

PROBLÉMY PŮSOBNÉ ALKOHOLEM A PRAKTICKÝ LÉKAŘ

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Oddělení léčby závislostí – muži, Praha

Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu v České republice se praktický lékař s problémy působenými alkoholem setká často. Práce popisuje typické problémy, které musí praktický lékař řešit, k nimž patří: diagnostika, krátká intervence, postupy ke zvýšení motivace k léčbě, léčba akutní intoxikace případně s agresivními projevy, ambulantní léčba odvykacích stavů a indikace ústavní léčby atd.

Klíčová slova: alkohol, praktický lékař, krátká intervence.

Úvod

Vzhledem k omezenému prostoru nelze popsat všechny diagnostické a léčebné postupy pro léčení poruch působených alkoholem, lze odkázat na jiné prameny (např. 5). Zaměříme se ale na některé typické situace, s nimiž se praktický lékař může setkat. O tom, že jsou problémy s alkoholem časté a mohou mít rozličnou podobu, svědčí následující přehled.

Některé problémy působené alkoholem (volně dle 1)

Tělesné: Vyvolává nebo komplikuje onemocnění jater, slinivky břišní a žaludku, zvyšuje riziko nádorů v řadě lokalizací (např. jícnu, hltnu, jater, rakoviny prsu), podílí se podstatně na úrazech, otravách. Způsobuje alkoholové myopatie a kardiomyopatie, fibrilace síní a arytmie, kožní nemoci, nežádoucí interakce alkoholu a řady léků. Zhoršuje průběh tuberkulózy. Vyvolává makrocytární anémie, vyšší krvácivost, karence železa, vitamínů i bílkovin, hormonální poruchy, vyšší náchylnost k nejrůznějším infekcím, vyšší riziko sexuálně přenosných chorob (nižší imunita, častější rizikové chování). Fetální alkoholický syndrom může nastat i v důsledku pití alkoholu v časných stádiích gravidity, kdy žena ještě o těhotenství neví. Možná jsou i méně nápadná poškození plodu (ARND čili alcohol-related neurodevelopmental disorder). Dekompenzuje se hypertenzní nemoc, diabetes a řada dalších nemocí.

Neurologické a psychiatrické: Delirium tremens, psychotické stavy vyvolané alkoholem, Korsakovova psychóza, Wernickeho encefalopatie, alkoholická demence, atrofie mozku, alkoholová polyneuropatie, epileptické záchvaty v odvykacích stavech a zhoršování průběhu epilepsie jiné etiologie, vyšší riziko cévních mozkových příhod v ebrietě, nežádoucí interakce alkoholu a většiny psychofarmak, deprese, úzkosti. Sebevražednost údajně koreluje se spotřebou alkoholu v určité zemi lépe než úmrtnost na jaterní cirhózy (Lester, 2001).

V dětství a dospívání alkohol zvyšuje riziko ve vztahu k jiným drogám.

Sociální: Nižší produktivita práce, dlouhodobá nezaměstnanost, nedokončené vzdělání, bezdomovectví, rodinné problémy, zanedbávání dětí, rozvody. Alkohol zvyšuje riziko, že se někdo stane obětí trestné činnosti nebo že se jí dopustí (týká se zejména násilné trestné činnosti). Řízení pod vlivem alkoholu. Finanční a existenční problémy. Zvýšené nároky na zdravotní a sociální služby.

Rozpoznání problémů s alkoholem

Po problémech působených alkoholem je třeba aktivně pátrat, a to zvláště tehdy, jsou-li přítomny některé z následujících symptomů. Uvedené znaky samy o sobě neznamenají, že se jedná o problémy působené alkoholem, riziko těchto problémů je však vyšší, zejména pokud je přítomno více znaků.

Některé průvodní nálezy u pacientů, kteří mají problémy s alkoholem:

- Pacient přichází do ordinace lékaře pod vlivem alkoholu.
- Anamnéza z okolí svědčí o problémech s alkoholem.
- Vyšší hodnoty jaterních testů (nejcitlivěji reaguje na alkohol GMT).
- Bolesti dolních končetin a poruchy chůze.
- Makrocytární anémie, trombocytopenie.
- Gastrointestinální problémy, vředová choroba.
- Deprese, apatie, útlum, úzkost, poruchy soustředění a paměti, někdy i zmatenost.
- Hypertenze.
- Pavoučkovité névy, hepatomegalie, icterus.
- Edémy tváře, hyperémie spojivek.
- Jizvy, kožní defekty, RTG nález prodělaných zlomenin žebér.
- Silná závislost na tabáku.
- Rodinné problémy (zejména u žen) a konflikty se zákonem (častější u mužů).
- Obtíže v práci, nezdůvodněné vyžadování pracovní neschopnosti.

- Zneužívání alkoholu či jiných návykových látek u někoho z rodičů, alkohol nebo drogy zneužívající partner nebo manžel.

Diagnózu škodlivého užívání alkoholu stanovujeme, jestliže došlo k tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku alkoholu, nelze však prokázat závislost. O závislost se jedná, jestliže pacient naplní během 12 měsíců nejméně 3 z 6 znaků. Definici závislosti jsme zpracovali do jednoduchého dotazníku.

Dotazník závislosti

Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíce blíží skutečnosti, a zatrhněte ji.

1. Cítili jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání pít alkohol?
☐ Ne ☐ Někdy ☐ Často
2. Nedokázali jste se ve vztahu k alkoholu ovládat? (Pili jste i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste vypili víc, než jste původně chtěli?)
☐ Často ☐ Někdy ☐ Ne
3. Měli jste tělesné odvykací potíže („absťák“) po vysazení alkoholu (např. nejčastěji třes po ránu)?
☐ Ne ☐ Někdy ☐ Často
4. Zvyšovali jste dávku alkoholu, abyste dosáhli účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?
☐ Často ☐ Někdy ☐ Ne
5. Zanedbávali jste dobré záliby kvůli alkoholu nebo jste potřebovali víc času k získání a k pití alkoholu nebo k zotavení se z účinku alkoholu?
☐ Ne ☐ Někdy ☐ Často
6. Pokračovali jste v pití alkoholu přes škodlivé následky, o kterých jste věděli?
☐ Často ☐ Někdy ☐ Ne

Vyhodnocení: Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“, 3–6 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se jedná o závislost.

Cílem diagnostického procesu není ovšem pouze stanovení diagnózy. Během diagnostického rozhovoru by si měl pacient lépe uvědomit problémy, které alkohol působí. Toho se nejčastěji docílí vhodnými otázkami, které se týkají různých stránek jeho života (zdraví, rodina, zaměstnání, možná další rizika alkoholu). Zajímá nás i průběh odvykacích stavů v minulosti (lze tak do jisté míry usuzovat na průběh současného odvykacího stavu).

Okolí žádá pomoc pro člověka, který má problémy s alkoholem, ale nechce se léčit

V případech nebezpečnosti sobě nebo okolí z důvodu duševní nemoci je možná nedobrovolná léčba. V souvislosti s alkoholem se tak nejčastěji děje při těžších odvykacích stavech včetně deliria tremens, alkoholových psychózách, po sebevražedných pokusech pod vlivem alkoholu apod. Někdy je možná i kratší nedobrovolná léčba v souvislosti s nekontrolovaným pitím. Tak nedávno byl do našeho zařízení přijat vysokoškolsky vzdělaný muž ve věku 62 let, který pil několik týdnů v tazích, nedodržel základní hygienu a nevycházel z bytu, který byl poset fekáliemi. Jeho způsob života budil obavy nejen v rodině, ale i u sousedů. Pacient byl přijat nedobrovolně, krátce po přijetí však souhlasil s dobrovolnou léčbou alespoň do zvládnutí odvykacího stavu. Po 10 dnech hospitalizace jsme pak pacienta na jeho žádost a proti radě lékaře propustili. Pro správné posouzení stavu je zásadně důležité, aby měl lékař, který o nedobrovolné léčbě rozhoduje, k dispozici relevantní informace z okolí. Podrobnější doporučení příbuzným, jak si počínat ve vztahu k členu rodiny, který má problémy s alkoholem a nechce se léčit, viz (4), tento materiál je volně ke stažení z adres www.plbohnice.cz/nespor nebo www.mujiweb.cz/veda/nespor.

Intoxikace alkoholem případně spojená s agresivními projevy

U alkoholu není k dispozici specifické antidotum. U těžkých intoxikací je třeba především zajistit vitální funkce. Mírnit agresivní projevy pod vlivem alkoholu tlumivými léky (benzodiazepiny, antipsychotika) je nebezpečné vzhledem k těžko předvídatelným interakcím alkoholu a léků. Navíc se tak trvání intoxikace zpravidla prodlouží. Antipsychotika mohou zvýšit riziko epileptického záchvatu. Pokud se nepodaří zklidnit intoxikovaného psychologickými prostředky, bývá nutné jeho omezení v lůžku či převoz na záchytnou stanici případně i za asistence policie. Intoxikace alkoholem někdy maskuje jinou závažnou poruchu a překrývá její příznaky

(např. úrazy hlavy s nitrolebním krvácením). Zejména u dospívajících a dětí je intoxikace alkoholem spojena s rizikem hypoglykémie a hypokalcémie (2), je tedy třeba doplnit tekutiny a minerály. Často se podávají i vitaminy skupiny B.

Při práci s agresivním a intoxikovaným pacientem je lépe, pokud možno, nezůstávat s pacientem o samotě, odstranit z okolí nebezpečné předměty, udržovat bezpečnou vzdálenost (delší než délka natažené paže), hovořit klidným, hlubším a tišším hlasem, vyvarovat se prudkých gest a pohybů, které by si pacient mohl vykládat jako útok. Pacientovi je také třeba slovně i mimoslovně dávat najevo, že ho bereme vážně. Slovní sdělení určené intoxikovanému pacientovi by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné. Doporučuje se také oslovovat pacienta jménem, což dodává komunikaci osobnější ráz a je většinou vnímáno jako projev respektu. U pacientů, jejichž chování s sebou nese pro zdravotníky značné riziko, je správné žádat o pomoc policii. Jestliže je nevyhnutelné pacienta např. omezit, mělo by se zasahovat v dostatečném počtu. Pacientovo násilí, vyhrožování násilím i postupy ke zvládnutí stavu je vhodné dokumentovat.

Krátká intervence

Krátká intervence se definuje jako časově omezené poradenství s cílem změnit pacientovo chování. Krátkou intervencí pro problémy způsobené alkoholem doporučuje Světová zdravotnická organizace. Relativně účinná se ukázala i „velmi krátká intervence“ sestávající z doporučení, aby pacient přestal pít, a předání letáku. Zweben a Fleming (8) shrnují výsledky 14 studií týkajících se efektivity krátké intervence a dospívají k následujícím závěrům: Krátká intervence vede k nižšímu pití alkoholu u mužů i u žen, usnadňuje vstup do specializované léčby (pokud je potřebná) a vede k nižšímu využívání jiných zdravotnických služeb (např. interních, chirurgických nebo neurologických). Krátká intervence je účinná u pacientů, kteří pijí alkohol rizikově, kteří ho zneužívají, i u závislých, jestliže není z nějakého důvodu možná intenzivnější léčba.

Proběhly i výzkumy, které se týkaly efektivity jednotlivých komponent krátké intervence (8). Jako efektivní se ukázalo i používání svépomocných materiálů. Původní český manuál pro závislé na alkoholu jsme zpracovali pro naši populaci (4) a je volně dostupný na internetových adresách www.plbohnice.cz/nespor nebo www.mujiweb.cz/veda/nespor. Za prokazatelně efektivní lze považovat i jasné a srozumitelné doporučení přestat pít alkohol nebo pití omezit. Efektivní je také krátká intervence za pomoci rodiny.

Kroky při krátké intervenci podle americké NIAAA

1. Vhodné dotazy (Ask).
2. Posouzení stavu (Assess) za pomoci diagnostického rozhovoru, případně jednoduchých dotazníků.
3. Rada nebo doporučení (Advice).
4. Sledování (Monitor).

Rozhovor s pacientem se má vést nekonfrontačně a s porozuměním. Nejsou-li zákonné důvody k nedobrovolné léčbě z důvodů nebezpečnosti sobě nebo okolí, je třeba respektovat pacientovu odpovědnost a právo se informovaně rozhodovat. Lékař by měl posilovat pacientovo přesvědčení, že změna k lepšímu je možná. U nespolupracujících pacientů je třeba opakovaně vyjadřovat obavy o jejich zdraví, být připraven pomoci ve vhodnou dobu a pokračovat v jejich sledování. Je také třeba znovu navrhnout specializovanou léčbu, podle možností spolupracovat s rodinou pacienta, případně navrhnout abstinenci na zkoušku na omezený časový úsek.

Prvky používané při krátké intervenci

- Posouzení stavu a informování pacienta o výsledku.
- Jasná rada nebo doporučení přestat pít alkohol.
- Motivační rozhovor (viz dále).
- Terapeutický kontrakt (léčebná dohoda). Účastníci terapeutického kontraktu mohou být i rodinní příslušníci, kontrakt se může např. týkat závazku nastoupit specializovanou léčbu v případě recidivy.
- Svépomocné manuály a další tištěné materiály.
- Svépomocné organizace. Sem patří např. poskytnutí kontaktů na organizaci Anonymní alkoholici (viz www.sweb.cz/aacesko).
- Poskytnutí telefonního čísla na službu telefonické pomoci.
- Spolupráce s rodinou: Nejčastěji se pracuje s manželkami závislých na alkoholu středního věku a rodiči u mladších lidí závislých na alkoholu nebo jiných látkách).
- Předání k specializované léčbě. Úspěšnost předání může zvýšit tzv. aktivní předání, při kterém zdravotník návštěvu předem dohodne nebo pacienta k první návštěvě doprovází někdo z rodiny, sociální pracovníce apod.
- Následné kontroly.

Pacient není motivován

Motivace k léčbě a abstinenci se dříve chápala staticky téměř jako osobnostní rys. Moderní alkoholologie však motivaci pojímá dynamicky jako fenomén, který se spontán-

ně proměňuje a, co je důležité, je přístupný terapeutické intervenci. I člověk, který nechce v určitém období přestat pít alkohol nebo pít omezit, se může velmi rychle ocitnout v situaci, kdy pod tlakem okolností začne o změnu usilovat. Bohužel motivace se může měnit i v opačném směru a pacient motivovaný k léčbě a abstinenci vlivem nevhodného prostředí, tlaku reklamy i dalších nepříznivých vlivů může motivaci ztratit a vrátit se k návykovému chování. Stádium motivace je vhodné přizpůsobit způsob vedení motivačního rozhovoru (tabulka 1). Ideální je, když se pacient naučí s vlastní motivací pracovat a dokáže toho využít např. ke zvládnutí cravingu (bažení) tím, že si vybaví negativní následky recidivy.

Kdy by měl lékař doporučit pacientovi naprostou abstinenci od alkoholu

- Jedná se o závislost na alkoholu.
- Dřívější pokusy o kontrolované pití selhávaly.
- Abstinence ve vztahu k alkoholu je vhodná u lidí závislých na jiných psychoaktivních látkách. Především se tak možnému přesmyku závislosti. Případy pacientů dříve závislých na ilegálních drogách, kteří si později vytvořili závislost na alkoholu, jsou časté.
- Těhotenství nebo plánování těhotenství.
- Choroby, které alkohol zhoršuje (nemoci jater, epilepsie, onemocnění slinivky břišní atd.).
- Podávání léků, které vstupují s alkoholem do nebezpečných interakcí.
- Pro lidi, kteří řídí automobil (i velmi nízká hladina 0,2 promile alkoholu v krvi zvyšuje riziko dopravní nehody asi 2x) nebo se věnují jiným rizikovým činnostem.
- Pro lidi se zhoršeným sebeovládáním a sklony k násilí. Podstatná část násilných trestných činů bývá páchána pod vlivem alkoholu.
- Věk pod 18 let. U dětí dochází k otravě i po malých dávkách alkoholu a závislost na něm se v dětství a dospívání rozvíjí velmi rychle.

Anticravingová medikace (léky mírnicí nutkové bažení po alkoholu)

Ani jeden z dále zmíněných anticravingových léků se nehradí z pojištění a jejich cena je pro mnoho pacientů příliš vysoká. Naltrexon i akamprosat jsou účinné, naltrexon je patrně efektivnější (7). Slattey et. al. (8) na základě metaanalýzy odhadují, že s ročním odstupem se za pomoci anticravingové medikace zvýší počet abstinentů o 9 %. Z tohoto je zřejmé, že na anticravingové léky nelze spoléhat jako na jedinou léčbu, ale jejich podávání se má kom-

Tabulka 1. Postup dle stádia motivace k překonání návykové nemoci	
Stádium motivace	Modifikace postupu dle stádia motivace
Nestojí o změnu	Vyvolávat pochybnosti o návykovém chování (často pomocí vhodných otázek ohledně zdravotních, duševních, finančních, pracovních a rodinných problémů působených návykovými chováními) a pomoci pacientovi, aby lépe vnímal související rizika a problémy. To se děje s respektem a může to probíhat jako součást běžného vyšetření. Terapeut pomáhá pacientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat. Tužby, které jsou ve vzájemném rozporu, vnímá terapeut jako pochopitelné a otevřeně o nich hovoří.
Rozhodování	Pomoci rozhodnout se pro změnu, připomínat důvody ke změně i rizika toho, kdyby nenastala. Posilovat sebedůvěru při překonávání problému. Napomoci procesu rozhodování, učinit v tomto směru první kroky. Pomoci překonat domnělé nebo skutečné překážky léčby.
Rozhodnutí	Podobně jako v předchozím stádiu, důležitější je zde zvolit optimální jednání a dohodnout léčebný plán. V tomto stádiu je pravděpodobné, že pacient přijme návrhy lékaře.
Jednání	Napomoci uskutečnit změnu, používat vhodné postupy po dobu několika měsíců. Poskytovat pozitivní zpětnou vazbu, ocenit změnu. Rozpoznávání a zvládání rizikových situací nebo vyhýbání se jim. Uvědomování si výhod abstinence a vhodné odměňování se. Zkvalitňování sítě vztahů.
Udržování	Podobně jako v předchozím bodě, ale zpravidla v menší intenzitě. Naučit pacienta používat strategie k prevenci recidiv. Nacházení bezpečných zdrojů potěšení. Dlouhodobý suportivní kontakt s léčebným zařízením nebo svépomocnou organizací.
Recidiva	Pomoci recidivu rychle zastavit (často za pomoci dalších osob), aby nedošlo ke komplikacím v různých oblastech života. Recidivu je pak třeba vhodně zpracovat, vyvodit z ní závěry do budoucna (např. co se týče vyšší intenzity léčby nebo vyhýbání se rizikovým prostředím). Oslabovat nekonstruktivní pocity viny a méněcennosti.

binovat s jinými postupy. Při recidivě pití se nedoporučuje anticravingové léky vysazovat, protože zastavení recidivy usnadňují.

Naltrexon (ReVia): Je to antagonist opiatů, zmírňuje euforické pocity způsobené uvolněním endorfinů po požití alkoholu. Obvyklá dávka je 1 tableta (50 mg) 1x denně, nejkratší doporučená délka léčby jsou 3 měsíce. Horní hranice délky podávání nebyla stanovena. Překážkou širšího využívání naltrexonu v léčbě závislosti na alkoholu je zejména vysoká cena, malá informovanost lékařů, neochota pacientů lék užívat a vedlejší účinky.

Akamprosat (Campal): Akamprosat má strukturu podobnou aminokyselinovým neuromediátorům jako taurin nebo GABA. Stimuluje inhibiční GABAergní mediace a antagonizuje působení excitačních aminokyselin, zvláště glutamátu. U osob nad 60 kg se podává 6 tablet po 333 mg denně ve 3 dávkách (2-2-2), u osob pod 60 kg 4 tablety denně ve 3 dávkách (2-1-1). Doporučená doba léčení je 1 rok. Pozitivní zkušenost jsme zaznamenali i při aplikaci 1 tbl. akamprosatu ke zvládnutí akutního bažení (rozkousat a nechat vsřebet pod jazykem), takováto aplikace není standardní, léčbu však podstatně zlevní (3).

Anonymní alkoholici

Tato svépomocná organizace soustavně působí i v České republice. Soustavná spolupráce s touto organizací je efektivní (6). Seznam skupin anonymních alkoholiků v ČR

včetně adres a termínů setkání viz www.sweb.cz/aacesko/. Na tato setkání se neobjednává, stačí přijít.

Ambulantní léčba odvykacích stavů po alkoholu

Těžké odvykací stavy s křečemi a deliriem tremens vyžadují zpravidla hospitalizaci. Praktický lékař se bude patrně spíše zabývat lehkými odvykacími stavy. Ty lze někdy zvládat i bez psychotropní medikace. Jako podpůrnou léčbu je možné podávat hepatoprotektiva, vitaminy apod. Někdy se používá kombinace tiapridu (Tiapridal) a karbamazepinu (např. Tegretol) nebo samotný karbamazepin např. v dávce 3x200 mg. Samotný tiaprid lze použít pouze tam, kde nehrozí riziko epileptických záchvatů. Tiaprid ale může v terapeutických dávkách vyvolat extrapyramidové obtíže (a zhoršovat tak spolupráci pacienta), byl po něm popsán i maligní neuroleptický syndrom. Karbamazepin se nedoporučuje tam, kde jsou jaterní testy zvýšeny více než 2–3x. Karbamazepin má řadu dalších kontraindikací, pacient by měl být upozorněn na možné vedlejší účinky a interakce s alkoholem. Benzodiazepiny jsou při ambulantní léčbě závislosti na alkoholu také rizikové s ohledem na interakce s alkoholem a možnost vzniku kombinované závislosti na alkoholu a benzodiazepinech, což je obtížně léčitelný stav. Krátkodobé podávání benzodiazepinů však nelze v indikovaných případech zcela vyloučit (např. ústavní léčba není možná

a karbamazepin je kontraindikován). Podávání clomethiazolu (Hemineverin), s nímž máme dobré zkušenosti při ústavní léčbě odvykacího stavu včetně delirií tremens, je v ambulantní léčbě rizikové s ohledem na život ohrožující interakce s alkoholem.

Indikace ústavní léčby

Pro ústavní léčbu se zpravidla rozhodujeme, je-li přítomen jeden nebo více následujících znaků.

- Nebezpečnost sobě nebo okolí.
- Suicidální tendence nebo psychotické příznaky.
- Život ohrožující intoxikace.
- Závažné onemocnění pronikavě zvyšující riziko alkoholu.
- Těžký odvykací stav po alkoholu a delirium tremens.
- Závislý pacient není schopen se o sebe postarat, je osamělý a v nestabilní sociální situaci.
- Vzdor ambulantní léčbě se stav zhoršuje.

- Závislý pacient dává indikované ústavní léčbě přednost.

Závěr

Problémy působené alkoholem jsou v České republice s ohledem na vysokou

spotřebu alkoholu rozšířené a praktický lékař se s nimi setkává prakticky denně. Je proto zásadně důležité umět tyto problémy co nejdříve rozpoznat a efektivně intervenovat.

Literatura

1. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. The treatment of drinking problems. Cambridge University Press Cambridge 2003: 412.
2. Lamminpää A. Acute alcohol intoxication among children and adolescents. Eur J Pediatr 1994; 153 (12): 868–872.
3. Nešpor K, Matanelli O, Randák D, Mráčková E. Sublinguální užití acamprosátu jako krizové intervence ke zvládnutí bažení. Česká a Slovenská psychiatrie 2001; 97 (8): 411–413.
4. Nešpor K. Jak překonat problémy s alkoholem. Sportpropag pro MZD ČR Praha, 2004: 124.
5. Nešpor K. Návykové nemoci. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis Praha 2004: 9–45.
6. Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. J Consult Clin Psychol 1997; 65: 230–240.
7. Rubio G, Jimenez-Arriero MA, Ponce G, Palomo T. Naltrexone versus acamprosate: One year follow-up of alcohol dependence treatment. Alcohol and Alcoholism 2001; 36: 419–425.
8. Slattey J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Kohli H, Macpherson K, Parrott S, Quinn S, Single A, Tochel C, Watson H. Prevention of relapse in alcohol dependence. Health Technology Assessment Report 3. Glasgow: Health Technology Board for Scotland 2003: 228.
8. Zweben A, Fleming MF. Brief interventions for alcohol and drug problems. In: Tucker, J, Donovan, DM, Marlatt, GA: Changing addictive behavior. Guilford New York 1999: 251–282.