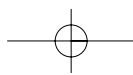
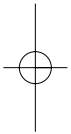
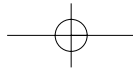


Tartalomjegyzék

Bevezető	7
Változások a 2005-ös év klinikai útmutatójában	8
Mielőtt hozzákezdené...	9
Hogyan végezzük a szűrést és a rövid intervenciót?	9
1. lépés: Kérdések az alkoholfogyasztásról	10
2. lépés: Az alkoholfogyasztási rendellenességek megállapítása	11
3. lépés: Tanácsadás és segítségnyújtás (kockázatos italozás esetén)	12
4. lépés: Betegkövetés: folyamatos támogatás (kockázatos italozás esetén)	13
3. lépés: Tanácsadás és segítségnyújtás (visszaélés vagy függőség esetén)	14
4. lépés: Betegkövetés: folyamatos támogatás (visszaélés vagy függőség esetén)	15

Függelék

A szűrést segítő módszerek	18
Alkoholszűrés a családorvosnál: Kérdőív az alkoholfogyasztás mértékének felmérésére (AUDIT)	18
Mennyi az egy italegység?	20
Az értékelő munkát segítő anyagok	21
Alkoholvisszaélő magatartás	21
Alkoholfüggőség	22
A rövid intervenciós munkát segítő anyagok	23
A rövid intervenció megközelítési módja	23
Ivási szokások az amerikai felnőtt lakosság körében	24
Az alkoholfüggőség kezelésére felírható gyógyszerek	25
Beutalás szakellátásra	29
Alkoholszűrő formanyomtatvány	30
Gyakran feltett kérdések	34
A NIAAA anyagai	41
Jegyzetek	42



SEGÍTSÉGNYÚJTÁS KOCKÁZATOS IVÓK SZÁMÁRA

Bevezető

Ez az útmutató az elsődleges ellátásban és a mentálhigiénia területén tevékenykedő orvosok számára íródott. A National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) a National Institute of Health tagjaként állította össze orvosok, nővérek, szakápolók, szakasszisztensek és klinikai kutatók közreműködésével.

Mennyi is valójában az a „túl sok”?

Az egyén akkor fogyaszt túl sok alkoholt, amikor megjelenik az alkohol okozta problémák kockázata. Az is erre utaló jelzés lehet, ha nehezebbé válik a beteg más egészségügyi problémájának gyógykezelése. Az epidemiológiai kutatások eredményei szerint (1) a napi 5 italegységnél (vagy heti 15 italegységnél) többet fogyasztó férfiakat és a napi 4 italegységnél (vagy heti 8 italegységnél) többet fogyasztó nőket fenyegeti az alkohol okozta problémák megjelenésének a veszélye.

Mindazonáltal az alkoholfogyasztás során fellépő egyéni reakciók esetenként változóak lehetnek. Az alacsonyabb szintű italozás is problémákat okozhat az olyan tényezők függvényében, mint pl. az életkor, a fennálló betegségek és egyes gyógyszerek szedése. Mivel nem ismeretes, hogy milyen mennyiségű alkohol fogyasztható biztonsággal a terhesség idején, az állapotos vagy teherbe esni kívánó nők számára a teljes absztinencia ajánlott. (2)

Miért van szükség a kemény ivás szűrésére?

- **A kockázatos italozás és az alkoholproblémák előfordulása gyakori.** Amerikában minden 10 felnőttből 3 iszik fizikai és mentális egészségét kockáztató, szociális problémákat okozó szinten. (3) E kemény italozók közül 4-ből kb. 1-nél áll fenn jelenleg is alkoholviszsaélő magatartás vagy függőség. (3) Minden kemény ivónál nagyobb a kockázata a magas vérnyomás, a belső vérzések, az alvási rendellenességek, a depresszió, az agyvérzés, a májcirrhosis és többfajta rák kialakulásának. (4)
- **A kemény ivás gyakran észrevétlen marad.** Egy nemrégiben az elsődleges ellátás színvonalát vizsgáló kutatás során megállapítást nyert, hogy az alkoholfüggő betegek a rájuk szánt időnek csupán 10%-ában kapták meg a javasolt minőségű ellátást, ideértve a kivizsgálást és a megfelelő szakirányú ellátásra való beutalást is. (5)
- **A kemény ivás észlelésénél a családorvos van a legjobb helyzetben.** Klinikai kutatási eredmények bizonyítják, hogy a nem alkoholfüggő, kockázatos italozók esetében a rövid intervenció az ivás jelentékeny, hosszan tartó csökkenését eredményezheti. (6) Sőt, az is előfordul, hogy alkoholfüggő betegek elfogadják az addiktológiai kezelésre adott beutalót. (7-8)

Amennyiben ön mint családorvos, még nem teszi, arra kérjük, hogy praxisába foglalja bele az alkoholszűrést, a rövid intervenciót és a szakirányú ellátásba irányítást. **Útmutatónkkal el tud indulni ezen az úton.**

VÁLTOZÁSOK A 2005-ÖS ÉV KLINIKAI ÚTMUTATÓJÁBAN

Változások a 2005-ös év klinikai útmutatójában

A jelen változat sok finomítást és korszerűsítést tartalmaz a 2003-ban kiadott ÚTMUTATÓhoz képest.

- **Szélesebb célközönség:** Míg az előző Útmutató csak a családorvosok számára íródott, a jelen kiadás a a mentálhigiéné területén dolgozó szakorvosoknak is szól. Az általános populáció egészét tekintve ugyanis a pszichiátriai betegeknek valószínűbb a különféle szerekkel, főként az alkohollal való visszaélés előfordulása. (9-10) Ezek a betegek gyakran csak mentálhigiénés ellátást kapnak, továbbra is fogyasztanak alkoholt, ezzel a kezelés elveszti hatékonyságát. Mivel ezen betegek ivási szokásai feltáratlanok maradnak, szükséges a kockázatos italozás szűrése
- **Egyszerűbb szűrési módszer:** A mostani szűrési módszer szerint egyetlen kérdést kell feltenni a betegnek a kemény ivással töltött napokra vonatkozóan. Ezenfelül a Függelékben közölt AUDIT rendelkezésére áll azoknak, akik praxisukban a kérdőíves módszert akarják felhasználni. Az előző változatban az *Útmutató* a mennyiség–gyakoriság és a CAGE kérdéseket javasolta. Amennyiben ön ezt a módszert már alkalmazza, és úgy tűnik, bevált, nem kell változtatnia rajta. Az ajánlott változásokkal egyszerűsíteni akarjuk a folyamatot, és ezáltal növelni szeretnénk a felhasználó orvosok számát.
- **Új értékelési stratégia:** A *hogyan csináljuk* szekcióba most felvettünk egy olyan lépést, amely alkalmas a a kockázatos fogyasztó és alkoholfüggő betegek megkülönböztetésére. Az eredménytől függ, hogy mit kell tennünk a rövid intervenció és a betegkövetés során. Segítségével az orvosnak aktívabb szerep jut a beteg gyógykezelésében.
- **Mit tegyünk, ha a beteg visszautasítja a szakellátásra való beutalást?** Vannak olyan betegek, akik elutasítják a szakellátásra történő beutalást. Az Útmutató segítséget nyújt a családorvos és a mentálhigiénés szakember számára, ezen betegek kezelésében.
- **Gyógyszertájékoztató:** A Függelék kiegészült egy új résszel, amely ismerteti az alkoholfüggőség kezelése során használandó gyógyszertájakat. Három elfogadott készítmény potenciálisan fontos eszköz lehet a családorvos és a mentálhigiénés szakember kezében az alkoholbetegek gyógykezelésére. Ezenfelül a zsebkönyv a gyógyszerek felírásával kapcsolatos információkat is tartalmaz.
- **Új formák és gyakran feltett kérdések (FAQ):** A Függelékben a beteg fejlődésének követésére alkalmas formanyomtatványokat talál. Az új FAQ egy sor területet felölel, beleértve az absztinencia megtartásával küszködő betegeknek való segítségnyújtás számítógépes rendszerét és a mentálhigiénés intézetekben történő szűrést.

HOGYAN VÉGEZZÜK A SZŰRÉST ÉS A RÖVID INTERVENCIÓT?

Mielőtt hozzákezdene...

Döntse el, hogy melyik szűrési módszert alkalmazza

Az *Útmutató* kétféle szűrési módszert ajánl: egy egyszerű, a beteg vizsgálata során feltett, a kemény ivással töltött napokra vonatkozó kérdés és az írásos kérdőíves módszer (AUDIT I. Függelék). A betegnek a vizsgálat során szóban feltett kérdés módszere alkalmazható önmagában vagy az AUDIT-tal együtt. Egyes orvosok jobban szeretik, ha a beteg még a vizsgálat előtt kitölti a kérdőívet. Az AUDIT kevesebb mint 5 perc alatt kitölthető, lemásolható és a beteg kórlapjába helyezhető.

Gondolja át a szűrés klinikai indikációit

A szűrés kulcsfontosságú alkalmi lehetnek a következők:

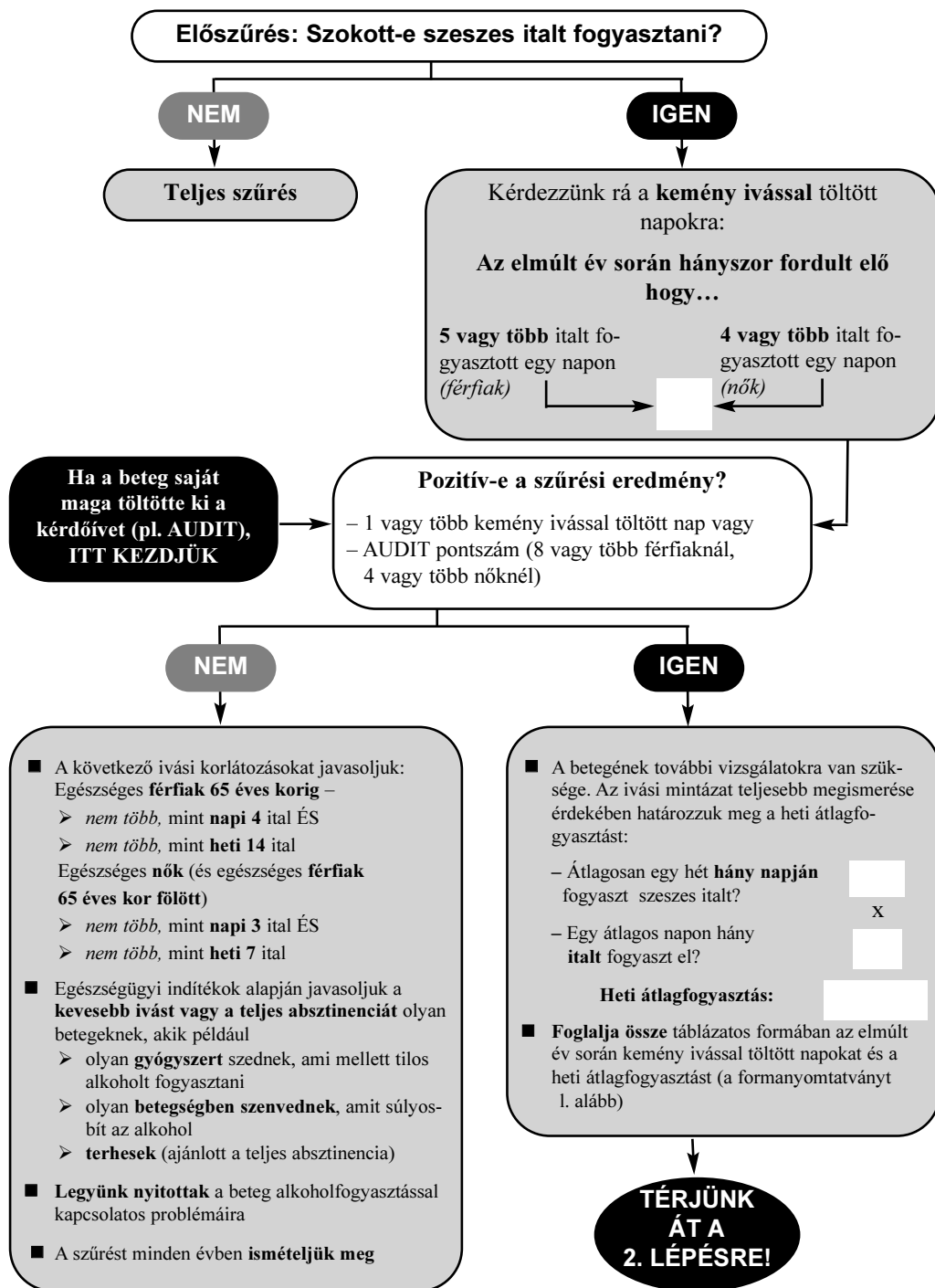
- A **rutinvizsgálat** részeként
- Mielőtt **felírnánk egy olyan gyógyszert**, amelynek szedése kizárja az alkoholfogyasztást (l. Függelék: Interakciók az alkohol és a gyógyszerek között)
- Az **intenzív osztályon vagy a sürgősségi ellátásban**
- Olyan betegeknél,
 - akik **állapotosa**k vagy szeretnék teherbe esni
 - akiknél **valószínűsíthető** a kemény ivás előfordulása, mint pl. dohányosok, serdülők és fiatal felnőttek
 - akiknél lehetséges, hogy fennálló **egészségproblémájukat az alkoholfogyasztás idézi elő**, pl. kardiális aritmia, depresszió vagy szorongás, emésztési zavarok, álmatlanság, májbetegségek, baleseti sérülés
 - akiknél olyan **krónikus betegség áll fenn**, amely nem úgy reagál a kezelésre, mint várható, pl. krónikus fájdalom, depresszió, cukorbetegség, szívbetegség, gyomor- és bélrendszeri rendellenességek, magas vérnyomás

Saját praxisán belül egyszerűsítse le a folyamatot

- Döntse el, hogy a munkatársak közül ki végzi a szűrést (ön, a személyzet másik tagja, vagy az asszisztens, aki átadja a betegnek az AUDIT-ot)
- Használjon előre elkészített formanyomtatványokat (megtalálja a Függelékben)
- Használjon számítógépes emlékeztetőket (amennyiben az anyag számítógépen van)
- A rendelőben tartson néhány példányt az útmutató zsebkönyvből és a szakellátással kapcsolatos informatív anyagból
- Ellenőrizze saját teljesítményét gyakorlati revízióval

HOGYAN VÉGEZZÜK A KEMÉNY ITALOZÁS SZŰRÉSÉT?

1. LÉPÉS: Kérdések az alkoholfogyasztásról



AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSI RENDELLENESSÉGEK MEGÁLLAPÍTÁSA

2. LÉPÉS: Az alkoholfogyasztási rendellenességek megállapítása

A következő lépésben állapítsuk meg, hogy a vizsgált betegnél fennáll-e olyan alkoholfogyasztási rendellenesség, amely orvosilag jelentős mértékű fizikai vagy pszichiátriai károsodással jár. A kezeléssel kapcsolatos döntések meghozatalához fontos, hogy megállapítsuk az alkohol okozta tünetek mértékét és súlyosságát. A javasolt feltáró kérdéseket (l. a későbbiekben) a *Mentális rendellenességek diagnosztikus és statisztikai kézikönyvének IV. kiadása alapján (DSM-IV, bővített)* fogalmazzuk meg.

Állapítsuk meg, hogy az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy a beteg italozása **ismételten**

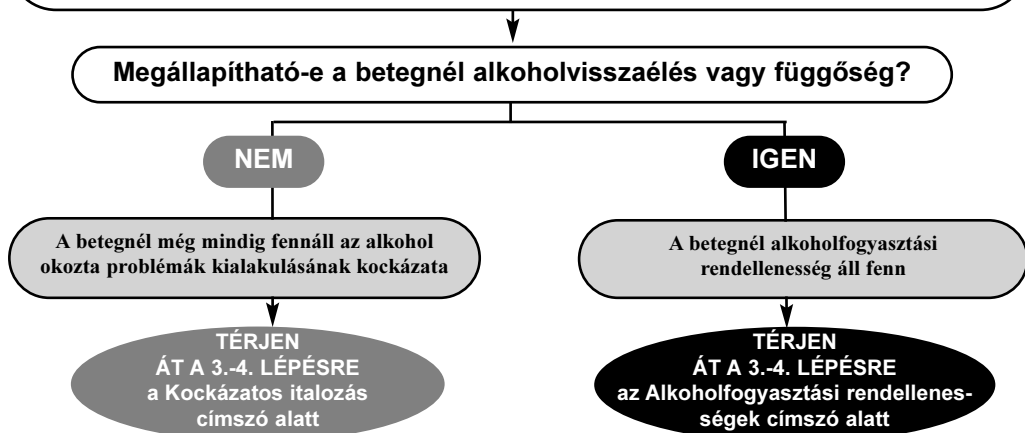
- szereptévesztést** okozott (akadályozta az otthoni, munkahelyi vagy iskolai kötelezettségek elvégzését)
- sérülés** kockázatát okozta (ittas vezetés vagy gépkezelés, ittas állapotban való úszás)
- a **törvénnyel való összeütközést** okozott (letartóztatás vagy egyéb jogi probléma)
- kapcsolati** problémát okozott (család vagy barátok)

Ha **egy vagy több** kérdésre igen a válasz → a betegnél **alkoholviszaélő magatartás** áll fenn.
Bármely eredmény esetén haladjunk tovább a függőségi tünetek megállapítása céljából.

Állapítsuk meg, hogy az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy a beteg

- hozzászokás jeleit mutatta** (ugyanazon hatás elérése céljából többet kellett innia)
- megvonásra utaló jeleket mutatott** (remegés, izzadás, hányinger vagy álmatlanság, amikor megpróbált leállni vagy kevesebbet fogyasztani)
- nem volt képes italozását bizonyos határok között tartani** (ismételten meghaladta az engedélyezett mennyiséget)
- nem volt képes kevesebbet fogyasztani vagy leállni** (több sikertelen kísérlet)
- sok idő telt el az italozással** (az ital utáni vágyakozással vagy a másnaposságból való kilábalással)
- kevesebb időt szánt más tevékenységekre** (amelyek azelőtt fontosak vagy örömszerzők voltak számára)
- a problémák jelentkezése ellenére tovább ivott** (visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák)

3 vagy több igen válasz esetén → a betegnél **alkoholfüggőség** áll fenn.



HOGYAN VÉGEZZÜK A RÖVID INTERVENCIÓT?

KOCKÁZATOS ITALOZÁS (nem visszaélő magatartás vagy függőség)

3. LÉPÉS: Tanácsadás és segítségnyújtás (kockázatos italozás esetén)

■ **Egyértelműen közölje a beteggel következtetéseit és javaslatait:**

- „Ön az orvosilag biztonságos mennyiségnél több alkoholt fogyaszt.” Válaszoljunk meg a beteg ezzel kapcsolatos problémáit a zárójelentések ismeretében. (Vegyük fontolóra az alábbi táblázat használatát, amivel meg tudjuk mutatni a kockázat növekedését.)
- „Erősen ajánlom, hogy fogyasszon kevesebbet (vagy álljon le).” (Tanácsadási lehetőségek a 'Gyakran feltett kérdések' részben.)
- Próbáljuk meg felmérni, hogy a beteg készen áll-e ivási szokásainak megváltoztatására:
 - „Hajlandó fontolóra venni, hogy változtat az ivási szokásain?”

Készen áll-e már a beteg ivási szokásainak megváltoztatására?

NEM

Ne csüggedjen – az ambivalencia általános jelenség. A beteg valószínűleg el fog gondolkozni a tanácsain, ami önmagában véve is egy pozitív változás. További megerősítések hatására a beteg elszánhatja magát a cselekvésre. Addig is:

- Újra és újra **adjon hangot** a beteg egészségi állapota miatti **aggályainak**
- **Biztassuk a beteget, hogy gondolja át a helyzetet:** Mérlegelje, hogy mi az, amit az italozásban szeret, és mi az, ami miatt le szeretne szokni. Melyek a változtatás legfőbb akadályai?
- **Biztosítsa a beteget, hogy mindig készen áll segíteni.**

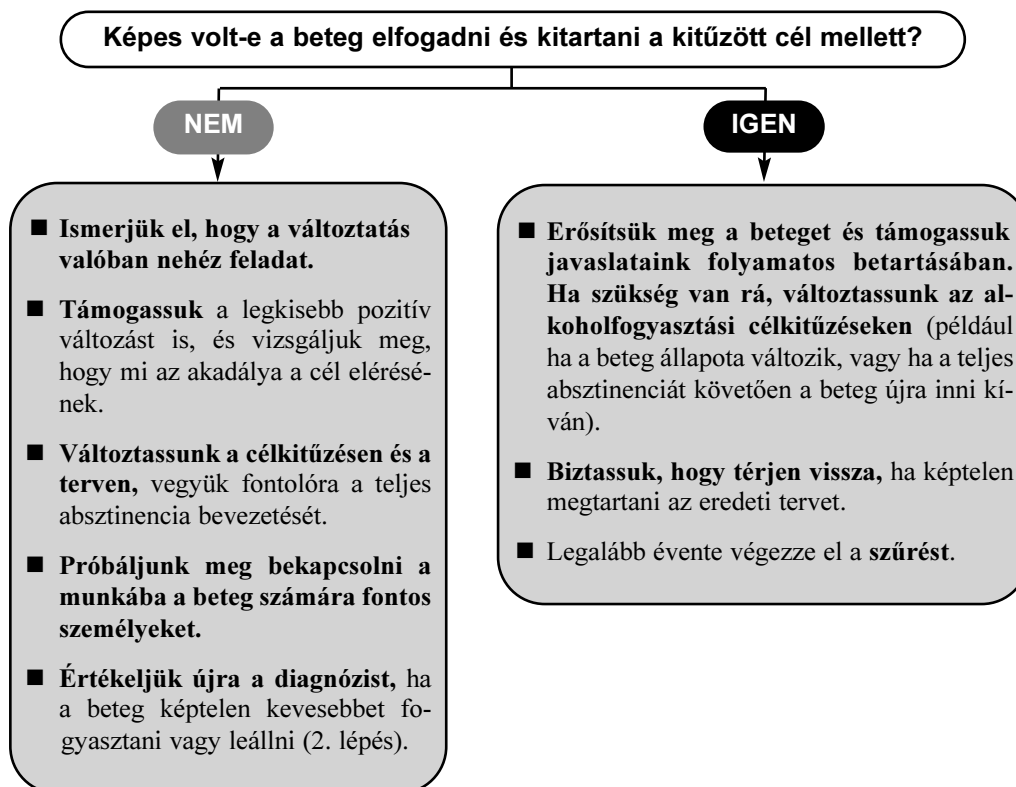
IGEN

- **Segítsünk a betegnek a célkitűzésében** bizonyos szint alá csökkenteni a fogyasztást (lásd 1. lépés), vagy meghatározott időszakra teljesen lemondani az italtól.
- **Tervezzük meg a beteggel, hogy**
 - milyen lépéseket kell tennie a betegnek (nem megy kocsmába munka után, és felmérve, hogy milyen italok vannak otthon, felváltva fogyaszt szeszes italokat és alkoholmentes üdítőket)
 - hogyan követi nyomon saját alkoholfogyasztását (naplót vezet, vagy a konyhai naptárban jelöli meg)
 - hogyan fogja a jövőben kezelni a magas kockázatot hordozó helyzeteket
 - ki fog a betegnek segíteni terve végrehajtásában (például házastárs vagy nem italozó barátok)
- **Lássuk el a beteget tájékoztató anyagokkal** (L. az Útmutató utolsó oldala).

HOGYAN VÉGEZZÜK A RÖVID INTERVENCIÓT?

4. LÉPÉS: Betegkövetés: folyamatos támogatás (kockázatos italozás esetén)

EMLÉKEZTETŐ: Minden vizsgálatnál dokumentáljuk az alkoholfogyasztást és tekintjük át a közösen kitűzött célokat. (Lásd alább, az Alkoholszűrő formanyomtatvány című résznél.)



HOGYAN VÉGEZZÜK A RÖVID INTERVENCIÓT?

ALKOHOLFOGYASZTÁSI RENDELLENESÉGEK

(visszaélés vagy függőség)

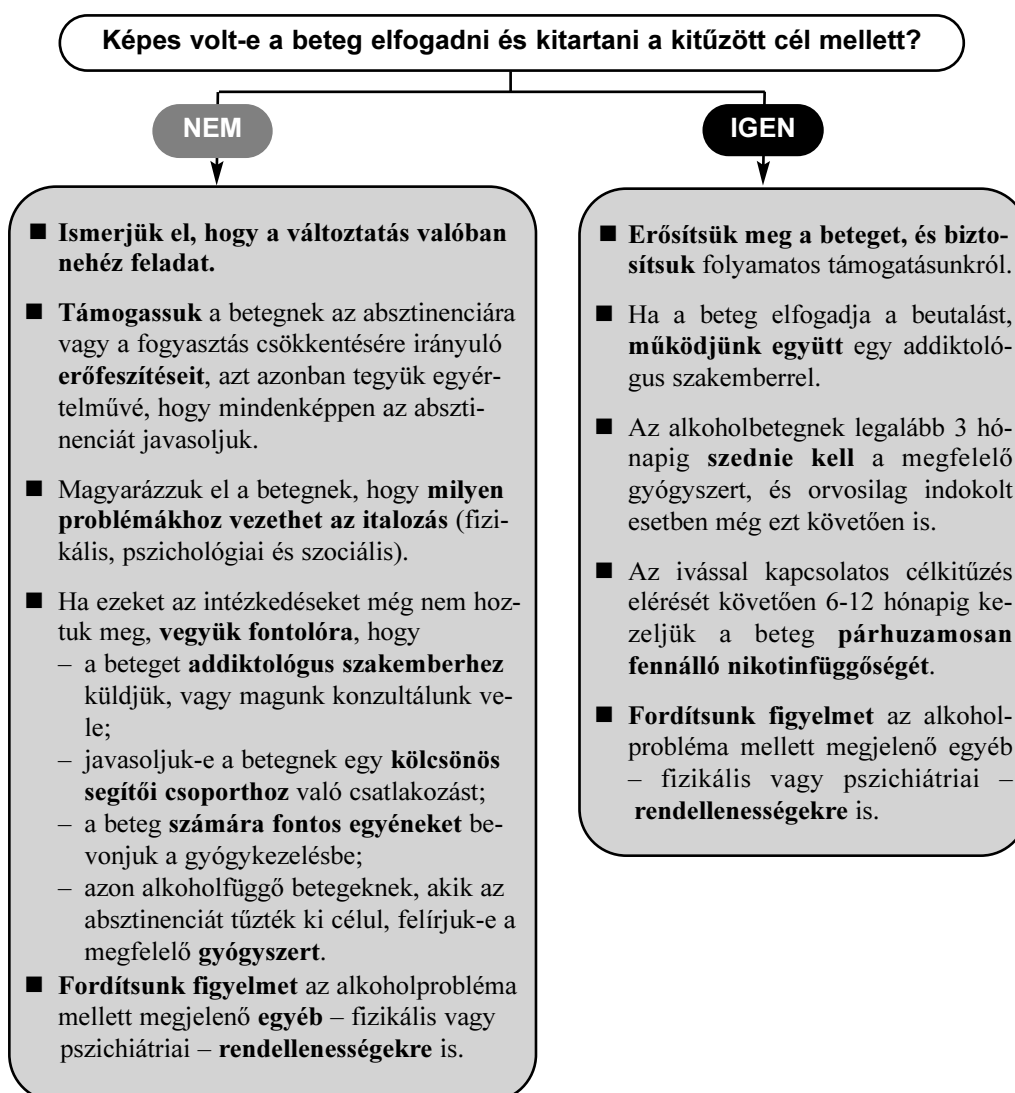
3. LÉPÉS: Tanácsadás és segítségnyújtás (visszaélés vagy függőség esetén)

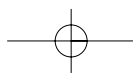
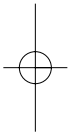
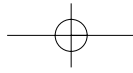
- **Egyértelműen közöljük a beteggel a vizsgálat alapján levont következtetésünket és tanácsainkat.**
 - „Önnek alkoholfogyasztási problémái vannak, javaslom, hogy azonnal hagyja abba az italozást.”
 - Válaszoljunk a beteg aggályaira, és tárjuk elé a vizsgálat eredményeit.
- **Tűzzük ki a beteggel közösen egy ivási célt:**
 - A legtöbb alkoholproblémás betegnél az absztinencia a legbiztosabb megoldás.
 - Az olyan betegeknél, akiknél az alkoholvisszaélés vagy -függőség enyhébb esete áll fenn, és nem hajlandók az absztinenciára, hatásos lehet a fogyasztás csökkentése (lásd 3. lépés a kockázatos italozásnál).
- **Vegyük fontolóra**, hogy a betegnél, különösen hogyha alkoholfüggő, ne végeztessünk-e kiegészítő vizsgálatot egy **addiktológus szakemberrel**. (Lásd a rövid intervencióról szóló szakirodalmat.)
- **Esetleg javasoljuk** a betegnek **egy kölcsönös segítő csoport** látogatását.
- Alkoholfüggő betegeknél **vegyük fontolóra**:
 - hogy szükség van-e **orvosilag irányított megvonásra** (detoxikálás) (lásd Gyakran fel-tett kérdések).
 - hogy azoknál a betegeknél, akik az absztinenciát tűzték ki célul, szükség van-e valami-lyen **gyógyszerre** (lásd Az alkoholfüggőség gyógyszeres kezelése).
- Beszéljük meg a beteggel a **legközelebbi találkozás időpontját**.

HOGYAN VÉGEZZÜK A RÖVID INTERVENCIÓT?

4. LÉPÉS: Betegkövetés: folyamatos támogatás (visszaélés vagy függőség esetén)

EMLÉKEZTETŐ: A beteg minden egyes vizsgálatánál dokumentáljuk az alkoholfogyasztást, és tekintjük át a kitűzött célokat (lásd Rövid intervenciós formanyomtatvány).





Függelék

A szűrést segítő módszerek

Alkoholszűrés a családorvosnál: Kérdőív az alkoholfogyasztás mértékének felmérésére (AUDIT)
Mennyi az egy italegység?

Az értékelő munkát segítő anyagok

Alkoholvisszaélő magatartás
Alkoholfüggőség

A rövid intervenciós munkát segítő anyagok

A rövid intervenció megközelítési módja
Ivási szokások az amerikai felnőtt lakosság körében
Az alkoholfüggőség kezelésére felírható gyógyszerek
Beutalás szakellátásra
Alkoholszűrő formanyomtatvány: kiindulópont és betegkövetés

Gyakran feltett kérdések

A NIAAA anyagai

Jegyzetek

A SZŰRÉST SEGÍTŐ MÓDSZEREK

Alkoholszűrés a családorvosnál: Kérdőív az alkoholfogyasztás mértékének felmérésére (AUDIT)

Sok háziorvos számára segítséget jelent, ha a betegek írásban kitöltenek egy kérdőívet, mielőtt beszélne velük a rendelőben. A kezében tartott *Útmutató*ban ebből a célból az AUDIT-ot közöljük, mind angol, mind spanyol nyelven (ismertetjük a magyar változatot is). Az elsődleges ellátásnak ez egy olyan nemzetközileg kipróbált módszere, amelynek kitöltése csupán 5 percet vesz igénybe, és az eddigi használat során rendkívül hasznosnak és megbízhatónak bizonyult. (11) Az itt közölt kérdőívet le lehet fénymásolni vagy letölthető az *Útmutató* honlapjáról: www.niaaa.nih.gov.

Az AUDIT értékelése

A minimális pontszám (az absztinensek esetén) 0, a maximális pontszám pedig 40.

Ha a férfiak (60 éves korig) 8 vagy több pontot érnek el, és ha a nők, serdülőkorúak vagy 60 éven felüli férfiak 4 vagy több pontot érnek el, ez pozitív szűrési eredménynek tekinthető. (12, 13, 14) Amennyiben a beteg pontszáma eléri a kritikus határt, a családorvosnak át kell tanulmányoznia a kérdésekre adott egyéni válaszokat, és a vizsgálat során tisztáznia kell azokat a beteggel.

A szűrés és értékelés folytatása

Az AUDIT kitöltése után folytassuk a kemény ivás kiszűrését célzó módszer 1. lépésével.

A SZÜRÉST SEGÍTŐ MÓDSZEREK

AUDIT

Mit mondjunk A BETEGNEK? Mivel az alkoholfogyasztás árthat az ön egészségének, és akadályozhatja egyes gyógyszerek vagy kezelések hatását, fontos, hogy feltegyek önnek néhány kérdést az alkoholfogyasztással kapcsolatosan. A válaszai természetesen köztünk maradnak, ezért kérem, válaszoljon őszintén a kérdésekre.

Kérem, tegyen egy X-et abba a kockába, amelyről úgy gondolja, hogy a legjobban kifejezi saját hozzáállását.

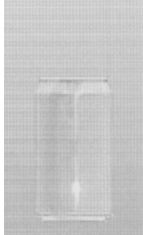
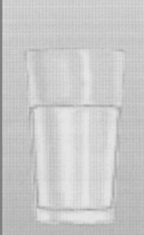





Kérdések	0	1	2	3	4
1. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?	Soha	Havonta vagy ritkábban	Havi 2-4 alkalommal	Heti 2-3 alkalommal	Hetente 4-szer vagy többször
2. Általában hány italt fogyaszt el egy alkalommal?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 vagy több
3. Milyen gyakran fogyaszt el egyszerre 5 vagy több italt?	Soha	Havi egynél ritkábban	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
4. Az elmúlt évben milyen gyakran tapasztalta, hogyha egyszer elkezdte, nem tudja abbahagyni az ivást?	Soha	Havi egynél ritkábban	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
5. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az ivás miatt nem sikerült valamely feladatát elvégeznie?	Soha	Havi egynél ritkábban	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
6. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy egy kemény ivást követő reggelen az elinduláshoz szüksége volt egy italra?	Soha	Havi egynél ritkábban	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
7. Az elmúlt évben hány-szor fordult elő, hogy ivást követően megbánást vagy büntudatot érzett?	Soha	Havi egynél ritkábban	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
8. Az elmúlt évben hány-szor fordult elő, hogy az ivás miatt nem tudott visszaemlékezni az előző este történetekre?	Soha	Havi egynél ritkábban	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
9. Előfordult-e, hogy ön vagy valaki más megsérült az italozás miatt?	Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, az elmúlt évben
10. Előfordult-e, hogy egy rokon, barát, orvos vagy más egészségügyi dolgozó aggódott az ön ivása miatt, vagy azt javasolta, hogy fogyasszon kevesebbet?	Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, az elmúlt évben
Összesen					

Megjegyzés: Az AUDIT kérdőívet a WHO engedélyével közöljük, az Egyesült Államokban alkalmazott italegységek ismeretében a 3. Kérdésben az italok számát hatról ötre változtattuk. Az elsődleges ellátásban alkalmazható AUDIT kézikönyv használati utasítással együtt ingyenesen letölthető a weboldalról.

A SZŰRÉST SEGÍTŐ MÓDSZEREK

Mennyi az egy italegység?

Az egységnyi ital bármely ital, amely legalább 14 g (0,6 ounces) vagy 1,2 evőkanálnyi tiszta szeszt tartalmaz. Az alábbiakban közöljük, hogy a különböző italféleségekből mennyi tartalmaz egy italegységet.

12 uncia sör vagy alkopop ital	8,5 uncia erősebb sör	5 uncia asztali bor	3,5 uncia borpárlat (például sherry vagy portói)	2,5 uncia szíverősítő, likőr vagy aperitif	1,5 uncia konyak	1,5 uncia tömény szesz (vodka, gin, whisky stb.)
						
↓ 12 uncia	↓ 8,5 uncia	↓ 5 uncia	↓ 3,5 uncia	↓ 2,5 uncia	↓ 1,5 uncia	↓ 1,5 uncia

Sok ember nem tudja, mennyi az egységnyi ital, így nem képes meghatározni, hogy mennyit tartalmaznak azok a palackok, amelyekben az egyes italokat árusítják. Néhány példa:

- A **sörnél** a következőképpen alakulnak az egységnyi italok:

12 uncia = 1 16 uncia = 1,3 22 uncia = 2 40 uncia = 3,3

- Az **erősebb likőrnél** a következőképpen alakulnak az egységnyi italok:

12 uncia = 1,5 16 uncia = 2 22 uncia = 2,5 40 uncia = 4,5

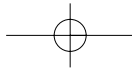
- Az **asztali bornál** a következőképpen alakulnak az egységnyi italok:

A 750 ml (25 uncia) üveg = 5

- A **80%-os tömény szeszeknél** a következőképpen alakulnak az egységnyi italok:

kevert ital: 1 vagy több 25 uncia = 17
egy pint (16 uncia) = 11 59 uncia = 39

Megjegyzés: nehéz megítélni, hogy egy adott kevert ital hány italegységet tartalmaz; az adott tömény szesztől és a koktél receptjétől függően egy kevert ital 1-3 italegységet tartalmazhat.



Alkoholvisszaélő magatartás

Diagnosztikus kérdésminták (adaptálva az Amerikai Pszichiátriai Társaság engedélyével a *Mentális rendellenességek diagnosztikus és statisztikai kézikönyvéből*, 2000. 4. kiadás).

Az alkoholvisszaélő magatartás diagnosztizálásához arra van szükség, hogy a beteg, aki **nem alkoholfüggő**, egy 12 hónapos időszakon belül megfeleljen a következő kritériumok legalább egyikének.

Minden kérdésnek a következőképpen kell kezdődnie: „Az elmúlt 12 hónap során...”

■ **A visszatérő italozás miatt bekövetkező kudarc a munkahelyen, az iskolában vagy otthon:**

Az elmúlt 12 hónap során volt-e olyan időszak az életében, amikor az italozás, vagy az italozás miatti másnaposság gyakran megakadályozta, hogy ellássa otthoni vagy családjával kapcsolatos feladatait? Voltak-e munkahelyi gondjai vagy iskolai problémái?

■ **Visszatérő italozás kockázatot jelentő helyzetekben:**

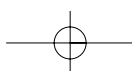
- Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy autó- vagy járművezetés közben alkoholt fogyasztott? Esetleg italozást követően vezetett?
- Az elmúlt 12 hónap során ivás közben vagy ivás után került-e olyan helyzetbe, amely balesetveszéllyel fenyegetett – pl. úszás, gépkezelés, veszélyes vagy nagy forgalmú helyeken történő közlekedés?

■ **Visszatérő, alkohol okozta törvénybe ütköző cselekmények;**

Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy italozása miatt letartóztatták, bent tartották a rendőrségen, vagy más problémája akadt a törvénnyel?

■ **A visszatérő kapcsolati vagy szociális problémák ellenére tovább folytatott italozás:**

- Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy a családjával vagy barátaival kapcsolatos problémák ellenére tovább ivott?
- Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy italozás közben vagy közvetlenül utána verekedésbe keveredett?



AZ ÉRTÉKELŐ MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Alkoholfüggőség

Diagnosztikus mutatókra alapozott, értékelést célzó kérdésminták (adaptálva az Amerikai Pszichiátriai Társaság engedélyével a *Mentális rendellenességek diagnosztikus és statisztikai kézikönyvéből*, 2000. 4. kiadás).

Az alkoholfüggőség diagnózisa felállításának feltétele, hogy a beteg egy 12 hónapos perióduson belül megfeleljen a következő kritériumok közül legalább háromnak.

Minden kérdésnek a következőképpen kell kezdődnie: „Az elmúlt 12 hónap során...”

■ **Tolerancia:**

Az elmúlt 12 hónap során észrevette-e, hogy a kívánt hatás eléréséhez sokkal többet kell innia, mint régebben? Vagy azt, hogy az italok megszokott száma sokkal kisebb hatással van önre, mint régebben?

■ **A megvonási tünetek fellépése, vagy ezek ivással történő enyhítése:**

- Az elmúlt 12 hónap során észrevette-e, hogy amikor az alkohol hatása kezd elmúlni, alvási problémák jelentkeznek? Remeg? Ideges? Émelyeg? Nyugtalan? Izzad vagy a szíve nagyon gyorsan ver? Előfordul-e, hogy olyan dolgokat lát, amelyek valójában nincsenek ott? Vannak-e rohamai?
- Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy ivott, vagy valamely gyógyszert (nem a szokásos fájdalomcsillapítót), esetleg kábítószerrel használt az alkohol kellemetlen utóhatásainak megelőzésére vagy leküzdésére?

■ **Az önkontroll károsodása:**

Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy le akart állni, vagy csökkenteni akarta az elfogyasztott alkoholemennyiséget? Esetleg többször előfordult-e, hogy le akart állni vagy csökkenteni akarta az elfogyasztott alkoholemennyiséget, de képtelen volt rá?

■ **A szándékoltnál több vagy hosszabb ideig tartó italozás:**

Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy az eredetileg szándékoltnál többet ivott? Esetleg az előre eltervezettnél nagyobb mértékben fogyasztott alkoholt?

■ **A különböző tevékenységek elhanyagolása:**

Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e, hogy az ivás miatt feladott vagy lerövidített olyan tevékenységeket, amelyek az ön számára fontosak vagy érdekesek, amelyek máskor örömet szereztek önnek?

■ **Az ivással vagy a talpra állással töltött idő:**

Az elmúlt 12 hónap során volt-e olyan időszak az ön életében, amikor sok időt töltött italozással? Esetleg másnapos volt, vagy megpróbált túljutni az italozás kellemetlen utóhatásain?

■ **Folyamatos ivás a visszatérő pszichológiai vagy fizikális problémák ellenére:**

Az elmúlt 12 hónap során ön továbbra is folytatta az italozást annak ellenére, hogy tudta, hogy az ivás depresszióhoz vagy szorongáshoz vezet, esetleg egészségkárosodást okoz, vagy a meglévő betegséget tovább rontja? Szokott-e annyit inni, hogy az emlékezetkieséshez vagy eszméletvesztéshez vezet?

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Ez a rész útmutatót és olyan anyagokat tartalmaz, amelyek alkalmasak arra, hogy a családorvosnak segítséget nyújtsanak a rövid intervenciós munkában, a következők alapján:

- A rövid intervenció megközelítési módja
- Az amerikai felnőttek ivási szokásai
- Az alkoholfüggőség kezelésére felírható gyógyszerek
- Szakirodalmi források
- Körtörténeti feljegyzések (fénymásolásra)

A rövid intervenció megközelítési módja

Tartsuk szem előtt, hogy az egészséghez kapcsolódó magatartásformák megváltoztatása gyakran nehéz folyamat, melynek során sokszor előfordul, hogy az egyén visszaesik a korábbi, kevésbé egészséges életmódjába. Ha a beteg a vizsgálat során a családorvostól megerősítést, támogatást és segítséget kap, elkerülheti a kudarcot, és minden esélye megvan a hosszú távú sikerre.

Általános megközelítési mód – mire kell emlékezni?

- Az egészséges életmód oldaláról kell megközelíteni a kérdést.
 - Legyünk tárgyilagosak és előítéletmentesek.
 - A beteget lássuk el felvilágosító anyaggal (l. A NIAAA szakanyagai).
- Ajánljunk fel különböző lehetőségeket a változtatásra.
- Hangsúlyozzuk a beteg saját felelősségét az ivási magatartás megváltoztatásában.

Éreztesük a beteggel bizalmunkat, hogy képes ivási magatartását megváltoztatni.

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Ivási szokások az amerikai felnőtt lakosság körében

Minden 10 amerikai felnőtt közül körülbelül 3 kockázati szinten fogyaszt alkoholt, tehát szükségük van az ezzel kapcsolatos orvosi tanácsra vagy esetleg további vizsgálatra. Az alábbiakban közölt ábra megmutatja, hogy (1) a legtöbb ember egyáltalán nem iszik, vagy fogyasztása a megengedett határokon belül marad és (2) az alkoholfogyasztási rendellenességek előfordulása a kemény italozással párhuzamosan nő. Bár a fogyasztás csökkentése első lépésként böles megoldásnak tűnik, nem kockázatmentes, mivel a legtöbb közlekedési baleset alacsonyabb ivási szintek mellett fordul elő.

Milyen ivási szokásai vannak?	Mennyire általános ez?	Az ilyen módon italozóknak között mennyire gyakori az alkoholos rendellenességek előfordulása?
<p>A következő korlátozások megtartása – az elfogyasztott italok száma Egy átlagos napon soha nem több, mint 4 ital (férfiak) vagy 3 ital (nők) Heti átlagban nem több, mint 14 ital (férfiak) vagy 7 ital (nők)</p>	<p>A 18 évet betöltött amerikai felnőttek aránya*</p>	<p>Az alkoholvisszaélés és az alkoholfüggőség együttes előfordulása**</p>
<p>Soha nem haladják meg a napi vagy heti korlátozásokat (Ebben a csoportban 3-ból 2 személy absztinens vagy fogyasztása éves szinten nem haladja meg a 12 italt)</p>	<p>72%</p>	<p>100-ból kevesebb, mint 1</p>
<p>Csak a napi korlátozást haladják meg (Ebben a csoportban 10 közül 8 személy heti szinten egynél kevesebbszer fogyaszt többet a megengedettnél)</p>	<p>16%</p>	<p>5-ből 1</p>
<p>Mind a napi, mind a heti korlátozást meghaladják (Ebben a csoportban 10 közül 8 személy egyszer vagy többször egy héten meghaladja a napi korlátozást)</p>	<p>10%</p>	<p>Majdnem 1 a 2-ből</p>

* Az egyszerűség kedvéért a táblázaton nem tüntettük fel az amerikai felnőtteknek azt a 2%-át, akik csak a heti korlátokat hágják át. Az alkoholfogyasztási rendellenességek előfordulása ebben a csoportban 8%.

** L. feljebb: Az alkoholfogyasztási rendellenességek kritériumai.

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Az alkoholfüggőség kezelésére felírható gyógyszerek

A jelenleg háromféle olyan, elfogadott készítmény van – a Disulfiram, a Naltrexon és az Acamprosat –, amely az alkoholfüggőség kezelésére alkalmas. A kutatási eredmények kimutatták, hogy e szerek a betegek segítségére vannak az ivás mértékének és a visszaesés előfordulásának csökkentésében, valamint az absztinencia elérésében és megtartásában és e hatások együttes elérésében.

Mikor kell az orvosnak fontolóra vennie, hogy gyógyszerrel kezeljen egy alkoholfogyasztási rendellenességet?

Minden elfogadott készítményről kimutatták, hogy az alkoholfüggőség kezelésének hatékony kiegészítői. Így tehát, ha alkoholfüggő beteget vagy olyan személyt kezelünk, aki az elmúlt hónapokban tette le a poharat, de időnként sóvárgást érez az ivás iránt, vegyük fontolóra a gyógyszer felírását.

Lehetővé teszik-e a gyógyszerek, hogy az alkoholfüggő betegek társaságban italt fogyasszanak?

Ha valakinél már kialakult a függőség, a legbiztonságosabb az absztinencia megtartása, és általában ez az orvosi javaslat. Mindazonáltal, legjobb, ha minden egyes beteggel személyre szabott célokat tűzünk ki magunk elé. Valószínű, hogy sok beteg, különösen a kezelés kezdetén, nem képes célként elfogadni a teljes absztinenciát. Ha az alkoholfüggő beteg beleegyezik abba, hogy jelentősen csökkenti italozása mértékét, az a legjobb, ha ezt a célt fogadjuk el, időnként emlékeztetve a beteget, hogy továbbra is az absztinencia a legmegfelelőbb megoldás.

A felírandó gyógyszerek tekintetében az olyan betegeknél, akik továbbra is inni akarnak, a Disulfiram természetesen kizárható, mivel a legkisebb mennyiségű alkohol fogyasztását követően rögtön fellép a Disulfiram-alkoholreakció. Egy nemrégiben végzett vizsgálat kimutatta, hogy a Naltrexon bizonyos mértékig csökkenti az olyan enyhe és mérsékelt alkoholfüggő személyek kemény italozásának mértékét, akik választhattak a teljes absztinencia és az ivás csökkentése között. (15) E vonatkozásban kevésbé ismeretes az Acamprosat hatása.

Melyik készítményt kell az orvosnak felírnia?

Ezt a beteg szükségleteinek ismeretében az orvos megítélésére bízunk. Mindhárom készítménynek különbözik a hatásmechanizmusa. Egyes betegek egyik vagy másik szerre reagálnak jobban.

- A **Disulfiram** (Antabuse) kellemetlen pirulási reakciót okoz, ha a beteg alkoholt fogyaszt. Így tehát elrettenti a beteget az italozástól, és külsőleg kontrollálja az ivási magatartást. A Disulfiramról a kutatók kimutatták, hogy akkor a leghatékonyabb, ha a beteg kórházi körülmények között szedi.

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

mények között vagy a házastárs által ellenőrzött módon kapja. (16) Ha az ellenőrzést a házastárs vagy más családtag biztosítja, mondjuk el a betegnek és az ellenőrzést végző személynek, hogy a gyógyszert a betegnek be kell vennie, és az ellenőrző személy szerepe a megfigyelés. Kérjük meg az ellenőrzést végző személyt, hogy amennyiben a beteg 2 napon keresztül nem tartja magát ehhez a rendszerhez, telefonáljon a rendelőbe. Vannak betegek, akik jól reagálnak a Disulfiram szedésére, különösen, ha erősen motiváltak az italról való leszokásra.

- A **Naltrexon** (ReVia) blokkolja az opiátreceptorokat, amelyek az alkoholfogyasztást követő kellemes hatásért és a leszokás utáni sóvárgásért felelősek. Számtalan kutatási eredmény bizonyítja a Naltrexon hatékonyságát a visszaesés előfordulásának csökkentésében, és ezt az eredményt ma már metaanalízisek is megerősítik. (17, 18) Jóllehet, a kezelésre való reakció mutatóit még nem demonstrálták egyértelműen, a kutatási eredmények arra utalnak, hogy azok a betegek, akiknek családi kórtörténetében szerepel az alkoholfüggőség, jobban reagálnak a Naltrexonra. (19) Több vizsgálat azt is bizonyította, hogy a Naltrexon szedése és az alkoholdependencia kognitív magatartásterápiája együttesen pozitív interakciót eredményeznek. (20)
- Az **Acamprosatét** (Campral) több mint egy évtizede használják az alkoholfüggőség kezelésére Európában és 2004-ben az Egyesült Államokban is elfogadták a szakemberek. Jóllehet, a hatásmechanizmusát még nem sikerült egyértelműen leírni, valószínűleg csökkenti az elnyújtott absztinencia olyan tüneteit, mint például az álmatlanság, szorongás és nyugtalanság. Számtalan elvégzett kutatás bizonyítja, hogy az Acamprosat szedése hatékonyan növeli az olyan alkoholfüggő személyek számát, akik több hétig vagy hónapig meg tudják tartani az absztinenciát, és ezt az eredményt 17 klinikai vizsgálat metaanalízise is alátámasztja. (21) Úgy tűnik, hogy a legjobb eredmény akkor érhető el, ha a szerrel való kezelést megelőzően néhány napig, esetleg hétig a beteg nem kap alkoholt. (22)

A következő oldalon táblázatos formában foglaljuk össze mindhárom szer jellemző tulajdonságait és terápiás hatékonyságát, valamint a felírásukra vonatkozó tájékoztatást.

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Az alkoholfüggőség kezelésénél alkalmazható gyógyszerek

Az alábbi táblázatban a teljesség igénye nélkül felsoroljuk az egyes gyógykészítmények tulajdonságait. Ez semmiképpen nem helyettesíti a gyógyszerek használati útmutatóját. A betegek számára a Nemzeti Orvosi Könyvtár biztosítja a Medline Plus-t (<http://medlineplus.gov>).

Azt, hogy egy bizonyos gyógyszert kell-e szednie a betegnek, és milyen mennyiségben, az adott beteg és az orvos közösen döntenek el. Az alábbiakban közölt gyógyszerfelírási tájékoztató nem helyettesíti az orvos saját döntését és a NIH nem vállal felelősséget, amennyiben az alábbi információkat egyes betegek vonatkozásában használják fel.

	Disulfiram (Antabuse®)	Naltrexon (ReVia®)	Acamprosat (Campral®)
Hatás	Gátolja az alkohol közbülső metabolizmusát, ivás esetén pirulást, izzadást, hányingert okoz	Blokkolja az ópiátreceptorokat, ezáltal csökken az ital utáni sóvárgás	A glutamín és GABA neurotranszmitter rendszerekre hat, alkohol okozta hatásmechanizmusa nem tisztázott
Kontra-indikáció	Alkoholfogyasztás vagy alkoholtartalmú készítmények fogyasztása, koronáriás szívbetegség, súlyos miokardiális betegség	Ópiátfogyasztás vagy ópiátmegvonást követő állapot, akut hepatitisz vagy májelégtelenség	Súlyos veseelégtelenség
Mire kell vigyázni?	Ha a beteg nagyon impulzív – előfordulhat, hogy iszik a szedés során, pszichózis, cukorbetegség, epilepszia, a máj diszfunkciója, veseelégtelenség, dermatitis	Egyéb májproblémák, veseelégtelenség, öngyilkossági kísérletek, ha ópiát-fájdalomcsillapításra van szükség, nagyobb dózis ajánlható, légzőszervi problémák súlyosabbak és elhúzódnak	Mérsékelt vesekárosodás, depresszió vagy öngyilkosság
Súlyos káros reakciók	Hepatitis, szemidegsérülés, perifériális neuropátia, pszichotikus reakciók, terhesség C kategória	Súlyos elvonási tünetek lépnek fel, ha a beteg ópiátfüggő, előfordulhat hepatotoxicitás (az adagolás betartása esetén ritkán), terhesség C kategória	Szorongás, depresszió, ritkán előfordulhatnak a következő tünetek: öngyilkossági kísérlet, akut veseelégtelenség, szívprobléma, mezenterikus arteriális elzáródás, kardiomiopátia, mélyvénás tromboflebitis és sokk, terhesség C kategória
Általánosan előforduló mellékhatások	Fémes utóíz, dermatitis	Hányinger, gyomortáji fájdalom, szorulás, szédülés, szorongás, kimerültség	Hasmenés, flatulencia, hányinger, gyomortáji fájdalom, fejfájás, hátfájás, fertőzés, influenzás tünete-gyűttes, aluszékonyság, a libidó csökkenése, feledékenység, zavartság

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

	Disulfiram (Antabuse®)	Naltrexon (ReVia®)	Acamprosat (Campral®)
Gyógyszer-kölcsönhatások	Amitrypylene, antikoagulánsok, pl. a warfarin, diazepam, isoniazid, metronidazole, phenytoin, theophylline, bármely, nem receptköteles, alkoholt tartalmazó készítmény	Ópiáttartalmú fájdalomcsillapítók (blokkolják a hatást) yohimbine a Naltrexonnal együtt alkalmazva növeli a negatív hatások kockázatát	Nem ismeretes orvosi szempontból releváns interakció
Szokásos adag felnőtteknek	<i>Szájon át</i> napi 250 mg (125–500 mg) <i>Mielőtt felírná</i> (1), figyelmeztesse a beteget, hogy ivás után legalább 12 órán át ne szedje a Disulfiramot, és hogy Disulfiram-alkoholreakció felléphet még két héttel az utolsó gyógyszer bevétele után is és (2) figyelmeztesse a beteget az ételekben levő alkohol (pl. mártások és ecet), valamint az alkoholt tartalmazó gyógykészítmények kerülésére <i>Betegkövetés:</i> Időszakonként el kell végezni a májfunkciós teszteket	<i>Szájon át</i> napi 50 mg <i>Mielőtt felírná</i> , győződjön meg, hogy a beteg nem használ-e ópiátokat, esetleg végeztesse el a vizelet toxikológiai szűrését, szintetikus ópiátokra is. Májfunkciós tesztre is szükség van. <i>Betegkövetés:</i> Időszakonként el kell végezni a májfunkciós teszteket	<i>Szájon át</i> napi háromszor 666 mg (két 333 mg-os tabletta), vagy ha a betegnek mérsékelt veseelégtelensége van, háromszor 333 mg (1 tabletta) bevétele ajánlott <i>Mielőtt felírná</i> , győződjön meg a beteg absztinenciájáról

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Beutalás szakellátásra

Amikor szakellátásra beutaljuk a beteget, előtte beszéljük meg vele ezt a döntésünket, és a szakorvostól a beteg jelenlétében kérjük időpontot.

Értékelési és gyógykezelési lehetőségek

- Biztosítással rendelkező betegek esetén vegyük fel a kapcsolatot az adott biztosítási társaság képviselőjével.
- Az elégtelen mértékben biztosított vagy biztosítással egyáltalán nem rendelkező betegek esetén vegyük fel a kapcsolatot az illetékes önkormányzat egészségügyi osztályával.
- Munkaviszonnal rendelkező betegektől kérdezzük meg, hogy van-e kapcsolatuk az Alkalmazottakat Segítő Program addiktológiai tanácsadó részlegével.
- A területen található gyógykezelési lehetőségek feltérképezése céljából:
 - Hívjuk fel a közeli kórházakat annak megállapítására, hogy melyik rendelkezik addiktológiai szolgáltatással.
 - Hívjuk fel a Nemzeti Addiktológiai Beutaló Szakszolgálatot, vagy keressük fel a „Káros anyagokkal való visszaélés gyógykezelési lehetőségei” weboldalt (<http://findtreatment.samhsa.gov>).

A támogatói csoportok felkeresése

- A Névtelen Alkoholisták (AA) ingyenes, széles körben elérhető önszorgító csoportok segítségét ajánlják fel olyan önként jelentkező alkoholfüggő betegeknek, akik szabadulni szeretnének betegségüktől. Az AA tagjai között sokszor vannak olyan önkéntesek, akik tartják a kapcsolatot a betegeket a csoportba irányító addiktológus szakemberekkel. Tájékozódás céljából keresse fel a www.health.org weboldalt.
- Ezenfelül vannak más típusú önszorgító csoportok, szekuláris jellegűek, nők vagy családtagok támogatására létesültek. Részletes információ a www.health.org weboldalon Resources (Források) címszó alatt.

Forrás-információ

Térképezze fel a területen levő addiktológiai gyógyító támogató lehetőségeket (gyógykezelő központok, támogatói csoportok, pl. az AA, önkormányzati szolgálatok, menhelyek, egyházak).

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Alkoholszűrő formanyomtatvány

AUDIT pontszám (ha van) (pozitív = ≥ 8 férfiaknál, ≥ 4 nőknél)
 Szűrőkérdés: (pozitív = ≥ 1)
Kemény ivással töltött napok a múlt évben
 (≥ 5 ital férfiaknál; ≥ 4 ital nőknél) nap (pozitív = ≥ 1)
 Pozitív eredmény esetén:
Heti átlagban elfogyasztott ital mennyisége ital egy héten

DSM-IV (bővített) tünetegyüttes:

Alkoholvisszaélés – Az ivás miatt ismétlődő vagy tartósan fennálló problémák az alábbi területeken:

nem igen (szereptévesztés) nem igen (összeütközés a törvénnyel)

nem igen (fizikális sérülés kockázata) nem igen (kapcsolati problémák)

Van-e egy vagy több igenlő válasz? nem igen → alkoholvisszaélés

Függőség – Előfordult-e a következő tünetek bármelyike az elmúlt évben?

nem igen (tolerancia) nem igen (sok időt töltött alkohollal összefüggő tevékenységgel)

nem igen (megvonás) nem igen (kevesebb időt töltött más tevékenységekkel)

nem igen (nem tudta megtartani az ivási korlátozásokat) nem igen (pszichológiai vagy fiziológiai problémái ellenére tovább italozott)

nem igen (próbálkozásai ellenére nem volt képes kevesebbet inni vagy leállni)

Van-e három vagy több igenlő válasz? nem igen → alkoholfüggőség

Kiegészítő kórtörténeti adatok: _____

A fizikális és a laboratóriumi vizsgálat eredményei: _____

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Értékelés

- negatív szűrési eredmény alkoholvisszaélés alkoholmegvonás
 kockázatos italozás alkoholfüggőség

Kezelési terv

- Szükség esetén ismétljük meg a szűrést A beteg felvilágosítása az ivás korlátozásának szükségességéről
- Javasoljuk az ivás mértékének csökkentését → Beleegyezett-e a beteg? igen nem
 Javasoljuk az absztinencia megtartását → Beleegyezett-e a beteg? igen nem
- Naltrexon (napi 50 mg) Acamprosat (666 mg naponta háromszor)
 Disulfiram (napi 250 mg) Tiamin (100 mg IM/PO)
 Acamprosat (333 mg naponta háromszor) (enyhe veseelégtelenség esetén)
 Egyéb gyógyszerek/adagolás: _____ Beutalás (pontosan hova): _____

Betegkövetés

Kiegészítő terv (megvonási tünetek és az egyéb betegségek és állapotok kezelése): _____

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Betegkövetési feljegyzések

Kemény ivással töltött napok a múlt hónapban
(≥ 5 ital férfiaknál; ≥ 4 ital nőknél)

nap (pozitív = ≥ 1)

Szűrőkérdés:

Heti átlagban elfogyasztott ital a múlt hónapban

ital/hét

Munkadiagnózis: Kockázatos italozás Alkoholvisszaélés Alkoholfüggőség

Cél: Az ivás csökkentése Absztinencia

Jelenleg szedett gyógyszerek: Naltrexon Acamprosat Disulfiram

Egyéb gyógyszerek (megnevezve): _____

Kórtörténet és a beteg fejlődése:

Fizikális és laboratóriumi vizsgálati eredmények:

Értékelés: Kockázatos szintű italozás A célokat elértük

Alkoholvisszaélés A célokat részben elértük

Alkoholfüggőség A célokat nem értük el

A RÖVID INTERVENCIÓS MUNKÁT SEGÍTŐ ANYAGOK

Kezelési terv

- Szükség esetén ismételjük meg a szűrést A beteg felvilágosítása az ivás korlátozásának szükségességéről
- Javasoljuk az ivás mértékének csökkentését → Beleegyezett-e a beteg? igen nem
- Javasoljuk az absztinencia megtartását → Beleegyezett-e a beteg? igen nem
- Naltrexon (napi 50 mg) Acamprosat (666 mg naponta háromszor)
- Disulfiram (napi 250 mg) Thiamin (100 mg IM/PO)
- Acamprosat (333 mg naponta háromszor) (enyhe veseelégtelenség esetén)
- Egyéb gyógyszerek/adagolás: _____
- Beutalás (pontosan hova): _____

Betegkövetés:

Kiegészítő terv (megvonási tünetek és az egyéb betegségek és állapotok kezelése):

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

Gyakran feltett kérdések

Az alkoholszűrésről és a rövid intervenciós módszerről

■ Mennyire hatékony a kemény ivásra végzett szűrés?

A kutatási eredmények szerint a szűrés pontos mutatónak bizonyul, és a betegek, megfelelő módszer alkalmazása esetén, orvosuknak őszintén vallanak ivási szokásaikról. (13) Többféle módszerről is bebizonyosodott, hogy jól működik, ilyenek pl. a mennyiség-gyakoriság kérdések és az olyan kérdőívek, mint pl. a CAGE, az AUDIT, a rövidebb AUDIT-C, terhes nők esetén a TWEAK stb. (24, 25) A jelen *Útmutató*ban egyszerűsége miatt a kemény italozással töltött napokra vonatkozó kérdést választottuk. E választásunkat az is alátámasztja, hogy majdnem minden olyan egyén, akinél alkoholfogyasztási rendellenesség áll fenn, arról számol be, hogy napi 5 italnál (férfiak) vagy 4 italnál (nők) legalábbis időnként többet fogyasztanak. Ez az *Útmutató* használhatósága és megbízhatósága miatt az AUDIT-ot is javasolja (közöljük a Szűrés elősegítő módszerek között), mint a beteg által kitöltött kérdőíves módszert.

■ Mennyire hatékony a rövid intervenciós módszer?

Különböző populációknál és környezetekben végzett randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok támasztják alá, hogy a rövid intervenciós módszer alkalmazásával jelentősen csökkenthető az italozás mértéke olyan egyéneknél, akik a megengedettnél többet isznak ugyan, de nem alkoholfüggők. A kutatók egy 12 hónapos követés során kb. 30%-os csökkenést tapasztaltak a fogyasztás és a kontrollvesztett ivás tekintetében, ezenfelül megállapították, hogy a vizsgált betegek körében jelentősen csökkent a magas vérnyomás, a gamma-glutamil-transzferáz szint (GGT), a pszichoszociális problémák előfordulása, a kórházban töltött napok száma és az alkohol okozta traumák miatti kórházi felvételek száma. (6) A betegkövetési időszak általában 6-24 hónap, bár egy nemrégiben megjelent kutatási jelentés egy 48 hónapon át tartó alkoholfogyasztás-csökkenésről számol be. (6) Az e kutatás során elvégzett költség-elemzés kimutatta, hogy minden egyes, a rövid intervenciós módszerre fordított dollár több mint négyszeres megtakarítást eredményez a jövőendő egészségügyi kiadások tekintetében. Más kutatók pedig rámutatnak, hogy az alkohol okozta megbetegedésben szenvedő alkoholfüggő betegeknél végzett, havi gyakorisággal 1-2 éven át ismételt rövid intervenció az italozás jelentékeny csökkenéséhez, sőt esetleg teljes leszokáshoz vezet. (7, 8)

■ Mit tehet az orvos annak érdekében, hogy a beteg becsületes és pontos választ adjon a szűrőkérdésekre?

Gyakran az tűnik a legjobb módszernek, ha az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdéseket más, az egészséges életmódra (pl. dohányzás, táplálkozás, testgyakorlás) vonatkozó kérdésekkel együtt tesszük fel. Ha az orvos empatikus és nem ítélező hangon beszél a beteggel, azzal eloszlatja aggályait. Egyes családorvosok azt tapasztalják, hogy a betegre megnyugtató hatással van, ha az alkohol okozta kérdéseket ilyenféleképpen vezetik be: „Szívesen fogyaszt egy italt néha-néha?” A betegek sokszor úgy érzik, hogy az AUDIT kérdőív kézírásos vagy számítógépes megválaszolása számukra egyszerűbb. Abból a célból, hogy a beteg számára megkönnyítsük az elfogyasztott ital mennyiségének megbecsülését, közöljük a „Mennyi az egy italegység?” táblázatot. Sok ember ugyanis nem tudja, hogy mi számít egy italnak, különösen az olyan magasabb alkoholtartalmú italoknál, mint pl. a maláta-sör, a magas szesztartalmú bor és a tömény szesz.

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

■ **Hogyan lehet bevezetni egy rendelői vagy irodai szűrési rendszert?**

A legjobb, egyszerű és hatékony módszer az, ha megkérjük a beteget, hogy várakozás közben töltsse ki a 10 kérdésből álló AUDIT kérdőívet. Ez a kérdőív, melyet a szűrést elősegítő módszerek között közlünk, más módszerekkel is kombinálható. A teljes AUDIT-ot vagy a 3 kérdésből álló AUDIT-C-t belefoglalhatjuk a beteg kórtörténetébe. Az AUDIT-C tulajdonképpen a teljes AUDIT első három, fogyasztásra vonatkozó kérdéséből áll. Férfiaknál 6, nőknél 4 pont elérése (26) pozitív szűrési eredményre utal. A jelen *Útmutató* 1. lépésében közölt, egykérdéses szűrést szintén belevehetjük a kórtörténetbe. A szűrést személyesen is elvégezheti egy nővér a beteg bejelentkezése során. (L. az *Útmutató* „Saját praxisán belül egyszerűsítse le a folyamatot” részét).

■ **Van-e valamely specifikus megkötés, ha a szűrést mentálhigiénés rendelőben alkalmazzuk?**

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az alkoholfogyasztási és az egyéb mentálhigiénés rendellenességek között szoros kapcsolat áll fenn. (27) A kemény ivás olyan pszichiátriai jellegű tüneteket okozhat, mint például a depresszió, szorongás, álmatlanság, kognitív diszfunkciók és kapcsolati zavarok. Azoknál a betegeknél, akiknél egyébként is fennáll egy pszichiátriai betegség, a kemény ivás ronthatja a terápia eredményességét. Ezért fontos, hogy minden mentálhigiénével foglalkozó szakember rutinszűrést végezzen betegeinél a kemény ivás kiszűrésére.

A mentálhigiénés körülmények között végzett szűrésről kevesebbet tudunk, mint az elsődleges ellátásban alkalmazott módszerekről. Mindazonáltal, az *Útmutató*ban közölt egykérdéses szűrés valószínűen jól működik, mivel csaknem minden olyan személy, akinél alkoholfogyasztási rendellenesség áll fenn, arról számol be, hogy legalábbis alkalomszerűen többet iszik a megengedettnél.

A mentálhigiéné területén tevékenykedő szakembereknek sok esetben egy teljes, átfogó vizsgálatot kell végezniük ahhoz, hogy megállapítsák, jelen van-e valamely alkoholfogyasztási rendellenesség, és ha igen, az hogyan lép kölcsönhatásba a beteg más mentális vagy szerfogyasztási rendellenességével. Más egészségproblémáktól és a szedett gyógyszerektől függően lehetséges, hogy a javasolható alkoholfogyasztás mértékét tovább kell csökkenteni.

Hasonlóképpen, a fennálló alkoholfogyasztási rendellenességek kezeléséhez szükség lehet egy átfogóbb viselkedésbeli intervencióra, akár a pszichiátriai kezelés részeként, akár mentálhigiénés szakemberhez való beutalás útján.

Az ivási szintekről és a tanácsadásról

■ **Mikor kell az orvosnak a teljes absztinenciát javasolnia a fogyasztáscsökkentés helyett?**

Vannak olyan helyzetek és állapotok, amikor az orvosnak mindenképpen a teljes absztinenciát kell javasolnia. Ilyen helyzet pl. amikor

- a beteg terhes, vagy fennáll a teherbeesés esélye;
- olyan gyógyszert szed, amely mellett tilos alkoholt fogyasztani (l. lentebb);
- a betegnek olyan pszichiátriai vagy fizikális betegsége van, amit az alkoholfogyasztás okoz vagy súlyosbít;
- a betegnek kifejezetten alkoholfogyasztási rendellenessége van.

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

Ha a beteg, akinél alkoholfogyasztási rendellenesség áll fenn, úgy érzi, hogy nem képes a teljes absztinenciára, lehetséges, hogy hajlandó csökkenteni az italozása mértékét. Ezt az orvosnak mindenképpen támogatnia kell, megjegyezvén, hogy az absztinencia a legbiztonságosabb stratégia, amely a hosszú távú siker esélyét jelentheti számára.

Az olyan kemény ivók esetében, akiknek nincs alkoholfogyasztási rendellenességük, az orvos szakmai szempontok alapján döntheti el, hogy a teljes absztinenciát vagy a fogyasztás csökkentését ajánlja a betegnek, a következő tényezők alapján:

- a család történetében visszatérő alkoholproblémák fordulnak elő
- előrehaladott kor
- az iváshoz kapcsolódó sérülések
- az olyan tünetek, mint az alvási rendellenességek vagy a szexuális diszfunkció

Hasznos lehet, ha a beteggel megbeszéljük a különféle választási lehetőségeket, például hogy ivása mértékét csökkentse le az általunk javasolt szintre vagy esetleg két hónapos időtartamra próbálja ki az absztinenciát, majd ezt követően megvitatjuk a továbbiakat. Amennyiben a kevesebb fogyasztás a kezdeti stratégia, de a beteg ezt képtelen megtartani, javasoljuk az absztinenciát.

■ **Hogyan magyarázza el az orvos a mértékletes ivás potenciális előnyeit azon betegeknek, akik ritkán vagy egyáltalán nem isznak?**

A mértékletes alkoholfogyasztás (az Amerikai Táplálkozási Útmutató definíciója szerint férfiaknál napi maximum 2 ital, nőknél pedig 1) bizonyíthatóan csökkenti a koronáriás szívbetegség előfordulásának kockázatát. (28) Rendkívül nehéz feladat egyensúlyt teremteni az alkoholfogyasztás kockázatai és jótékony hatása között, mivel minden egyes betegnek különböző az érzékenysége az alkohol által okozott vagy megelőzött betegségek iránt. Az orvos természetesen más tanácsot ad annak a fiatalembernek, akinek családtörténetében szerepel az alkoholizmus, és megint mást annak a középkorú férfinak, akinek családi kórtörténetében előfordul a szívbetegség. Sok szakember nem javasolja, hogy az absztinens betegeknek kardiovaszkuláris kockázatuk csökkentése céljából azt tanácsoljuk, hogy kezdjenek el inni. Mindazonáltal, ha maga a beteg foglalkozik ezzel a kérdéssel, vitassuk meg vele a biztonságos ivási szinteket, és azt, hogy hogyan tudja elkerülni az alkohol okozta ártalmakat.

INTERAKCIÓK AZ ALKOHOL ÉS A GYÓGYSZEREK KÖZÖTT

Az alkohol negatív interakcióba léphet a gyógyszerekkel vagy az adott gyógyszer metabolizmusának megzavarásával (általában a májban), vagy olyan módon, hogy felerősíti a gyógyszer hatását (különösen a központi idegrendszerben). A receptre felírható gyógyszerek közül sok léphet interakcióba az alkohollal, beleértve az antibiotikumokat, antidepresszánsokat, antihisztaminokat, barbiturátokat, benzodiazepineket, izomlazítókat, a nem ópiátartalmú fájdalomcsillapítókat, gyulladásgátlókat, ópiátokat és a warfarint. Ezekon kívül sok recept nélkül kapható gyógyszer és gyógynövény alapú készítmény okozhat negatív mellékhatásokat, ha a beteg szedésük közben alkoholt fogyaszt.

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

■ Miért kell egyes betegeknek alacsonyabb ivási küszöböt javasolni?

A nőknél azért alacsonyabb a küszöb, mert testük a férfiakénál kevesebb folyadékot tartalmaz és így ugyanolyan mennyiségű alkohol elfogyasztása után magasabb lesz a véralkohol-koncentrációjuk. Az idős embereknek általában kisebb a testtömegük és nagyobb az alkohol hatásai iránti érzékenyséjük. Ezekon kívül vannak olyan helyzetek, amikor az absztinencia vagy a kisebb fogyasztás javasolt, ami az iváshoz kapcsolódó nagyobb kockázatnak tulajdonítható. Ilyen helyzet pl. a terhes vagy teherbe esni kívánó nőké, az alkoholfogyasztást kizáró gyógyszereket szedő betegeké, az olyan fiataloké, akiknek családtörténetében alkoholfüggőség szerepel, és az olyan betegeké, akiknek fizikális vagy pszichiátriai betegségét az alkohol okozza vagy súlyosbítja.

■ Egyes betegek, akik keményen italoznak, úgy gondolják, hogy ez teljesen normális viselkedésforma. Az emberek milyen százalékban isznak mértékletes szinten, azalatt, vagy afelett?

Minden 10 felnőttből kb. 7 az absztinensek, a ritkán ivók vagy az engedélyezett napi vagy heti határon belül (1. lépés) (3) fogyasztók közé tartozik. A többiek napi és/vagy heti szinten meghaladják az engedélyezhető mennyiséget. A fentebb közölt „Ivási minták” c. táblázat minden egyes kategóriában kimutatja a fogyasztók százalékos arányát, valamint az alkoholfogyasztási rendellenességek prevalenciáját az egyes csoportokban. Mivel a kemény ivók gyakran úgy gondolják, hogy a legtöbb ember ugyanolyan gyakorisággal ugyanannyit fogyaszt, mint ők, a valóságos kép kialakításához szükség van normatív adatokra az amerikai ivási módok és a hozzájuk kapcsolódó kockázatok vonatkozásában. Külön fel kell hívni a figyelmet arra a jelenségre, hogy vannak olyan fogyasztók, akik a hét folyamán mértékletesen isznak, a hétvégeken viszont keményen italoznak. Ezeknek az embereknek tudomására kell hozni nem csupán azt, hogy nagy esélyük van alkohol okozta sérülések és balesetek azonnali elszenvedésére, hanem azt is, hogy ivási magatartásukkal kockáztatják az alkoholfogyasztási rendellenességek és egyéb, italozáshoz kapcsolódó fizikai vagy pszichiátriai megbetegedések kialakulását.

■ Vannak olyan terhes nőbetegek, akik úgy gondolják, hogy egy-egy, időnként elfogyasztott ital nem árthat meg. Ezzel kapcsolatosan mi a tudományos álláspont?

Egyes terhes nők nincsenek tudatában annak, hogy az alkoholfogyasztás milyen kockázatokkal járhat, mások pedig akkor isznak, amikor még nem tudják, hogy állapotosak. Egy, az Egyesült Államokban nemrég készült vizsgálat azt mutatja, hogy minden 10 terhes nő közül 1 fogyaszt alkoholt. (29) Ezenfelül, az olyan, szexuálisan aktív nők közül, akik nem használnak fogamzásgátlót, több mint 50% iszik, és 12,4% a saját bevallása szerint kontrollvesztett módon italozik. Ez nagyon nagy kockázatot jelent a terhességi alkoholproblémák kialakulására. (29)

Becslések szerint az Egyesült Államokban minden évben 2000-8000 csecsemő születik magzati alkohol szindrómával, és sok ezer azoknak a száma, akik születésükkor magukon hordoznak egy bizonyos fokú, az anya alkoholizálásának tulajdonítható hatást. (30) Ilyen problémák lehetnek enyhébb tanulási és magatartási zavarok, de lehetnek súlyosabb növekedésbeli visszamaradottságok vagy mentális és fizikai károsodások is. Ezek az ártalmak együttesen kiadják a magzati alkoholspektrum-rendellenesség szindrómát.

Mivel nem bizonyított, hogy van-e olyan kis mennyiségű alkohol, melynek fogyasztása terhesség idején biztonságosnak mondható, a tisztí főorvos nemrégiben újra közreadott egy tájékoztató füzetet, amely a terhes vagy teherbe esni kívánó nők számára a teljes absztinenci-

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

át javasolja. (2) A kiadvány szerzője azt is tanácsolja, hogy az olyan állapotos asszonyok, akik terhességük idején már fogyasztottak alkoholt, a további kockázatok kizárása céljából azonnal álljanak le. Külön felhívja az orvosok figyelmét, hogy bármely vizsgálat idején kérdezzenek rá a szülőképes korú nők alkoholfogyasztási szokásaira.

Az alkoholfogyasztási rendellenességek diagnosztizálása, segítségnyújtás a betegeknek

■ **Mi történjék, ha egy beteg alkoholfogyasztási rendellenességre utaló tünetekről számol be, de ez nem elegendő a diagnózis felállításához?**

Az alkoholfogyasztási rendellenesség diagnosztizálásában, csakúgy, mint sok más egészségügyi rendellenesség esetén, mint például a magas vérnyomás, cukorbetegség vagy depresszió, vannak az orvos számára úgynevezett „szürke sávok”. Például, ha egy beteg elmondja, hogy egyszer megbüntették ittas vezetésért, de más tünetről nem beszél, nem állítható fel az alkoholvisszaélés diagnózisa, mivel ehhez a problémák ismétlődő jelentkezésére van szükség. Hasonlóképpen nem elegendő a diagnózishoz, ha a beteg az alkoholfüggőség egy vagy két tünetéről számol be, mivel a kórkép felállításához három szimptomára van szükség. Mindazonáltal, az alkoholvisszaélés vagy a függőség bármely tünetének megjelenése aggodalomra ad okot, mivel lehetséges, hogy alkoholfogyasztási rendellenesség van jelen vagy kezd kifejlődni. Ezeknél a betegeknel valószínűleg sikeresebb a teljes absztinencia, mint a fogyasztás csökkentése. Ilyen esetben szorosabb betegkövetés javasolható, és, amint a betegről több információ áll rendelkezésre, fel kell állítani a pontos diagnózist.

■ **Szükség van-e arra, hogy alkoholfogyasztási rendellenesség esetén az orvos valamely magatartás-terápiát javasoljon betegének?**

Az alkoholfogyasztási rendellenességek kezelése során többféle magatartás-terápiát szoktak alkalmazni. Ezek általában kognitív viselkedésbeli, motivációt növelő technikákon alapulnak, pl. a Névtelen Alkoholisták 12 lépése (Minnesota-modell), esetleg más pszichoszociális megközelítési módokkal kombinálva. Úgy tűnik, minden módszer egyformán hatékony, ami arra utal, hogy a beteg segítség-keresése önmagában fontosabb, mint az, hogy melyik megközelítési módot alkalmazzák a kezelés során. (31)

A formálisabb kezelési módok mellett az olyan önségítő csoportok, mint a Névtelen Alkoholisták (AA), rendkívül hatékonyaknak tűnnek az olyan betegek számára, akik hisznek bennük. Az AA sok helyen elérhető, ingyenes módszer, amelyhez csak annyi elkötelezettségre van szükség, hogy a beteg le akarjon szokni az ivásról. Ha még soha nem vett részt az AA ülésein, vegye fontolóra, hogy megfigyelőként és támogatóként felkeres egyet. A témáról többet tudhat meg a www.aa.org honlapon. Más, szekuláris megközelítési módokat kínáló önségítő szerveződésekkel, női csoportokkal vagy családtagok támogató csoportjaival találkozhat a Nemzeti alkohol- és droginformációs honlapon, www.health.org honlapon „Lehetőségek” címszó alatt.

■ **Hogyan kell kezelni az alkoholmegvonási tüneteket?**

Az alkoholmegvonás tünetegyüttese akkor jelentkezik, ha egy alkoholfüggő személy hirtelen abbahagyja az ivást. A tünetek általában néhány órán belül fellépnek, reszketés, izzadás, pulzus- és vérnyomás-emelkedés, hányinger, álmatlanság és szorongás formájában. Rohamok is jelentkezhetnek. Ezután néha bekövetkezik a második tünetegyüttes, az alkoholmeg-

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

vonási delírium. Ez 1-3 nap múlva jelentkezik és 2-10 napig tart. A betegnek megváltozik az érzékelése, nem tud tájékozódni, a rövid távú emlékezete rosszul működik, felcserélődik az alvás-ébrenlét ciklus és hallucinációi vannak. Az állapot kezelése általában tiamin és benzodiazepinek gyakran görcsoldókkal és béta-adrenergikus blokkolókkal együtt történő alkalmazása. Szükség esetén antipszichotikumok is adhatók. Az enyhébb formában jelentkező megvonást sikeresen lehet ambuláns módon is kezelni, a bonyolultabb vagy súlyosabb esetekben azonban kórházi ápolást igényelnek. (További információk a szakirodalmi jegyzék 32. és 33. pontjaiban.)

■ **Vannak-e olyan laboratóriumi vizsgálatok, amelyek alkalmasak az alkoholproblémák szűrésére vagy ellenőrzésére?**

Az elsődleges ellátás területén végzett szűrés céljára érzékenyebb és hatékonyabb módszerek a személyes beszélgetés és a kérdőíves interjú, a biológiai markerekre végzett vérvizsgálat ugyanis csupán a kemény ivók 10-30%-ának felismerésére alkalmas. (34, 35) Mindazonáltal, a biokémiai markerek is hasznosak lehetnek, ha az orvos gyanítja, hogy betege kemény ivó, ám a páciens tagadja. Az e célra alkalmazott legérzékenyebb és legkönnyebben elvégezhető vizsgálat a szérum gamma-glutamil-transzferáz (GGT) teszt. A GGT azonban nem kifejezetten specifikus, tehát a kemény italozás megállapítása céljából először ki kell zárni egyéb olyan állapotokat és betegségeket, amelyekre szintén utalhat a megemelkedett GGT-szint. A GGT és más transzaminázok abban is segíthetnek, hogy a beteg fejlődését nyomon követhessük. Jelzik a beteg esetleges visszaesését is, és az intervenciót követően kapott értékek lehetővé teszik a beteghez való visszacsatolást. A másik két ismert vérvizsgálati módszer a vörös vérszámok átlagos korpuszkuláris kiterjedésének (MCV) mérése, amely alkoholfüggő személyeknél gyakran megemelkedett szintet mutat és a szénhidrát-deficiens transzferrin (CDT). Ez utóbbi körülbelül ugyanolyan érzékeny módszer, mint GGT, de megvan az az előnye, hogy a máj betegségei nem befolyásolják (36), az Egyesült Államokban azonban nem alkalmazzák széleskörűen.

■ **Ha a családorvos szakellátásra irányít egy alkoholproblémás beteget, milyen esélyek vannak a gyógyulásra?**

Az alkoholizmus kezelésével foglalkozó hét nagy vizsgálat összefoglalt eredményei azt mutatják, hogy a kezelést követő egy éven belül a betegeknek körülbelül egyharmada vagy absztinenssé, vagy pedig a függőség negatív következményei nélküli mértékletes fogyasztóvá vált. (37) Jóllehet, a betegek fennmaradó kétharmadánál előfordultak kemény ivással töltött időszakok, átlagosan azonban náluk is körülbelül a felével csökkent a fogyasztás és az azt kísérő alkohol okozta problémák. Úgy tűnik, hogy ezek a változások legalább 3 évig tartanak. (31) A szakemberek gyakran nem figyelnek fel azon betegek állapotában történt jelentékeny javulásra, akik nem érik el a teljes absztinenciát vagy a problémamentes ivást. Ezeknek a betegeknek további kezelésre van szükségük, és úgy tűnik, hogy a gyógyulási esélyeiket nem igazán befolyásolja az a tény, hogy egyszer vagy többször már részt vettek kezelésen. (37) Ahogy az más betegségek esetén is fennáll, egyes betegeknek olyan súlyos az alkoholfüggősége, hogy hosszabb távú kezelésre van szükségük.

■ **Hogyan tud a családorvos segíteni azoknak a betegeknek, akik visszaesnek, vagy akik az absztinencia megtartásával küszködnek?**

Az ivási magatartás megváltoztatása nagy kihívás, különösen azoknak a betegeknek, akik alkoholfüggők. Az absztinencia első 12 hónapja különösen nehéz, és ebben az időszakban elég gyakran fordul elő visszaesés. Ha a beteg valóban visszaesik, gondoljunk arra, hogy folya-

GYAKRAN FELTETT KÉRDÉSEK

matos ellátást igénylő krónikus betegsége van, mint például az asztmás, magas vérnyomásos vagy cukorbeteg pácienseknek. Mindezeknél a betegségeknél általánosan előfordul a tünetek újramegjelenése (38), mivel az állapotjavulás csak akkor érhető el, ha a beteg megváltoztatja eddigi szokásait és életmódját.

■ Mit tegyünk azokkal a betegekkel, akik visszaesnek, vagy akik küszködnek az absztinencia megtartásával?

- Ha a betegnél az absztinencia megtartását követően 2-4 héttel még jelen vannak depressziós vagy szorongásos tünetek, ezek kezelést igényelnek.
- Figyeljünk oda a küzdelem vagy visszaesés esetleges kiváltó tényezőire. Ilyenek például stresszhelyzetek a beteg életében, kapcsolati konfliktusok, álmatlanság, krónikus fájdalmak, az ivás utáni sóvárgás és az olyan, nagy kísértést jelentő események, mint az esküvő vagy a keresztelő.
- Ha a beteg eddig nem szedett gyógyszert az alkoholfüggőségre, vegyük fontolóra felírását. (L. Az alkoholfüggőség gyógyszerei c. részben).
- Ha a beteg nem látogatja valamelyik önszorgító csoportot, vagy nem vesz részt viselkedésterápiában, ajánljuk fel neki a lehetőséget.
- Támogassuk a visszaeső beteget, magyarázzuk meg neki, hogy a visszaesés általánosan előforduló jelenség, és mutassunk rá, hogy milyen nagy utat tett meg már idáig is a gyógyulásban.
- Biztosítsuk a megfelelő betegkövetést páciensünk számára, éreztessük vele, hogy megbízhat orvosában, és ha a visszaeséstől fél, bátran felkeresheti.

A szakemberek gyakran nem figyelnek fel azon betegek állapotában történt jelentős javulásra, akik nem érik el a teljes absztinenciát vagy a problémamentes ivást.

A NIAAA anyagai

Ezek az anyagok megrendelhetők a NIAAA kiadványközpontjánál, P.O. Box 10686, Rockville MD 20489-0686 címen. Teljes szövegük letölthető a NIAAA weboldaláról (www.niaaa.nih.gov). A NIAAA folyamatosan kidolgoz és korszerűsít szakanyagokat orvosok és betegek számára egyaránt. Kérjük, tájékozódás céljából időnként keresse fel a weboldalt.

Tájékoztató anyagok a betegek számára (angol és spanyol nyelven)

Alkoholról a nőknek – A kiadvány leírja, hogy az alkohol milyen hatással van a nők egészségére életük különböző szakaszaiban. Az angol nyelvű változat címe NIH Publikáció No 05-4956. Hozzáférhető még ugyanezen cím alatt egy 12 perces video formájában, amely megmutatja a nők kemény italozásának egészségügyi következményeit.

Alkohol: Mindaz, amit nem tudsz róla és ami árthat Neked – Tájékoztatót nyújt az ittas vezetésről, az alkohol- és gyógyszer-interakciókról, az alkohol okozta interperszonális problémákról, az alkohol okozta születési rendellenességekről, hosszú távú egészségproblémákról és a szakkutatás jelenlegi helyzetéről. Angol nyelvű változat NIH Publikáció No. 02-4323.

Alkoholizmus: Tények a valódi problémáról – A kiadvány leírja az alkoholizmust és az alkoholvisszaélést és a segítségkeresés lehetséges formáit. Az angol nyelvű változat: NIH Publikáció No. 05-4153.

Ivás és terhesség – A kiadvány röviden ismerteti a magzati alkoholszindrómához kapcsolódó, élethosszig tartó fizikális, egészségügyi és viselkedésbeli problémákat, és azt tanácsolja, hogy a nők egyáltalán ne igyanak terhességük idején. Az angol nyelvű változat NIH Publikáció No. 01-401.

Gyakran feltett kérdések az alkoholizmusról és az alkoholvisszaélő magatartásról – Angol nyelvű változat: NIH Publikáció No. 01-4735.

Tájékoztató szakanyagok orvosok számára

Zsebkönyv az alkoholszűrésről és a rövid intervencióról – rövidített változat.

Alkoholkészültség – Ezek a 4 oldalas, bulletinszerű kiadványok tájékoztatnak az alkoholtémájú kutatás és a gyógykezelés módjának legújabb eredményeiről.

Alkohol kutatás és egészség – E negyedévenként megjelenő, átfogó szakfolyóirat az alkohol kutatás központi témájához kapcsolódó ismertető jellegű cikkeket közöl.

JEGYZETEK**Jegyzetek**

1. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits. *Alcohol Clin Exp Res.* 29(5):902-908, 2005.
2. U.S. Surgeon General releases advisory on alcohol use in pregnancy [press release]. Washington, DC. U.S. Department of Health and Human Services. February 21, 2005. Available at: www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html. Accessed June 7, 2005.
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Unpublished data from the 2001-2002. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), a nationwide survey of 43,093 U.S. adults aged 18 or older. 2004.
4. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction.* 98(9):1209-1228, 2003.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 348(26):2635-2645, 2003.
6. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Staauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and cost-benefit analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 26(1):36-43, 2002.
7. Willenbring ML, Olson DH. A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men. *Arch Intern Med.* 13;159(16):1946-1952, 1999.
8. Lieber CS, Weiss DG, Groszmann R, Paronetto F, Schenker S, for the Veterans Affairs Cooperative Study 391 Group. II. Veterans Affairs cooperative study of polyenylphosphatidylcholine in alcoholic liver disease. *Alcohol Clin Exp. Res.* 27(11):1765-1772, 2003.
9. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry.* 56(10):730-737, 2004.
10. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 61:807-816, 2004.
11. Reinert DF, Allen JP. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res.* 26(2):272-279, 2002.
12. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: A critical review. *JAMA.* 280(2):166-171, 1998.
13. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Arch Intern Med.* 160(13):1977-1989, 2000.

14. Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow Dj, Spirito A, Monti PM. Screening adolescents for problem drinking: Performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *J Stud Alcohol.* 61(4):579-587, 2000.
15. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. Targeted naltrexone for early problem drinkers. *J Clin Psychopharmacol.* 23(3):294-304, 2003.
16. Allen JP, Litten RZ. Techniques to enhance compliance with disulfiram. *Alcohol Clin Exp Res.* 16(6):1035-1041, 1992.
17. Bouza C, Angeles M, Munoz A, Amate JM. Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. A systematic review. *Addiction.* 99(7):811-828, 2004.
18. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol.* 8(2):267-280, 2005.
19. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, et al. Predicting treatment response to naltrexone: The influence of craving and family history. *Am J Addict.* 10(3):258-268, 2001.
20. Anton RF, Swift RM. Current pharmacotherapies of alcoholism: A U.S., perspective. *Am J Addict.* 12 (suppl 1):S53-S68, 2003.
21. Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: Results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 28(1):51-63, 2004.
22. Mason BJ, Ownby RL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence: A review of double-blind, placebo-controlled trials. *CNS Spectrums.* 5:58-69, 2000.
23. MICROMEDEX© Healthcare Series. Greenwood Village, CO: Thomson Micromedex; vol. 124, expires June 2005.
24. Screening and brief intervention for alcohol problems. In: *The Tenth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health.* Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2000: 429-443. NIH Publication No. 01-1583.
25. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med.* 158(16):1789-1795, 1998.
26. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the U.S. general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 29(5):844-854, 2005.
27. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend.* 77(2):139-150, 2005.

JEGYZETEK

28. Mukamal KJ, Rimm EB. Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Res Health*. 25(4):255-261, 2001.
29. Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant-US, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 53(50):1178-1181, 2004.
30. Estimate of 2,000 to 8,000 infants born with fetal alcohol syndrome (FAS) is derived by multiplying 4 million U.S. births annually by an estimated 0.5 to 2 percent prevalence of FAS in the general population of the United States. Sources: (1) National Center for Health Statistics. Births, marriages, divorces, and deaths: Provisional data for 2001. National Vital Statistics Reports; 2002: 50(14); and May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome: A summary. *Alcohol Res Health*. 25(3):159-167, 2001.
31. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 22(6):1300-1311, 1998.
32. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*. 278(2):144-151, 1997.
33. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med*. 164(13):1405-1412, 2004.
34. Hoeksema HL, de Bock GH. The value of laboratory tests for the screening and recognition of alcohol abuse in primary care patients. *J Fam Pract*. 37:268-276, 1993.
35. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
36. Salaspuro M. Carbohydrate-deficient transferrin as compared to other markers of alcoholism: A systematic review. *Alcohol* 19(3):261-271, 1999.
37. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. How effective is alcohol treatment in the United States? *J Stud Alcohol* 62:211-220, 2001.
38. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 284(13):1689-1695, 2000.