

ALCOOLISMUL

9.1. ASPECTE GENERALE. ISTORIC

Alcoolismul a fost dintotdeauna o problemă medico-socială acută. Pe parcursul cunoașterii lui noțiunea de „alcoholism” se lărgea și se aprofunda. Astfel s-a conturat conținutul complex al termenului, prezentând aspectul medical și social al problemei.

Aspectul social dezvăluie prejudițiile spirituale, demografice, economice și biologice legate de consumul excesiv al băuturilor spirtoase atât la însuși consumatorii, cât și în întreaga societate. Aspectul medical integrează dereglările psihice și viscerale, endocrine, neuro-humorale și alte schimbări patologice în organism legate nemijlocit de alcoolizarea cronică sau apărute în urma ei. Ambele aspecte tangențiază la nivel de cauză și consecință.

Primele informații despre beție ca fenomen de maladie le întâlnim în scrierile lui Hippocrate, Galen. Însă o reflecție științifică patologia medicală alcoolică a căpătat numai în ultimele două secole.

În anul 1819, Vril-Kramer K.M., medic moscovit, introduce termenul de „dipsomanie”. În lucrarea sa „Dipsomania și tratamentul acesteia” el scria „Beția fiind determinată de motive moralicești, într-un șir de cazuri trece în accese dipsomaniace, care trebuie privite ca fenomene morbide. Acest necaz este bazat pe legile patologice și nu este străin iscusinței medicului, prin urmare este o suferință fizică”.

În anul 1849, pentru prima dată se introduce termenul de „alcoholism cronic” de către cercetătorul științific, activistul pe teren social, suedezul Magnus Huss. În lucrarea sa devenită clasică „Alcoholismul cronic ori maladia alcoolică cronică” autorul tratează noțiunea de alcoholism cronic ca totalitatea dereglărilor din organism generate de consumul abuziv de băuturi spirtoase.

Cu timpul, termenul acesta capătă o semnificație socio-medicală, indicând consumul alcoolului ca atare, influența lui asupra altor valori ale societății umane ca moravuri, munca etc. și fenomenul de „beție” cu un amplu spectru al consecințelor ei. Larga utilizare a termenului „alcoholism cronic” de mulți autori face cuprinsul lui variat și nu delimitează noțiunea de „beție”.

S.S. Korsakov (1913) introduce termenul „alcoholism cronic” în manualul său de psihiatrie în paralel cu termenii „beția” și „beția permanentă”.

Necesitatea depistării precoce a alcoolismului a generat noțiunea de alcoholism habitual, care denumesc etapa incipientă a maladii alcoolice.

De menționat că termenul „alcoholism cronic” a fost și rămâne prioritar în literatura medicală. El a fost ulterior folosit în calitate de sinonim al termenilor intoxicație alcoolică cronică și etilism.

La temelia raționamentelor despre maladie se pune consumul sistematic al alcoolului și cantitatea lui folosită. O clasificare de acest gen aparține renumitului medic canadian J. Jellenek. Ea a fost aprobată de Organizația Mondială a sănătății (1854) și se practica în multe țări. Conform acestei clasificări alcoolismul parcurge patru faze:

- Faza beției simptomatice sau faza prealcoolică. Consumul alcoolului este social și moral motivat, dar se evidențiază toleranța sporită, amnezii alcoolice;

- Faza prodromală. Alcoolul se transformă în remediul cu ajutorul căruia bolnavii jugulează atracția către el. Alcoolul devine idee obsesivă, se consumă în cantități mari;

- Faza critică sau crucială. Lipsește controlul asupra cantității alcoolului consumat. Ebrietățile sunt pronunțate. Bolnavii se retrag de la activitate, întrerup relațiile cu prietenii. Apar conflicte în familie, idei de gelozie, necesitate diminuată în alcool dimineața cu consum în doze mari spre seară;

- Faza cronică. Pentru ea este tipic consumul de alcool de dimineață, dip-somanii de lungă durată, conflicte în societate. Pacientul devine transparent, el nu ascunde viciul său, consumă surogate. Scade toleranța către alcool.

De menționat ca și viziunea Organizației Mondiale a Sănătății asupra terminologiei și noțiunii alcoolismului la fel a parcurs o evoluție.

În prezent se dă preferință folosirii „conceptului a doi pivoți”: „problemele legate de alcool” și „dependența alcoolică” (Edwards et al., 1977). Se consideră că aceste formulări diagnostice vor reorienta pe toți clinicienii spre un spectru larg de măsuri profilactice în întreaga populație și spre intervenții individuale.

9.2. FORMELE DE CONSUM AL ALCOOLULUI

Formele de consum al alcoolului pot fi divizate în trei grupe:

- a) forme de consum al băuturilor alcoolice admise de societate în situații concrete de ritualuri, obiceiuri, tradiții etc.;

- b) forme de consum abuziv – prenozologice – al băuturilor spirtoase;

- c) forme patologice de consum al băuturilor spirtoase.

De menționat că în populație există persoane care se abțin de la consumul băuturilor spirtoase – abștinenți. E.E. Behtel (1986) îi divizează în două grupe: abștinenți absoluți care nu consumă băuturi spirtoase cel puțin în timp de un an; abștinenți relativi – consumatori de băuturi alcoolice extrem de rar (2–3 ori pe an în cantitate de până la 100 ml de vin). Ei consumă alcool fără dorință, de obicei la insistența celor din jur. Abștinenții alcătuiesc circa 10% din populație. Mai frecvent ei se întâlnesc în loturile vârstelor extreme – până la 20 și mai sus de 60 de ani. Femei abștinente sunt de 2 ori mai multe (12,8%) decât bărbați (6,8%). Motivele abștinenței sunt intoleranța biologică a alcoolului, înrăutățirea stării sănătății, educația în spirit puritan în familie sau considerente religioase.

Consum întâmplător al băuturilor spirtoase. Se realizează în cazuri de sărbători, evenimente festive familiale. Persoanele în cauză se familiarizează, de obicei, târziu cu consumul de alcool. Ele manifestă o toleranță mică față de alcool cu efect neînsemnat de euforizare, nu selectează băuturile alcoolice, fiind indiferenți față de gustul și proprietățile acestora.

Periodicitatea consumului de alcool la acești oameni e de 1 dată în 2-3 luni până la 1-2 ori pe lună. Reținerea de la alcool este uneori interpretată incorect. Ebrietatea e de grad ușor, neînsemnată, rar mediu, moderată. Nu se pierde controlul asupra comportării, cantității alcoolului consumat. Atenția, memoria, gândirea, procesele asociative, conștiința nu se schimbă. Această formă de consum al alcoolului este practică de circa 38% din populație, inclusiv 16% bărbați și 58% femei.

Consumul moderat de alcool. Se înregistrează la circa 32% din populație, 18% din femei, 48% din bărbați. Este răspândit aproximativ egal între toate vârstele și se observă, ca și consumul întâmplător, după vârsta de 14-18 ani pentru bărbați și 16-21 ani pentru femei. În cadrul acestei practici se cultivă deprinderea. Evoluția procesului de deprindere cu alcool este plană, fără perioade de întreținere. Deprinderea se formează către vârsta de 25-35 de ani. Efectul de euforie este moderat. Apare senzația saturației de alcool, care este și mecanismul limitării consumului. Regularitatea consumului lipsește. Pretextele sunt situaționale, fiind recunoscute de majoritatea populației ca importante și admisibile. Se realizează, de obicei, de 1-4 ori pe lună, la un consum de 100-150 ml băuturi spirtoase recalculate în rachi. Persoanele în cauză manifestă semne de ebrietate, însă tablourile clinice nu sunt diferențiate. Durata stării de ebrietate este mică. În această formă de consum începe constituirea dependenței de alcool, însă ea nu prezintă un rol important în viața omului. Băutorii, după chefuri, nu au senzații neplăcute drept consecințe. Alcoolul se consumă în familie sau în cadrul unui grup de prieteni.

Consumul sistematic de alcool. Se observă la circa 13% din populație, fiind de 2,5 ori mai frecvent la bărbați decât la femei. Folosirea alcoolului are loc mai des, crește doza alcoolului consumat, se lărgeste gama pretextelor episoadelor alcoolice. Efectul euforic este destul de pronunțat, apar variante de ebrietate în urma transformării ei clinice. Consumul băuturilor spirtoase se include în stereotipul dinamic al comportamentului. Acest consum are început precoce (12-13 ani). Deprinderea alcoolică se formează în timp scurt și devine stabilă la vârsta de 16-20 de ani. Toleranța sporește. Se constituie necesitatea, dependența de alcool la 23-30 de ani. Cantitatea de alcool consumat atinge 200-400 ml de rachi cu o periodicitate de 1-2 ori pe săptămână. Efectul saturației întârzie. După excese alcoolice se observă labilitatea vegetativă, deprimarea capacității de muncă, disconfort general nepronunțat, astenie ușoară. Valorile personalității deviază spre băuturi alcoolice. Consumul lor, trăirea stărilor de ebrietate devin modul principal de a căpăta plăcere, satisfacție. Această transformare permite de a privi consumul sistematic ca accentuare alcoolică a personalității.

Consumul de alcool ca obișnuință. Se întâlnește la circa 6,6% din populație, inclusiv 11,6% de bărbați și 1,9% de femei. La persoanele în cauză persistă necesitatea în alcool. Sporește frecvența consumului și cantitatea alcoolului folosit. Se manifestă parțial dezadaptarea socială. Necesitatea alcoolului nu se apreciază ca patologică, dar e pronunțată și concurează cu necesitățile de bază ale personalității. Apare fenomenul ebrietății obligate. Se pierde capacitatea de reacție. Se prelungește perioada de ebrietate. Ultima devine polimorfă. Apare fenomenul goanei după euforie, se delimitează fazele euforică și narcotică. În unele cazuri euforia trece în disforie cu comportări antisociale. Crește toleranța față de alcool. Fenomenul saturării întârzie și mai mult.

Consumul alcoolului ca obișnuință se apreciază de unii clinicieni deja ca un stadiu al alcoolismului cronic (A.N. Molohov, Iu.E. Rahalski, 1959). E.E. Behtel (1986) tratează acest stadiu ca formă de consum prenosologic, numind-o prealcoholism. În descrierea ei autorul folosește semne clinice care, după A. A. Portnov și I.N. Piatnițkaia, determină gradul întâi al alcoolismului cronic.

Consumul sistematic și consumul ca obișnuință decurg abuziv și sunt însoțite de unele semne de maladie. Ele corespund noțiunii „beție”. Ambele, dar mai ales cel sistematic, formează fenomenul clinic „alcoholism habitual”, iar persoanele vizate – grupul de risc.

Formele patologice de consum al alcoolului se întâlnesc în cadrul alcoolismului cronic. Prin intermediul lor se declanșează mecanismele patogenetice interioare ale maladiei alcoolice, fapt ce exclude identificarea lor cu noțiunea „beție”.

Astfel, o noțiune succintă evidențiază conținutul socio-medical al consumului de alcool. Evolutiv el apare în următoarea continuitate: consum admisibil; consum abuziv – beție; consum patologic.

Există două forme de dependență față de alcool: psihologică și fiziologică sau fizică. Ambele fenomene determină tabloul clinic al alcoolismului, fiind pe larg elucidate în manuale și monografiile de specialitate.

În ultimii ani, sociologii, psihologii sociali, filozofii fac referiri la dependența alcoolică socio-culturală. Sub acest termen se subînțelege acea stare social-psihologică a individului în care el este predispus, hotărât către consumul alcoolului, decis să participe în ritualele alcoolice existente în societate cu mult mai înainte de a începe real consumul alcoolului. Această dependență nu prezintă o patologie psihofiziologică individuală, ci o patologie socială, care se manifestă prin dereglări ale procesului de adaptare normală a individului ca personalitate către mediul său social (N.S. Larionov, 1989). Conform părerilor autorului, domeniul dependenței alcoolice socio-culturale poate servi drept bază pentru interpretarea etiologiei consumului de alcool ca maladie socială.

Fenomenul dependenței socio-culturale este considerat de unii autori mecanismul de pătrundere a consumului de alcool în rândurile adolescenților. În materialele Biroului Regional European (1993–1994) s-a publicat că la vârsta de 15 ani 96,2% din băieți și 90,7% din fete din Austria cunosc deja gustul alcoolului, în Belgia – 92,6% din băieți și 90,7% din fete consumă băuturi alcoolice, iar în Cehia – 95,4% din băieți și 96,6% din fete consumă alcool o dată în săptămână, dintre care 35,6% băieți și 11,5% fete și mai frecvent.

Formele patologice de consum sunt condiționate de așa mecanisme clinice ca dependența psihologică și fiziologică cu pasiune patologică primară, care se provoacă situațional sau apare spontan, și pasiune patologică secundară ce se manifestă după ingerarea unei doze nu prea mari. În ultimul caz bolnavul este lipsit de capacitatea controlului asupra cantității alcoolului consumat, din care cauză el poate atinge stări de ebrietate pronunțată cu diferite grade de amnezie.

Forma de consum al alcoolului cu exces de o singură zi. După excesul alcoolic apar simptome de intoxicație cu dezgust la alcool și diferite repausuri între excese. Apare la alcoolismul de gradul întâi.

Forma de consum al alcoolului de tip pseudodipsomanie. Alcoolul se consumă regulat timp de 2–3 zile, până la o săptămână. Debutul excesului este situațional.

Deseori se realizează la sfârșitul săptămânii „alcoolismul sfârșitului de săptămână”. Încetarea excesului la fel este situațională: lipsa de bani, conflicte în familie etc. În același timp, toleranța pentru alcool și necesitatea în el persistă. Bolnavii renunță la consumul de alcool până la o săptămână și mai mult. Fenomenul dat se observă în alcoolismul de gradul doi.

Consumul de alcool în formă neîntreruptă pe fundalul toleranței sporite. Continuitatea lui e de la câteva săptămâni până la câteva luni. Se consumă cantități mari de alcool, preponderent în a doua jumătate a zilei. Întreruperile în consum sunt scurte și nu depind de starea sănătății pacientului, ci de împrejurări. Este caracteristică pentru alcoolismul de gradul doi.

Forma „intermitentă” de consum al alcoolului. Pe fundalul consumului de lungă durată și în doze mari de alcool, periodic, în decursul câtorva zile se folosesc cantități maxime de alcool pentru persoana în cauză. Este caracteristică pentru gradul doi și începutul gradului trei al alcoolismului cronic.

Forma de consum al alcoolului de tip dipsomanie veridică. Primar apare atracția patologică spontană, însoțită de senzații neplăcute în organism, dereglări afective. Primele zile se consumă doze mari de alcool, apoi, în urma scăderii toleranței față de alcool, dozele de băuturi spirtoase se micșorează progresiv. În cele din urmă organismul devine intolerant, consumul alcoolului se întrerupe. Abstinanța e pronunțată. Este tipică pentru gradul trei al alcoolismului cronic.

Forma neîntreruptă de consum al alcoolului pe fundalul toleranței scăzute. Se folosesc doze mici de alcool cu interval de 1-2 ore, inclusiv noaptea. Bolnavul se găsește mereu în stare de ebrietate. Sindromul de abstinanță se manifestă numai la stoparea alcoolizării. E caracteristic pentru alcoolismul de gradul trei.

9.3. IMPACTUL MEDICO-SOCIAL AL ALCOOLISMULUI

Consumul abuziv de alcool, după cum se știe, sporește morbiditatea somatică și psihică a populației. Mortalitatea cauzată de alcoolism și maladiile legate de el, conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, cedează numai bolilor cardiovasculare și tumorilor maligne. Cercetările științifice organizate de companiile de asigurare socială din SUA au arătat că nivelul de mortalitate între persoanele consumatoare sistematic de alcool e de două ori mai înalt decât la cele abstinente. Abuzul de alcool, după D. Cahalam și R. Room (1972), scurtează durata vieții aproximativ cu 20 de ani.

Există o corelație între consumul de alcool și mortalitatea legată de hepatitele cronice și cirozele hepatice. Conform datelor statistice ale Organizației Mondiale a Sănătății (1990–1993), nivelul mortalității prin ciroze hepatice variază de la 54,8 cazuri în Ungaria, 38,1 cazuri în România, 26,9 cazuri în Portugalia și Italia până la 4,4 cazuri în Norvegia și 2,1 cazuri la 100 mii de locuitori în Irlanda. Valori similare ale mortalității prin ciroze hepatice se constată și în țările continentului American: Mexic – 48,6; Chili – 42,8; Argentina – 13,3; SUA – 11,6; Canada – 9,3 cazuri la 100 000 locuitori. În Republica Moldova acest indice în anul 1995 alcătuia 90,5 cazuri.

Sunt cunoscute gastritele alcoolice cronice, ulcerul stomacal și duodenal, enterocolite la pacienții cu alcoolism. A.K. Kaceaev (1970) a atestat la 44,8% din alcoolici patologia aparatului digestiv.

Un impact deosebit are alcoolismul în maladiile cardiovasculare. Alcoolul atacă verigile sistemului cardiovascular. De aceea consumatorii de alcool suferă frecvent de maladie coronariană și hipertensiune arterială, 91% din acutizările hipertensiunii arteriale sunt precedate de abuz de alcool. Aceeași corelație se observă la ictus cerebral și boala ischemică.

Cu sporirea alcoolismului ca maladie, s-a constatat că răspândirea alcoolismului variază între 10 și 100 de bolnavi la 1 000 de locuitori. I.V. Strelciuc, bazându-se pe datele statistice mondiale, afirmă că 6% din consumatorii de alcool se îmbolnăvesc de alcoolism. În perioada 1930-1965 numărul bolnavilor de alcoolism în diferite țări a crescut de la 15 până la 50 de ori.

Actualmente apar informații despre „posibilul rol pozitiv al unor doze mici de alcool pentru sănătate”, despre „posibilul efect de protejare contra maladiilor coronariene a cordului”. Informația e mai mult decât concisă, dar Oficiul Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății o dă intens publicității, motivând că știința s-a concentrat asupra aspectului negativ al alcoolului, iar cel pozitiv nu e studiat.

Alcoolul are acțiune depresivă asupra sistemului imun, modifică reactivitatea organismului, favorizând astfel procesele inflamatoare, morbiditatea sistemului pulmonar, inclusiv tuberculoza. Conform unor autori, 30-40% din bolnavii cu tuberculoză sunt bolnavi de alcoolism.

Morbiditatea în rândurile consumatorilor abuzivi de alcool e circa de două ori mai mare decât în populație. Bolile la această categorie de pacienți au o evoluție trenantă. Conform unor date, 6,8% din populație se confruntă anual cu problemele „dependenței alcoolice” și „abuzului de alcool” și circa 18,9% în decursul vieții. În clinicele de profil general ale multor țări diagnosticul de alcoolism se stabilește la 25-35% din pacienții bărbați și la 6-9,6% din pacienții femei (Association National de Prevention de l'Alcoholisme, 1992).

În spitalele de psihiatrie contingentul de bolnavi cu alcoolism și psihoze alcoolice constituie de la 20% (Badia P, 1985) până la 30% (Feurelein W., 1985) (Swedish Council for Information on Alcohol).

B.D. Petracov (1972), J. Mozer (1974), A.K. Kaceaev, I.G. Urakov (1975) au demonstrat că răspândirea alcoolismului variază de la 10 până la 100 de bolnavi la 1 000 de locuitori. I.V. Strelciuc, bazându-se pe datele statisticii mondiale, indică o incidență a alcoolismului egală cu 2-6%.

Crește numărul de femei afectate de această maladie. Astfel, în perioada 1964-1985, raportul dintre femeile și bărbații alcoolici a sporit în republică de la 1:10 la 1:4. S-au agravat procesele reproductive. Studiile clinice au arătat că la femeile consumatoare de alcool gravitatea și nașterile decurg normal în doar 9,5% din cazuri și doar 40,5% din copii se nasc sănătoși (L. Cunicovschi, M. Ziniac, 1978). Consumatorii de alcool cauzează 28-40% din mortalitatea în urma căderilor; 30-40% – din mortalitatea în incendii; 30-34% – în urma înecului. Circa 60% de suicide se realizează în stare de ebrietate (CCSA/ARF, 1993; C.J. Sherpitel, N. Rozovsky, 1990). Este, de asemenea, un important factor criminogen – majoritatea agresiunilor, furturilor, accidentelor de circulație revin pe seama persoanelor alcoolizate.

O cotă de 41% din divorțuri este motivată de beția și alcoolismul soților. În familiile în care soțul consumă sistematic alcool avorturile sunt în medie de 2-2,5 ori mai frecvente decât în cele sănătoase.

Un factor alarmant este că 79% din întregul volum de vin produs în lume se vinde pe piața Europei, 14,1% – pe piața Americii, 5,6% – în Africa, 1,1% – pe piața Asiei și 0,2% – în Australia. Asemenea contraste se observă și referitor la alte băuturi spirtoase.

Efectele alcoolului asupra sănătății publice depind nu numai de cantitatea alcoolului consumat, dar și de structura băuturilor spirtoase, calitatea lor, frecvența consumului, concentrația și dozele folosite, precum și de vârstă, sex și starea socială a consumatorului. Nivelul de consum al alcoolului nu e constant. El diferă de la o țară la alta și depinde de nivelul de dezvoltare economică, valorile spirituale, gradul de cultură al populației, de măsurile de control asupra alcoolului etc.

Măsurile antialcoolice în Republica Moldova au fost mai eficiente în perioada campaniei din 1985, când consumul de alcool s-a micșorat cu 78,3%, constituind 1,5 l de alcool absolut pe cap de locuitor. Grație acestor măsuri, s-a ameliorat sănătatea publică: în perioada anilor 1959-1987 mortalitatea generală a scăzut cu 14,3%, a sporit natalitatea cu 11,1% și excedența naturală a populației cu 27,5%. S-a micșorat mortalitatea prin maladii ale sistemelor cardiovasculare cu 25,7%, digestiv – cu 39,8%, pulmonar – cu 25,1% și prin hepatite cronice și ciroze hepatice – cu 13,7%. Letalitatea în staționările narcologice s-a micșorat de 7 ori.

Odată cu demonopolizarea și liberalizarea pieței alcoolului, a sporit nivelul de consum al alcoolului. Drept urmare se observă corelații directe între fazele dinamicii nivelului sporit de consum al alcoolului și etapele strategiilor de control asupra lui.

Combaterea alcoolismului este o problemă majoră pe care omenirea încearcă să o soluționeze de-a lungul mileniilor. De acum în China antică prin decret se interzicea consumul de alcool. Paralel cu măsuri restrictive, educative, legislative au fost elaborate diferite forme de asistență medicală bolnavilor de alcoolism.

Actualmente direcția principală de activitate antialcoolică în Republica Moldova este micșorarea nivelului de consum al alcoolului. Sarcina Guvernului e să nu admită o creștere a acestui indice peste 6 l de alcool absolut pe cap de locuitor către anul 2015.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca fiecare țară să-și elaboreze o politică națională proprie față de consumul de alcool. Atitudinea populației față de alcool în diferite țări depinde de nivelul cultural și bunăstarea poporului, de tradiții și normele morale și etice ale lui. Deci și conținutul politicii trebuie să fie neunivoc. Această problemă a fost abordată la Carta Conferinței de la Paris (1995), care stipulează 5 principii etice și 10 strategii de activitate referitoare la alcool. Carta a fost semnată și de Republica Moldova.

Oficiul Regional European al Organizației Mondiale a Sănătății a adoptat al doilea Plan European de Acțiuni privind combaterea consumului de alcool pentru anii 2000–2004. În Republica Moldova se perfectează proiectul Legii cu privire la controlul asupra alcoolului, educarea populației în spiritul abstenenței și evitării consecințelor consumului de alcool. Legea va exprima prioritatea Sănătății Publice în acțiunile politice ale Republicii Moldova în conformitate cu articolul 158 din Tratatul de la Amsterdam al Uniunii Europene.