

Pacient alkoholik – zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti, špecifiká starostlivosti

MUDr. Jozef Benkovič, Mgr. Peter Knapík

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o., Predná Hora

Autori tohto článku sa venujú téme závislosti od alkoholu na Slovensku, známym číslam a faktom. Upozorňujú na príčiny vzniku závislosti, diagnostikovanie alkoholizmu a následný klinický obraz tejto choroby. Poukazujú na dôsledky pitia u závislých a venujú sa liečbe závislosti.

Kľúčové slová: závislosť od alkoholu, všeobecný lekár

Alcoholic patient – the health risk, the possibility of treatment in outpatient care, specifications care

Authors of this article are focused on the theme of alcohol dependence in Slovakia, known fact and figures. Highlight to the causes of addiction, alcoholism diagnosis and follow-up clinical conditions of the disease. They point to the consequences of drinking addicts and address on the treatment of addiction.

Key words: alcohol dependence, general practitioner

Via pract., 2017, 14(3): 126–129

Úvod

Nadmerné pitie alkoholu spôsobuje mnoho vážnych poškodení zdravia jedinca. Rozvracia vzťahy v rodine, podporuje páchanie trestnej činnosti, spôsobuje rôzne typy zranení, dopravné nehody, znižuje produktivitu práce a podieľa sa na mnohých ďalších problémoch.

Štúdie vo svete uvádzajú celoživotnú prevalenciu alkoholovej závislosti od 5,4 do 14,1 % (1). V európskych štúdiách sa celoživotná prevalencia pohybuje v rozmedzí 1,1 až 5,5 % (1).

Slovensko a alkoholizmus

Slovensko má podľa odhadov WHO za roky 2008 až 2010 štvrtú najvyššiu spotrebu alkoholu v EÚ, s vypitými 14,6 l čistého liehu na jedného obyvateľa (nad 15 rokov) (2). Slovensko má tiež približne 1,6-násobnú mortalitu v dôsledku alkoholu v porovnaní s priemerom v EÚ (2). Pre poruchy zapríčinené užívaním alkoholu (diagnóza F:10 podľa MKCH-10) je na Slovensku ročne hospitalizovaných asi 11 300 osôb, čo je 27,3 % všetkých psychiatrických hospitalizovaných pacientov (priemer v rokoch 2005 – 2014), pričom pomer mužov k ženám je 3,7 : 1 (2). V ambulanciách je s diagnózou závislosť od alkoholu ročne v SR vyšetrených 22 600 osôb. Počet prvýkrát vyšetrených pre závislosť od alkoholu je asi 5 500 (priemer za roky 2007 – 2014) (2).

S problematikou alkoholizmu sa pri svojej práci ako lekári prvého kontaktu často stretávajú aj všeobecní lekári. Až 20 – 25 % pacientov v ambulanciách všeobecných lekárov je závislých alebo nadmerne užívajúcich psychoaktívne látky, teda aj alkohol (3).

Tabuľka 1. Skrátenejší inventár markerov alkoholizmu (SIMA) (Novotný et al., 1991) (7)

Anamnestické príznaky	hepatopatia (anamnesticky), nauzea, slabosť, parestézie (kĺče), neistá chôdza
Fyzikálne vyšetrenie	edémy v tvári, subikterus, hyperémia spojoviek, teleangiektázie, tremor, hepatomegália, jazvy, titubácie
Laboratórne vyšetrenia	GMT, AST
Spolu	

Poznámka: skóre viac ako 4 body indikuje podozrenie na závislosť od alkoholu

Farmakokinetika alkoholu

Požitý alkohol sa rýchlo vstrebáva z tráviaceho traktu. Maximálnu koncentráciu v krvi dosahuje do 45 – 75 minút. Asi 5 % alkoholu sa vylúči pľúcami a obličkami. Jeho degradácia prebieha v pečeni pomocou alkoholdehydrogenázy a aldehyddehydrogenázy. Priemerné hodnoty jeho eliminácie z krvi sú 0,12 – 0,23 promile/hodinu. Viacerými jedincami je vyhľadávaný hlavne pre svoje anxiolytické a tlmivé účinky (súvisiace s GABA-A transmisíou), tiež pre euforické a analgetické účinky (súvisiace s väzbou metabolitov na opioidné receptory a aktiváciou dopamínového systému) (4).

Závislosť od alkoholu – základné pojmy

Mechanizmy podieľajúce sa na vzniku alkoholizmu

- **Vlastnosti alkoholu** – ako návykovej látky.
- **Charakteristika osobnosti užívajúcej alkohol** – k predisponujúcim znakom patrí nezrelosť, emočná labilita, vôľová slabosť, uprednostňovanie okamžitých pôžitkov, frekventované stresy a konflikty, poruchy osobnosti, genetické predispozície.

- **Prostredie** – postoj okolia a spoločnosti k užívaniu alkoholu, spoločenský tlak, dostupnosť alkoholu (5).

Podobne ako pri iných závislostiach, návykové vlastnosti pri alkoholizme súvisia s ovplyvnením odmenových – dopamínových neurotransmitterových okruhov. Genetická predispozícia na vznik závislosti sa môže prejaviť na úrovni metabolizmu návykovej látky a aj na úrovni pôsobenia na mozgové neuróny (5).

Diagnostika alkoholovej závislosti

Pri diagnostike alkoholovej závislosti je nevyhnutná kooperácia všeobecných lekárov, psychiatrov v ambulantných a lôžkových zložkách a ostatných odborníkov somatickej medicíny.

Realizuje sa formou skríningu a cieľným vyšetrením u špecialistu – psychiatra. Skríningovým vyšetrením realizovaným už v primárnej sfére, teda aj lekármi prvého kontaktu, je možný skorší záchyt ochorenia (2).

Laboratórna diagnostika. Jej cieľom je zistiť známky dlhodobého nadužívania alkoholu, prípadne chorôb, s ktorými sa alkoholizmus spája.

- **Priame markery** – slúžia na dôkaz použitia alkoholu, a to meraním alkoholu v krvi, detek-

ciou v telesných tekutinách, dôkazom jeho metabolitov, napríklad dychovou skúškou.

- **Nepriame markery** – zisťujú prítomnosť zmien, ktoré sú spojené s dlhodobým nadužívaním alkoholu na organizmus (napríklad cirhóza pečene) (tabuľka 1, 2) (6, 7).

Dotazníkové vyšetrenia. Majú vysokú senzitivitu a špecifickosť u spolupracujúcich pacientov. Pre svoju nenáročnosť môžu byť použité aj lekármi prvého kontaktu. K jednoduchým dotazníkom patrí krátky dotazník CAGE (Mayfield et al., 1974; Ewing, 1984), dotazník AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) vyvinutý WHO (Babor, 1989), dotazník MAST (Seizer, 1971) a mnoho ďalších (2).

Dotazník CAGE: 1. Mali ste niekedy pocit, že by ste mali obmedziť pitie? 2. Kritizoval niekto vaše pitie? 3. Mali ste niekedy pocit viny pre vaše pitie? 4. Dali ste si ráno niekedy pohárik „na posilnenie nervov“, alebo aby ste sa zbavili nepríjemných stavov po alkohole? *Zhodnotenie:* 3 – 4 kladné odpovede znamenajú s veľkou pravdepodobnosťou závislosť, 2 kladné odpovede znamenajú nadužívanie alkoholu, jedna kladná odpoveď je dôvod na dôkladnejšie vyšetrenie pacienta.

Klinická diagnostika. Jej cieľom je určiť, či a akou formou chorobného užívania alkoholu pacient trpí.

- **Závislosť od alkoholu F:10.2 podľa MKCH-10 (8)**

Definícia – syndróm závislosti: Skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, keď užívanie alkoholu má u jedinca väčšiu prednosť než konanie, ktoré si predtým cenil viac.

Diagnostické vodidlá: Počas posledného roku došlo k trom alebo viacerým nasledujúcim javom:

- silnej túžbe alebo pocitu pudenia (cra-vingu) užívať alkohol,
- ťažkostiam v kontrole užívania alkoholu (začiatku, koncu alebo množstvu),
- somatickému odvykaciemu stavu (abstinenčný), ak sa alkohol užíva s úmyslom zmenšiť či odstrániť odvykací stav,
- dôkazu tolerancie (potreba vyšších dávok alkoholu na dosiahnutie pôvodných účinkov),
- postupnému zanedbávaniu iných záujmov a potešení v dôsledku užívania alkoholu,
- pokračovaní v užívaní alkoholu napriek jasnému dôkazu škodlivých dôsledkov.

- **Akútna intoxikácia alkoholom F:10.0,**

Je prechodný stav po aplikácii alkoholu vedúci k poruchám na úrovni vedomia, poznania, vnímania, emotivity alebo správania, či iných psychofyziologických funkcií a reakcií.

Tabuľka 2. Nepriame laboratórne markery alkoholizmu (Grohol, 2013a) (6)

GMT (gama-glutamyltransferáza), AST (asparátaminotransferáza), ALT (alanínaminotransferáza), AST/ALT (de Ritisov index), MCV (stredný objem erytrocytov), KM (kyselina močová – urikémia), HDL-C (cholesterol naviazaný na lipoproteín, častice s vysokou hustotou)

MAST (mitochondriálna frakcia AST), CDT (karbohydrát-deficientný transferín), % CDT (podiel z celkového transferínu), B-HEX (N-acetyl-beta hexozaminidáza), SA (kyselina sialová), SIJ (obsah v kyseline sialovej v apolipoproteíne J) a ďalšie

- **Škodlivé užívanie alkoholu F:10.1,**

Ide o vzorec užívania alkoholu, ktoré poškodzuje zdravie jedinca, poškodenie môže byť buď telesné (napríklad hepatitída), alebo psychické (napríklad depresie po ťažkom pití).

- **Odvykací stav F:10.3**

Vzniká po vysadení alkoholu a prejavuje sa telesnými či psychickými (abstinenčnými) príznakmi.

- **Odvykací stav s delíriom F:10.4**

Stav, pri ktorom je odvykací stav komplikovaný delíriom (delirium tremens).

- **Psychotická porucha F:10.5**

Vzniká v priebehu alebo bezprostredne po požití alkoholu, obvykle do 48 hodín a zahŕňa alkoholickú halucinózu, žiarlivosť, paranoju a alkoholickú psychózu nešpecifikovanú.

- **Amnestický syndróm F:10.6**

Je združený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobej pamäti, bezprostredná pamäť je zachovaná. Pamäťové výpadky nahrádza konfabuláciami.

- **Reziduálny stav F:10.7**

Porucha, pri ktorej pretrvávajú zmeny kognitívnych funkcií, emotivity, osobnosti alebo správania po dlhšie obdobie než predpokladaný priamy intoxikačný účinok alkoholu.

- **Iné duševné poruchy a poruchy chovania F:10.8**

- **Nešpecifikovaná duševná porucha a porucha chovania, F:10.9**

Zdravotné dôsledky zapríčinené alkoholom

Niektoré frekventované psychické komplikácie

Všeobecný lekár sa vo svojej praxi u nadmerne pijúcich pacientov často stretáva s **alkoholickým abstinenčným syndrómom**. Tento si pre možnosť rizika vzniku epileptických záchvatov (5 – 15 %) či rozvoj alkoholického delíria vyžaduje včasnú detoxikačnú liečbu (4). Alkoholický abstinenčný syndróm vzniká ako patofyziologická odozva na náhle odňatie alkoholu. Začína po štyroch až dvanástich hodinách abstinencie a trvá 3 – 4 dni (4).

Tabuľka 3. Diagnostické jednotky v MKCH-10 explicitne zapríčinené alkoholom (upravené podľa Shield et al., 2013; in Izáková et., 2016) (10)

- Alkoholom zapríčinený pseudoCushingov syndróm
- Poruchy psychiky a správania, zapríčinené užívaním alkoholu
- Degenerácia nervového systému zapríčinená alkoholom
- Epileptické záchvaty súvisiace s alkoholom
- Alkoholická polyneuropatia
- Alkoholická myopatia
- Alkoholická kardiomyopatia
- Alkoholická gastritída
- Alkoholická choroba pečene
- Alkoholom zapríčinená akútna pankreatitída
- Alkoholom zapríčinená chronická pankreatitída
- Poškodenie plodu a novorodenca pitím matky
- Fetálny alkoholový syndróm
- Toxické účinky etanolu
- Náhodná otrava a priotrávenie alkoholom
- Úmyselné sebapoškodenie otravou a priotrávením alkoholom

Má príznaky:

- **psychické** – zvýšená dráždivosť, anxiózná, depresívna nálada, hypoprosexia, hypomnézia, insomnie, zastreté vedomie, (pseudo-) ilúzie, (pseudo-) halucinácie,
- **somatické** – tremor, dysatria, ataxia, hyperhidróza, nauzea, zvracanie, tachykardia, výkyvy tlaku krvi (TK), EPI – paroxysmy, poruchy citlivosti (parestézie...) (4).

Vážnou psychickou komplikáciou odňatia alkoholu u závislých pacientov je alkoholické **delirium tremens**. Ide o krátky, niekedy život ohrozujúci stav, spojený so zmätenosťou a pridruženým somatickým sprievodom. Typické je zastreté vedomie, zmätenosť a živé zmyslové ilúzie a halucinácie (8). Halucinácie sú pestré, vizuálne, taktilné, menej akustické. Ich obsah býva často nepríjemný a spôsobujúci úzkosť. Pacienti v delíriu sú nepokojní, ustrašení, úzkostní či depresívni (9). Delirium trvá 3 – 5 dní a končí kriticky (hlbokým spánkom) alebo lyticky (striedaním plného vedomia a delíria), a u 2 – 5 % pacientov môže končiť smrťou (4).

Delirium tremens predchádza **predelirantné štádium** s vystupňovaným abstinenčným syndrómom a až u 1/3 pacientov býva spojené s epileptickými paroxysmami typu grand mal (4).

Ďalšie psychické komplikácie vzniknuté v dôsledku chronického alkoholizmu sú stručne opísané v časti klinická diagnostika.

Zdravotné komplikácie v dôsledku chronického alkoholizmu

Zdravotné komplikácie v dôsledku chronického alkoholizmu sú uvedené v tabuľke 3 a 4 (10).

Tabuľka 4. Ďalšie chronické ochorenia, pri ktorých sa predpokladá kauzálny negatívny vplyv alkoholu (doplnené podľa Shield et al., 2013; in Izáková et al., 2016) (10)

Infekčné ochorenia	tuberkulóza, HIV, pneumónia
Onkologické ochorenia	rakovina ústnej dutiny, nosohltana, hrtana, pažeráka, hrubého čreva, konečníka, pečene, prsníka a iné
Hematologické choroby	makrocytová anémia, trombocytopenia, antifosfolipidový syndróm
Endokrinné choroby	diabetes mellitus, rôzne dysfunkcie
Psychické poruchy	unipolárne depresie
Srdcovo-cievne choroby	systémová hypertenzia, predsieňové arytmie, hemoragická (a pravdepodobne aj ischemická) cievná mozgová príhoda
Kožné ochorenia	psoriáza, rosacea, akné so začiatkom v dospelosti, porphyria cutanea tarda
Ochorenia pohybového aparátu	dna, osteoporóza, Dupuytrenova kontraktúra

Komorbídne poruchy a alkoholizmus

Komorbídne poruchy vážnym spôsobom komplikujú liečbu, zhoršujú prognózu, chronifikujú a dlhodobo jedinca pracovne zneschopňujú. K najčastejším komorbídnym poruchám alkoholizmu patria poruchy úzkostné, afektívne, poruchy osobnosti a ďalšie látkové závislosti (11).

Osobnosť závislého jedinca a jeho obranné mechanizmy

Neexistuje typická osobnosť závislého od alkoholu. V dimenziách jej temperamentu je hlavne zvýšená impulzivita, vyhľadávanie nového (potreba zažívať viac vzruchov na dosiahnutie uspokojenia) a disinhibovanosť (tendencia na uvoľnenie a stratu zábran) (12). K častým obranným mechanizmami jeho osobnosti patrí *popretie* (nevidenie reality), *racionalizácia* (hľadanie dôvodov na ospravedlnenie svojho správania), *kompensácia* (zakrývanie svojich slabých stránok), *bagatelizácia* (zľahčovanie svojho problému) a ďalšie (13).

Terapeutické pôsobenie je preto zamerané na klientovo silnejšie ego tým, že ho vedie k uvedomeniu si skutočnosti a reality.

Suicidalita u závislých jedincov

Užívanie alkoholu či iných návykových látok môže úzko súvisieť so samovražednými sklonmi. Až 65 % pokusov o samovraždu sa spája s alkoholom (14). Riziko je hlavne u mužov bez životnej partnerky, s nedostatočnou sociálnou podporou (samota) (14).

Odporúčené otázky na zhodnotenie závažnosti úmyslov k samovražde:

1. Uvažujete o tom, že by ste si niečo spravili?
2. Ako by ste to urobili?
3. Čo vám v tom bráni, aby ste si niečo urobili?

Všeobecný lekár musí uplatniť všetky etické a zákonné prostriedky, aby klientovi zabránil v spáchaní samovraždy. U klientov so stredným a vysokým stupňom rizika je nutná hospitalizácia a upovedomenie najbližších príbuzných.

Terapia alkoholizmu

Zatiaľ neexistuje žiadna kauzálna liečba závislosti od alkoholu. Liečba alkoholizmu musí byť komplexná, keďže ochorenie má multikondicionálnu genézu (5). Základným cieľom tejto liečby je dosiahnutie úplnej a trvalej abstinencie.

Európska medicínska agentúra (EMA) uvádza 2 primárne ciele (15):

- **úplná abstinencia** – prevencia relapsu po predošlej detoxikácii,
- **redukcia škôd – prechodný cieľ** – významné zmiernenie konzumácie alkoholu bez predošlej detoxikácie, t. j. účinné zníženie spotreby alkoholu farmakologicky (nalmefen).

Lekár prvého kontaktu sa pri každom pacientovi podľa jeho aktuálneho zdravotného stavu (telesného, psychického) individuálne rozhoduje o najvhodnejšom zariadení na jeho liečbu závislosti. Pri zvažovaní tejto liečby berie do úvahy medicínske kritériá, zdravotný stav pacienta, potrebu detoxikácie, postoj pacienta k liečbe, jeho sociálnu podporu, osobné zdroje a ďalšie faktory.

Aj všeobecný lekár slúžiaci v pohotovostnej službe môže pacienta priamo odoslať na psychiatrické oddelenie, pokiaľ usúdi, že jeho psychický stav to nevyhnutne vyžaduje.

Formy liečby

- **Ústavná liečba** – je indikovaná pri vážnych telesných a psychických problémoch a komplikáciách či zlyhaní v ambulantnej forme liečby.
- **Ambulantná liečba** – je indikovaná pri osobnom záujme a motivácii pacienta o liečbu a pri jeho dobrej podpore.
- **Parciálna forma hospitalizácie** – je indikovaná pri zlyhaní ambulantnej formy liečby, ambivalencie pacienta k samotnej liečbe a dobrej sociálnej podpore.

Fázy liečby

- **Kontaktná – diagnosticko-motivačná**, v ktorej sa diagnostikuje závislosť a jej prípadné komplikácie a formuje sa motivácia pacienta k liečbe.

Tabuľka 5. Farmakoterapia (Kolibáš, Novotný, 2007; in Izáková et al., 2016) (16)

■ Antidipsotická – lieky znižujúce konzumáciu alkoholu alebo kontrolujúce príjem alkoholu (akamprosát, nalmefén, naltrexón)
■ Averzívna – lieky, ktoré v kombinácii s alkoholom vedú k averzívnej reakcii (v minulosti u nás registrovaný disulfiram)
■ Syndróm odňatia (abstinenčného) – BDZ, karbamazepín, tiaprid
■ Psychiatrické komplikácie alkoholizmu – antipsychotiká, antidepresíva
■ Podporná a roborujúca – vitamíny (hlavne skupiny B), hepatoprotektíva, nootropiká
■ Antidotá – pri akútnej intoxikácii (nie sú na našom trhu k dispozícii)

■ **Detoxikačná** – po odobratí alkoholu pacientovi sa liečia prípadné abstinenčné príznaky a komplikácie sú konzultované konziliárnymi vyšetreniami.

■ **Odvykacia** – prerušenie chorobného vzťahu pacienta k alkoholu a vytvorenie nových behaviorálnych reakcií na alkohol, realizuje sa cestou individuálnej a skupinovej psychoterapie.

■ **Rehabilitačná** – rehabilitácia a resocializácia pacienta s dlhodobým doliečovacím procesom v kluboch abstinentov (A-kluby, AA-kluby...).

Každý všeobecný lekár by mal vedieť svojmu pacientovi poskytnúť informácie o existencii doliečovacích aktivít v najbližšom okolí.

Farmakoterapia alkoholizmu

Farmakoterapeutické možnosti sú uvedené tabuľke 5 (16).

Psychoterapia

Psychoterapia je základom liečby všetkých typov závislostí, teda aj alkoholizmu, je realizovaná v individuálnych či skupinových formách. Pri liečbe závislosti v špecializovaných ústavných zariadeniach sa používa režimová liečba v terapeutických komunitách s využívaním viacerých psychoterapeutických postupov a techník. Preferuje sa hlavne *kognitívno-behaviorálna terapia* vedúca k zmene myslenia a správania závislého jedinca a jeho nasmerovanie do doliečovacích aktivít – klubov abstinentov (A-klubov), anonymných alkoholikov (AA-klubov) či kratších posilňovacích liečeb abstinentov.

Všeobecný lekár, ktorý prichádza do styku so závislým pacientom často ako prvý, by mal taktiež formou **krátkočasovej intervencie** kvalifikovane posúdiť rozsah a charakter jeho problémov súvisiacich s nadužívaním alkoholu. Na základe jeho výpovedí a somatického vyšetrenia by mal s pacientom diskutovať o potenciálnych zdravotných dôsledkoch jeho závislosti, s ponukou možností a stratégií zameraných na úplnú abstinenciu (12).

Jednotlivé kroky krátkej intervencie (12):

- použiť otázky týkajúce sa pitia alkoholu,
- posúdiť stav pacienta skriningovým dotazníkom (napríklad CAGE, AUDIT...), prípadne doplnujúcim diagnostickým rozhovorom,
- dať jednoduchú radu lekára alebo odporúčenie formou motivačného rozhovoru,
- uzavrieť s pacientom dohodu o ďalšom stretnutí alebo inej forme pomoci podľa naliehavosti, napríklad odoslať k liečbe špecialistovi.

Všeobecný lekár by mal vedieť so závislým pacientom nadviazať optimálny terapeutický vzťah. Pacienta by mal konfrontovať, aby si svoj problém s alkoholizmom uvedomil a prevzal zaň zodpovednosť. Mal by ho tiež **motivovať na zmenu postojev** k svojmu návykovému správaniu. Kvalitná motivácia závislého pacienta posilňuje jeho pozitívny prístup k abstinencii.

Motivačný rozhovor

U závislého pacienta slúži na aktiváciu jeho vnútorných zdrojov na uskutočnenie zmeny. Cieľom tohto rozhovoru je pomôcť pacientovi jeho ambivalentné postoje k závislosti preskúmať a riešiť. Pre všeobecného lekára je dôležité porozumieť protichodným dôvodom pacienta (pre aj proti abstinencii), a ak ich má pacient možnosť preskúmať, môže ich prehodnotiť a následne aj zmeniť. Predpokladom zmeny postoja u pacienta je nielen to, že zmenu chce, ale aj to, že má schopnosti túto zmenu dosiahnuť. Jadrom motivačného rozhovoru je práve práca s ambivalentnými postojmi závislého pacienta k zmene. Všeobecný lekár by preto mal tieto rozporné postoje pacienta rozvíjať a posilňovať jeho dôveru vo vlastné schopnosti na premenu (12). Motivačný rozhovor:

- *u slabobivalentných pacientov* – ktorí o tejto zmene príliš neuvažujú, rozpory rozvíja,
- *u viac ambivalentných pacientov* – tých, čo sa na zmenu už odhodlávajú, podporí ich sebadôveru.

Základné pravidlá motivačného rozhovoru (12):

- nadviazať s pacientom kvalitný terapeutický vzťah (byť empatický),

- pozorne ho počúvať a porozumieť jeho prežívaniu a dôvodom, prečo o zmene uvažuje a tiež dôvodom, ktoré jeho návykové správanie udržiavajú,
- pomôcť rozvinúť pacientove rozpory (ambivalentné postoje), pomôcť pacientovi uvedomiť si rozpor medzi tým, čo hovorí a chce, a tým, čo v skutočnosti robí,
- venovať obom ambivalentným postojom dostatočný, ale nezaujatý záujem,
- cieľom je, aby sa sám pacient so situáciou konfrontoval (rozvíjal tieto rozpory),
- podporovať dôveru pacienta vo vlastné schopnosti pri odstraňovaní prekážok, aby k jeho zmene mohlo dôjsť, a pomôcť mu dosiahnuť plánovaný cieľ.

Otázky odporúčené na rozhovor všeobecného lekára so závislým pacientom

Vyskytol sa vo vašej pôvodnej rodine niekto závislý? Kde a s kým momentálne žijete? Užívajú tieto osoby alkohol alebo iné návykové látky (NL), ak áno, v akej miere? Užívate alkohol alebo iné NL s týmito osobami? Ak áno, ako často a v akom množstve? Kedy ste naposledy užíli alkohol či iné NL? Aké z NL preferujete? Aké iné NL užívate? Kedy ste alkohol pili prvýkrát? Kedy ste pili naposledy? Ako často a v akom množstve ste užívali alkohol posledný pol rok? Prestali ste niekedy s pitím alkoholu, ak áno, na ako dlho? Liečili ste sa už niekedy zo závislosti od alkoholu? Ak áno, kde, ako dlho a aký spôsob liečby ste absolvovali? Čo vám vo vašej abstinencii pomáhalo (14)?

Záver

Problematika závislosti od alkoholu je neustále vysoko aktuálna, preto považujeme za dôležité oboznamovať odbornú, ako aj laickú verejnosť so všetkými negatívnymi dôsledkami nadmerného pitia v oblasti zdravotnej, ale aj sociálnej a spoločenskej. Faktom zostáva, že veľakrát až zdravotné ťažkosti spôsobené nadmerným užívaním alkoholu donútia závislého uvažovať o abstinencii. Práve v rozhodovacom procese závislého zohráva všeobecný lekár nezastupiteľnú úlohu a po rozpoznaní príznakov

závislosti môže nasmerovať pacienta na komplexnú liečbu závislosti.

Literatúra

1. Heretik A jr, Heretik A sr, Novotný V, et al. EPIAF – Epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku. Nové Zámky: Psychoprof; 2008: 152.
2. Izáková L. et al. *Závislosti*. Lundbeck, Slovensko, s. r. o.; 2016: 60–62.
3. Kolibáš E. *Psychické problémy spojené s užívaním psychoaktívnych látok*. Kurikulá pre vzdelávanie lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogovu závislých v rámci projektu Groupe Pompidou. Bratislava: Úrad vlády SR; 2002: 205.
4. Kolibáš E. *Príručka klinickej psychiatrie*. Psychoprof, spol. s r. o.; 2010: 103–108.
5. Kolibáš E, Novotný V. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského; 1996: 120.
6. Grohol M. *Alkoholizmus – laboratórna diagnostika*. Bratislava. Vyd. Čičelová Z.; 2013a: 34–35, 116.
7. Novotný V, Kolibáš E, Heretik A. Možnosti detekcie alkoholizmu – VII: Skrátený inventár markerov alkoholizmu – SIMA. *Alkohol, Drog. záv. (Protialk. Obz.)*. 1991; 26(5): 257–269.
8. *Mezinárodná klasifikácia nemocí. 10. revízie*. SZO, Ženeva: Psychiatric. centrum Praha; 1992: 73–81.
9. Skála J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. Zdrav. naklad.; 1987: 69.
10. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol res.* 2013; 35(2): 155–173.
11. Benkovič J, Mišurdová J, Grossmann J. Niektoré typy závislosti a ich najčastejšie psychické komorbídne poruchy. *Psychiatria pre prax.* 2012; 13(1): 21–23.
12. Kalina K. et al. *Klinická adiktologie*. vyd. 1. Grada; 2015: 291–326, 519.
13. Corey G. *Theories and practice of counseling and psychotherapy*. 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2001.
14. Millerová G. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galen; 2011: 73, 123–125.
15. EMA: European Medicines Agency. *Guideline on the development of medicinal product for the treatment of alcohol dependence*. London: EMA; 2010: 17.
16. Kolibáš E, Novotný V. *Alkohol, Drog, Závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského; 2007: 260.

MUDr. Jozef Benkovič

Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o. Predná Hora Muránska Huta, časť Predná Hora č. 126, 049 01 Muráň jozef.benkovic@olup-prednahora.sk