

možnosti ustanove. Smiselna je celostna obravnava pacientov, to pomeni sočasno zdravljenje vseh pacientovih duševnih motenj. Kadar to ni mogoče, je potrebno najprej nasloviti težave zaradi uživanja alkohola, saj je treznost »tehnični« pogoji za obravnavo drugih sočasno potekajočih motenj (40).

Vsi psihiatrični učbeniki – slovenski ni nobena izjema (41) – učijo, da morajo biti vprašanja o rabi alkohola

del intervjuja. Naša naloga je, da to postane vsakodnevna klinična rutina in s tem avtomatizem. Na ta način se bo zmanjšala stigmatizacija pacientov, ki uživajo alkohol na način, tvegan za njihovo zdravje (42). To bo izboljšalo verjetnost za pravočasno in ustrezno pomoč. V tem primeru ne bo več razlogov za ugotovitve, da ima skoraj polovica zdravnikov težave pogovarjati se s pacienti o rabi alkohola (43).

Nekaj refleksij, ki so jih so-kreirale različne perspektive strokovnjakov

Maja Rus Makovec, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Iz prispevkov strokovnjakov je razvidno, da je potrebno pri obravnavanju odvisnosti od alkohola na različnih ravneh med seboj usklajevati povsem različne intervence – od meja, prepovedi do empatične podpore in odpuščanja bolečih doživetij. Tak način zahteva toleriranje dvomnosti (ta zmožnost je v psihiatriji in psihoterapiji posebej zaželen profesionalna lastnost), kar pomeni veliko miselnega in čustvenega napora. To se da razrešiti žal tudi tako, da se odločimo le za en pogled in pri njem vztrajamo (in smo zato premalo profesionalni).

Sama vidim kot najbolj pereči dilemi v aktualnem okviru, kako organizirati in porazdeliti pomoč za veliko heterogenost zasvojenih ljudi in njihovih družin ter kako bi strokovnjaki lahko prispevali k drugačnemu družbenemu pogledu na odvisnost od alkohola.

Če obravnavamo odvisnost skozi usodo posameznika, potem je za poudariti zmožnost preiti skozi pacientove odpore in ga motivirati za zdravljenje. Prof. Kolšek je izpostavil paradokso naravo odvisnosti: bolj kot so ljudje zasvojeni, bolj dokazujejo, da so "normalni" in da ne potrebujejo pomoči. Običajno pri drugih boleznih si bolni ljudje želijo, da bi dobili zdravstveno pomoč. Zato je potrebno natrenirati dostop do teh ljudi. Dokler je pitje alkohola pri zasvojenemu človeku ego-sintono (dokler zapaža več ugodja/nevrobiološke nagrade kot škode zaradi načina pitja alkohola) ni motiviran za zdravljenje. Pozornost se mu vzbudi, ko doživi neko vrsto meje oziroma neugodja pri njemu pomembni dejavnosti ali vrednoti (temu pravimo bolezenski pritisk): nekateri se odzovejo takrat, ko telesno zbolijo, ko imajo zelo hudo odtegnitveno stanje, ko zdravljenje zahtevajo družinski člani, ko zahtevajo ureditev stanja v službi, ali če izgubijo voziško dovoljenje. Nadalje so ljudje različno intenzivno pripravljeni na spremembo: tisti, ki so že v fazi aktivacije, imajo nižje odpore proti spremembi (in je z njimi veliko lažje sodelovati, ker si že želijo pomoči in so pripravljeni aktivirati se), tisti, ki so v fazi pre- ali kontemplacije, pa imajo visoke odpore

proti spremembi (in potrebujejo drugačen pristop kot prvi, predvsem v smislu motivacijskih postopkov) (44). Šele potem, ko zasvojen človek doživi neko mejo, nastopi zdravljenje, pri katerem pa je pristop prav nasproten temu, kako odločno je bilo potrebno postaviti mejo. Meta študije so dokazale, da sta konfrontacija in edukacija najmanj učinkoviti intervenci v zdravljenju. Najbolj učinkovite metode slonijo na motivacijskih pristopih in čim bolj izraženi empatičnosti do pacientov (45). Zakaj bi se sicer ljudje, ki se morajo spoprijeti z izgubami in škodo zaradi svoje motnje, želeli zdraviti in obstati v zdravljenju, če se s svojimi terapevti ne povežejo dobro in se ne počutijo sprejete? Empatija do zasvojenih pacientov je celo pomembnejša, kot na sploh v psihoterapiji (46). Empatija ne pomeni, da dajemo potuho ali da naredimo vse, kar pacienti hočejo od nas, ampak pomeni zavedanje o težavah, ki jih imajo pacienti ob soočanju z izgubami zaradi odvisnosti in pomanjkanju upanja, da so zmožni spremeniti se.

Tisti, ki zdravijo, niso sodniki, ne tožilci, ne odvetniki, ampak zdravijo: ne sodijo, ne kaznujejo in ne dajejo potuho, ampak pripravijo okoliščine, v katerih bo zasvojen pacient lahko napravil potrebne spremembe v kognitivnih procesih (največkrat ne gre le za motnje eksekutivnih funkcij, ampak tudi za specifično organsko moteno percepcijo in način razmišljanja, ki so mu nekoč v preveliki meri pripisali naravo psihološkega zanikanja), čustveni odzivnosti (desna hemisfera in limbične strukture so lahko pri zasvojenih z alkoholom pomembno manj odzivni na čustvene in socialne dražljaje) in da bo ustrezno uravnaval svoje vedenje (da bo zanj odvisniško vedenje postalo ego-distono, torej normativno in vrednostno tuje) (47). Na srečo so možgani nevropastični, torej lahko z ustrezno stimulacijo (abstinenco, psihoterapijo, telesno gibanje, učenje novih vsebin, podporni medosebni odnosi, določena zdravila), ki traja dovolj dolgo, pospešimo tvorbo novih funkcionalnih možganskih povezav (48). Pri odvisnih od alkohola v okrevanju se

spodbuja empatičnost do drugih ljudi, oziroma se spodbuja zmožnost odzivnosti na socialnem delu možganov. Z večjo občutljivostjo do drugih ljudi si povečajo zmožnost za dolgoročno okrevanje.

Kdo naj zdravi od alkohola zasvojene ljudi? Ta se izkazuje v veliki heterogenosti. Ljudje so lahko zasvojeni malo, srednje ali zelo močno oziroma so njihove nevrobiološke spremembe različno intenzivne. Zasvojenost se razvije lahko že v mladih letih z drugimi eksternalizirajočimi motnjami (na primer motnje v nadzoru impulzov), ali kasneje v življenju pri ljudeh, ki so marsikaj dosegli, z več internalizirajočimi motnjami (na primer depresija) (49). Sindrom odvisnosti se lahko izkazuje tudi pri tako imenovanih funkcionalnih zasvojenih ljudeh: na prvi pogled delujejo "v redu", na čustvenih odnosih ali pri vrednotah pa je prepoznati subtilne posebnosti zaradi odvisnosti. Če zasedajo vplivne položaje, so včasih direktna ovira za bolj konstruktiven odnos do alkohola in zasvojenosti.

Pri zasvojenih ljudeh, ki nimajo klinično pomembnih sočasnih duševnih motenj (najpogosteje gre za razpoloženske motnje, motnje v nadzoru impulzov, čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo, psihoorgansko motnjo, posttravmatske motnje ipd.), v obravnavi zadostujejo psihosocialne intervence, ki so na razpolago izven medicinskega sistema. Gre na primer za Anonimne alkoholike in razna društva, ki naslavljajo načine za reševanje odvisnosti. Za odvisnost ob klinično pomembnih motnjah pa je indicirano strokovno psihoterapevtsko in psihiatrično zdravljenje v ambulantnih in hospitalnih programih v medicinskem kontekstu. V klinični psihiatrični kontekst tipičnega psihiatričnega oddelka pa sodijo le psihiatrični zapleti odvisnosti od alkohola, kot so resna odtegnitvena stanja z zapleti ter psihotična in psihoorganska stanja zaradi alkohola.

Terapevti, ki sodelujejo v psihosocialni obravnavi, se dobro zavedajo, da je bistvo obravnave odvisnosti najprej dejanska sprememba vedenja (50). V tem so lahko odlični pomočniki. Praviloma pa nimajo znanja in izkušenj, kako nasloviti prej omenjene sočasne duševne motnje. To ni nikakršen problem – saj to tudi ni njihova naloga, če se tega zavedajo in napotijo zasvojene v zdravstveni sistem. Ko se le-ti uredijo, se lahko vrnejo nazaj v prejšnjo psihosocialno pomoč, po potrebi pa vzporedno obiskujejo še psihiatra ali psihoterapevta s področja odvisnosti.

Psihoterapevti, čeprav imajo opravljene vse formalnosti svojega izobraževanja, ki niso seznanjeni z odvisnostjo, lahko postanejo nehote vzdrževalci odvisnosti. V odvisnosti ni primarni cilj uvid – nekateri pacienti zelo dobro poznajo svoj problem z odvisnostjo, a se ne čutijo zmožne, da bi ga obvladali. Poznati je torej potrebno vedenjske strategije, kako

obvladati odvisniško vedenje. Uvid pri odvisnosti pogosto pride za spremembo vedenja in ne obratno.

Ni za pozabiti, da lahko nekateri ljudje tudi samoozdravijo. Približno 25 % z alkoholom zasvojenih ljudi izkusi dolgotrajno ali celo stalno remisijo brez uporabe kakršnegakoli zdravljenja (51, 52). Samoozdravitve brez zunanje podpore (po naravni poti) se izkazujejo pri ljudeh, ki niso preveč biološko zasvojeni, ki so vpeti v pomembne medosebne odnose (družina, služba), so proaktivni in so doživeli zaradi svojega pitja hude občutke krivde in sramu. Ne zanikajo jih in zaradi njih ne pijejo več, ampak jim pomenijo ta mučna občutja zelo močno spodbudo k abstinenci in močni spremembi življenjskega stila. Nekateri programi izven medicinskega sistema vključujejo predvsem ljudi z veliko zmožnostjo samoozdravitve. Medicinski sistem je dolžan zdraviti najbolj zasvojene in najbolj ranljive paciente, posebej s sočasnimi duševnimi in telesnimi stanji, in ki lahko dosežejo polno, ali pa le delno remisijo. Intenzivno zdravljenje v medicinskem sistemu mora zato v obravnavo odvisnosti vključevati multidisciplinarne strokovnjake.

Vendar je troje skupna filozofija vsem oblikam obravnave in zdravljenja odvisnosti od alkohola: 1. v končni meri se vsak pacient zdravi sam in je soodgovoren za svoje spremembe. Nihče ne more namesto njega abstimirati in prebolevati občutkov krivde ter oblikovati aktivnejšega življenjskega sloga z bolj vedrim razpoloženjem. Do tega cilja pa vodijo zelo različne poti, različni programi in različno intenzivna zdravljenja; 2. zasvojen človek se težko zdravi, če se ne poskuša spremeniti tudi njegova bližnja okolica (samski ljudje pa lahko nadomestijo primanjkljaj družinske podpore tako, da se dobro povežejo z neko skupino zdravlencev); 3. skupno vsem programom obravnave in zdravljenja, ne glede na obliko in intenziteto, pa je duhovna in etična plat zdravljenja odvisnosti. Odvisnost ni samo vedenjska, socialna, nevrobiološka in psihiatrična organska motnja, ampak nujno sproža filozofska eksistencialistična (samo)spraševanja, dileme o odgovornosti, krivdi, sramu in razmišljanja o možnosti spremembe in odpuščanja (53). V končni meri je v vsako obravnavo/zdravljenje odvisnosti vpeta narativa o psihološkem in medosebnem trpljenju ter odrešitvi.

Sedaj pa eno od dveh vprašanj, ki si jih ne znam prav odgovoriti: kako to, da razni terapevti iz socialnega konteksta, skupine samopomoči, terapevti iz zdravstvenega konteksta in predstavniki nevladnih organizacij z veseljem, zaupanjem, tovariško in z veliko lahkoto ne sodelujejo med seboj? Smo takorekoč edini, poleg dobro zdravljenih pacientov in njihovih družin, ki razumemo, za kaj gre pri tej stigmatizirani motnji. Logično se zdi, da bi si morali biti

v medsebojno pomoč. Moja izkušnja je, da v mojem profesionalnem okolju komaj čakamo, da lahko napotimo naše zdravljenca v kakovostne podporne skupine izven zdravstva. Brez te podaljšane obravnave imajo namreč malo možnosti, da bodo lahko vzdrževali tisto, kar so dosegli v intenzivnem zdravljenju. Hipoteze, zakaj je tako, so različne. Pričujoč prispevek je dal idejo, da bi bilo vse te terapije iz različnih kontekstov za povprašati, kje so ovire sodelovanju in kako bi jih skupaj lahko presegli. Ovira, ki se je s tako anketo verjetno ne bo dalo preseči, je morebitna prisotnost zelo izražene osebnostne lastnosti dominantnosti/narcizma pri kakšnih terapijah (kar pa velja za vsa strokovna področja).

Drugo vprašanje se povezuje z družbenimi normami, mediji, politiko. Res ne da ravni posameznika primerjati z družbenimi procesi, a vendar da misliti članek z naslovom, ki ga je napisala kolegica, ki je utirala pot slovenske alkoholologije v mednarodne perspektive, in sicer ali je lahko cela dežela zasvojena z alkoholom (54)? Če se poigravamo s to metaforo, potem smo morda strokovnjaki s področja odvisnosti nepopolno razumeli svojo družbeno vlogo.

Dolžnost stroke je, da argumentirano prikaže vso škodo in kratkovidnost odločitev, ki podpirajo prekomerno uživanje alkohola. Klic k odgovornosti,

tudi osebni, je nujen, in mora biti resen, a dostojen. Pa vendar, morda smo na družbeni ravni spregledali potrebo po dodatni vzporedni ravni našega delovanja. Na individualni ravni vemo, da samo bolezenski pritisk praviloma ne zadostuje za spremembo, ampak je potrebno biti s tem človekom tudi zelo sprejemajoč, zanimiv, podporen, vzbujati upanje ipd. Na družbeni ravni torej stroka potrebuje, poleg opozarjanja na škodo, tudi stalno aktivnost v vzbujanju upanja za spremembo, dostopnosti obravnave, de-stigmatizaciji zdravljenja in obravnave, na temelju medčloveškega povezovanja in solidarnosti. Na preventivni ravni prikazovati življenje brez alkohola na privlačen način, tudi s pomočjo popularnih vzornikov, ki bi se lahko aktivirali na tem področju. Skratka, ne biti le tisti, ki opozarja na škodo, ampak biti čim bolj zanimiv, prijeten, dostojen, sodelujoč sogovornik v podpori svobode do življenja brez odvisnosti od alkohola in drugih psihotropnih snovi.

Veselim se možnosti razvijanja dobrega kolegalnega sodelovanja vseh tistih, ki pomagamo zasvojenim ljudem in skupnega iskanja načinov, kako bomo poleg strokovnih analiz in klicev k družbeni odgovornosti tudi čim bolj zanimivi za družbene procese. Pred časom je že bila, na primer, ena taka dobra izkušnja za mlade z akcijo Z glavo na zabavo (55).

LITERATURA

1. Steenbergh TA, Runyan JD, Daugherty DA, Winger JG. Neuroscience exposure and perceptions of client responsibility among addictions counsellors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2012; 42: 421–8.
2. Luoma JB, Tzohig MP, Waltz T et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors* 2007; 32 (7): 1331–46.
3. Mc Lellan AT, O'Brien CP, Lewis DL, Kleber HD. Drug Addiction as a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance and evaluation. *JAMA* 2000; 248: 1689–95.
4. Koo, GF, Le Moal M. Addiction and the Brain Antireward System. *Annu Rev Psychol* 2008; 59: 29–53.
5. Miller PM. Evidence-Based Addiction Treatment. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London etc.: Elsevier, 2009.
6. Leshner A. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* 1997; 278: 45–7.
7. Nutt DJ, King LA & Phillips LD Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376: 1558–65.
8. van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *Journal of Psychopharmacology* 2015; 29(6): 655–60.
9. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - An overview. *Addiction* 2010; 105(5): 817–43.
10. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human Personal Habits and Indoor Combustions. Volume 100 E. A Review of Human Carcinogens International Agency for Research on Cancer (2012).
11. Coglian VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, Ghissassi FEI et al. Preventable exposures associated with human cancers J Natl Cancer Inst 2011; 103(24): 1827–39.
12. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V et al. WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007, 8(4): 292–3.
13. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, Espina C et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer, *Cancer Epidemiol* 2016; 45: 181–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.011>.
14. World Health Organization Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks World Health Organization, Geneva: World Health Organization, 2009.
15. World Health Organization, Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.
16. Lovrečič B, Lovrečič M. Zdravstvena problematika alkohola v Sloveniji. *Isis* 2017; XXVI (11): 32–7.
17. Podatkovni portal NIJZ [spletna stran na Internetu]. Pridobljeno 1.12.2017 s spletne strani: https://podatki.nijz.si/pweb/si/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px_language=sl&px_db=NIJZ+podatkovni+portal&rxid=7b7c04fd-5f8b-4dc0-80fe-21ff1ae5efb7.

18. Lovrecic B, Lovrecic M. Alkohol: čezmerno pitje alkohola in visoko tvegano opijanje NIJZ, CINDI - in print.
19. Vidič-Hudobivnik P. Zdravje svojcev alkoholikov po vključitvi v strukturiran program pomoči za obvladovanje problematike alkoholizma v družini Al-Anon. [specialistična naloga] Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2014.
20. Kersnik J, Poplas-Susič T, Kolšek M, Švab I. What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *J Int Med Res* 2009; 37: 1561–9.
21. Rugej J. Pot samouresničevanja. Ljubljana: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski; 2000.
22. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
23. Kolšek M. O pitju alkohola : priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; 2011.
24. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N et al. No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
25. Kolšek M. Pogostnost pitja alkohola in pivske navade osnovnošolcev v Sloveniji: doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 2000.
26. Kaner E, Beyer F, Dickinson H, Pienaar E, Campbell F et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, 2:CD004148.
27. Ames GM, Grube JW, Moore RS. The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empirical study. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 37–47.
28. Marques PR. Levels and types of alcohol biomarkers in DUI and clinic samples for estimating workplace alcohol problems. *Drug Test Anal* 2012; 4: 76–82.
29. Takeshita T. Prevention of alcohol-related health harm in the workplace. *Ind Health* 2017; 55: 403–5.
30. Franko A. Psihoaktivne snovi na delovnem mestu = Psychoactive substances in the workplace. V: Ratkajec T (ur.). Psihoaktivne snovi na delovnem mestu. 1. natis. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje medicine dela, prometa in športa. 2016; 5–12.
31. Zakon o varnosti in zdravju pri delu. Ur. list RS 2011; 43.
32. Spanagel R. Alcoholism: a systems approach from molecular physiology to addictive behavior. *Physiol Rev* 2009; 89: 649–705.
33. Nielsen MB, Gjerstad J, Frone MR. Alcohol Use and Psychosocial Stressors in the Norwegian Workforce. *Subst Use Misuse* 2017; 14: 1–11.
34. Maslow, AH. Motivation and personality, Harper & Brothers. 1954.
35. Čačinovič Vogrinčič G. Koncept delovnega odnosa v socialnem delu. *Socialno delo*, 2002; 41, 2: 91–6.
36. Addy PH, Radhakrishnan R, Cortes JA, D'Souza DC. Comorbid Alcohol, Cannabis, and Cocaine Use Disorders in Schizophrenia: Epidemiology, Consequences, Mechanisms, and Treatment. *Focus J Lifelong Learn Psychiatry* 2012; 10: 140–53.
37. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015; 154: 1–13.
38. Paris J. Prescriptions for the Mind - A Critical View of Contemporary Psychiatry. New York, NY: Oxford University Press, 2008.
39. Čebašek-Travnik Z. Slovenia: alcohol today—could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–4.
40. Stahl SM. Essential Psychopharmacology - Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2013.
41. Pregelj P, Kores-Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Ziherl S, Gregorič-Kumperščak H, Kravos M (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2013.
42. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 105–12.
43. National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA). Missed Opportunity: National Survey of Primary Care Physicians and Patients on Substance Abuse. New York, NY: CASA, 2000.
44. Schuler MS, Puttaiah S, Mojtabai R, Crum RM. Perceived barriers to treatment for alcohol problems: a latent class analysis. *Psychiatric services* 2015; 66 (11): 1221–8. doi:10.1176/appi.ps.201400160.
45. Prochaska JO. Enhancing Motivation to Change. V: Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz RS (ur.). Principles of Addiction Medicine 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2009: 745–55.
46. Moyers T, Miller W. Is Low Therapist Empathy Toxic? *Psychol Addict Behav*. 2013 Sep; 27(3): 878–84.
47. Valmas M, Mosher Ruiz S, Gansler D et al. Social Cognition Deficits and Associations with Drinking History in Alcoholic Men and Women. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38 (12): 2998–3007.
48. Clapp P, Sanjiv VB, Hoffman PL. How Adaptation of the Brain to Alcohol Leads to Dependence. *Alcohol Research & Health* 2008; 31 (4): 310–39.
49. Maisto S, Connors G, Dearing R. Alcohol Use Disorder. Cambridge, MA: Hogrefe, 2007.
50. Radovanović M, Rus-Makovec M. A temporal profile of pro-abstinence-oriented constructs from the modified theory of planned behavior in a Slovenian clinical sample of treated alcoholics – an 18-year follow-up. *Zdr Varst* 2018; 57 (1): 10–6. doi: 10.2478/sjph-2018-0002.
51. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS et al. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction* 2005; 100: 281–92.
52. Russell M, Peirce RS, Chan AW et al. Natural Recovery in a community-based sample of alcoholics: Study design and descriptive data. *Substance Use and Misuse* 2001; 36: 1417–41.
53. Uusitalo S, Salmela M, Nikkinen J. Addiction, agency and affects – philosophical perspectives. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2013; 30 (3), 33–50. DOI: 10.2478/nsad-2013-000.
54. Čebašek-Travnik Z. Alcohol today - could a country be addicted to alcohol? *Addiction* 2007; 102: 11–4. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01565.x.
55. Soglasje k aktu o ustanovitvi ustanove: Fundacije "Z glavo na zabavo", spodbujanje zdravja polnega življenja, stran 7864. Uradni list RS 62/2000.