uveljavili v vedenju in doživljanju. Ni se za zgražati nad zelo močno zasvojenimi in njihovimi slabimi delovnimi navadami ali nevarnostim, ki jih povzročajo. Zdravi ljudje so odgovorni, da jim tega vedenja ne dovolijo.

Alkoholiki so lahko v določenih delovnih okoljih dobro sprejeti in celo negovani, saj je zaradi njihove odvisnosti z njimi možno manipulirati ali pa od njih pričakovati podporo nekonstruktivnim dejavnostim.

Tisti del spektra od alkohola zasvojenih ljudi, ki so nasilni do družine, je relativno majhen, povzroča pa svoji okolici hudo človeško in zdravstveno škodo. Civilna družba, državljani, sosedje, sorodniki so odgovorni, da preprečimo nasilje tistih zasvojenih ljudi, ki strahujejo svoje družine; le te so namreč pogosto zaradi zastrašenosti in izgube upanja nezmožne samozaščitnega vedenja.

Svojce, ki se ne bojijo zasvojenih članov družine, ampak so zaskrbljeni, žalostni ali jezni, je možno spodbuditi k večji odgovornosti za svoje zdravje in za motiviranje tega člana, da se gre zdraviti. Tistim svojcem, ki se počutijo pretirano odgovorne, je potrebno pomagati razumeti, do kje je naloga njihova in kje ne.

PRI ODVISNOSTI OD ALKOHOLA PRIDE DO OSEBNOSTNIH SPREMOMB, KI SO REVERZIBILNE

Zasvojeni ljudje so lahko primarno zelo različni, saj v odvisnost od legalne droge pade velik del populacije. Zasvojen je lahko primarno »dober, slab, neumen, pameten človek, preveč deloven, preveč lagoden, ustvarjalen, dober športnik ali telesno zapuščen«. Če se primarno konstruktiven človek zdravi zaradi odvisnosti, bo zopet tako dober, kot je bil, ali zaradi presejanja boleče izkušnje še boljši. Lahko da je brezobzirnost do počutja drugih in egocentričnost pri človeku, ki prej ni bil tak, poglobljen znak zasvojenosti. Če pa je nekdo primarno brezobziren in lagoden, bo lahko omilil te lastnosti le ob zelo veliki motivaciji in zavzetem trudu k spremembi.

Zasvojeni ljudje se pogosto vedejo paradokсно. Majhne frustracije jih lahko zelo razburijo – npr. kosilo ni na mizi ob uri, malo morajo počakati na blagajni, ...veliki stresorji, ki bi vznemirili druge ljudi, pa se jih ne dotaknejo (na primer nevarnost v prometu, žalost partnerjev, očitki otrok).

Ta preobčutljivost za sebe in neobčutljivost za druge je nevrobiološko pogojena¹⁷, pseudo-osebnostna motnja, ki je reverzibilna v zdravljenju. Zato včasih odvisen človek res potrebuje zelo močan dražljaj iz realnega okolja, da sploh percipira škodo. Izpostavljanje soočanju s škodo je v klinični situaciji etično in strokovno upravičeno le takrat, ko se pacient v sodelovanju z nami počuti varno navezanega in je konfrontacija narejena po pravilih psihoterapevtske intervence. Klinična situacija, ponavljam, ni replikacija civilnih, nekliničnih odnosov, kjer ima lahko obvladana in kultivirana jeza na neprilagojeno vedenje naravo dobre motivacije.

ČUSTVENA BOLEČINA OB SINDROMU ODVISNOSTI OD ALKOHOLA NAJ NE BO OVIRA, AMPAK SPODBUDA ZA ZDRAVLJENJE

Alkoholizem je v nevrobiološkem smislu in pri potrebi po povečanju osebnostne moči za obvladovanje vedenja še najbolj podoben diabetesu. Vendar ima alkoholizem presežno lastnost, in sicer čustveno bolečino, ki jo sproži v zasvojenosti, predvsem pa v njegovih bližnjih. Zato odvisnosti od alkohola vendarle ni možno povsem izenačiti z drugimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Posebna dragocenost kliničnih oblik zdravljenja je tudi v tem, da imajo ti programi poseben poudarek na programu za svoje¹⁸.

Navkljub našemu poznavanju nevrobiologije in psihiatrično-psihoterapevtskih aspektov odvisnosti pravzaprav pogosto najbolj pritegne narativa, zgodba z novim pomenom: spomnimo se, da že grška drama ponudi navdih skozi človeka, ki je zmotno ravnal, potem pa svojo zмотo presegele. Za zelo zdrave ljudi pravimo malo v šali, da je njihovo zdravo in dobro življenje »dobro za njih«, niso pa tako zelo, kljub lepemu vzoru, navdihujoči za spremembo, kot tisti, ki so del življenja skvarili in ga uspeli popraviti in celo človeško napredovati. Gre za izrazito so-kreacijo zdravljenja: vsak zasvojen človek v končni meri doseže svojo rešitev sam in s svojimi svojci.

Naloga klinika-strokovnjaka je tudi v tem, da pomaga kategorizirati, kaj je »uspeh«, ki ima naravo heterogenosti: uspeh je za nekoga zmožnost aktivacije, za nekoga pa zmožnost, da lahko zopet pretanjeno in sočutno začuti ljudi okoli sebe. Pogosto se zgodi, da izkušnja zdravljenja odvisnosti vzbudi potenciale, ki jih človek morda ne bi razvil, in tudi duhovno komponento. Zdravljencem pomaga tudi, da se ne doživljajo kot kronični bolniki, ampak kot pogojno zdravi ljudje. Če spremenijo življenjski slog, lahko živijo tako kvalitetno ali celo bolj kvalitetno življenje od povprečnega. [60](#)

LITERATURA

1. Čebašek-Travnik Z, Rus Makovec M (ur.). Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola: učbenik in smernice za delo. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2004.
2. Rus Makovec M. Uspešnost zdravljenja odvisnih od alkohola. In: Milič J, Pišljarič M, editors. Diagnosticiranje odvisnosti od alkohola na različnih nivojih zdravstva. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2005; 177-92.
3. Rus Makovec M, Čebašek-Travnik Z. Long-term abstinence and well-being of alcohol-dependent patients after intensive treatment and aftercare telephone contacts. *Croat Med J.* 2008 Dec;49(6):763-71.
4. Rus Makovec M, Čebašek-Travnik Z. Co-occurring mental and somatic diagnoses of alcohol dependent patients in relation to long-term aftercare alcohol abstinence and well-being. *Psychiatr Danub* 2008; 20(2):194-207.
5. Rus-Makovec M. Sprememba vedenja: motivacijski postopek pri odvisnem človeku. V: Žmitek A. (ur.). Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3 [zbornik]. Begunje, 18. in 19. november 2011. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 2011, str. 102-132.
6. Rus Makovec M. Koncept sramu v povezavi s sindromom odvisnosti od alkohola. In: Praper P, editor. SRAM. Zbornik prispevkov 4. srečanja psihoterapevtov Slovenije, 4. Bregantovi dnevi;1995; Ljubljana. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD, Sekcija za klinično psihologijo in psihoterapijo DPS, 1995; 127-36.
7. Dearing R, Stuewig J, Price Tangney J. On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addict Behav* 2005; 30 (7): 1392–1404.
8. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24: 143–155.
9. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA et al. Stigma and Treatment for Alcohol Disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 2010; DOI: 10.1093/aje/kwq304
10. McLellan AT, O'Brien CP, Lewis DL, Kleber HD. Drug Addiction as a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689–95.
11. McLellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction* 2002; 97: 249 – 52.
12. Miller PM. Evidence-Based Addiction Treatment. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London etc.: Elsevier, 2009.
13. Maisto S, Connors G, Dearing R. Alcohol Use Disorder. Cambridge, MA: Hogrefe, 2007.
14. Pascual M, Boix J, Felipe V, Guerri C. Repeated alcohol administration during adolescence causes changes in the mesolimbic dopaminergic and glutamatergic systems and promotes alcohol intake in the adult rat. *J Neurochem* 2009; 108: 920–31.
15. Starkman BG, Sakharkar AJ, Pandey SC. Epigenetics – Beyond the Genome in Alcoholism. *Alcohol Research: Current Reviews* 2012; 34(3):325–337
16. Erickson CK. The Science of Addiction. From Neurobiology to Treatment. New York, London: W.W.Norton & Company, 2007.
17. Oscar-Berman M. Neuropsychological vulnerabilities in chronic alcoholism. In: Noronha A, Eckardt MJ, Warren K (eds.). Review of NIAAA's Neuroscience and Behavioral Research Portfolio. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) Research Monograph No. 34. Bethesda, MD: NIAAA, 2000; 437–471.
18. Čebašek-Travnik Z, Jakopič J, Ivančič R, Rus Makovec M, Tabakovič K. Vključevanje družinskih članov in drugih bližnjih oseb v proces zdravljenja odvisnosti od alkohola. *Viceversa* 2005; (46): 3-16.