

## שימוש באלכוהול

Joseph M Rey

מהדורה בעברית  
תרגום: אלדור רוגב  
עריכה: פז תורן



*The Triumph of Bacchus or The Drunks* (c. 1629). Diego Velázquez, Museo del Prado, Madrid.

Joseph M Rey MD, PhD,  
FRANZCP

Professor of Psychiatry, Notre  
Dame University Medical  
School Sydney; Honorary  
Professor, University of Sydney  
Medical School, Sydney,  
Australia.

Conflict of interest: none  
reported.

Acknowledgements: Drs  
Jennifer Bergen and Yvonne  
Bonomo (Australia) commented  
on earlier drafts.

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Rey JM. Alcohol misuse (Editor: Paz Toren; translation: Eldor Rogev). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

אתנול (כוהל אתילי), תוצר תסיסה טבעי של תסיסת מזונות עשירים בפחמימות, הינו חלק מתרבות אדם מאז תחילתה של ציויליזציה, פופולארי בשל השפעתו המרגיעה וחלקו בעידוד יחסים חברתיים. כמו כן, יתכן והיה לאתנול ערך השרדותי. משקאות אלכוהוליים זמינים באופן חוקי ברוב מדינות העולם (יוצאי דופן: אפגניסטן, ברונאי, אירן, כוויט, לוב, ערב הסעודית, סודן ותימן). רוב האנשים הצורכים אלכוהול עושים זאת באופן אחראי בדרך כלל. עם זאת, לצריכה של כמות גדולה קיימות השלכות חברתיות ובריאותיות מזיקות ביותר. פרק זה דן בהשפעות המזיקות של צריכת אתנול (או כפי שיכונה בפרק, אלכוהול) על ידי צעירים. המונחים "הפרעת שימוש באלכוהול" (alcohol use disorder או AUD), "תלות באלכוהול" ו"אלכוהוליזם" יישמשו בפרק כמושגים נרדפים.

ניתן לסווג משקאות אלכוהוליים לתוצרי תסיסה ותוצרי זיקוק. משקאות "תסיסה" הם תוצר התססה של מזונות סוכריים. לדוגמא, בירה מיוצרת מדגנים, יין ממיץ ענבים וסאקה מאורז. במקומות שונים בעולם קיימים מוצרי תסיסה ממזונות אחרים. משקאות "מזוקקים" (spirits) מיוצרים על ידי ריכוז תוצרי תסיסה. לדוגמא, וויסקי מזוקק מתסיסת דגנים, ברנדי מתסיסת מיצי פירות, רום ממולסה. ניתן לזקק וודקה מתסיסת כל מוצר מזון- על פי רוב תבואה או תפוחי אדמה. זיקוק של וודקה ומשקאות דומים נעשה באופן כה יסודי כך שלא נותר טעם ספציפי ממזונות המקור (Wikipedia).

על פי רוב, תכולת אתנול של משקאות נמדדת במ"ל של אלכוהול לכל 100 מ"ל משקה, מבוטא כאחוז אלכוהול (alcohol by volume או ABV). לשם הדגמה, בירה עם 6% אלכוהול מכילה 6 מ"ל של אלכוהול בכל 100 מ"ל משקה. משקאות שהם תוצרי תסיסה מכילים עד 18% אלכוהול, בעוד תוצרי זיקוק מכילים כמות רבה יותר (למשל, 50%-40% בוודקה וויסקי).

## הנטל של שימוש באלכוהול

אלכוהול הינו אחד מגורמי הסיכון למקרי נכות לשנות חיים (disability adjusted life-years או DALYs) בקרב בני 10-24, ומהווה 7% מכל DALYs (בהשוואה ל-4% עקב יחסי מין בלתי מוגנים, 3% עקב חוסר ברזל ו-2% עקב שימוש בסמים בלתי חוקיים) (Gore et al, 2011). סך הכל, כ-4% ממקרי מוות ברחבי העולם מיוחסים לאלכוהול. גברים (עם 6% תמותה מיוחסים לאלכוהול), אוכלוסייה עניה ומדינות נמוכות-הכנסה סובלים יותר מהשלכות אלכוהול.

עלויות מיוחסות לאלכוהול מהוות מעל 1% מ GDP ברוב מדינות העולם (בארצות הברית 2.7%, הערך הגבוהה בקרב מדינות גבוהות הכנסה, ובדרום קוריאה 3.3%, הגבוהה

### צריכה לאדם

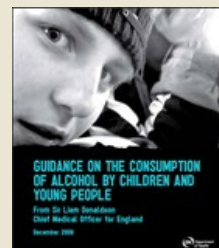
קיימת שונות רבה ברחבי העולם בנוגע לצריכת אלכוהול ובעיות הקשורות לאלכוהול. הצריכה הגלובלית בשנת 2005 היתה שווה ל 6 ליטרים עבור כל אדם בגיל 15 ומעלה. חלק גדול מצריכה זו – 29% (בערך 2 ליטרים לאדם) – היתה של תוצרת ביתית, בלתי חוקית או מרכישה שלא תחת השגחת החוק. במדינות מזרח אירופאית הצריכה הגדולה יותר, דפוסי השתייה המסוכנים ביותר, ומקרי המוות והנכות הקשורים באלכוהול הרבים ביותר. אחד מכל 5 מקרי מוות המדינות העצמאיות (אורבאנין, ארמניה, בלרוס, גרוזיה, קזחסטן, קירגיסטן, מולדובה, רוסיה, טג'יקיסטן, טורקמניסטן, אוזבקיסטן ואוקראינה) הינו כתוצאה משתיית אלכוהול. כ-12% מצורכי אלכוהול הינם בעלי דפוס של אפיוזות שתייה משמעותיות. אחוז האנשים השותים אלכוהול לשוכרה הינו נמוך ביותר בקרב מדינות מערב אירופאיות, וגבוהה ביותר בקרב מדינות חבר המדינות העצמאיות. פרט לחבר המדינות העצמאיות, דפוסי שתייה מסוכנים ושיעור גבוהה של תחלואה ונכות עקב שתיית אלכוהול גבוהים גם במקסיקו ובמדינות דרום אמריקה. אחוזי התנזרות משתייה נמוכים במדינות עם הכנסה גבוהה וצריכה גבוהה של אלכוהול (למשל אירופה, צפון אמריקה) וגבוהים במדינות בצפון אפריקה ודרום אסיה בהן יש אוכלוסייה מוסלמית רבה, עם אחוזי התנזרות גבוהים במיוחד בקרב נשים במדינות אלו. (WHO, 2011)

לחץ על התמונה לגישה ל - WHO's Global Status Report on Alcohol and Health 2011



אספקה קבועה של אלכוהול היתה צורך של קהילות בני אדם מוקדם יותר מכפי שנדמה. החל מלפני כ 9000 שנים, הרבה לפני המצאת הגלגל, תושבי הכפר הניאוליתית ג'יהאו שבסין נהגו להכין סוג של שיכר בעל 10% אלכוהול (Thadeusz 2009).

"ברחבי אנגליה, כחצי מליון ילדים בגילאי 11-15 השתכרו בארבעת החודשים האחרונים, וצעירים מתחת לגיל 18 צרכו את המקבילה של 2 מיליון בקבוקי יין בתקופה של שבוע [...] מאז 1990 כמות ההאלכוהול הנצרכת על ידי בני 11 עד 15 אשר שותים אלכוהול הוכפלה" (Donaldson, 2009). לחץ על התמונה בכדי לגשת למסמך



אלכוהול הינו גורם סיבתי (causal factor) ב 60 סוגי מחלות ופציעות, ומהווה מרכיב בגרימת (component cause) ב 200 נוספים (WHO, 2011), כולל:

- תאונות, פציעות ונזק, הן לשותים והן לסובביהם (משפחה, חברים, עוברי אורח)
- ירידה בתפקוד בלימודים ובעבודה, חיסורים מעבודה ולימודים.
- אלימות והתעללות במשפחה
- התאבדות, פשיעה בכלל ורציחות בפרט
- מוות או פגיעה כתוצאה מתאונות דרכים ותאונות עבודה
- התנהגות מינית מסוכנת, מחלות מין, HIV
- טרטנגנה, עם טווח השלכות על העובר עולל משל לידה נמוך, חסכים קוגניטיביים והפרעות מספקטרום foetal alcohol.
- נירוטוקסיות והפרעה בהתפתחות המוח, בעיקר באונות הפרונטליות.
- נזק מוחי מצטבר בשנים מאוחרות.
- סרטן (ושט, כבד, מעי, שד וכ"ו) ומחלות אחרות (כגון שחמת כבד)

ביותר עבור מדינות בעלות הכנסה בינונית). העלות השנתית הכוללת של שימוש באלכוהול לכלכלת ארצות הברית נאמדה בשנת 1998 בכ- 184 מיליארד דולר, ובכ- 20 מיליארד ליש"ט בבריטניה בשנת 2011. (Saunders et al. 2011).

## אפידימיולוגיה

קיימת שונות רבה בהרגלי צריכה בקרב בני נוער ויחס כלפי אלכוהול ברחבי העולם, עם השפעה של משפחה, קבוצת גיל, בתי ספר, אמונות דתיות ונורמות תרבותיות וחברתיות. בתרבויות רבות, שתיית אלכוהול הינה טקס מעבר לבגרות. תרבויות אלו, שתיית אלכוהול הינה חלק מהתנהגות לקיחת-סיכונים של בני נוער (יחד עם עישון, יחסי מין בלתי מוגנים, שימוש בסמים) המשויכת למרדנות וקריאת תיגר על חוקים.

בעשורים האחרונים חלה עליה בצריכת אלכוהול עולמית כתוצאה מ:

- תיעוש מדינות מתפתחות
- גלובליזציה
- צמיחה כלכלית
- עליה בזמינות בקבוקים אישיים של שתיה עם אחוז אלכוהול גבוה
- מחירים נמוכים באופן יחסי של משקאות אלכוהוליים.
- עליה בשיווק ופרסום

גברים צעירים שותים יותר מנשים, אך קיימת עליה בעדויות לכך שדפוס השתייה בקרב נשים מתקדם לכיוון זה של גברים. יתכן ומגמה זו היא תוצאה של שחרור נשים מ"תפקידי מגדר" מסורתיים, וצמצום פערים עם גברים בנוגע לשאיפות והישגים.

## הפתופיזיולוגיה של שימוש באלכוהול

אלכוהול נספג ומתפזר בגוף באופן מהיר. אלכוהול מדכא פעילות מוחית, גורם לדיסאינהיביציה, פגיעה בזכרון, קבלת החלטות וקואורדינציה. עליה במינונים יכולה להוביל לאובדן הכרה (מצב סטופרוטי), קומה ומוות עקב דיכוי נשימתי. השפעות ביולוגיות אחרות של אלכוהול כוללות בחילה, הקאה (עם סכנת אספירציה ומחנק), חמרמורת (hangover), אפיזודות שיכחה (blackouts), וחולי כגון גסטריטיס חריפה. השפעה של ריכוזי אלכוהול שונים בדם (blood alcohol concentrations -BAC) מסוכמים בטבלה G.1.1.

### דפוס שתיה רטוב יבש

דפוס שתיה רטוב מתאפיין בצריכה תכופה של כמויות קטנות של אלכוהול, בעיקר יין, בעת ארוחות או ארועים משפחתיים. הוא נפוץ בקרב מדינות דרום אירופה.

דפוס שתיה יבש מאופיין בשתייה כבדה, לרוב עד שכרון, בתדירות בלתי סדירה, בארועים חברתיים פחות משפחתיים. דפוס זה נפוץ יותר במדינות מרכז וצפון אירופה.

קיימת חפיפה בין דפוס שתיה רטוב ומדינות בהן שותים יין, דפוס שתיה יבש ומדינות בהן שותים בירה (spirits). עם זאת, חלוקה זו נחלשת, בעיקר בקרב צעירים.

"שתיית קוסמופולין, בירה ושני שוטים של וודקה סמירנוף. הייתי בסדר גמור. אז זה היכה אותי בבאת אחת (אני חושב ששתיית מהר מידי). למחרת סיפרו לי שניסיתי לנשק אנשים במסיבה, כולל בחורה אחת, את אחותה, ועוד בחור (אני בחורה דרך אגב). התעוררתי למצוא קוצים בכפות הרגליים שלי, אדמה בנעליים, הטלפון שלי היה ביער, המפתחות בחזקת מישהו אחר, ובלגן במכונית שלי. לא הייתי צריכה להשתין כשהתעוררתי אז אני מקווה שלא השתנתי מול כולם. אלוהים, הייתי מתה מבושה"

(אנונימי)

**טבלה G.1.1 – אינטוקסיקציה של אלכוהול: סימפטומים לפי רמת אלכוהול בדם (BAC)**

אפקט נצפה	טווח BAC* (גרם/100 מ"ל דם) ו[צריכת אלכוהול במשקאות סטנדרטיים**]
התנהגות נורמלית (נצפית), תחושות סובייקטיביות של רלקסציה, דברנות, בטחון עצמי.	<b>0.01-0.05</b> <b>[1-3]</b>
אופוריה – עליה בבטחון עצמי, דברנות, דיסאינהיביציה, אובדן ריכוז, פגיעה ביכולת קואורדינציה פסיכומוטורית.	<b>0.05-0.08</b> <b>[3-5]</b>
עוררות – דיבור לא מובן (slurred), חוסר שיווי משקל, אי יציבות רגשית, פגיעה בשיפוט.	<b>0.09-0.15</b> <b>[5-9]</b>
בלבול – דיסאוריינטציה, בלבול, בחילה, הקאה, פגיעה בזכרון, הליכה לא יציבה (staggering gait), אפטיות, חוסר קואורדינציה, אובדן שליטה על שלפוחית השתן.	<b>0.16-0.25</b> <b>[9-16]</b>
קומה, ערפול חושים (stupor) – אובדן הכרה, דיכוי נשימה, הפחתה של (או אף שיתוק של) רפלקסי שיעול והקאה (gag), הנשימה מאטה, הופכת בלתי סדירה ויכולה אף להפסיק לחלוטין (מוות יכול להתרחש ב-BAC גבוהה מ-0.45)	<b>מעל 0.25</b> <b>[&gt;16]</b>

\* מדובר בהערכה גסה, קיים שוני ב-BAC לפי מין, משקל וגיל. בצריכה קבוע של אלכוהול מתפתחת התרגלות והסתגלות-נוירולוגית (neuro-adaptation). אי לכך, טבלה זו אינה מיועדת לשימוש בהנחה לצריכה.

\*\* ב 3 השעות שקדמו

**ניטור העתיד ו-ESPAD**

פרויקט "ניטור העתיד" (Monitoring the Future) החל בשנת 1975 לסקור התנהגויות, גיזות וערכים בנוגע לשימוש בחומרים, בקרב תלמידי תיכון, קולג' ומבוגרים צעירים בארצות הברית. בערך 50,000 תלמידי כיתות ח', ט' ו'ב' סוקרו בשל שנה. המידע והדו"חות זמינים באתר.



פרויקט סיקור תלמידי בית ספר בנוגע לשימוש באלכוהול וסמים אחרים (European School Survey Project on Alcohol and Other Drug או ESPAD) החל בשנת 1995, וכעת סוקר מעל 100,000 תלמידים בני 16 מ-35 מדינות אירופאיות. הסקר אחרון שדווח הינו משנת 2007. (Hibell et al., 2009)

לחץ על התמונה התואמת לגשת לאתרי "ניטור העתיד" ו-ESPAD.



**אפיזודות שיכחה (Blackouts) – אלכוהול פוגע ביצירה של זכרונות חדשים.** תוצר לואי של שכרות הינה אובדן הזכרונות לארועים שהתרחשו בזמן אינטוקסיקציה – אפיזודות שיכחה או Blackouts, שהן סוג של אמנזיה אנטרוגרדית. אפיזודות אלו אינן כוללות אובדן הכרה, רק אובדן הזכרון. משך אפיזודה טיפוסית הינו 2-6 שעות, בהתאם לשיא ב BAC. שתית כמות גדולה של אלכוהול בזמן קצר מעלה סיכון לblackout (עם עליה מהירה ב BAC).

**חמרמורת (hangover) מתפתחת כאשר ערכי BAC צונחים מערך גבוה חזרה לאפס, והן יכולות להמשך מעל 24 שעות.** חמרמורת מתאפיינת בישנוניות, קשיי ריכוז, יובש בפה, סחרחורות, תלונות גסטרואינטסטינליות, הזעה, בחילה, נטייה להתרגשות יתר, חרדה ואומללות כללית. לא ידוע מדוע תלונות אלו יכולות להמשך גם לאחר שהאלכוהול והמטבוליטים שלו מתפנים מהדם. באופן מפתיע, הגורם לחמרמורת אינו ידוע. שלל שינויים פיזיולוגיים מתרחשים בגוף לאחר שתיה מוגזמת (כגון התיבשות, שינויים אנדוקריניים, חמצת מטבולית), ויתכן כי לכולם חלק בהתפתחות חמרמורת. לאחרונה הועלו השערות בנוגע לקשר של חמרמורת להפעלה של המערכת החיסונית וחוסר איזון של נוירוטרנסמיטורים. נראה כי בני נוער פחות מועדים לפתח חמרמורת.

**מטבוליזם**

באופן טיפוסית רמת BAC עולה ב 10-20 מ"ג/100 מ"ל עבור כל 10 ג' של אלכוהול שנצרך (בערך הכמות במשקה סטנדרטי), אם כי קיימת שונות בהתאם למין, משקל, גיל, נטייה אינדיוידואלית והרגלי שתיה קודמים (למשל עקב התרגלות). רוב העיבוד של אלכוהול הינו כבדי, שם הוא מחומצן אצטאלדהיד על ידי האנזימים אלכוהול דהידרוגנאז ואלדהיד דהידרוגנאז. בהמשך, אצטאלדהיד מפורק למולקולות של פחמן דו-חמצני ומים. אלכוהול עובר פירוק מטבולי בקצב אחיד של כ 7-10 ג' לשעה, קצב אשר אינו מושפע מריכוז האלכוהול שנצרך.



לצפייה בסרטון לחץ על התמונה

## אלכוהול והתפתחות המוח

חשיפת מוח בשלבי התפתחות מוקדמים לאלכוהול סבירה להתרחש בשלב העוברי דרך שתית האם או בשלבי טרנספורמציה תכופה של גיל ההתבגרות דרך שתיה כתוצאה מחיקוי התנהגות של צריכת אלכוהול (Spear, 2011). אלכוהול הינו טרטוגני, ומוערך כי בכ-1% מלידות במדינות מערביות ניתן למצוא חסכים על רקע אלכוהול, או בשם הקולקטיבי הפרעות ספקטרום אלכוהול עובריות (foetal alcohol spectrum disorders- FASD). רק חלק קטן מהילדים הללו סובלים מתסמונת אלכוהול עוברית (foetal alcohol syndrome- FAS). התפתחות FASD שכיחה יותר בקרב תינוקות לאימהות ששתו אלכוהול באופן קבוע או בבולמוסי שתיה (Binge-drinking). למועד החשיפה לאלכוהול יש משמעות קריטית- תוי הפנים האופייניים ל FAS הם התוצאה של חשיפה לאלכוהול בשבוע 3, על פי רב לפני שנודע לאם על היותה בהריון (ראה פרק B.1).

מחקרים בבני אדם ובחיות מרמזים כי ההשפעה של אלכוהול על מוח של מתבגר שונה במקצת מהשפעה על המוח המבוגר. לדוגמה, נראה כי מתבגרים רזיסטנטים יותר ממבוגרים לאינטוקסיקציה והשפעות שליליות של אלכוהול ( כגון בחילה, הקאה, חרדה, דיבור לא מובן) אשר להווים סמנים להפסקת שתיה, אך רגישים יותר להשפעות על יכולות חברתיות. הבדלים אלו יכולים להיות התוצאה של סבילות גבוהה יותר וצריכה רבה יותר של אלכוהול בגיל ההתבגרות (Spear, 2011).

## התחלה מוקדמת של שתיית אלכוהול

ככל שגיל התחלת הצריכה של אלכוהול נמוך יותר, גדלה הסבירות להשלכות שליליות. התחלת שתיה לפני גיל 14 מעלה את הסיכון להתפתחות של הפרעת שימוש באלכוהול (AUD) בעתיד, והיא קשורה בהתפתחות מהירה יותר וממושכת יותר של אלכוהול, עם קושי רב בגמילה (Skidmore et al, 2011). הפרעת התנהגות (Conduct disorder), חרדה, דכאון, הפרעות קשב וריכוז, ביישנות, התעללות, קונפליקטים במשפחה, הורות לקויה, העדר השגחה, עוני, שתיה של הורים והשפעות של בני גיל תוארו בספרות מקצועית כגורמי

גארי ריינבאך, אנגלי בן 22 מדגנהם, אסקס, נפטר בבית חולים לאחר שלא אושר להשתלט כבד מכיוון שלא הצליח להוכיח שלא שתה אלכוהול למשך לפחות שישה חודשים – אחת הדרישות לזכאות להשתלט כבד בבריטניה. מר' ריינבאך אושפז 10 שבועות קודם לכן עם שחמת כבד. בני משפחה תיארו שהחל לשתות בגיל 11, ושתה בכבדות החל מגיל 13. (Rouse, 2009)

## טבלה G.1.2 – גורמי סיכון להפרעות שימוש באלכוהול (AUD)

הערות	פקטור
מחקרי אימוץ, תאומים ומשפחה הראו רכיב גנטי בינוני עד חזק בנטיה לשתית אלכוהול ולהתפתחות של AUDs	<b>גנטי</b>
קיים גורם גנטי ברור להתחלת שתיית אלכוהול מוקדמת ולפיתוח תלות כתוצאה מכך	
תיתכן חפיפה בפקטורים גנטיים המובילים לשימוש באלכוהול, שימוש בסמים והפרעת התנהגות	
הפרעות פסיכיאטריות כגון ADHD, הפרעת התנהגות, חרדה. תפקוד ירוד בבית ספר	<b>אישיים</b>
שימוש באלכוהול בקרב הורים או אחאים	<b>משפחתי</b>
גישה הורית מתירנית בנוגע לשתיה	
השגחה הורית לקויה	
חברים אשר שותים אלכוהול, מעשנים או משתמשים בחומרים אחרים נגישות (למשל משקאות אלכוהוליים זולים)	<b>חברתי</b>
העדר הקפדה חוקית על גיל מינימלי לשתיה, ועל פרסום ושיווק	
השפעה תרבותית (למשל בסביבה צבאית או בלימודים אוניברסיטאיים)	
השתייכות לקבוצת מיעוט (למשל אינדיאנים אמריקנים, אינואט קנדיים, אבוריג'ינים)	



צריכת אלכוהול מעלה באופן משמעותי את הסיכון לאובדנות. לצפייה בסרטון לחץ על התמונה

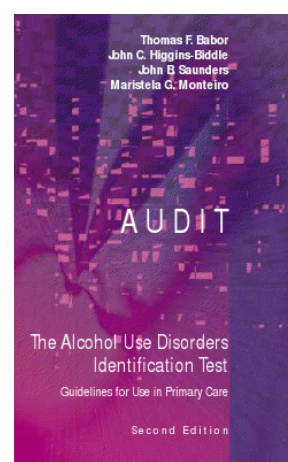
Figure G.1.1 Australian standard drinks. Source: Australian Government, NHMRC.



**משקה סטנדרטי**

בכל מדינה, משקה סטנדרטי הינו משקה המכיל כמות ספציפית של אלכוהול טהור. משקה סטנדרטי אחד תמיד מכיל את אותה כמות אלכוהול, ללא קשר לסוג האלכוהול או גודל המיכל (תמונה G.1.1). למרות השימוש במשקה סטנדרטי להערכה כמותית של צריכת אלכוהול, אין הסכמה בינלאומית לגבי מהו משקה סטנדרטי, עם שוני ניכר בין מדינות – החל מ 6 גרם אלכוהול באוסטרליה ועד 19 גרם ביפן (1.2 מ"ל של אתנול שווה 1 גרם). לדוגמא, משקה סטנדרטי מכיל 8 גרם אלכוהול באנגליה, 10 גרם באוסטרליה, 12 גרם בצרפת ו-14 גרם בקנדה וארה"ב. יוצא מכך ש 500 מ"ל בירה עם ריכוז אלכוהול של 5% מהווה משקה סטנדרטי אחד ביפן, 1.4 משקאות סטנדרטיים בארה"ב, 1.6 בדנמרק פינלנד וצרפת, 2 באוסטרליה אירלנד ופולין ו 3.2 באוסטרליה. זה מבלבל.

טבלה G.1.3 – נושאים לבירור במהלך בדיקה	
גיל בו היתה לראשונה שתיית אלכוהול (בכמות של יותר מטעימה)	<b>גיל תחילת שתיה</b>
יומית, שבועית, בלתי סדירה ?	<b>תדירות צריכת אלכוהול</b>
יש לברר בנוגע לאירועי שתיה אחרון כמות של כל סוג משקה שנצרך לפי מתוג ובמילותיו של המתבגר ("שתיתי B52 [קוקטייל המכיל קלואה, אייריש קרים ביילי וקואנטרו], בירה ושני שוטים של וודקה סמירנוף") – על פי רוב קל יותר למתבגר לזכור את המידע באופן זה מאשר סוג האלכוהול (בירה, יין או spirit)	<b>כמות וסוג</b>
הרגלי שתיה משתנים, לכן יעיל לברר על (1) דפוסי שתיה לאחרונה (למשל בשבוע האחרון) ו(2) תקופה בה היתה השתייה הרבה ביותר	<b>דפוס שתיה</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- האם היו טריגרים מסוימים לשתיה, כגון שעמום, עצב, כעס, חרדה ?</li> <li>- האם השתייה נעשית בחברה, לבד או גם וגם ?</li> <li>- מה גישת החברים שלך לאלכוהול ?</li> <li>- אילו תועלות יש לך משתיית אלכוהול ?</li> <li>- האם יש נגישות אלכוהול בבית ?</li> <li>- מה הוריק חושבים על שתיית אלכוהול ?</li> <li>- כיצד ממומן האלכוהול ?</li> <li>- האם יש שימוש בסמים ?</li> </ul>	<b>הקשר</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- האם השתכרת בעבר ? אם כן, כמה פעמים ?</li> <li>- ישנם צעירים אשר משתכרים בכוונה תחילה... האם קרה לך ?</li> <li>- האם היתה לך אי פעם אפיזודה של שיכחה (blackout) בה לא יכולת להיזכר למחרת מה התרחש בלילה הקודם ?</li> <li>- האם היתה מעורבות בקטטות תחת השפעת אלכוהול ?</li> <li>- האם נתפסת בעת נהיגה תחת השפעת אלכוהול ?</li> </ul>	<b>שכרות (אנטוסקיקציה)</b>  <b>השלכות של שתיית אלכוהול</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- האת היתה לך בעבר חמרמורת (hangover) ?</li> <li>- האם יש לך חמרמורת לאחר שתיה באופן תכוף ?</li> </ul>	<b>חמרמורת</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- האם היית בתאונת דרכים כתוצאה משתיית אלכוהול ?</li> </ul>	<b>תאונות</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- האם קיימת יחסי מין (מוגנים או בלתי מוגנים) לאחר שתיית אלכוהול ?</li> <li>- האם התחרטת על כך ?</li> <li>- האם נהגת ברכב תחת השפעת אלכוהול ?</li> </ul>	<b>לקיחת סיכונים</b>
האם יש פגיעה פסיכוסוציאלית אחרת כתוצאה משימוש באלכוהול	<b>פגיעה (Impairment)</b>



לחץ על התמונה על מנת להכנס ל- AUDIT או the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care

#### מבחן סקירה בשתי שאלות

- על פי ניוטון (2011) מומלץ לבצע סקירה בת שתי שאלות במסגרת חדר מיון בבירור שימוש לרעה (Misuse) אפשרי באלכוהול. לצעירים שהשיבו בחיוב על לפחות שאלה אחת מהבאות יש פי שמונה סיכון ל-AUD ויש להפנותם להמשך בירור –
- בשנה האחרונה, האם היית תחת השפעת אלכוהול בסיטואציות בהן יכולת לגרום לתאונה או להפגע ?
  - האם היו ארועים רבים בהם שתיית אלכוהול בכמות גדולה בהרבה מכמה שהתכוונת לשתות ?

סיכון להתחלת צריכת אלכוהול בגיל צעיר (Skidmore et al, 2011).

## אתילוגיה

האתילוגיה ל AUD הינה מולטיפקטוריאליית. חלק מהגורמים האתילוגיים הידועים מסוכמים בטבלה G.1.2.

## הערכה קלינית

יצירת קשר (rapport) עם המתבגר הינו מרכיב חשוב בהערכה מוצלחת. מטפלים רבים משתמשים בגישה לא שיפוטית בראיון מוטיבציוני. באופן אופטימלי, הערכה דורשת קבלת מידע ממספר גורמים ובדרך כלל מתבצעת במסגרת בירור רחב יותר של שימוש בחומרים מסוכנים – לעתים קרובות קיים שימוש במספר חומרים. דווחים מבתי ספר יכולים לסייע בהדגשת חוסר עקביות, העדרויות והתנהגויות רלוונטיות אחרות. הנושאים החשובים לבירור בעת הבדיקה מסוכמים בטבלה G.1.3.

## סודיות (Confidentiality)

בדומה לרוב הראיונות של צעירים, מומלץ להתייחס לנושא של סודיות ומגבלותיה בתחילת הראיון. מומלץ לבדוק עם הצעיר האם הוא מבין את המשמעות של סודיות. גיל ההתבגרות הינו מונח בעל משמעויות שונות בתרבויות שונות, עם גישות שונות בנוגע ליכולת קבלת החלטות ומעורבות המשפחה. כתוצאה מכך, חוקים וציפיות בנוגע לסודיות משתנים, דבר המקשה על מתן המלצה חד משמעית להתנהלות בנוגע לסודיות אשר יכולה לשמש באופן גלובלי. עם זאת, על אנשי מקצוע לקחת בחשבון שסודיות, בעיקר בילדים מעל גיל 14, הינה נושא קריטי בעת הערכת שימוש באלכוהול: אם למתבגר ספק בנוגע לשמירת הסודיות של המידע שיחשוף, קיימת סבירות נמוכה יותר לקבלתה אינפורמציה מדויקת. כמו כן, יש להבהיר להורים את המקום של כיבוד סודיות בטיפול בבני נוער (ראה פרק A.1). ניתן להסביר להורי המתבגר כי מטרת שמירת הסודיות אינה להסתיר מהם מידע אלא לקדם את ההתפתחות האישית של המטופל הצעיר (Bonomo, 2011).

## סקירה

פרט לטיפולים במדינות בהן יש איסור על שתיית אלכוהול ואכיפה של איסור זה, על המטפל להניח כי רוב בני הנוער המתיצגים עם בעיות נפשיות צורכים אלכוהול, אלא אם קיימת עדות משכנעת כנגד זאת. לאור זאת, יש לבצע סקירה בבני נוער אלו לשתיית אלכוהול.

צריכת אלכוהול (או סמים) בקרב בני נוער הינו נושא רגיש, ויש לגשת אליו באופן דומה לנושא ההערכה של אובדנות. ניתן, למשל, לדרג את השאלות מן הכללי לספציפי, וכאשר הדבר אפשרי להשתמש בתיאורי "גוף שלישי" ("האם תלמידים בבית הספר שלך שותים אלכוהול? מה בנוגע לחבריך? האם אתה שותה?" או לחלופין "האם במשפחה שלך שותים אלכוהול בעת ארוחות? גם אתה שותה?"). לאחר ביסוס העובדה שהמתבגר שותה אלכוהול, יש לברר גיל תחילת שתייה, דפוס שתייה והשלכות הקשורות לשימוש באלכוהול. חיוני לברר בעדינות את התדירות של שתייה, כמויות, סוג האלכוהול הנצרך והנסיבות בהן יש שתייה. בירור זה יכול להוות הזדמנות למתן הדרכה, למשל להסביר באופן לא שיפוטי מה נחשב "משקה סטנדרטי אחד", מהם ההשפעות של BACs שונים ונושאים רלוונטיים נוספים. היחידה "משקה סטנדרטי אחד" מאפשרת מעקב ואומדן כמויות צריכה (בגרם ליום).

## ראיון

בראיון של בני נוער עם חשד לבעיית שימוש באלכוהול יש לבצע מהערכה פסיכיאטרית כללית (ראה פרק A.5) ולא להתמקד בשימוש באלכוהול בלבד, תוך התאמת אופי הראיון לשלב ההתפתחותי של המטופל. הפרעות פסיכיאטריות (ADHD, הפרעת התנהגות, דכאון וכ"ו) שכיחות בקרב בני נוער העושים באלכוהול שימוש לרעה (misuse).

### Validity of self-reports

Much of the information described in research studies has been obtained from the adolescents themselves (e.g., using self-report questionnaires) but there is some concern about its validity. Overall, information given by adolescents is more valid than that obtained from other sources. Parents often do not know the extent of their children's alcohol (or substance) use and tend to under-report these problems. Computer-assisted questionnaires may improve validity



יש לוודא קבלת מידע המאפשרת מענה על השאלות הבאות (Goldstein, 2010) –

- מה הם הגורמים אשר מעלים סיכון (predispose) לשימוש באלכוהול עבור המתבגר?
- מה גורר שימוש באלכוהול, ואילו טריגרים היו לאפיזודה הנוכחית?
- אילו גורמים מנציחים קיימים אשר מקשים על המתבגר להימנע משתיה?
- האם יש בן משפחה (הורה, אח או אחות) אשר משתמש לרעה באלכוהול? מה בנוגע לבני גיל (peers)?
- האם קיימים גורמים מגנים אשר יכולים לשמש בטיפול?

### כלים

קיימים שאלוני סקירה מרובים, כאשר מבחן זיהוי הפרעות שימוש באלכוהול של ה-AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) או WHO (AUDIT) הוא אחד המבחנים אשר נמצאים בשימוש נפוץ ביותר. ה-AUDIT פותח במטרה לסקור שתיה מוגזמת (excessuse) ולסייע בהערכה וניהול זריזים של מקרים אלו. על סמך תוצאות ה-AUDIT, הוגדרו ארבע רמות סיכון (Baboret al, 2001) –

סיכון גבוהה או התמכרות (ציון מעל 19) – מטופלים אלו זקוקים להערכה דיאגנוסטית ספציפית וטיפול אפשרי להתמכרות לאלכוהול.

פורסמו כלי הערכה רבים: מבוססי שאלון או ראיון, קצרים או מקיפים. על פי רוב כלים אלה בודקים שימוש של חומרים אחרים בנוסף לאלכוהול (Teeson et al, 2011). אמינות (Reliability) ומהימנות (validity) של כלים אלו בבדיקת מתבגרים אינן ידועות.

### ביומרקרים

ביומרקר הינו מאפיין ביולוגי אשר יכול לשמש להערכת התקדמות מחלה (במקרה זה AUD) או השפעת טיפול. קיימים שני סוגים עיקריים של ביומרקרים: מצב (state) ותכונה (trait). ביומרקר של מצב מספק מידע אודות שתיית אלכוהול פעילה בעוד ביומרקר של תכונה מעיד על נטיה גנטית לאכוהוליזם (Peterson 2004/2005).

ביומרקרים תורמים לאבחנה (לדוגמא, עליה ב-gamaglutamyltransferase GGT) ללא סיבה ברורה יכול לעורר חשד לשתיית אלכוהול, לאומדן נזקים (למשל לנזק כבדי) וכן לניטור המנעות משתיה, אך יש להקפיד על פירוש זהיר של רמותיהם, תוך לקיחה בחשבון של הקשר קליני. טרם קיימים ביומרקרים של תכונה זמינים אשר יכולים להועיל קלינית.

### אבחנה

אינטוקסיקציה של אלכוהול, AUD (ידוע גם כהתמכרות לאלכוהול, תלות באלכוהול או אלכוהוליזם) וגמילה מאלכוהול הן האבחנות הקליניות הרלוונטיות לשימוש באלכוהול בקרב בני נוער. באופן מסורתי, סיווג ההפרעה מבדיל בין שימוש לרעה (abuse) באלכוהול ותלות (dependence) באלכוהול. עם זאת, מחקרים לא הצליחו להוכיח באופן משכנע את היעילות הקלינית והתוקף של חלוקה זו. לאחרונה (כגון ב-DSM-5) קיימת נטיה לאחד את האבחנות להפרעה אחת של AUD, עם דרגות חומרה משתנות.

### אינטוקסיקציה

אינטוקסיקציה, או שכרות, הינה הבעיה הנפוצה ביותר בקרב בני נוער בהקשר של שימוש באלכוהול, ובמקרים חמורים יכולה גם להקרא הרעלת אלכוהול. אבחנה של אינטוקסיקציה נקבעת לאחר שלילה של גורמים אחרים (כגון חבלת ראש או אנצפליטיס), במידה והמטופל מראה סמני אינטוקסיקציה (כגון דיבור לא ברור, העדר קואורדינציה, הליכה

### ביומרקרים

לשימוש ריסנטי באלכוהול:

- BAC (לרוב נמדד בבדיקת נשיפה)
- לשימוש כרוני באלכוהול (למשל 5 או יותר משקאות ליום, רוב ימות השבוע). לכל הבדיקות רגישות וסגוליות נמוכות ולכן יש להתייחס לתוצאות בזהירות:
- עליה ב-GGT
- עליה ב-AST
- עליה ב-ALT
- עליה ב-MCV

### שתיה בולמוסית (Binge) ושתייה קיצונית (extreme)

ההשקפה המסורתית בנוגע לשתיה בולמוסית הייתה תקופה ממושכת של צריכה עד לנקודה בה לא ניתן לבצע פעולות פשוטות או עד אובדן הכרה. עם זאת, בולמוס בהגדרה הינו מתמשך. ספרות מחקרית הגדירה מחדש את המונח לאירוע בודד של שתיה 5 משקאות לגברים או 4 לנשים (על בסיס העובדה שזה יכול לגרום לעליה משמעותית בסיכון לנזק). שימו לב לסייגים המתוארים בפסקה אודות משקה סטנדרטי.

שתיה קיצונית (extreme) הינה תופעה מתגברת בקרב צעירים במדינות רבות. מדובר בשתיה ממושכת ומרובה בזמן קצר מתוך כוונה להשתכר. אם בעבר שכרון היה נראה שלא בעין יפה, כיום יש פחות גינוי לכך בקרב צעירים.

טבלה G.1.4 – אבחון הפרעת שימוש באלכוהול וגמילה מאלכוהול.

גמילה מאלכוהול	הפרעת שימוש באלכוהול
<ul style="list-style-type: none"> <li>פעילות יתר של המערכת האוטונומית (למשל הזעה, דופק מהיר מ100 פעימות לדקה)</li> <li>רעד בידיים</li> <li>אינסומניה</li> <li>בחילות או הקאות</li> <li>הפרעות חולפות בתפיסה – הלוצינציות ראייה, שמיעה או חישה</li> <li>אי שקט/אגיטציה פסיכומטרית</li> <li>חרדה</li> <li>פרוכסי Grand mal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>המשך שימוש באלכוהול למרות:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>פגיעה בתפקוד</li> <li>סכנה לעצמי או לזולת (כגון נהיגה תחת השפעת אלכוהול)</li> <li>בעיות חברתיות או בינאישיות</li> <li>בעיות בריאותיות גופניות</li> </ul> </li> <li>התרגלות</li> <li>תסמיני גמילה</li> <li>”השתוקקות” לאלכוהול (craving)</li> <li>רצון או ניסיונות כושלים להפחית שימוש באלכוהול</li> <li>השקעת זמן רב בהשגה, צריכה והתאוששות מצריכת אלכוהול</li> </ul>
<p>אבחנה במקרה של התפתחות שניים (או יותר) מהסימפטומים בטווח של שעות או ימים מהפסקה או הפחתה של צריכת אלכוהול כבדה או ממושכת.</p>	<p>אבחנה בנוכחות שניים או יותר. במידה ומעל ארבעה סימפטומים הבעיה חמורה.</p>

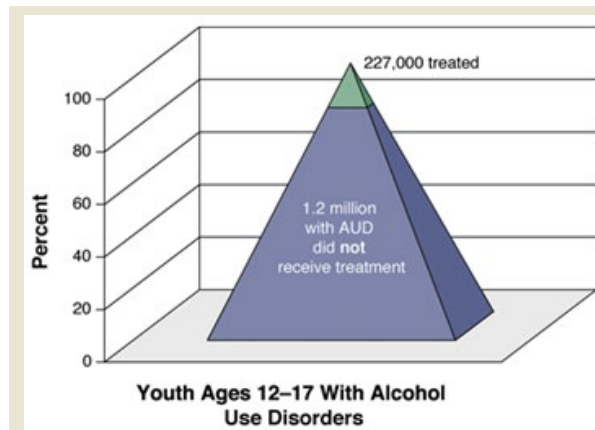
בלתי יציבה, ניסגמוס, פגיעה בריכוז או זכרון, שקיעת הכרה [סטופור] או קומה) לאחר שתייה של אלכוהול וקיימת פגיעה תפקודית ניכרת עקב כך. בהשוואה למבוגרים, קיימת סבירות גבוהה יותר לשתייה אפיזודית וכבדה (Binge) בקרב מתבגרים, ועל כן מסוכנת יותר. שתייה מהירה של כמות גדולה של אלכוהול, לעתים בשל התערבות או בלחץ חברתי, הינה מסוכנת במיוחד.

הפרעת שימוש באלכוהול - AUD

שימוש אקססיבי חוזר באלכוהול מוביל ל AUD – תלות באלכוהול או אלכוהוליזם. AUD הינה תסמונת קלינית בה קיימת צריכה של אלכוהול באופן שאינו תואם נסיבות ולמרות השפעותיה השליליות. במקרים אלו, קיים עיסוק מתגבר בהשגת אלכוהול (craving), צריכתו, חישת השפעתו והתאוששות ממנה, ונטיה להנצחת ההתנהגות (Saunders, 2011). הסמפטומיים של תלות הינם סבילות (tolerance) לאלכוהול (עליה בכמות הדרושה לקבלת השפעה) וגמילה (סמפטומיים פיזיים המופיעים לאחר הפסקת צריכה). הקריטריונים לאבחנה של AUD מסוכמים בטבלה G.1.4.

גמילה (withdrawal) מאלכוהול

האבחנה של גמילה מאלכוהול מסוכמת בטבלה G.1.4. תסמיני גמילה משקפים



תרשים G.1.2 - בארה"ב בשנת 2002, רק 16% מתוך 1.4 מיליון בני נוער בגילאי 12-17 הלוקים בהפרעת שימוש באלכוהול דווחו על קבלת שירות כלשהו עבור בעיות אלו.  
מקור:

Source: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)

גבר בן 17 בגרמניה נלקח לחדר המיון בשל הקאות וסחרחורת לאחר שרץ שני מקצי 100 מטרים בבית הספר. הוא היה בהיפרונטילציה, עם טכיקרדיה קלה, ועיף את ניתן היה להעירו. בבירור נתגלה כי שתייה של 3 ליטרים של משקה אנרגיה וליטר וודה (שווה ערך ל 4600 מ"ג טאורין, 780 מ"ג קפאין 3800 גרם אלכוהול). שילוב משקאות אנרגיה עם אלכוהול הופך פופולרי בקרב צעירים. הקומבינציה, בעיקר בכמויות גדולות, מהווה סיכון משמעותי. (Schöffel et al, 2011)

פעילות יתר של מערת העצבים האוטונומית ומופיעים בדרך כלל בין 6 ל 48- שעות לאחר הפסקת צריכת אלכוהול. נדיר שסימפטומים אלו נמשכים מעל ל-48 שעות. תסמיני גמילה מאלכוהול נדירים בבני נוער.

## טיפול

מיעוט קטן בלבד מהלוקים ב AUD מקבלים טיפול – בארצות הברית רק כ 10%, כאשר לרוב הטיפול ניתן רק 8-10 שנים לאחר התחלת ההפרעה (ראה תמונה G.1.2). רוב האנשים המפתחים AUD החלו שתיית אלכוהול בגיל ההתבגרות. אי לכך, בקבוצת גיל זו, יש להתמקד במניעה והתערבות מוקדמת – לדוגמא, נסיון לדחות את גיל תחילת השתייה, הפחתה בכמות האלכוהול שנצרכת, הפחתה בשתייה בולמוסית (binge drinking), צמצום סיכונים וזיהוי מוקדם של שימוש לרעה באלכוהול. שימוש לרעה של אלכוהול באלכוהול אשר אינו מטופל מוביל פעמים רבות לאלכוהוליזם.

## אינטוסקיקציה של אלכוהול

אינטוסקיקציה של אכוהול, או השתכרות, הינה תופעה נפוצה בקרב מתבגרים, ולרוב מזוהה ומטופלת באופן לא רשמי על ידי חברים, מורים, קרובי משפחה או המשטרה. מיעוט קטן מבני נוער שמשתכרים מגיע לטיפול רפואי. עם זאת, אינטוסקיקציה חמורה (הרעלת אלכוהול) היא מחלה חריפה אשר מצריכה טיפול מידי, בעיקר עם במקביל קיימת צריכה של חומרים מסוכנים אחרים. מתבגר אשר נראה תחילה במצב של אינטוסקיקציה קלה יכול בקלות להדרדר למצב של שקיעת הכרה וסכנת מוות. בהרעלת אלכוהול קיים סיכון להיפותרמיה, הפרעות קצב, פגיעה בתפקוד לבבי ונשימתו. ירידה ברפלקס gag או שיעול יכול להוביל לחסימה של דרכי אויר במקרה של הקאה (Vaca and Sayegh, 2011).

למרות שיתכן כי זמן ממושך טרם הגעה לחדר מיון של צעירים הם הפסיקו שתיית אלכוהול, BAC יכול להמשיך לעלות תוך כדי שלבי ההערכה והטיפול.

האספקט העיקרי של טיפול הינו תמיכה נשימתית וקרדיאלית מהירה. במידה והמטופל שיכור אך בהכרה, יש להשלים בדיקה גופנית במטרה לשלול פגיעה טראומטית (כגון חבלת ראש) אשר יכולה לחקות תסמיני אינטוסקיקציה או לטשטש סמנים אם מתרחשת במקביל. לאחר טיפול באינטוסקיקציה, חיוני להמשיך מעקב על מנת לספק טיפול או התערבות אחרת לפי צורך.

## תסמונת גמילה מאלכוהול

לאחר שלילת תחלואה גופנית נוספת, יש להמשיך טיפול בבני נוער אשר מראים תסמינים של גמילה במסגרת אמבולטורית, תוך שיתוף בני משפחה ככל הניתן. די בטיפול תמיכתי (עידוד ותמיכה באופן רגוע ובסביבה לא שיפוטית, מיעוט אינטראקציות, מתן נזילים ומזון, וכן מתן תיאמין וויטמינים) לטיפול בתסמיני גמילה במרבית המקרים, כאשר הסימפטומים אינם חמורים.

במקרים חמורים, בעיקר כאשר קיים סיכון גבוהה לפרוכוסים (כגון בשל הסטריה של פרוכוסים, הפרעות אלקטרוליטריות, שימוש מקביל בבנודיאזפנים), טיפול הבחירה הינו מתן בנודיאזפנים, לרוב דיאזפם, בדומה לפרוטוקול הטיפולי במבוגרים. את הטיפול ניתן לתת בלוח זמנים קבוע (מינונים וקצב טיפול קבוע) או, עדיף, באופן תואם סימפטומים (מתן בנודיאזפנים במידה וציון בסולם תסמיני גמילה מאלכוהול הינו גבוה מערך ספציפי). במקרים של אי שקט קיצוני או הלוצינציות, ניתן להעזר בתוספת הלידול לטיפול בבנודיאזפנים. לאחר טיפול בתסמיני הגמילה, חיוני להציע טיפול עבור צריכת האלכוהול.

## הפרעת שימוש באלכוהול (ALCOHOL USE DISORDER) או (AUD)

קיימים אתגרים רבים בטיפול בבני נוער אלכוהוליסטים – נדיר שהם פונים על דעת עצמם לעזרה בשל שימוש לרעה באלכוהול, ולרוב מובאים לטיפול על ידי בני משפחה, בית הספר או מערכת המשפט. במדינות מסוימות, בתי משפט או מערכת החינוך כופים על בני נוער אשר הפרו חוקים הקשורים בשתייה (כגון נהיגה תחת השפעת אלכוהול, שכרות בבית הספר) לעבור טיפול. מתבגרים אלו הינם בסיכון מוגבר לפגיעה עקב אלכוהול. עם זאת, נראה

כי התועלת מן הטיפול עבור מטופלים אלו, עבורם הטיפול "נכפה", שווה לאלו הפונים לטיפול בעצמם. קשה לקבוע האם התועלת היא הודות לטיפול או עקב כך ש"נתפסו", וסביר להניח כי שני הגורמים מעורבים בשיפורה.

הקושי בטיפול בבני נוער נובע, בין היתר, מכך שלרוב אינם מעוניינים להפסיק לשתות ואינם רואים בשתיית אלכוהול כדבר פסול. יצירת קשר טיפולי, הבהרת המסוכנות בשימוש לרעה של אלכוהול והגברת מוטיבציה לשינוי הינם צעדים ראשוניים חיוניים לטיפול. ראיון מוטיבציוני הינה טכניקה מקובלת להשגת מטרות אלו. שיטה זו מנסה להעלות מוטיבציה על ידי מתן הדרכה ומשוב, וכן פתירת אמביוולנציה קיימת. מעורבות של בני משפחה בטיפול משפרת את תוצאותיו. אחד היתרונות בטיפול ב-AUD היא היכולת לעקוב באופן אובייקטיבי אחר צריכה – למשל התנזרות משתייה. חלק מהנחיות הטיפול דוגלות שמעקב שכזה "צריך להיות חלק רוטיני מהערכה פורמלית ומעקב של שימוש בחומרים, הן בזמן הטיפול והן אחרי" (Bukstein et al, 2005). במקום להסתמך על דווחי המתבגר, קיומים של "מכשירי נשיפה" זולים אשר יכולים לשמש את המטופל ומשפחתו בבית מאפשר מעקב קל יותר, אך יעילותם מוגבלת למספר שעות לאחר שתיית אלכוהול, והיא דורשת שיתוף פעולה מצד המתבגר.

מטרות הטיפול משתנות בהתאם למקום הטיפול, סוג הטיפול, המטפל והמטופל. במדינות מסוימות (כגון ארצות הברית) מטרת הטיפול היא התנזרות מאלכוהול (abstinence). במקומות אחרים (למשל חלק ממדינות אירופה) קיימת העדפה לגישת צמצום נזק או הפחתת נזק. עבור מטופלים רבים התנזרות הינה הפתרון האפקטיבי היחיד. עם זאת, חלק מאלו אשר מסרבים להתנזרות מלאה יכולים להגיע למצב של שתיית אלכוהול באופן שקול. המטרה בטיפול במסגרת AA הינה התנזרות. מטרות של תוכניות אחרות יכולות להיות התנזרות או שתיה אחראית. התאמת הטיפול לצרכים הספציפיים, אישיות ואמונות של המטופל המתבגר מעלה את הסיכוי להצלחה.

### טיפולים פסיכוסוציאליים

הטיפולים הפסיכוסוציאליים עבור AUD ויעילותיהם מסוכמים בטבלה G.1.5. התערבויות קצרות מאוד (brief) פופולריות בשל משכן הקצר (החל ממספר דקות ועד מספר פגישות) והן מתאימות לטיפול במתבגרים, עבורם פעמים רבות השימוש באלכוהול אינו חמור או מתמשך. התערבויות קצרות טווח מומלצות במסגרות טיפול ראשוניות או חדרי מיון עבור מקרים בהם השימוש באלכוהול אינו ההתייצגות הראשונית, אך קשורות לאלכוהול כגון תאונות דרכים (התערבות אופורטוניסטית).

קיימת התענינות ומחקר בנוגע למתן טיפול ב-AUD באמצעים אלקטרוניים. ישנם מרכיבים בטיפולים מבוססי אינטרנט וטלפונים סלולריים אשר חשובים לבני נוער (נוחות, פרטיות, צמצום סטיגמה, מדיום בו בני נוער מרגישים בנוח) וכן לגורמי שלטון (זולים יותר מטיפול פנים-אל-פנים או קבוצתי, פניה לציבור גדול). השאלה היא האם טיפולים אלו יעילים. למרות מיעוט בהוכחות מחקריות, נראה כי תוכניות אשר בין היתר מספקות משוב אינדבידואלי יעילות בהפחתת שתיה מופרות ובעיות הקשורות לאלכוהול. נובע מכך שמשלב אינדבידואלי הינו רכיב חשוב בתוכניות טיפול יעילות.

על פי (Deas & Clark, 2011), ניתן להשתמש ביעילות בטיפולי "שעת חירום" (contingency management therapies), אשר מבוססים על עקרונות התניה אופרנטית. טיפול "שעת חירום" מספק תמריצים לתחילת טיפול ושמירה על המנעות על ידי מתן "שובר" לגמול כספי או אחר (בהתאם למצב הסוציאקונומי של המשפחה והמדינה אך אטרקטיבים מספיק לגייס מוטיבציה ברוב בני הנוער). אידיאלית, טיפול שכזה דורש מעורבות פעילה מצד כל בני המשפחה. רכיב חיוני הינו כלי אובייקטיבי, מהימן וקל לשימוש למדידה של המנעות משתיה, כגון בדיקות נשיפה.

בעבר, תוכנית AA (אלכוהוליסטים אנונימיים) פנתה לאנשים בגיל העמידה ומעלה עם הפרעות חמורות. לאחרונה, התוכנית החלה למשוך גם לאוכלוסיה צעירה יותר, ואף החלה בהוצאת ספרות הפונה לקהל צעיר. בהשוואה למטופלים מבוגרים יותר, מטופלים צעירים הסובלים מ-AUD לרוב פחות מגויסים מוטיבציונית לטיפול, פחות מעוניינים בהתנזרות

### מטופלים מדנטוריים

מטופלים שהפרו חוקים או נהלים בנוגע לצריכת אלכוהול, והורו על ידי רשויות המשפטיות או סמכות רלוונטית אחרת לעבר טיפול עבור השימוש באלכוהול.

### שלבים של שינוי

מודל שלבי השינוי מאפשר למטפלים להבין את התהליך בו אנשים עוברים שלבים שונים של מוכנות לשינוי. השלבים הם:

- *Pre-contemplation* – אין הכרה בכך שיש בעיה המצריכה שינוי.
- *Contemplation* – התבוננות הכרה בכך שיש בעיה אך העדר נכונות לעשות שינוי.
- *Preparation* – התכוננות/החלטה הכרה בכך שיש בעיה אך העדר נכונות לעשות שינוי.
- *Determination* – התכוננות לשינוי למשל הסכמה לטיפול פעולה (Action) – שינוי התנהגות – למשל קבלת טיפול שימור
- *Maintenance* – שימור שינוי ההתנהגות, למשל המשך טיפול והמנעות
- *Relapse* – הדרדרות חזרה להתנהגות קודמת ונטישת שינויים שהושגו

### צריכת אלכוהול אחראית

שתיה באופן בו סבירות נמוכה לסיכון לנזק לעצמי או לזולת.

טבלה G.1.5 – סיכום טיפולי פסיכוסוציאליים עבור הפרעת שימוש באלכוהול ויעילותם		
יעילות	תיאור	טיפול
שיטת ה"ראיון המוטיבציוני" – רכיב עיקרי בטיפול להעלאת מוטיבציה – הראתה יעילות רבה יותר מטיפולים קונבנציונליים בהתגברות על התנגדות מטופלים לקבלת טיפול.	מניח כי האחריות והיכולת לשינויים שוכנות במטופל. המטפל מספק משוב מותאם אישית בנוגע להשפעות השתייה על המטופל. תוך עבודה משותפת, המטפל והמטופל חוקרים את התועלת שבהמנעות משתייה, סוקרים את אופציות הטיפול ובונים תוכנית טיפולית לישום מטרות הטיפול.	טיפול העלאת מוטיבציה
מאגד יחד מגוון גישות טיפול. סימוכין טובים ליעילות במבוגרים, בעיקר בחומרה קלה, אך מידע מוגבל בנוגע בבני נוער. קיים ספק לגבי תועלת ארוכת טווח.	עד 4 מפגשים, בעיקר לפי עקרונות CBT ושילוב הדרכה, ראיון מוטיבציוני ומשוב מותאם אישית. על פי רוב הטיפול ניתן באופן אופורטוניסטי (למשל לאחר תאונת דרכים עקב שתיית אלכוהול).	התערבויות קצרות מועד
תוצאות מוקדמות ממחקרים מרמזות על יעילות של התערבויות אלו כאשר הן ניתנות כחלק מגישה מולטימודאלית, ואם ניתן משוב מותאם אישית. נראה כי תזכורות טלפון סלולרי יעילות בגמילה מעישון.	קיימים עניין ופעילות מחקרית מרובים בתחום זה. לרוב משמשת להעברת התערבויות קצרות מועד, או כהשלמה לטיפולים אחרים (כגון טיפול פנים אל פנים). המוצלחות יותר כוללות חינוך ומתן משוב מותאם אישית.	התערבויות על בסיס אינטרנט וטלפון סלולרי
שיטת הטיפול הנפוצה והנחקרת ביותר עבר קבוצת הגיל הזו, אך מידע אודות יעילות עדיין מועט.	יוצא מנקודת הנחה כי התנהגות המתבגר מעוצבת (נגרמת או מושפעת) על ידי אינטראקציות במשפחה. קיימים מגוון מודלים.	טיפול משפחתי
הוכחות ליעילות במקרים מורכבים, עם תחלואה נלווית רבה (כגון עבריינות, הפרעות התנהגות).	מועבר בסביבה החברתית של המתבגר (משפחה, בית ספר, שכונה...) הטיפול מספק תמיכה אינטנסיבית 7 ימים בשבוע, 24 שעות ביממה, יחד עם הטיפולים הנחוצים (משפחתי, אישי, תרופתי). טיפול יקר וצורך משאבים רבים.	טיפול רב מערכתי
גישה פופולרית בשל העצמת ההורים. מחקרים מועטים קיימים, עם תוצאות מבטיחות אך עדיין אין סימוכין חד משמעתיים.	משתמש בעקרונות התניה אופרנטית על ידי מתן חיזוק חיובי להתחלת טיפול ושמירה על המנעות מאלכוהול. רכיב מרכזי הינה הזמינות של הערכה אוביקטיבית להמנעות, כגון מבחני נשיפה.	ניהול לפי ארועים (Contingency)
טיפול CBT משולב עם טיפול משפחתי הראה תוצאות טובות יותר מטיפול CBT לבד.	אינדיבידואלי או במקביל לטיפול משפחתי.	טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT)
קיימות הוכחות ליעילות במבוגרים, אך מחקרים בנוגע לבני נוער מועטים ביותר.	"קבוצות נשים וגברים אשר חולקים את נסיונם, כוחותיהם ותקוותיהם אחד עם השני על מנת לפתור את בעייתם המשותפת ולעזור לאחרים לאחרים להתאושש מאלכוהוליזם". הדרישה היחידה ממשתתפים הינה הרצון להפסיק לשתות (כלומר, המטרה הינה המנעות). תוכנית 12 שלבים. קיימות קבוצות מעטות בלבד לבני נוער. השתתפות בפגישות AA מעודדת ברוב תוכניות הטיפול המולטימודאליות.	אלכוהוליסטים אנונימיים (AA)
לרוב טיפול מולטימודאלי יעיל יותר מטיפול יונימודאלי.	בפועל רוב הטיפול הינו מולטימודאלי, לדוגמא, מערב טיפול משפחתי, ניהול ארועים והשתתפות בפגישות AA.	טיפולים מולטימודאליים

## ניהול לפי ארועים (Contingency)

על פי (Stanger et al 2009), תוכנית מסוג זה כוללת: (1) הערכה של הבעיה, (2) הסכמה רשמית מצד המתבגר וההורים לקחת חל' בתוכנית תחת השגחה של המטפל, (3) לוח זמנים מפורט של מדרגות פרס, שובר בעל ערך כספי או תגמול אחר, עבור רצף תוצאות שליליות במבחן נשיפה (על ההורים לרכוש או להשאיל מכשיר מסוג זה) לכל משך הטיפול (למשל, 3 חודשים). מאחר ולקויות בתמיכת ההורים ושיתוף הפעולה שלהם יכולים להוות מכשול, ניתן לתגמל גם את ההשתתפות ההורים בטיפול.

מכיוון שרוב שתית אלכוהול על ידי בני נוער מתרחשת כאשר אינם תחת השגחה, בדיקת נשיפה נערכת פעמיים בשבוע על פי שיקול ההורים, כאשר המתבגר שב מסיטואציות בהן קיימת סבירות לצריכת אלכוהול. תוצאה שלילית ראשונה במבחן נשיפה תתוגמל, לדוגמא, בשובר בשווי \$2, עם עליה במדרגות של \$2 בכל בדיקה שלילית עוקבת. כמו כן, ישנו בונוס של \$10 על כל רצף של שלוש בדיקות שליליות. ערך השוברים מתאפס לערך הראשוני בכל פעם שמתקבלת תוצאה חיובית בבדיקת נשיפה, ממנו תחיל עליה שוב לאחר מספר מוסכם מראש של תוצאות שליליות (למשל, שלוש).

דוגמא: בדיקה #1 שלילית: \$2, בדיקה #2 שלילית: \$4, בדיקה #3 שלילית: \$10+\$6, בדיקה #4 חיובית: \$0 ולוח זמני תגמול מתאפס, בדיקה #5 שלילית: \$0, בדיקה #6 שלילית: \$0, בדיקה #7 שלילית: \$0, בדיקה #8 שלילית: \$2, בדיקה #9 שלילית: \$4 וכן הלאה. שוברים שנצברו יכולים לשמש לרכישת מוצרים שנבחרו עבור המתבגר (כגון כרטיסי קולנוע, ציוד תחביבים, פרטי לבוש) אך לא ככסף מזומן.

ובעלי הפרעה בחומרה פחותה יותר. לאור אלו, שילובם של בני נוער בתוכנית 12 השלבים הינה בעיתית. עם זאת, מתבגרים כן משתתפים בתוכנית AA, כאשר קיים קשר בין תוצאות חיוביות ונוכחות (Kelly & Yeterian, 2011)

## טיפול פרמקולוגי

עיקר הטיפול ב-AUD בקרב צעירים הינו התערבויות פסיכוסוציאליות. תחושת ה"השתוקקות" (craving) לשתייה בקרב אלכוהוליסטים, גם לאחר תקופת התנזרות ממושכת, מהווה טריגר נפוץ להדרדרות (relapse). נראה כי המשכות ה"השתוקקות" קשורה לשינויים נוירולוגיים במכורים, ויתכן כי ניתן יהיה להשפיע עליהם באמצעים תרופתיים. נושא זה הפך מוקד מחקר, אך עד כה קיים מידע מועט לגבי מתבגרים, וקיימות מגבלות בהסקה ממחקרי מבוגרים, לדוגמא הקושי בקביעת מינונים אופטימליים בצעירים.

הסייג הראשון בטיפול פרמקולוגי הוא שהוא יעיל רק במתן כחלק מתוכנית טיפול מקיפה ומולטימודאלית, ורק לאחר הפסקה של צריכת אלכוהול. השני הוא שיש לשקלל גורמים רבים במתן טיפול תרופתי למתבגרים, תוך שקילת ההשפעה הפוטנציאליות (חיובית ושלילית) על מח מתפתח כנגד הסיכון בהמשך צריכת אלכוהול. הסייג האחרון הינו שהאינדיקציה לטיפול תרופתי הינה התמכרות לאלכוהול, בעיקר בנוכחות של תסמיני "השתוקקות" (craving), התרגלות או גמילה.

התרופת המשמשת לטיפול ב-AUD מסוכמות בטבלה G.1.6. דיסולפיראם (Disulfiram) הינה תרופה ותיקה אשר יכולה להועיל במטופלים עם מוטיבציה לטיפול, תוך הקפדה על מינון הטיפול. התרופה גורמת לתחושה גופנית רעה בתגובה לשתיית אלכוהול. דיסולפיראם חוסם את האנזים אצטאלדהיד דהידרוגנאז, ותוצאה ריכוז אצטאלדהיד בדם עולה. הביטוי הגופני של מצב זה הינו הסמקה (flushing) בפנים, כאב ראש, תת לחץ דם, פלפיטציות, סחרחורת, בחילה והקאה. יתר התרופות המתוארות בטבלה מיועדות להפחתה של תחושת "השתוקקות" לאלכוהול. הטיפול התרופתי יעיל רק בנטילה רציפה, כך שהענות ושיתוף פעולה של המטופל הינם הכרחיים. למידע נוסף ראה (Johnson 2011).

## מניעה

כמות הנזק הנגרם כתוצאה משתיית אלכוהול באוכלוסיה מסוימת ואחוז הצורכים כמות מסוכנת של אלכוהול קשורים ישירות לצריכת אלכוהול כוללת או אישית. עם זאת, רוב הנזקים הקשורים לאלכוהול אינם בשתיינים הכבדים ביותר אלא באלו השותים כמויות קטנות יותר. למרות הוכחות התומכות במניעה אוניברסלית ככלי להפחתה צריכת אלכוהול כוללת באוכלוסיה, קיימת שאלה האם היא עדיפה או שמא יש להתמקד בקבוצות סיכון גבוה לנזקים קשורים באלכוהול (מניעה ממוקדת או targeted prevention). ניתן, ומומלץ, לשלב את

צעירים ו AA



האם נלטרקסון יעיל כנגד אלכוהוליסטים? לחצו על התמונה לראות את ד"ר דידי סאק מדבר על הנושא

טבלה G.1.6 טיפולים פרמקולוגיים המשמשים לטיפול בAUD	
תרופה (מינון*)	הערות
<b>דיסולפיראם – Disulfiram</b>  (מינון התחלתי של 125 מ"ג/ג/יום, להעלות בהדרגה עד מינון מקסימלי של 500 מ"ג/ג/יום)	תרופה מעלה רגישות לאלכוהול, זמינה מזה זמן רב ויכולה לסייע בהרתעה משתיה במטופלים המסכימים ליטול אותה. אם המטופל שותה אלכוהול, התרופה יוצרת תחושה לא נעימה.
<b>נלטרקסון – Naltrexone</b>  (יש להתחיל מינון של 25 מ"ג/ג/יום למשך יומיים ולהעלות ל-50 מ"ג/ג/יום)	מסייע במניעת הדרדרות (relapse) בקרב מטופלים שנמנעים משתיית אלכוהול ונמצאים במקביל בטיפול פסיכוסוציאלי. התרופה יעילה רק כאשר נלקחת באופן יומיומי רציף. במדינות מסוימות זמינה גרסה ארוכת טווח הניתנת בזריקה אחת לחודש (יש לעקוב אחר תגובה מקומית באיזור ההזרקה). יש לבדוק תפקודי כבד לפני תחילת הטיפול, מכיוון שנלטרקסון יכול לפגוע בתפקודי כבד. אם ערכי תפקודי כבד יותר מפי 5 מהערך הנורמלי המירבי, יש להתקדם בהירות. אין לצרוך אופואידים במקביל לטיפול בנלטרקסון.
<b>אקאמפוזאט – Acamprosate</b>  (666 מ"ג שלוש פעמים ביום)	במחקר אחד, מספר המטופלים אשר קיבלו תרופה זו ונאשרו גמולים למשך שנה היה כפול מאשר אלו שקיבלו טיפול פסיכוסוציאלי בלבד. תופעות לוואי כוללות שלשול, סחרחורת, נפיחות, אובדן תיאבון, בחילה והפרעות בשינה.
<b>אחר</b>	תוצאות מבטיחות מתרופות אשר כעת בשלבי מחקר כטיפול בהפרעת שימוש באלכוהול, כולל טפירמט (topiramate), אונדנסטרון (ondansetron), בקלופן (baclofen) ותרופות ממשפחת SSRI.

\* מינונים מומלצים למבוגרים.

שתי הגישות יחד. צעדים חוקיים מדגימים את סוג המניעה הראשון, ותוכניות מניעה בבתי ספר את השני.

### אמצעים חוקיים

ברוב המדינות יש נסיון למנוע או לצמצם נזקי אלכוהול דרך שורה של חוקים ונהלים, החל מאיסור מוחלט (prohibition) עד מגוון הגבלות. אסטרטגיות חקיקה כוללות חוקים המווסתים גיל שתיה מינימלי, נהיגה תחת השפעת אלכוהול, מחירי אלכוהול, זמינות של אלכוהול (למשל ימי ושעות מכירה של אלכוהול), שיווק ופרסום של אלכוהול.

#### גיל שתיה מינימלי

חוקי גיל שתיה מינימלי מגדירים מי יכול לרכוש ולצרוך אלכוהול. על פי רוב, גיל השתיה החוקי מתייחס לגיל בו מותר לשתות אלכוהול במקומות מורשים (מסעדות, בארים), ויכול להיות זהה או שונה מהגיל בו מותר לרכוש אלכוהול. בדרך כלל חוקים אלו לא מתייחסים לשתייית אלכוהול בבית. ברוב מדינות העולם גיל השתיה המינימלי הוא 18 (בארצות הברית הגיל הוא 21). במספר מדינות אין חוק הקובע גיל השתיה מינימלי (למשל אלבניה, ארמניה, אזרבייג'ן, פיג'י, גאנה, ג'מייקה, קירגיסטן, מרוקו, טוגו, טונגה, ויאטנם).

#### חוקי נהיגה תחת השפעת אלכוהול

בשנת 1936 חוקקה נורווגיה את החוק הראשון בעולם הקובע כי נהיגה עם רמת אלכוהול בדם מעבר לערך מסוים הינה עבירה. כיום בכמעט כל מדינות העולם נהיגה עם רמת BAC מעל ערך ספציפי הינה בלתי חוקית, בהתאם לערכי סף שונים (למשל, 0.08/100 מ"ל בארה"ב, קנדה ואנגליה; 0.05/100 מ"ל בישראל, אוסטרליה, צרפת וגרמניה; 0.04/100 מ"ל בליטא; 0.03/100 מ"ל ברוסיה; 0.02/100 מ"ל בסין, נורווגיה ושוודיה; 0.0/100 מ"ל בברזיל, אירן וערב הסעודית).

לחצו על התמונה לגשת למגוון מקורות מאתר לעזור למטופל ששותה יותר מידי: מדריך לקלינאי ומקורות תמיכה מקצועיים אחרים. של ה (NIAAA).

(חלק מהמידע זמין גם בספרדית)





A car crash on Jagtvej in Copenhagen, Denmark. Source: Wikimedia Commons

נהיגה תחת השפעת אלכוהול ישנן הוכחות כי ניתן להפחית תאונות ותמותה שהם תוצאה של נהיגה בשכרות על ידי:

- הורדת ריכוז אלכוהול מותר בדם בעת נהיגה
- מבחני נשיפה רנדומליים (שוטרים העוצרים נהגים לבדיקת BAC בבדיקת נשיפה)
- עבור נהגים עברות חוזרת של נהיגה בשכרות, טיפול כפוי ושימוש בנועלי הצתה (מכשירים אשר אינם מאפשרים נהיגה ברכב על ידי אדם עם רמת אלכוהול גבוהה מהמותרת).

Source: Anderson et al, (2009)

כל האמצעים לצמצום צריכת אלכוהול תורמים, במידה זו או אחרת, להפחתה בתאונות דרכים כתוצאה משתיית אלכוהול, בעיקר בקרב צעירים. הסיכון למעורבות בתאונות דרכים גבוה יותר עבור צעירים בכל רמות BAC. בארצות הברית, בקרב נהגים עם רמת BAC של 0.08% ומעלה שהיו מעורבים תאונות דרכים קטלנית בשנת 2008, יותר משליש היו בגילאי 21-24. תוכניות "נהג תורן" (Designated driver) מנסות למנוע תאונות דרכים הקשורות בשתיית אלכוהול על ידי מתן אמצעי תחבורה בטוח לאלו ששתו אלכוהול. לא ניתן לקבוע האם תוכניות אלו מובילות להפחתה בנהיגה תחת השפעת אלכוהול או ב AUD באופן כללי.

#### מדיניות תמחור

תמחור מינימלי קובע שמשקאות אלכוהוליים לא ימכרו במחיר נמוך מערך שנקבע ליחידת אלכוהול במשקה. צעירים, ואנשים אשר צורכים כמויות גדולות של אלכוהול, נוטים לבחור משקאות זולים כאשר מחירים עולים. קביעת מחיר מינימום יכולה להגביל את היכולת של אוכלוסיות אלו לצרוך משקאות זולים. עליה במחירי משקאות אלכוהוליים מובילה לירידה בצריכת אלכוהול וירידה בנזק הקשור לאלכוהול, עם השפעה גדולה עוד יותר על שימוש בקרב צעירים. עליה במחירים:

- מעלה את גיל התחלת שתיית אלכוהול
- מפחיתה את מספר בולמוסי שתייה (bouts)
- מפחיתה את כמות האלכוהול הנצרכת בארוע של שתייה
- מאטה את ההתקדמות לשתיית כמויות גדולות

#### זמניות אלכוהול

קיים מידע התומך בכך שהגבלה חוקתית של מספר מקומות ממכר אלכוהול, ריכוזם ובאילו ימים ושעות הם פועלים משפיעה על בעיות הקשורות בצריכת אלכוהול.



## שתייה תחת השגחה

קיימת אמונה רווחת, בעיקר במדינות בהן יש דפוס שתייה רטוב, לפיה להרשות למתבגרים לשתות תחת השגחת מבוגרים במפגשים משפחתיים מהווה דרך ללמדם שתייה אחראית. מחקר הראה כי אין הדבר כך: שתייה בהשגחת מבוגרים מעלה את רמות השתייה המסוכנת בקרב בני נוער (McMorris et al, 2011). ככל ששתייה אלכוהול מתחילה בגיל מבוגר כך עדיף. ודאי שאין לאפשר שתייה אלכוהול לפני גיל 15.

ה-ESPAD (Hibell et al, 2009) מדווח כי בקרב תלמידים אירופאיים בני 16, שתייה בולמוסית נפוצה ביותר (60%) בדנמרק ובאי מאן. נלטה, פורטוגל, אסטוניה, לטביה ובריטניה מראות שכיחות גבוהה גם כן (סביב 55%). בממוצע, שתייה בולמוסית נפוצה יותר בקרב בנים (47% כנגד 39%), אך באירלנד ושוודיה יותר בנות מבנים מדווחות על שתייה בולמוסית. ה-ESPAD מראה עליה ברורה (9%) בשתייה בולמוסית בין השנים 1995 ו-2007, בעיקר עקב עליית שכיחות בקרב בנות. בארצות הברית, שתייה בולמוסית בקרב תלמידי כתה י"ב היתה בשיא בשנת 1979 (בדומה לשיא שימוש בסמים). השכיחות נשארה קבוע למשך מספר שנים, עד שהחלה לרדת באופן משמעותי (מ 41% ב-1983 לשפל של 28% בשנת 1992). בשנת 2010, 28% דווחו שהיו שיכורים מתישהו ב-30 הימים האחרונים. גינוי שתייה בולמוסית עלה גם כן. (Johnston et al. 2011)

## שווק ופרסום

שווק ופרסום משקאות אלכוהוליים הפכו מתחוכמים יותר, ומתקצבים במיליארדי דולרים בשנה ברחבי העולם. לא פעם הם מכוונים לצעירים על ידי קישור מותגי אלכוהול לפעילות ספורט ותרבות, חסות ופרסום סמוי (product placement). הגבלות על שווק ופרסום מפחיתות השפעה זו, ומידע מראה שיש להגן ילדים ובני נוער מחשיפה זו ככל הניתן. לצורך זה נקבעים נהלים וחוקים להגבלת, לדוגמא, חסויות של ארועי ספורט, ונאסר פרסום בטלוויזיה בשעות בהם קיימת סבירות גבוהה שילדים ואנשים צעירים צופים או בזמן תוכניות ילדים.

## תוכניות מניעה

חשיפה לאלכוהול בגיל ההתבגרות המוקדם מקושרת למהלך גרוע יותר בבגרות. עם זאת, לרבים מבני הנוער שמתחילים לשתות מוקדם יש רקע של בעיות אחרות (כגון הפרעות התנהגות), עובדה המעלה את השאלה האם חשיפה מוקדמת לאלכוהול מובילה למהלך הגרוע יותר או שמא היא מתרחשת במתבגרים אשר כבר בסיכון בשל בעיות קודמות. מחקרים מראים ששתייה אלכוהול בגיל צעיר יותר מובילה בפני עצמה לתוצאות חמורות יותר בבגרות (Boden & Fergusson, 2011; Odgers et al, 2008). אי לכך, התערבויות אשר מיועדות לדחיית התחלת שתייה אלכוהול, הפחתת הכמות הנצרכת ודפוסי שתייה מסוכנים (כגון בולמוסי שתייה) יפחיתו את הנזק של שתייה אלכוהול.

שתייה אלכוהול בגילאי בית ספר נפוצה ברוב העולם המערבי. לפי כך, אין זה מפתיע שממשלות וקהילות פועלות למנוע או להפחית צריכה בקרב תלמידים. בנוסף, בתי ספר הינם סביבה אידיאלית להעברת תוכניות מניעה מכיוון ש: (א) רוב האנשים מתחילים לשתות במהלך שנות בית הספר, (ב) בית הספר מאפשר נגישות כמעט לכל האוכלוסיה הצעירה ו(ג) בתי ספר יכולים ליישם שורה של צעדים חינוכיים ומשמעתיים (Rey & Saltz, 2011).

תוכניות מניעה יכולות להיות ספציפיות (למשל על ידי התמקדות באלכוהול) או כלליות (התייחסות לשלל התנהגויות וחומרים כגון טבק, אלכוהול, קנביס וכ"ו). לפי סקירה ריסנסית (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011), תוכניות כלליות המבוססות על גישות פסיכוסוציאליות או התפתחותיות בעלות סבירות גבוהה יותר להשפיע באופן ארוך טווח. על כן, יש עדיפות לתוכניות אלו על פני תוכניות ספציפיות לאלכוהול. התוכניות עם העדות הטובה ביותר לאפקטיביות הזמינות כיום הן תוכנית *Unplugged* (Caria et al, 2011) וה- *Good Behaviour Game*. כל התוכניות דורשות הכשרה.

על מנת להצליח, בתי ספר צריכים לאמץ גישה מתוחכמת למניעה, הכוללת התחייסות אוניברסלית, סלקטיבית ואינדוידואלית (ראה פרק A.8). בנוסף להתאמה לקבוצות גיל ספציפיות, תוכניות מניעה צריכות –

- להעשיר את הידע בנוגע להשפעה המזיקה של אלכוהול, מבחינה פיזית, מנטלית וחברתית (כולל השלכות חוקיות)
- לספק הזדמנות לחקור גישות ותפיסות בנוגע לשימוש באלכוהול
- לסייע לתלמידים לגבש יכולות קבלת החלטות, אסרטיביות, התמודדות והתבטאות
- להעלות מודעות לאופן בו התקשורת, שיווק, מודלים לחיקוי וכן השקפות ההורים, החברים והחברה יכולים להשפיע על שימוש באלכוהול
- לתת משוב באופן אינדוידואלי

גישת כלל בית הספר (כלומר מעורבות של סגל, הורים ותלמידים) לטיפול בשימוש באלכוהול הינה בעלת הסיכוי הגבוה ביותר להצלחה. בנוסף, על בתי ספר לספק להורים מידע בנוגע לעזרה בשיפור כישורי ההורות שלהם. בתי ספר צריכים להפעיל מנגנונים לזיהוי תלמידים הצורכים אלכוהול, על מנת להציע להם טיפול מבוסס מחקרים, אינדוידואלי, קצר טווח, הניתן על ידי אנשי צוות שהוכשרו לכך, או לחלופין הפניה לגורמים טיפוליים חיצוניים. הפרת חוקים ונהלים של בית ספר כנגד שתיית אלכוהול יכולה להוביל לחובת השתתפות בתוכניות טיפול והדרכה. מדיניות "חנייה" (Medical amnesty policies), אשר מגינות על פונים לטיפול רפואי בשל פעילות לא חוקית או אסורה מפני השלכות ענישה, יכולות להפחית את הסיכון במקרים של הרעלות אלכוהול.

חוקי השומרוני הטוב נועדו להגן מפני אחריות (liability) על מי שעוזר לאנשים חולים או פצועים, ולהפחית אצל עוברי אורח הססנות בהגשת עזרה. בהקשר זה, הן תקנות המגינות על סטודנטים מענישה על שימוש באלכוהול או סמים כאשר הם פונים לעזרה רפואית (ידוע גם כ **Medical Amnesty Policies**)

## REFERENCES

- Anderson P, Chisholm D & Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009;373:2234–2246.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J et al. *AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (2nd ed). Geneva: World Health Organization 2001.
- Boden JM & Fergusson DM. The short and long-term consequences of adolescent alcohol use. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:32-46.
- Bonomo Y. The clinical interview of young people about alcohol use. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:197-211.
- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V et al. Work Group on Quality I: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2005; 44:609-621.
- Caria MP, Faggiano F, Bellocco R & Galanti MR, and the EU-Dap Study group. Effects of a school-based prevention program on European adolescents patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48: 182-188
- Deas D & Clark A. Psychosocial treatments for adolescents with alcohol use disorders. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:258-270.
- Donaldson L. *Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People*. Department of Health, United Kingdom, 2009.
- Duailibi S, Ponicki W, Grube J et al. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 2007;97:2276–2280.
- Foxcroft DR & Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5:CD009113, 2011.
- Goldstein BI. Managing adolescents with comorbid depression and substance abuse. In Rey JM & Birmaher B (editors). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 237-252.
- Gore FM, Bloem P, Patton GC et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 2011; 377: 2093-2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S et al. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use among Students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN): Stockholm, 2009.
- Jackson R, Johnson M, Campbell F et al. *Screening and Brief Interventions: Effectiveness Review to the National Institute for Health & Clinical Excellence*. Sheffield: The University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR); 2009.
- Johnson BA. Pharmacological approaches to the treatment of alcohol dependence in the young. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:271-307.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman J & Schulenberg JE. Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2010. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2011.
- Kelly JF & Yeterian JD. Alcoholics Anonymous and young people. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:308-326.
- McMorris BJ, Catalano RF, Kim MJ et al. Influence of family factors and supervised alcohol use on adolescent

- alcohol use and harms: similarities between youth in different alcohol policy contexts. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2011; 72:418-428.)
- Newton AS, Gokiert R, Mabood N et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 128 e180-e192
- Odgers CL, Caspi A, Nagin DS et al. Is it important to prevent early exposure to drugs and alcohol among adolescents? *Psychological Science*. 19:1037-1044, 2008.
- Peterson K. Biomarkers for alcohol use and abuse; a summary. *Alcohol Research & Health* 2004/2005; 28:30-37.
- Rey JM & Saltz RF. Preventing and responding to alcohol misuse in specific contexts: Schools, colleges, the military. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:105-121.
- Rouse B. Alcoholic, denied liver transplant, dies at age of 22. *Irish Examiner*, July 21, 2009.
- Saunders JB, Anderson P & Rey JM. Alcohol policies, alcohol consumption and harm in youth. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:170-196.
- Schöffl I, Kothmann JF, Schöffl V et al. "Vodka energy": Too much for the adolescent nephron? *Pediatrics* 2011;128 e227-e231
- Skidmore SH, Juhasz RA & Zucker RA. Early onset drinking. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011: 18-31.
- Spear LP. Alcohol and the developing brain. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011: 66-82.
- Stanger C, Budney A, Kamon J & Thostensen J. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009;108:240-47
- Teesson M, Memedovic S, Mewton L et al. Detection, evaluation and diagnosis of alcohol use disorders. In Saunders JB, Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011:212-230.
- Vaca FE & Sayegh R. Recognition and acute management of severe alcohol intoxication and withdrawal in youth. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011: 231-246.
- Thadeusz F. Alcohol's Neolithic origins. Brewing up a civilization. *Spiegel Online International*, 24 December 2009.
- WHO. *Global Status Report on Alcohol and Health*. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2011.