

Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv
Az alkohol által okozott mentális zavarokról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002287
Megjelenés dátuma:	2024. április 17.
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig
Kiadja:	Belügyminisztérium
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	2
II. ELŐSZÓ	3
III. HATÓKÖR	3
IV. MEGHATÁROZÁSOK	4
1. Fogalmak	4
2. Rövidítések	5
3. Bizonyítékok szintje	5
4. Ajánlások rangsorolása	6
V. BEVEZETÉS	6
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	6
2. Felhasználói célcsoport	8
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel	9
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	10
VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	27
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	27
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája.....	28
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	29
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	30
IX. IRODALOM	30
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	36
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	36
2. Irodalomkeresés, szelekció	36
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	36
4. Ajánlások kialakításának módszere	36
5. Véleményezés módszere.....	37
6. Független szakértői véleményezés módszere	37
XI. MELLÉKLET	37
1. Alkalmazást segítő dokumentumok.....	37

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Addiktológia Tagozat

Dr. Szemelyácz János, pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző

2. Pszichiátria Tagozat

Dr. Réthelyi János, pszichiáter, elnök, társszerző

3. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Kéri Szabolcs, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző

Gajdics Janka, pszichológus, társszerző

Dr. Lázár Bence András, pszichiáter, társszerző

Dr. Kis Gabriella, pszichiáter, társszerző

Dr. Kapitány-Fövény Máté, klinikai pszichológus, társszerző

Kiss Anna, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Farkas Judit, klinikai pszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Köves Cecília, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Fodor Kinga, pszichológus, társszerző

Bátai Domonkos, pszichológus, társszerző

Prof. Dr. Kelemen Gábor, pszichiáter, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző

Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző

Dr. Andó Bálint, klinikai szakpszichológus, társszerző

Dr. Petke Zsolt, pszichiáter, társszerző

Dr. Szily Erika, pszichiáter, társszerző

Dr. Mátyássy Adrienn, pszichiáter, pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, társszerző

Prof. Dr. Rácz József, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Trábert Attila, pszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Ápolási, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat

Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, elnök, véleményező

2. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Tagozat

Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, reumatológus, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, elnök, véleményező

3. Dietetika, humán táplálkozás Tagozat

Gubicskóné Dr. Kisbenedek Andrea, dietetikus, élelmiszer-minőségbiztosító, agrármérnök, elnök, véleményező

4. Gasztroenterológia és hepatológia Tagozat

Prof. Dr. Wittmann Tibor, gasztroenterológus, belgyógyász elnök, véleményező

5. Geriátria és krónikus ellátás Tagozat

Dr. Zöllei Magdolna, belgyógyász és geriáter szakorvos, elnök, véleményező

6. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvos, elnök, véleményező

7. Neurológia Tagozat

Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, véleményező

8. Oxyológia-sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat

Dr. Varga Csaba, oxyológus aneszteziológus -intenzív terápiás, addiktológus és sürgősségi orvostan szakorvos, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. Magyar Addiktológiai Társaság
2. Magyar Pszichiátriai Társaság
3. Magyar Pszichológiai Társaság

Független szakértő(k):

Nem kerültek bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:

az alkohol okozta dependenciával kapcsolatos zavarok, alkoholhasználati zavar, alkohol okozta megvonási szindróma

Ellátási folyamat szakasza(i):

diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés

Érintett ellátottak köre:

alkoholhasználati zavarral küzdő felnőttek

Érintett ellátók köre:

Szakterület:

0100 belgyógyászat
0900 neurológia
1800 pszichiátria
1801 addiktológia

1805 pszichoterápia
4602 sürgősségi ellátás
6301 háziorvosi ellátás
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia

Ellátási forma:

A1 alapellátás, alapellátás
J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás
J7 járóbeteg-szakellátás, gondozás
J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás
F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás
F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás
F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás

Progresszivitási szint:

I.-II.-III. szint

Egyéb specifikáció: megfelelő működési engedéllyel, megfelelően képzett szakszeméllyel rendelkező ellátóhelyek. Az addiktológiai/alkohológiai ambulanciákon (például: TÁMASZ Gondozók) és addiktológiai osztályokon kívül közvetve a toxikológiai ellátás területe említhető meg.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Alkohol okozta dependencia: a BNO klasszifikációs rendszerben az alkoholhasználat zavarának megfelelő diagnosztikai kritériummal rendelkező kórkép.

Alkohol okozta megvonási szindróma: az alkohol okozta dependenciában szenvedő páciensek esetén kialakuló neuropszichiátriai és belszervi tünetekkel járó kórállapot, mely a hosszantartó alkoholfogyasztás csökkentése vagy abbahagyása következtében lép fel.

Alkohol okozta pszichotikus zavarok: az alkoholhasználat-, vagy megvonás talaján kialakuló pszichotikus (hallucináció, delúzió, dezorganizáció) tünetképződéssel járó kórkép.

Alkoholhasználati zavar: a DSM 5 diagnosztikai rendszerében az alkoholfogyasztás problematikus mintázatleíró fogalom az elmúlt 12 hónapra vonatkozólag. Alkoholhasználati zavar esetében klinikailag jelentős károsodás vagy distressz jelentkezik, ami mind testi, mind pszichés, mind az életvitelt érintő aspektusok szempontjából enyhe, közepes vagy súlyos fokúnak tekinthető a fennálló tüneteinek függvényében.

Antiepileptikum: heterogén gyógyszeres csoport, melyek elsősorban az epilepsziás rohamok megelőzésében játszanak szerepet, ugyanakkor egyes típusaik fázisprofilaktikus hatással, más típusaik a GABA rendszerre kifejtett jótékony hatásuk miatt anxiolitikus és az alkoholhasználat zavarának szempontjából pozitív hatással bírnak.

Antipszichotikum: a pszichotikus tünetek enyhítésére, a szkizofrénia és a bipoláris affektív zavar fenntartó terápiájaként alkalmazott gyógyszerek.

Benzodiazepin: GABA-A receptor agonista gyógyszerek, melyek anxiolitikus és antiepileptikus hatással bírnak.

Delirium tremens: súlyos alkoholmegvonásos tünetegyüttes, mely az esetek jelentős részében intenzív ellátást indokolhat, életveszélyes állapotnak tekinthető. Krónikus alkoholfogyasztás esetében az alkoholbevitel jelentős csökkentésével vagy elhagyásával alakul ki, lefolyását pszichés, vegetatív idegrendszeri és szomatikus tünetek kísérik.

Kognitív-viselkedés terápia (CBT): időhatáros, tudományos bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer, mely a páciens diszfunkcionális hiedelmeinek, gondolkodásának és viselkedésének módosításával a hangulat és magatartás kedvező változását éri el.

Korszakoff-szindróma: az alkohol okozta dependencia hosszú távú következményeként kialakuló, tiamin (B1 vitamin) hiány okozta neuropszichiátriai kórkép, mely krónikus, és irreverzibilis, tünettaniilag anterográd, retrográd amnéziával, dezorientációval és konfabulációval jellemezhető.

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

Megvonásos konvulzív rosszullét: az alkohol okozta megvonási szindróma talaján kialakuló provokált, egyszeri epileptiform rosszullét.

Minnesota Modell: a beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el (reális betegségbelátás), amely nem gyógyul meg, de abból felépülés lehetséges. A kezelés célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. A kezelés során fontos szerepet kap a multiprofessionális szemlélet, az öngyógyító csoportok felépülési programja, a csoportterápia, valamint a tapasztalati szakértők terápiás munkába való bevonása.

Pszichoedukáció: a páciensnek és családtagjainak szakszerű, de közérthető felvilágosítása a betegség lényegéről (többek között a korai figyelmeztető tünetekről és azok folyamatos monitorozásának szükségességéről), a betegség kezelés nélküli lefolyásáról, a terápiás alternatívákról, a terápiák esetleges mellékhatásairól.

Wernicke-enkefalopátia: az alkohol okozta dependencia hosszú távú következményeként kialakuló, tiamin (B1 vitamin) hiány okozta neuropszichiátriai kórkép, mely akután jelentkezik, reverzibilis és tünettanilag ataxiával, szemmozgászavarral és a kognitív funkciók érintettségével jár.

2. Rövidítések

AA: Anonim/Névtelen Alkoholisták

AD: alkohol okozta dependencia

AHZ: alkoholhasználati zavar

AMS: Alkohol Megvonási Skála

AMSZ: alkohol okozta megvonási szindróma

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test (Alkohol Használat Zavarainak Szűrőtesztje)

BDZ: Benzodiazepin

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CBT: cognitive behavioural therapy (kognitív-viselkedés terápia)

DSM: a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DT: delírium tremens

KSZ: Korszakoff-szindróma

MAT: Magyar Addiktológiai Társaság

mKR: megvonásos konvulzív rosszullét

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ

RASS: Richmond Agitáció-Szedáció Skála

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

WE: Wernicke-enkefalopátia

WHO: Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintjét a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) irányelvfejlesztésre vonatkozó szakmai anyaga alapján határozta meg a fejlesztőcsoport. [1]

A bizonyítékok szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Bizonyítékok szintje	Magyarázat
1. szint	Az eredményeket több, egy irányba mutató eredményekkel rendelkező (vagyis replikált), dupla vak, randomizált, placebokontrollos vizsgálat (DB-RCT), vagy az ilyen vizsgálatok metaanalízise szolgáltatja.
2. szint	Az eredmény(ek) legalább egy DB-RCT-ből származik (származnak), amely(ek) placebo- vagy aktív szer-kontrollt alkalmazott (alkalmaztak).
3. szint	Az eredmények prospektív, nem kontrollált vizsgálatból származnak, amelybe legalább 10 személyt vontak be.
4. szint	Az eredmények esetismertetésből vagy szakértői véleményből („expert opinion”) származnak.

Azokon a szöveghelyeken, ahol evidenciaszintek külön nem kerültek megjelölésre, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás.

4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.

Az ajánlások szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Ajánlás szintje	Ajánlás magyarázata
Erős ajánlás	a fejlesztő csoport megítélése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök <i>egyértelműen</i> meghaladják a hátrányokat.
Feltételes ajánlás	a fejlesztő csoport meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök <i>feltehetően</i> meghaladják a hátrányokat.

Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az „erős ajánlás” megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (például: az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják.

Elsőként választandó: 1-es vagy 2-es szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Másodikként választandó: 3-as vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Harmadikként választandó: 4-es vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Nem ajánlott: 1-es vagy 2-es szintű, a hatástalanság mellett szóló bizonyítékok állnak rendelkezésre.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az alkohol okozta dependencia (F.10.20.; AD) (BNO-10) avagy az alkohol dependencia (6C40.10.; AD), a DSM-5 alapján alkoholhasználat zavar (AHZ) az Egészségügyi Világszervezet 2016-ban közzétett jelentése szerint, annak pszichiátriai, neurológiai és belszervi következményeit figyelembe véve súlyos népegészségügyi problémát jelent világszerte. Magyarországon a WHO jelentése alapján közel 1 millió lakos küzd AD-vel, mely mind világ, mind európai szinten kimagaslónak tekinthető [2], ugyanakkor érdemes kiemelni a hazai prevalenciával kapcsolatos becslések jelentős variabilitását (lásd, például: a Központi Statisztikai Hivatal legutóbbi, 2022-re vonatkozó

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

becslését, mely 1 millió helyett 413 ezer érintettet feltételezett Magyarországon [3]. Az AHZ prevalenciája 4-5-ször magasabb férfiak, mint nők körében, de a nemi különbség csökkenő tendenciát mutat [4].

Az AD az addikciók, illetve a szerhasználat zavarok egyik leggyakoribb formája. Ugyan spektrum betegségről van szó, a különböző súlyosságú állapotok kezelés nélkül krónikusan fennmaradnak, sőt gyakran az enyhe esetek súlyossá válhatnak. Függetlenül attól, hogy egy másik pszichiátriai betegség okozta másodlagos alkoholhasználat zavarról, vagy elsődlegesen addiktológiai betegségről van szó, az AD-vel diagnosztizált páciensek az egészségügyi- és szociális rendszerre, a gazdaságra is nagy terhet rónak.

Az AD-vel diagnosztizált páciensek életük során nem kizárólag pszichiátriai/addiktológiai ellátó szinteken kerülnek az egészségügyi fókuszába. A súlyos relapszusok során az esetek több mint felénél jelentkezik úgynevezett alkohol okozta megvonási szindróma (F.10.30.; AMSZ) avagy alkohol megvonás (6C40.40), mely az esetek jelentős hányadában fekvőbeteg osztályos kezelést igényelnek, míg az enyhe esetek gyógyszeres intervenciót. Az AMSZ súlyosabb következményei, mint a delírium tremens (DT) vagy a megvonásos konvulzív roszullétek (mKR) letális következményekhez vezethetnek. A DT mortalitása optimális terápia ellenére is közel 5%. Az AMSZ ellátása, így a DT prevenciója sok esetben belgyógyászati, sebészeti, neurológiai osztályokon történik, míg a DT sok esetben igényel intenzív terápiás ellátást. Az AD hosszú távú következményei, mint az alkoholhasználat zavar talaján kialakult enkefalopátia, a Wernicke-enkefalopátia, a Korszakoff szindróma, olyan döntően szociális ellátórendszert érintő kórképek, melyek megelőzhetőek. Ugyanezen kórképek ellátása és utógondozása főképp a pszichiátriai/addiktológiai ellátórendszer feladata, az olyan neurológiai és belszervi kórképek, mint a polineuropátia, az egyes májbetegségek, a reflux betegség, az akut vérzéses gasztritisz, továbbá egyes tumoros megbetegedések a társszakmák hatókörébe tartoznak.

Az AD esetén fontos hangsúlyozni a korábbiakban már említett elsődleges – másodlagos diagnózisok szerepét. A pszichiátriai megbetegedések között a szerhasználat zavarok aránya rendkívül magas. A szakirodalomban az erre vonatkozó adatok ugyan heterogenitást mutatnak, továbbá az átfogó vizsgálatok több évtizede történtek, de a legújabb adatokat is áttekintve megállapítható, hogy az úgynevezett kettős diagnózisok („dual disorders” – szerhasználat zavar fennállása elsődleges pszichiátriai megbetegedés mellett) a mentális betegséggel küzdő páciensek minimum egy negyedénél, legfeljebb három negyedénél fennállnak. Példának okáért az egyik legsúlyosabb mentális betegségben a szkizofréniában a páciensek 60%-a AD-vel küzd. Ez az arány az egyik leggyakoribb pszichiátriai kórképek, a hangulat- és szorongásos zavarok között közel 40%. Emellett lényeges hangsúlyozni, hogy az elsődleges AD-hoz társuló pszichiátriai problémák aránya is igen magas. A hangulat- és szorongásos zavarok, az egyes demenciák, az impulzus kontroll zavarok, a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD) és a személyiségzavarok aránya 10-40% között van (áttekintésért lásd [5]).

A fenti arányok ellenére az érintettek kevesebb, mint 9-17%-a részesül kezelésben, így terápiába nem kerülők aránya 90% felett jár [6]. Ehhez több tényező is hozzájárulhat: az alkoholfogyasztás társadalmi megítélése, az alapellátásban mutatkozó felkészületlenség, az addikciókhoz társuló előítéletek és megbélyegzés, illetve az AD-vel küzdő egyének egy részének motiválatlansága. [7]

Mindemellett nem elhanyagolható szempont az AD gazdasági vetülete sem. Az alkoholfüggőség direkt és indirekt költségei közül európai viszonylatban az elsősorban a hospitalizációs költségekből származó összesített direkt költségek jellemzően a bruttó hazai termék (a továbbiakban GDP) 0,04-0,31%-át, míg az adott évben mért indirekt költségek országonként akár a GDP 0,64%-át is kitehetik. Az alkoholfüggőség indirekt költségei közül kiemelhetők a betegség kapcsán jelentkező munkaképtelenséghez, korai nyugdíjazáshoz és idő előtti mortalitáshoz köthető társadalmi-gazdasági költségek. [8]

Az elmúlt közel két évtizedben, a legutóbbi szakmai irányelvhez viszonyítva számos hazai és nemzetközi vizsgálat történt, melyek az AD pontosabb diagnózisához és az optimálisabb terápiás megközelítéshez segítették hozzá az egészségügyi ellátórendszert. A tudomány fejlődésével új lehetőségek nyíltak meg az AD vizsgálatára, ami főleg a genetikai és neurobiológiai kutatások térnyerésében nyilvánul meg. Például az első teljes genom asszociációs vizsgálat kimutatta, hogy az rs1729578 polimorfizmus a PRKG1 génen moderálja a traumatikus életesemények hatását az AHZ-ral kapcsolatban. [9] A neurobiológiai vizsgálatok az alkohol agyra gyakorolt hatását helyezik középpontba. Egy vizsgálat alapján az addikciós ciklus három elkülönült szakaszból áll - (1) túlzott ivás vagy

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

intoxikáció, (2) megvonás vagy negatív affektus, (3) megszállottság vagy sóvárgás - amelyek specifikus neurális körökben eredményeznek változásokat és progrediálhatnak a zavar lefolyása alatt. [10]

Az AD etiológiájával, diagnosztikájával és kezelésével kapcsolatos kutatási eredmények sokrétűsége leképezi a zavar heterogenitását. A korai kutatások az AD diagnosztikájának egyszerűsítésére szolgáltak altípusok bevezetésével. [11-14] Az újabb kutatásokban a már korábban meghatározott altípusok kibővítésére láthatunk eredményeket. A zavar heterogenitásából adódóan a subfenotípusok száma egyre növekvő tendenciát mutat. Például a 2000-es évek második felében egy amerikai kutatás az AD esetében 5 kategóriát határozott meg. A fiatal felnőtt altípusba tartozóknak (31,5%) nincs más szerhasználati vagy mentális zavaruk, családjukban alacsony az alkoholizmus prevalenciája (22%), nem kérnek segítséget az alkoholfogyasztásukkal kapcsolatban. A fiatal antiszociális altípusba tartozók (21,1%) 20-as éveik közepén járnak, korán kezdik a fogyasztást és problémás a fogyasztásuk, az 52,5%-uk családjában fellelhető az alkoholizmus, az 54%-uk rendelkezik antiszociális személyiségzavarral, továbbá nagy a prevalenciája a major depresszióknak (37%), bipoláris affektív zavarnak (33%) és a szorongásos zavaroknak, valamint egyéb szereket (marihuána, kokain, opiátok) is abuzálnak, a 35%-uk kér segítséget az ivással kapcsolatban. A funkcionális altípusba tartozók (19,4%) tipikusan középkorúak, jól edukáltak, stabil munkahellyel és családdal, 31%-uk családjában látható többgenerációs viszonylatban megjelenő alkoholizmus, 24%-uknak alakul ki major depresszív betegsége az életük során, 50%-uk dohányzik. Az intermediális (köztes) családi altípusba tartozók (19%) középkorúak, 47%-uk családjában többgenerációs viszonylatban megjelenik az alkoholizmus, az életük során 47%-uk szenved major depressziótól, 20%-uk bipoláris affektív zavartól, 20%-uknak van kokain és/vagy marihuána (25%) használati problémája, csupán a 27%-uk kér segítséget az alkohol használattal kapcsolatban. A krónikus súlyos altípusba tartozók (9,2%) főleg középkorúak, 47%-uk rendelkezik antiszociális személyiségzavarral, 77%-uk jön olyan családból, ahol több generációban előfordul alkoholizmus, magas együtt járás látható egyéb pszichiátriai betegségekkel és más szerhasználati zavarokkal, az ellátórendszerben leginkább ők fordulnak meg, hiszen 66%-uk kér segítséget az alkoholfogyasztásával kapcsolatban. [15]

Összességében megállapítható, hogy az AD az egyik legsúlyosabb népegészségügyi jelentőséggel bíró kórforma, amelynek korszerű diagnózisáról, továbbá kezeléséről mind a pszichiátriai/addiktológiai ellátórendszert, mind az alapellátókat, továbbá mind az egyes társszakmákban dolgozó szakembereknek megfelelő információval kell rendelkezniük, hogy a fentebb említett terheket mérsékelni tudjuk.

Célok

Jelen egészségügyi szakmai irányelv célja többértű. Elsődleges célja, hogy a Magyarországon pszichiátriai és addiktológiai betegellátást végző szakorvosi/szakorvosjelölti kör számára egységes útmutatóként szolgáljon a bizonyítékokon alapuló orvoslás, az elmúlt évek kutatásainak gyakorlat által is igazolt eredményeinek integrálásával. További célja a döntéshozók, ellátásszervezők részére áttekinthető irányvonal biztosítás. Szintén célja, hogy a betegképviseltek és civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

Konkrét célok:

1. Csökkenjen a költséges kórházi felvételt igénylő esetek száma;
2. A páciensek a lehető leghosszabb ideig legyenek tünetmentesek;
3. Csökkenjen az alkohol okozta dependencia miatti táppénzes napok száma;
4. A páciensek életminősége javuljon;
5. Csökkenjen az alkohol okozta dependencia talaján kialakult pszichiátriai, neurológiai és belszervi kórképek kialakulásának esélye és azok mortalitási mutatói.

2. Felhasználói célcsoport

Az alkoholhasználat zavarával kapcsolatos szakmai irányelv a *felnőtt* betegpopulációra vonatkozik. Az egészségügyi szakmai irányelv *célcsoportját* az ártalmatlan alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok ellátásában kompetens szakemberek, továbbá egyes állami és civil szervek/szervezetek dolgozói jelentik, így:

- 1) *elsősorban* – mint *ellátók*, vagyis az állapotfelmérésben, diagnosztikában és a kezelésben, gondozásban közvetlenül részt vevők – az addiktológus és pszichiáter szakorvosok, szakorvosjelöltek, a

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvosok, továbbá pszichológusok és a klinikai szakpszichológusok, valamint diplomás szociális munkások és addiktológiai konzultánsok;

- 2) *másodsorban* – mint *társszakmák képviselői*, az ellátásban (állapotfelmérés/diagnózisalkotás/kezelés/gondozás) közvetlenül részt nem vevő, vagy csak korlátozottan, a szakellátás kérésére részt vevő szakemberek – a háziorvosok és dietetikusok, a sürgősségi orvostan, a belgyógyászat és a neurológia területén dolgozók;
- 3) *harmadsorban* az adminisztratív, igazságszolgáltató, finanszírozó és betegirányítási szervek (Belügyminisztérium, NNGYK, bíróságok, önkormányzatok) dolgozói és a betegjogi szervezetek munkatársai.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* az 1-es pontban felsorolt „*ellátók*” tekintetében az, hogy egységes útmutatóként szolgáljon a szakmai tevékenységükhöz; a 2-es pontban felsorolt „*érintettek*” vonatkozásában az, hogy tájékoztassa őket az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok legújabb, bizonyítékokon alapuló ismereteiről, míg a 3-as pontban említett állami szervek számára az, hogy segítséget nyújtson az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok állapotfelmérésével, kezelési útjaival, gondozásával illetve az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarokban szenvedő betegeket érintő egészségpolitikai, finanszírozási, továbbá jogi/jogorvoslati döntések meghozatalában. Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* a civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek) vonatkozásában az, hogy szakszerű tájékoztatást nyújtson a betegség különböző aspektusairól.

Jelen diagnosztikai és terápiás egészségügyi szakmai irányelv bevezetése az alapfeltétele az ártalmas alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok ellátásának szakmán belüli és a szakmán kívüli kontrolljának, amelyet egyrészt az addiktológiai, pszichiátriai, klinikai szakpszichológiai és pszichoterápiás munkát végző szakma, másrészt pedig a finanszírozó és adminisztratív szervek, az igazságszolgáltatás, illetve civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek, médiumok) képesek – természetesen saját kompetenciahatárukra megfelelően – hatékonyan gyakorolni.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Tudományos szervezet:	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Cím:	NICE Clinical Guidance 115 - Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma:2011
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/cg115
Tudományos szervezet:	Canadian Centre on Substance Use and Addiction
Cím:	Canada’s Guidance on Alcohol and Health: Final Report
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2023
Elérhetőség:	https://www.ccsa.ca/canadas-guidance-alcohol-and-health

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosítószám:	002138
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv - A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevencióról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXIII.évfolyam, 5. szám, 542-598 old.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/5.pdf
Azonosítószám:	002182
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám 610-725 old.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a már említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1.1. Alkoholos intoxikáció – Elméleti háttér

Az akut alkoholhatás elsősorban a gátló gamma-aminovajsav (GABA) és a serkentő glutamát neurotranszmitter rendszereken érvényesül. Az alkohol egyidejűleg serkenti a GABA A-típusú receptorát, és gátolja a glutamát N-metil-D-aszpartát (NMDA) receptorát. Az alkohol ezen elsődleges hatásán kívül olyan neurotranszmitter rendszereket is befolyásol direkt és indirekt módon, mint a dopaminerg, a noradrenerg, a szerotonerg, az endogén opioid és a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely rendszere. Az akut alkoholhatásban, az alkoholos intoxikációban, az alkohol okozta dependencia kialakulásában ezen pályarendszerek összetett változásairól beszélhetünk. Az alkoholos intoxikáció elsősorban ellátása elsősorban a sürgősségi orvostan tárgykörébe tartozik, így ebben a fejezetben főként a betegutakra kívánjuk helyezni a hangsúlyt.

1.2. Alkoholos intoxikáció – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Ajánlás1

Az alkohol intoxikáció mértékének és lehetséges szövődményeinek pontos meghatározásához mindenképpen szükséges a megfelelő anamnesztikus információk gyűjtése, valamint a véralkoholszint mellett a tüneti kép részletes explorációja, melyhez az 1. számú táblázat hasznos segítséget nyújthat. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Az alkoholos intoxikáció és az ezzel járó tünetek nagymértékben függenek a véralkohol koncentrációtól, az egyén érzékenységtől, az alkoholhasználati szokásoktól, továbbá a fennálló tábetegségektől. A véralkoholszint és a tüneti reprezentáció összefüggéseit az **1. számú táblázatban** (XI. melléklet. 1.3 táblázatok, 1.3.1. A véralkoholszinttel összefüggésben megfigyelhető, jellemző klinikai tünetek alkoholintoxikáció esetén) foglaltuk össze [16]. Diagnosztikai szempontból hangsúlyos a páciens diagnosztizált alkohol okozta dependencia szindrómája (detoxikálást követően kialakuló alkohol okozta megvonási szindróma kialakulásának veszélye miatt), a más

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

szerhasználat zavar fennállása – különösképpen az egyéb depresszánsokra (benzodiazepinek) -, továbbá az egyes regulárisan szedett pszichofarmakonok.

Az alkohol a passzív diffúzió révén a test minden olyan régiójában jelen lehet, ahol víz is található. Ennek következtében a lehelet, illetve a nyál vizsgálata a véralkohol-koncentráció, illetve az alkoholos intoxikáció egyszerű szűrési lehetőségét kínálja, amennyiben a beteg együttműködést tanúsít erre vonatkozóan [16].

1.3. Alkoholos intoxikáció – Terápia**Ajánlás²**

A detoxikálást követően, illetve bizonyos esetekben a detoxikálás alatt pszichiátriai beavatkozásra szükség lehet. Ennek algoritmusát az 1. számú ábrán foglaltuk össze (XI. Melléklet, 1.4 Algoritmusok, 1.4.1. Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus), a Shapiro és munkatársai által javasolt algoritmus felhasználásával [17]. Akár a sürgősségi orvostan keretein belül is sor kerülhet a szűrés, rövid intervenció és addiktológiai ellátásba történő továbbirányítás sztenderdizált protokolljainak alkalmazására. (Ajánlás rangsorolása: feltételes ajánlás)

Ezek között említhető az SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) azaz „Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás”, ami a korai kezelésbevétel egyik legelfogadottabb, átfogó jellegű népegészségügyi programja [18], mely a Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) korai kezelésbevétellel kapcsolatos elméleti és módszertani segédletében is ajánlásra kerül. [19]

Az alkoholos intoxikáció módosult tudatállapotot eredményez, e módosult tudatállapot azonban nem kizárólag az alkoholos intoxikáció következménye lehet. Rendszeres és krónikus alkoholbevitel mellett az érintett glikogénraktárai kiürülhetnek, amely gyakran vezet hipoglikémiához, mely számos fizikai tünete (például: végtagremegés, gyengeségérzet) mellett a tudatállapotra is hatással lehet (például: báyadtság, ingerlékenység). A kezeletlen hipoglikémia maradandó morbiditást eredményezhet. Emellett a tiamin- és folsavraktárak kiürülése szintén összefüggést mutathat a tudatállapot megváltozásával, ezért alkoholhasználati zavarral küzdő személyeknél a tiamin és folsav adása szintén megfontolandó terápiás lépés [16].

Az alkoholos intoxikáció terápiája, amennyiben egészségügyi keretek között szükséges a sürgősségi orvostan hatókörébe tartozik. A sürgősségi ellátásba alkoholos intoxikáció gyanújával bekerülő beteg esetén az alábbi lépésekben és indikációk mellett javasolt megkezdeni az adekvát terápiát:

- 1) A rendelkezésre álló epikrizis információi, valamint a tudatállapot és az életjelek vizsgálata alapján megállapításra kerül, hogy a beteg milyen szintű éberséget és érzelmi/izgalmi állapotot mutat;
- 2) Amennyiben a beteg éber, nyugodt és együttműködő magatartást mutat, megtörténik a részletes esetexploráció (a szerhasználatra vonatkozó anamnesztikus információk bővítésével), a differenciáldiagnosztikai munka;
- 3) Amennyiben a beteg aluszékony, zavart vagy válaszképtelen, a vitális jelek monitorozása folytatódik, a testhőmérséklet normalizálása, valamint a megfelelő hidratáció biztosítása mellett. A plazma glükóz szintjének, valamint a szérum elektrolitok vizsgálata javasolt. Megtörténik a beteg állapotát potenciálisan befolyásoló/magyarázó egyéb tényezők (például: fejsérülés) kizárása;
- 4) Amennyiben a beteg agitált, agresszív vagy gátoatlan magatartást mutat, a lehetőségek figyelembevételével fontos a megnyugtató, nem fenyegető környezet biztosítása. Szükség esetén szedatívumok adása válhat indokolttá. Ha a beteg megnyugszik, és együttműködővé válik, sor kerülhet a részletesebb kivizsgálásra (lásd: 2-es pont).

A klinikai előzmények feltárásakor az aktuális alkoholfogyasztás jellemzőinek megismerése (például: mennyiség, időtartam, más pszichoaktív szerekkel kombinált fogyasztás) mellett a korábbi alkoholfogyasztási epizódok részletesebb feltárása is szükséges feladat. Fontos az intoxikált állapotban tanúsított, nagy kockázatot hordozó viselkedési formák (például: nehézgépek vezetése, autóvezetés, önkárosítás, másokkal szemben mutatott erőszak)

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

feltérképezése is. Emellett a korábbi kórtörténet megismerése javasolt, különös tekintettel a beteg addiktológiai kórelőzményeire.

A javasolt fizikális vizsgálatok magukba foglalják a tudatállapot részletes feltárását (például: Glasgow Kóma Skála alkalmazásával), a szív- és légzési paraméterek monitorozását (szívfrekvencia, vérnyomás, szívritmus, légzésszám), a vizeletürítés felügyeletét, mindezt lehetőség szerint óránként, amíg az említett paraméterek nem kezdenek normalizálódni. A nem reagáló betegeknél előfordulhat rejtett fejsérülés, amely a megnövekedett koponyaűri nyomás alapján azonosítható. Ezért tanácsos közvetlen szemészeti vizsgálatot végezni, amely a papilláris ödéma azonosítására irányul, mely a megnövekedett koponyaűri nyomás egyik gyakori klinikai jele. Metil-alkohol-mérgezésben megnövekedett koponyaűri nyomás nélküli papillödéma is előfordulhat. Így a végleges kezelés meghatározásához képalkotásra (CT/MRI) lehet szükség. Reagáló betegeknél zárjuk ki a diplomópiát, és vizsgáljuk meg a szemmozgást minden kardinális helyzetben, az esetleges izomgyengeséget és az érzékelési hiányosságokat. Figyeljük meg a kóros vagy önkéntelen mozgásokat, illetve ellenőrizzük, hogy nincsenek-e egyéb fizikai sérülések, illetve észlelhető-e vérzés a fülből, orrból vagy szájból.

A mentális állapot monitorozása kapcsán a beszédbeli/kommunikációs, illetve viselkedésbeli rendellenességek azonosítása mellett a potenciálisan agresszív viselkedés észlelése akut feladat, mely esetén mind a beteg, mind a kezelőszemélyzet biztonsága prioritást élvez. A beteg gondolkodási és észlelési zavarainak feltárása mellett az időbeli és térbeli tájékozódás felmérése szükséges, ideértve a közvetlen, a közelmúltbeli és a régmúltbeli emlékezeti funkciók, a belátás és a realitásérzék vizsgálatát.

Az ellátás során a légutak, a légzés és a keringés biztosítása, a dehidratáció ellen, valamint a megfelelő vizelettermelés fenntartása érdekében intravénás folyadékpótlás, hipoglikémia esetén pedig glükóz adagolása történik. Minden súlyosabb alkoholos intoxikációt mutató betegnél szükséges legalább egy EKG felvétel. Aritmia észlelése esetén sorozatos EKG monitorozás válhat indokolttá. Az intoxikáció enyhülésével az EKG-változásoknak meg kell szűnniük, de ha a változások továbbra is fennállnak, más okot kell keresni. Megváltozott mentális állapot esetén, ha a beteg közreműködésével nincs lehetőség a teljeskörű kórelőzményt feltárására, a fej CT-vizsgálata megfontolandó a beteg mentális állapotához hozzájáruló intrakraniális patológia (például: szubdurális hematóma) kimutatására. Egyes esetekben az MRI is megfontolandó. Amennyiben szuicid hajlam feltételezhető, pszichiátriai kivizsgálás válik szükségessé.

A metadoxin (300-600 mg egyszeri intravénás/intramuskuláris [IM] injekció formájában) felnőtteknél az alkohol kiürülésének felgyorsítására használható, ami gyorsabb felépülést eredményez a mérgezésből. Nyugtalanág vagy erőszakosság esetén antipszichotikumok (haloperidol 5 mg; prometazinnal 50 mg) alkalmazása megfontolandó.

2.1. Az alkohol okozta káros használat és az alkohol okozta dependencia – Elméleti háttér

A krónikus alkoholhatás jelentősen megváltoztatja a fentebb (1.1.) jelzett neurotranszmitterek és receptorainak eloszlását és az egyes idegi pályák működését. Összefoglalva a krónikus alkoholhatás:

- 1) a GABA receptorok számának csökkenéséhez („receptor downreguláció”),
- 2) a glutamát receptorok (NMDA, AMPA) számának növekedéséhez („receptor upreguláció”),
- 3) a VTA dopaminerg idegsejtjeinek tüzelési frekvenciájának, az NAc bazális dopaminszintjének növekedéséhez,
- 4) a centrális és perifériás noradrenerg aktivitás növekedéséhez,
- 5) a kortikotropinfel szabadító faktor felszabadulásának, így a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely aktivitásának növekedéséhez,
- 6) a szerotonin felszabadulás csökkenéséhez (mely dopaminerg neurotranszmisszió fokozódásához)
- 7) továbbá az endogén opioid rendszer diszregulációjához vezet.

Részben ezen változások tartják fenn azon jellegzetes neuropszichiátriai elváltozásokat, melyek mind a sóvárgást és a megvonási tüneteket jellemzik.

Mindezek mellett érdemes hangsúlyozni, hogy az AD nem kizárólagos diagnózis, előfordulása kimagasló pszichiátriai megbetegedésben küzdő páciensek esetén („kettős diagnózis”), ahol más neurobiológiai és

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

pszichológiai tényezők is befolyásolják az addiktív viselkedést. Az úgynevezett elsődleges AD esetében, ahol a szerhasználat kialakulását más pszichiátriai betegség nem előzi meg, jellegzetes egyéb neurobiológiai (jutalmazó- és kontroll rendszerek diszfunkciói) és ebből adódóan pszichológiai (személyiség- és karakterjegyek) eltérésekkel találkozhatunk, melyek a terápiás intervenciókat is nagymértékben befolyásolják.

2.2. Az alkohol okozta káros használat és az alkohol okozta dependencia – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika**2.2.1. Általános alapelvek**

Az AD diagnózisa alapvetően klinikai diagnózis. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság kézikönyvének, a DSM-nek az 5. verziójának bevezetésével [20], ahogy az egyéb más pszichiátriai kórformáknál, úgy az egyes szerhasználat zavarok esetén is hangsúlyosabbá vált a spektrum szemlélet, melyet a DSM-5 elnevezése szerinti alkoholhasználat zavar is tükröz. A BNO klasszifikációs rendszerek az Alkohol okozta káros használat (abúzus) (F10.10) és az Alkohol okozta káros használat epizódját (6C40.00) illetve mintázatát (6C40.10) különálló diagnosztikai kategóriákként értékelik, melyek a DSM-5 szerint az alkoholhasználat zavarának enyhe szintjét tükrözik. A korai felismerés, az állapotfelmérés továbbá a terápiás intervenciók szempontjából is célszerű a „káros használat” diagnosztikai kategóriát enyhe fokú AD-ként értékelni.

Ezen felül érdemes hangsúlyozni, hogy az alkoholhasználattal kapcsolatos problémák három halmazt alkotnak, amelyek egymás részei. Az első és legnagyobb halmaz a kockázatos szerhasználók csoportja, akiknél a megnevezés kritériuma elsősorban a fogyasztás mennyiségére és gyakoriságára vonatkozik. A második halmazt – amely része az elsőnek – azok a személyek alkotják, akik megfelelnek a szerhasználat zavar kritériumrendszerének a DSM-5 alapján. A harmadik halmazt – amely az első kettőn belül helyezkedik el – azok alkotják, akiknél addikció alakult ki, tehát folyamatos és maradandó nehézségeik vannak a szerhasználattal kapcsolatos önszabályozással [10, 21]. Fontos azonban kiemelni, hogy az egyes halmazok közötti határvonal nem egyértelmű, sok esetben átjárható.

Az alkoholfogyasztás gyakorisága és mennyisége szerint, elsősorban a szomatikus hatások tekintetében a kockázati ivást határozhatjuk meg. Az Egyesült Királyságban a kockázati ivás sávjai a következőképpen határozhatók meg (nulla kockázatú ivás nem létezik):

Férfiak és nők számára egyaránt javasolt, hogy hetente ne fogyasszanak több mint 14 alkoholegységet a kockázatok alacsony szinten tartása érdekében.

Egy alkoholegység 10 ml vagy 8 gramm tiszta alkoholt jelent, ami egy szabványos módon kalkulált mennyiség az alkoholtartalmú italokban.

Ez a mennyiség különböző alkoholtartalmú italokban eltérő lehet. Például egy kis pohár bor, egy közepes erősségű sör korsója, vagy egy kis mennyiségű erős alkohol (mint például: whisky) tartalmazhat körülbelül 1 alkoholegységnyi tiszta alkoholt [22].

Ebben a modellben, mely a diagnózis felállítása és a következményes terápiás útvonalak szempontjából is hangsúlyos, lehet elhelyezni az úgynevezett kettős diagnózis fogalmát. A bizonyos szerhasználat zavarok, így az AD gyakran társul más pszichiátriai betegségekkel [23]. Ily módon megkülönböztethetünk elsődleges és másodlagos AD-át. Az elsődleges AD kialakulása megelőzi az egyéb pszichiátriai betegség megjelenését. A másodlagos AD ezzel szemben a pszichiátriai betegség után alakul ki. Ezek alapján a kettős diagnózisnak három típusa különíthető el. Az első típusnál a pszichiátriai betegség a primer diagnózis, amelynek talaján kialakult a szekunder AD. Ebben az esetben az AD kialakulásának oka lehet a pszichiátriai betegség tüneteinek csökkentése érdekében történő alkoholfogyasztás („öngyógyítás”). A második típus esetében az elsődleges diagnózis az AD, amely a pszichiátriai betegség okozója. A harmadik típus esetében hosszú ideje fennálló AD és pszichiátriai betegség jellemző, amelyek együtt vagy külön is megjelenhetnek.

Összefoglalva tehát, a legfontosabb szempontoknak az AD diagnosztikája során klinikai diagnózis jelentőségét, a korai felismerést, a súlyosság megítélését, továbbá az úgynevezett elsődleges, avagy másodlagos AD elkülönítését tekinthetjük.

2.2.2. A diagnosztika szintjei és szinterei

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

Figyelembe véve a még jelenleg használt BNO-10, a későbbiekben bevezetésre kerülő BNO-11 klasszifikációs rendszert, továbbá az Amerikai Pszichiátriai Társaság kézikönyvét a DSM-5-öt a diagnózis legfontosabb kritériumait az alábbiak szerint foglalhatjuk össze.

1) a személy a szándékoltnál nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, a tervezettnél hosszabb ideig; 2) az alkoholhasználat csökkentésére vonatkozóan sikertelen kísérleteket tesz; 3) a fogyasztásra és ahhoz kapcsolódó tevékenységekre jelentős mennyiségű időt fordít; 4) az alkoholfogyasztás utáni erős sóvárgás jellemzi; 5) nem teljesíti főbb, hétköznapi szerepeihez kötődő kötelezettségeit; 6) az alkoholfogyasztást a nyilvánvaló interperszonális, testi és lelki problémák ellenére fenntartja; 7) korábbi tevékenységeit feladja, hanyagolja az ital miatt, illetve; 8) az alkoholt kockázatos helyzetekben is használja; 9) tolerancia; 10) az alkoholfogyasztás abbahagyása esetén megvonási tünetek jelentkeznek. A klasszifikációs rendszerek alapján a tünetek az elmúlt 12 hónapra vonatkoznak. A teljes diagnosztikai tünetlista a **2. számú táblázatban** (XI. melléklet 1.3 táblázatok, 1.3.2. Az alkoholhasználati zavar DSM-5 alapú tünetei) található.

A DSM-5 az alapvető diagnosztikus kritériumainak megléte szerint megkülönböztet enyhe, közepes és súlyos fokú alkoholhasználat zavart, ahol az enyhe alkoholhasználat zavar 2-3, a közepes 4-5, a súlyos 6 vagy annál több tünet jelenléte mellett állapítható meg. Ezzel szemben a BNO klasszifikációs rendszer két súlyossági szintet különböztet meg: alkohol okozta káros használat (abúzus) és alkohol okozta dependencia (függőség). Ezen különbségek ellenére a diagnózis felállítása során a fenti tünetek feltárására kell törekedni, melyek közül a sóvárgás, a tolerancia, továbbá a megvonási tünetek a legjelentősebbnek tekinthetők.

Ajánlás3

A klinikai interjúnak a páciens alkoholhoz való viszonyára, az alkoholhasználattal kapcsolatban megjelenő problémáira, az egyes társuló pszichés vagy belszeri/neurológiai tüneteinek feltárására és amennyiben elérhető a heteroanamnézisre kell támaszkodnia. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Ajánlás4

A diagnózis felállításában a későbbiekben tárgyalt pszichodiagnosztikai tesztek használata javasolt/szükséges, amelyek mind a korai felismerésben, mind a súlyosság megítélésben objektív segítséget nyújtanak. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Ajánlás5

Az AD diagnózisának felállítása során a fentiekben részletezettek szerint külön figyelmet kell fordítani az anamnesztikusan megjelenő és a diagnózis fennállásakor detektálható pszichiátriai tünetekre. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Az AD alapellátásban történő szűrésére és intervenciójára vonatkozó algoritmust a 2. számú ábrán (XI. melléklet 1.4 Algoritmusok 1.4.3 pont) ismertetjük.

2.2.3. Pszichodiagnosztika

Az AD klinikai diagnózisának felállításában segítséget jelenthetnek egyes mérőeszközök. Az egyik leggyakrabban használt pszichodiagnosztikai eszköz az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT) (XI. melléklet 1.2 Tevékenységssorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1.2.1 WHO AUDIT kérdőív) [24, 25], igaz, ezt sem a diagnózisalkotáshoz, sokkal inkább a súlyosságbecsléshez tudjuk érdemben felhasználni. A kérdőív 10 tételből áll, amelyek az alkoholfogyasztás mértékére (1-3. tétel), az alkoholfüggőség súlyosságára (4-6. tétel) és az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatásaira (7-10. tétel) vonatkoznak. A kérdőíven elért 0-7 pont absztinenciát vagy alacsony kockázatú alkoholhasználatot, 8-15 pont kockázatos alkoholhasználatot, 16-19 pont ártalmas alkoholhasználatot és az abúzus kockázatát 20 vagy annál több pont alkoholhasználat zavarának veszélyét jelzi.

Az AUDIT kérdőíven elért 20 vagy annál több pont esetében indokolt az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (AFS-K/SADQ) [26] használata, amely a már fennálló AD súlyosságát (enyhe, mérsékelt vagy súlyos) tárja fel. A 20 tételes mérőeszköz 4 pontos Likert-skálán méri a függőség súlyosságát, a fennálló pszichológiai-biológiai elvonási tünetek alapján. Ezen kérdőív alapján következtethetünk a megvonási tünetek kialakulásának és várható mértékének valószínűségére. Enyhe mértékű függőségről 15 vagy annál kevesebb pont esetén beszélhetünk, ebben az esetben többnyire nincs szükség a megvonási tünetek kezelésére. Mérsékelt függőség 15-30 pont esetén áll fenn,

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

ebben az esetben általában szükség van a megvonási tünetek kezelésére, amely tipikusan ambuláns/közösségi keretek között folytatható, hacsak nincs ezt kontraindikáló kockázat. Súlyos mértékű függőségről 30 pont felett beszélhetünk, és ebben az esetben a megvonási tüneteinek kezelése többnyire bentlakásos intézeti ellátást igényel.

Az AUDIT első 3 tétele, amely AUDIT-C néven ismert, az alkoholfogyasztás meglétére és annak mértékére vonatkozik, így fontos és egyszerű szűrőeszköz az alkoholt fogyasztó személyek azonosításában [25]. Ennek az alapellátásban történő rutinszerű alkalmazásával könnyen azonosíthatóak azok a személyek, akiknél az alkoholfogyasztás további felmérése szükséges. A maximálisan elérhető 12 pontból a nők esetében 3 vagy több, míg férfiak esetében 4 vagy több pont esetén jelez a teszt [27].

Szintén megfontolandó a CAGE nevű szűrőteszt (XI. melléklet 1.2 fejezet, Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1.2.2 CAGE teszt) [28] alkalmazása, rövidege ugyanis a mindennapi klinikai gyakorlatban is könnyen felhasználhatóvá teszi a mérőeszközt. A CAGE betűkombináció négy betűje egy-egy alkoholfogyasztással kapcsolatos problémára utal. A „C” betű az angol Cut (abbahagyás) szóra utal, s a problémát feltáró tétel magyarul így hangzik: Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást. Az „A” betű az Annoyed (bánt, bosszant, zavar) angol szóra utal, amelyet az alábbi tétel térképez fel: Zavarták-e valaha az emberek azzal, hogy kritizálták az ivását. A „G” a Guilty (vétkes, bűnös) szóra utal, a problémát feltáró tétel pedig a következő: Rossznak vagy vétkesnek érezte-e magát az ivásával kapcsolatban. Végül az „E” betű az Eye-opener kifejezésre utal, amely azt a problémát takarja, amikor az alkoholfüggő személy már kora reggel ivással kezdi a napot. A tétel magyarul a következőképpen hangzik: Előfordult-e, hogy ivással kezdte a napot reggel, hogy megerősítse az idegeit, vagy megszabaduljon a másnaposságtól.

Általában a kettő vagy annál több pozitív válasz alkoholizmusra, illetve az alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarra utal. A tételeket „igen” vagy „nem” válasszal lehet megítélni a kitöltőnek, ahol az „igen” válaszok 1 pontot érnek, míg a „nem” válaszok nullát.

Az állapotfelmérés és diagnosztizálás során, akár csak más addikciók esetén, hasznos támpontokat nyújthat az Addikciós Súlyossági Index alkalmazása [29], melynek magyar változata EuropASI néven ismert [30]. A félig strukturált interjú felvétele megközelítőleg 40-45 percet vesz igénybe, alkalmazása előzetes tréninghez kötött. Az addiktológiai problémákon túl feltárja a kliens életvitelének és alkalmazkodási képességének további területeit is (például egészségi állapot, munka/tanulás, családi és egyéb társas kapcsolatok, pszichés státusz, jogi problémák). Az ASI segítségével végzett állapotfelmérés célja a farmako- és/vagy pszichoterápiás ellátás indikációinak meghatározása, és a terápiás terv kidolgozásának megalapozása.

Amennyiben felmerül a kettős diagnózis lehetősége, az Minnesota Multiphasic Personality Inventory/Minnesota Többtényezős Személyiségleltár (MMPI/MMPI-2) [31, 32] alkalmazható a pszichés állapotok és személyiségstruktúrák feltérképezésében. Az MMPI-2 addikció skálái (addikció elismerése (AAS), addikciós potenciál (APS) és átdolgozott MacAndrew alkoholizmus (MAC-R)) a klinikai skálái (Pd, Sc, Ma) az újrastrukturált klinikai skálái (RCd, RC1, RC4, RC9), tartalmi skálái (ANG, CYN, ASP) PSY-5 skálái (AGGR, DISC, NEGE), illetve a klinikai skálák mentén kirajzolódó csúcs kódok [33, 34] segíthetnek az addikció meglétének és felismerésének mérésében. Emellett támpontot nyújthatnak a pszichoterápiás konceptualizálás és a kezelés tervezése során.

A potenciálisan társuló személyiségzavarok azonosításában a Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára (SCID-5-PD) [35] segíthet, míg a komorbid, felnőttkori ADHD megállapításában a DIVA 2.0, vagyis a Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD felmérésére [36] tekinthető elsődlegesen javasolt strukturált klinikai interjúnak. A terápia tervezéséhez támpontot nyújthat továbbá a személyiségstruktúra becslése során alkalmazható Operacionalizált Pszichodinamikus Interjú (OPD-2) [37], illetve a Kernberg féle Strukturális Interjú is [38].

A demencia, kognitív érintettség és hanyatlás szűrésének gyors és költséghatékony módja a Mini Mentál Teszt (MMT) [39] felvétele. Ezen tényezők további vizsgálatához az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (AKV) [40] alkalmazható. Az intelligencia további feltárására a Wechsler Intelligencia Teszt (WAIS-IV) [41], vagy a Magyar Wechsler Intelligencia Teszt (MAWI) [42] alkalmazható.

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

A diagnosztikát segítő teszteken (AUDIT, AFS-K/SADQ) kívül az AD-hoz kapcsolódó személyiségvonások és állapotok mérésére alkalmas tesztek használata is segítheti az AD részletesebb feltárását, és a személyre szabott terápia megtervezését.

Az alkoholfogyasztás motivációinak feltárásához az Alkoholfogyasztás Motivációi Módosított Kérdőív (DMQ-R-SF-HU) [43] változata alkalmazható. A kérdőív 12 tételből áll, és négy alskálája van, amelyek az alkoholfogyasztás fő motivációs aspektusait fedik le. Ezek a szociális motiváció (például: „...mert segít élvezni egy bulit”), a fokozatos motiváció (például: „...hogyan feldobódjon”), a megküzdéses motiváció (például: „...hogyan jobb kedvre derüljön, ha rossz hangulatban van”) és a konformitás (például: „...hogyan beilleszkedjen egy Ön által kedvelt társaságba”).

A szenzoros élménykeresés és az impulzivitás feltárása segítséget nyújthat mind a kockázatfelmérésben, mind az AD prognózisának megbecslésében. Erre a 8 tételű Szenzoros Élménykeresés Kérdőív (BSSS-8) [44], valamint a 21 tételű Módosított Barratt Impulzivitás Skála (BIS-R-21) [45] alkalmazható.

A Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőívvel (STAI) [46] a szorongás vonás és állapot jellegét is feltárhatjuk. A STAI összesen 40 tételből áll, amelyből 20 vonatkozik az állapotsszorongásra, 20 pedig a vonásszorongásra. A stressz szintjének felmérését segítheti az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) [47], amely 14 tételből áll, és az elmúlt egy hónapra vonatkozóan méri fel az egyén által megélt stressz szintjét.

A sóvárgás mérésére jelenleg nincs hazánkban magyar nyelven validált mérőeszköz. Ennek ellenére a nemzetközi gyakorlat alapján az 5 tételű Penn Alkohol Sóvárgás Skála (*Penn Alcohol Craving Scale: PACS*) [48], a 14 tételű Obszesszív-Kompulzív Alkoholfogyasztási Skála (*Obsessive-Compulsive Drinking Scale: OCDS*) [49], valamint a 12 tételű Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála (*Multidimensional Alcohol Craving Scale: MACS*) [50] alkalmas lehet a sóvárgás mérésére. Ez szintén segítséget nyújthat a visszaesés kockázatának felmérésében.

A sóvárgás mérése mellett a visszaesés kockázatának megbecslésére alkalmazható az Alkohol Relapszus Kockázati Skála (*Alcohol Relapse Risk Scale: ARRS*) [51]. A skála 32 tételből áll, és 5 faktoron keresztül vizsgálja a visszaesés kockázatát: inger által kiváltott sebezhetőség, érzelmi problémák, alkohol iránti kényszer, pozitív és negatív várakozások az alkohollal kapcsolatban, mentális állapot belátása.

A diagnózis felállításának algoritmusát a **3. számú ábrán** (XI. melléklet 1.4 Algoritmsok 1.4.3 számú ábra Az alkohol okozta dependencia diagnosztikai algoritmus) foglaltuk össze.

2.2.4. Belgyógyászati, neurológiai és laboratóriumi vizsgálatok

A diagnózis felállítása során kiegészítő információval bírhat mind a belszervi, mind a neurológiai vizsgálatok eredményei.

A krónikus alkoholhatás gasztrointesztinális traktusra gyakorolt hatása kiemelendő. A máj, mint az alkohol metabolizmusában kitüntetett szerepet játszó hasúri szerv, érintettsége már enyhe fokú AD-ban is fennáll. Az akut alkoholhatás elsősorban a gamma-glutamil-transzferáz (GGT) szintjének, másodsorban a szérumban glutamát-oxalacetát transzamináz (SGOT) emelkedésében figyelhető meg. Míg a krónikus alkoholhatást elsősorban a májsejtekre specifikus szérumban glutamát-piruvát alanin-aminotranszferáz (SGPT) szintjének emelkedése jelzi. Az úgynevezett De Ritis hányados (SGOT/SGPT) mértéke informatív lehet a megvonási szindróma, továbbá a delírium tremens kialakulására nézve (1-nél magasabb hányados kockázatot jelent). A felszívódási problémákat tekintve, mely egyrészt az akut, avagy a krónikusan jelentkező gyomorgyulladások, a bélszakaszok érintettségével, továbbá az insuficiens táplálkozással magyarázhatóak, kiemelendők a tiamin (B1) hiánya, valamint a malnutrició kialakulása.

A CDT (carbohydrate-deficient transferrin) szintje magasabb a legalább 60g/nap alkohollal többet fogyasztóknál az absztinenciát követően is legalább 21 napig. [52]

Az egyéb szervekre gyakorolt hatások közül kiemelendő a vérképző rendszer eltérései. A laboratóriumi paraméterek közül az anémia, továbbá az alacsony trombocita szám emelendő ki.

A neurológiai érintettség elsősorban a betegség korai szakaszában a perifériás idegrendszert érinti. A páciensek által jelzett polineuropátiás panaszok (paresztézia, dizesztézia) felhívhatja a figyelmet az alkoholhasználat súlyosságára.

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

Míg a késői szakban a már következményesen kialakuló központi idegrendszeri érintettség olyan kórképekben nyilvánulhat meg, mint a Wernicke-enkefalopátia és a Korszakoff szindróma.

2.3. Alkohol okozta dependencia – Terápia**2.3.1. Gyógyszeres terápia****Ajánlás6**

Az alkoholdependencia farmakoterápiájában a megfelelő gyógyszer az alkoholfogyasztás mértékétől, a dependencia súlyosságától és az érintett további, egyéni jellemzőitől függően kerül kiválasztásra. Ezek alapján beszélhetünk első- másod- és harmadvonalbeli szerekről. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Közepesen súlyos fokú és súlyos fokú AD esetén a kezelésben elkülöníthetünk első vonalbeli és másodvonalbeli szereket.

Első vonalbeli szernek a naltrexon és az acamprosate tekinthető.

A potens μ -opioid receptor antagonista naltrexon tekinthető az elsődleges választásnak közepesen súlyos fokú és súlyos fokú AD-ben. A naltrexon alkalmazásánál figyelemmel kell lenni a májfunkciós értékekre, továbbá az opiát-kodependencia és az opiát típusú fájdalomcsillapítókkal történő visszaélészerű gyógyszerhasználatra. Fennálló májbetegség és opiáthatásználat esetén a naltrexon kontraindikáltnak tekinthető.

Második választásnak az acamprosate tekinthető, mely egyrészt az NMDA receptorok antagonistája és a metabotóp glutamát 5-ös receptorok modulátora, így a glutamát-GABAerg egyensúly modulátorának tekinthető. A naltrexone terápia kontraindikációja esetén bevezetése javasolt, amennyiben súlyos vesebetegség nem áll fenn.

Másodvonalbeli szernek a diszulfiram, a topiramát és a gabapentin tekinthető.

A diszulfiram, mely az acetaldehid dehidrogenáz enzimet gátolja, használata körültekintést és szoros kontrollt igényel. A topiramát antiepileptikum, a GABA-A receptor modulátora, melynek hatékonysága AD-ben is bizonyított, alkalmazása ko-morbid epilepszia betegség esetén elsődleges. A gabapentin antiepileptikum GABA rendszert pozitívan befolyásoló hatása miatt szintén javasolt szernek tekinthető.

Harmadvonalbeli szerek

Egyes szerekről magas evidencia nem áll rendelkezésre alkalmazásukat illetően ugyanakkor alkalmazásuk társuló pszichiátriai megbetegedések esetén megfontolandó. Ilyen a noradrenil-dopamin reuptake inhibitor bupropion, melynek alkalmazása ko-morbid ADHD-ban, depresszióban is felmerül. Továbbá a harmadik generációs antipszichotikumok (aripiprazol, karpiprazin, brexpiprazol), melyek alkalmazása ko-morbid szkizofréniaiban és a bipoláris affektív zavarban javasolt.

Terápiás megjegyzések**Ajánlás7**

Egyéb antipszichotikumoknak, mint például a tiapridnek, a kvetiapinnek a hatásossága AD-ben nem bizonyított, így alkalmazásuk indikáció hiányában kerülendő. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Továbbá érdemes kiemelni, hogy a dopamin 2-es receptor antagonisták alkalmazása fokozza a drog-kereső magatartást, így alkalmazásuk kontraindikált.

Az antiepileptikumok közül a topiramátot és a gabapentint leszámítva nincs megfelelő adat más antiepileptikum alkalmazására, így a korábbi klinikai gyakorlatban gyakran alkalmazott karbamazepin terápia kerülendő, amennyiben nem impulzus-kontroll zavarhoz társul az AD.

A gyógyszeres terápiás szintjeit a **3. számú** táblázatban (XI. melléklet 1.3 táblázat 1.3.6. számú táblázat: Az alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerek indikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével) foglaltuk össze.

2.3.2. Pszichoterápiák

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

A farmakoterápia mellett a pszichológiai és pszichoszociális intervenciók fontos elemei az AD átfogó kezelésének [53]. A különböző intervenciók módszerei célja általában a (1) motivációnövelés a szerhasználat felhagyására vagy csökkentésére, (2) megküzdési technikák tanítása, (3) kontingencia szervezés, (4) elősegíteni a szenvedést okozó érzelmek kezelését és (5) növelni a társas támogatottságot és személyközi működést. Újabban a terápiás intervenciók a felépülési-modell szerint is szervezhetők. A SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) munkadefiníciója szerint a felépülés a változás folyamata, amelynek során az egyének javítják egészségüket és jóllétüket, önrányított életet élnek, és arra törekszenek, hogy teljes felépülési potenciáljukat elérjék. A felépülési modell 10 alapelve: remény, személyközpontúság, több út vezethet a felépüléshez, holisztikus szemlélet, érintettek (sorstársak) támogatása, kapcsolatfókuszú, a traumával való foglalkozás, erősségekre épít, hangsúlyozza a felelősségtudatot, tisztelet (antistigma). [54]

Ajánlás8

Az addiktológiai területen dolgozó klinikai szakpszichológusnak szükséges birtokában lennie a következő attitűdöknek és főbb kompetenciáknak:

- **empatikus odafordulás,**
- **a szókrátési dialektikán alapuló kommunikációs kompetenciák megléte, bizonyos konzultációs technikák esetén akár a direktivebb és konfrontatívabb kommunikáció vállalása (a belső ellenállás csökkentése és a megfelelő betegségbelátás kialakítása érdekében), ugyanakkor a kizárólagosan konfrontatív technikákat alkalmazó konzultáció hátrányos is lehet [55]**
- **nagyfokú frusztrációtűrés,**
- **ítélkezésmentes, elfogadó attitűd,**
- **semlegesség,**
- **kerettartás,**
- **megfelelő önreflexiós képesség és önismeret (például: saját addikciók mérlegelése, felismerése),**
- **a hozzátartozókkal való kommunikáció vállalása és értő irányítása. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)**

A rendelkezésre álló empirikus bizonyítékok alapján az elsődlegesen javasolt pszichoterápiás módszer szenvedélybetegek populációjában a kognitív-viselkedésterápia (CBT). Kettős diagnózisú páciensek esetén ajánlott módszer a sématerápia, mely célzottan foglalkozik mind a szenvedélymagatartással (például: szerhasználat), mind a komorbid pszichopatológiával. Emellett a dialektikus viselkedésterápia alkalmazása is javasolt [56].

Az egyik leggyakrabban alkalmazott, klinikai bizonyítékokon alapuló intervenció a kognitív viselkedésterápia, melynek eredményességét számos metaanalízis támasztja alá [57]. A standard kognitív terápia strukturált, időhatáros intervenció, fő fókuszja az irracionális gondolatok azonosításán és módosításán van. A relapszus prevenció során a magas kockázatú helyzetek azonosítása, az elvárások megváltoztatása, valamint az énhatékonyság növelése a cél. A módszer hatékonyságát ez esetben is több meta-analízis igazolta [58]. A kognitív viselkedésterápia hatékonysága az alkoholfogyasztás csökkentésére akkor is igazolt, amikor automatizált intervenciókat (például: mobiltelefonos applikációt) alkalmazunk [59]. Egy másik gyakran alkalmazott intervenció a Motivációs Interjú [60], amelynek célja maximalizálni az alkohollal visszaélő személy intrinzik motivációját a változás irányába, illetve növelni a kezeléssel kapcsolatos együttműködését. Ennek hatására segít fenntartani a beteg motivációját az alkoholfogyasztás felhagyását követően, hogy képes legyen lemondani az alkoholfogyasztás rövidtávú pozitív hatásairól és tolerálja az elhúzódó megvonásos tüneteket akár hosszabb távon is [61]. A klinikus empatikus, nem ítélező, támogató hozzáállásán keresztül vizsgálja az alkohollal visszaélő személy ambivalens tendenciáit az addiktív viselkedés megváltoztatásával szemben, valamint segít feltárni az egyén pszichés erőforrásait, amelyek segíthetnek a relapszus megelőzésében [62]. A technika hatékonyságát kevésbé befolyásolják az érintett demográfiai jellegzetességei (például: kor, nem, fogyasztási súlyosság), mint az intervenció elrendezése, hiszen az egyéni hatékonyabbnak bizonyult a csoportnál [63].

Mivel az alkoholhasználat zavar gyakran nemcsak az egyén problémája, hanem családi rendszerszintű elakadás is, javasolt az egyéni terápia mellett pár- és családterápiás beavatkozásokat is választani, melynek hatékonyságát metaanalízis igazolja [64]. Leggyakrabban a viselkedési technikákon alapuló módszereket és a megoldásfókuszú technikákat alkalmazzák az alkoholfüggő családok kezelésében, melyek sokszor az egyéni terápianál hatékonyabban támogatják az érintettet és hozzátartozóit is [65].

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

Emellett a csoportos beavatkozások hozzájárulhatnak a betegek izolációjának csökkentéséhez, empátikus készségeik javulásához, illetve korrekciós hatást gyakorolhatnak az egyén azon alapvető élményeit illetően, miszerint egyedül kell megküzdenie problémáival.

Komorbid állapotok pszichoterápiájára különböző szakpszichoterápiás eszköz alkalmazása lehetséges. Lehetőségként felmerül például a kettős fókuszú sématerápia, mely a személyiségzavar tüneteit megcélzó sématerápiás elemek mellett külön eszközöket kínál a szerhasználat visszaszorítására és a relapszusprevencióra [66, 67], melynek hatékonyságát utánkövetéses vizsgálatok is igazolják [68].

Amennyiben az alkoholhasználat zavar vagy az alkohol okozta dependencia mellett borderline (érzelmileg labilis) személyiségzavar vagy narcisztikus személyiségzavar diagnózisa is fennáll, alkalmazhatjuk az áttétel-fókuszú pszichoterápiát (TFP), vagy a mentalizáció alapú terápiát (MBT) [69]. A személyiségzavar tüneteinek javulása hosszú távon elősegítheti az alkoholhasználatot illető relapszus megelőzését is, ám ehhez az üléseken való józan megjelenésre, és a terápiát megelőzően már fennálló 3 hónapos absztinenciára van szükség [70]. Az absztinencia eléréséhez és fenntartásához szükség esetén kiegészítő terápia indikálható, mint például: kórházi elvonó, rehabilitáció, 12 lépéses anonim önségítő csoportok (elsősorban AA), ambuláns addiktológiai kezelések. A függőségre irányuló kezelés önmagában azonban nem javít jelentősen a patológiás személyiség szerveződésen [71]. A TFP hatékonysága többek között randomizált kontrollált vizsgálat során is igazolódott [72].

A borderline személyiségzavarral együtt járó, impulzivitásból fakadó alkohol használat gyakoriságának csökkentésére a dialektikus viselkedésterápia (DBT) intervenciói bizonyulnak fokozottan hatékonyak [73].

Mindfulness alapú pszichoterápiák alkalmazása bizonyítottan hatékony lehet a visszaesés megelőzésben, többnyire a járulékos szorongásos tünetek csökkentése kapcsán, de a sóvárgás csökkentésben is jelentős szerepet játszhat [74,75].

Tisztázandó kérdés a pszichoterápia időzítése, főként az absztinencia szempontjából, illetve annak meghatározása, hogy ambuláns, osztályos vagy közösségi terápiás ellátásra van-e szükség. A frissen elért absztinencia, illetve a detoxifikáció idején a visszaesésnek való kitettség kockázata magas, az ambuláns pszichoterápiás kapcsolat megtartó ereje elégtelen lehet. Krízisintervenció, a felépülési motiváció megteremtésére, relapszus prevenciók céljaira, illetve hosszabb távú pszichoterápiás kezelésre azonban az ambuláns ellátás nyújt teret. Az osztályos kezelés során pszichoterápiás intervenciók lehetősége limitált, általában pszichoszociális támogatás valósulhat meg. Ez alól a Minnesota modell képez kivételt. A pszichoterápiás rezsimmintaként működő hosszabb távú osztályos kezelés ötvözi mind a közösségi ellátás adta előnyöket, mind a pszichoterápia gyógyító lehetőségeit.

2.3.3. Szociális terápiák

Ajánlás⁹

A farmakoterápia és pszichoterápia mellett azon kliensek körében, akik nem utasítják el a spirituális szemléletet, illetve a közösségi terápia szemléletmódját, kiegészítésként ajánlott javasolni az anonim önségítő csoportokba járás gyakorlatát is. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Hazánkban a legkönnyebben hozzáférhető kezelési formát a 12 lépésre épülő, kölcsönös segítségen alapuló csoportok jelentik. Ez az önkéntes és ingyenes módszer az AD-t egy progresszív, gyógyíthatatlan betegségnek tartja, amelynek fizikai, érzelmi és spirituális komponensei vannak. Az élethosszig tartó absztinenciát tűzi ki célul. Hatékonysága a szociális kapcsolatok változására és az énhatékonyság növekedésére vezethető vissza.

A házas, családban élő AD-val küzdő betegek számára fontos lehet a hozzátartozók bevonása a kezelésbe. Azok az intervenciók, amelyek erősítik a családi köteléket és a párkapcsolatot, hatékonyak alkoholfüggőség kezelésében. Azok számára, akik segíteni szeretnék AD-val küzdő hozzátartozójukat, az AI-Anon Családi Csoport jelenthet megoldást, amelynek alap gondolata, hogy az AD családi kontextusban kialakuló betegség, és a család hozzáállásának megváltoztatása hozzájárul a betegek felépüléséhez.

Az olyan problémás alkoholhasználók hozzátartozói számára, akik nem vesznek részt semmilyen kezelésben, segítséget jelenthet a *Community Reinforcement and Family Training* (CRAFT). [76] Ez a módszer a

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

hozzátartozókkal foglalkozik csoportos vagy egyéni formában annak érdekében, hogy az ő viselkedésváltozásuk és életminőségük javítása révén a problémás alkoholhasználó családtag vállalja a kezelést.

A szociális terápiák leginkább az integrált terápiás rendszerekben tudnak hatékonyan működni (ahol egy intézményrendszeren belül működnek egészségügyi és szociális szolgáltatások), de ezek hálózati működtetése is hozhat hatékony ellátási formát. Az ilyen rendszerek szereplői az egészségügyi alapellátás mellett az addiktológiai szakrendelők és gondozók, illetve a szenvedélybetegek szociális alapszolgáltatásai (nappali ellátók, közösségi és alacsonyküszöbű szolgáltatások). [77]

2.3.4. Egyéb terápiák

A tanulásemletemen alapuló viselkedésterápiák alapja, hogy kondicionálási folyamatok során megerősítést nyer az alkoholfogyasztási viselkedés, és ezeket a folyamatokat kell az intervenció során felülmúlni. Az ingerexpozíciós terápiák (*cue-exposure therapy*, CET) is ezen a folyamaton alapulnak. A módszer célja megküzdési módokat kialakítani az alkoholsóvárgás megszüntetéséhez a kondicionált ingerek semlegessé tételével. A beteg kontrollált körülmények között találkozik az alkohollal kapcsolatos ingerekkel, így képes megtapasztalni a sóvárgást egy olyan helyzetben, amikor nem lehetséges annak alkoholfogyasztással való enyhítése. Az alkohollal kapcsolatos ingerek bemutatása gyakran képek formájában valósul meg, de előfordul, hogy a betegeknek alkoholos italokat kell érintenie és/vagy szagolnia. Az első módszer ökológiai validitása megkérdőjelezhető, míg a második módszer etikai aggályokba ütközik, ráadásul a fogyasztási gyakoriságra gyakorolt hatása csekély [78]. Megoldás lehet a virtuális valóság alkalmazása. A virtuális valóság technológia lehetőséget ad arra, hogy a való élethez hasonló helyzeteket hozzunk létre, ezáltal növelve a CET eredményességét. Ehhez járul hozzá, hogy lehetőségünk van egyszerre többféle szenzoros ingerrel szembesíteni személyt, például az ital látványával, illatával, a kiöntés közbeni csobogás hangjával, a pohár vagy üveg megfogásával. Az alkoholhoz kapcsolódó ingereken kívül az emocionális és szociális aspektusát is tudjuk ingerelni a sóvárgás kialakulásának, például szociális interakciók létrehozásával. Ezáltal növekszik a kezelés való életben való hasznosításának lehetősége [79].

2.3.5. A terápiás kombinációk

Az alkohol használati zavarral, és általában az addiktológiai zavarokkal küzdő páciensek ellátásában a probléma multikauzalitásából fakadóan kiemelt kérdés a különböző terápiás módok kombinációjának kérdése. A kombináció hatása lehet véletlenszerű, azonos irányú, komplementer és akár ellentétes hatást kiváltó is. Az eltérő kezelési modalitások során különböző szemléletek jelenhetnek meg (például: gyógyszeres kezelés során a páciens passzivitása, szemben a pszichoterápiás szemléletben megjelenő aktív, saját gyógyulásáért felelős pácienssel), valamint kedveznek a játszmák kialakulásának. Emiatt kiemelten fontos a különböző kezelők közötti megfelelő, transzparens kommunikáció és a páciens ellátással kapcsolatos részletes tájékoztatása. A nem-gyógyszeres terápiák lehetőségeit a **4. számú táblázatban** (XI. fejezet 1.3 táblázatok 1.3.4 számú táblázat: Az alkoholdependencia nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciók) foglaltuk össze.

3.1. Alkohol okozta megvonási szindróma – Elméleti háttér

Az AD-vel diagnosztizált páciensek több mint felénél betegségük lefolyása során rendszeresen kerül sor hospitalizációra alkohol okozta szindróma (AMSZ; F10.30), avagy alkoholmegvonás (6C40.40., DSM-5) miatt. Az AMSZ egy olyan potenciálisan életet veszélyeztető összetett kórkép, melynek kezelése belgyógyászati, neurológiai és pszichiátriai ismereteket igényel. Az AMSZ ellátása nem kizárólag pszichiátriai osztályokon történik. Az AMSZ előfordulása intenzív terápiás osztályokon közel 30%. A megvonási szindróma talaján 5-30%-ban megvonásos konvulzív roszullét (mKR), 5%-ban delírium tremens (DT) alakul ki. Az mKR és a DT mortalitása 1-3% illetve 5% [80].

Alapvetően az AMSZ a központi idegrendszer túlműködésével jellemezhető. A tünetek hátterében idegkémiai és idegéletteni szempontból a glutamát-okozta excitáció, a GABAerg hatás megszűnése, az excesszív adrenerg hatás, a HPA tengely túlműködése, továbbá a következményesen kialakuló dopaminerg és szerotonerg transzmisszió diszfunkciója áll. Ily módon neurokémiai szempontból az AMSZ jellegzetes tüneteit két nagyobb csoportra bonthatjuk. A pszichés és neurológiai tünetekre (szorongás, agitáció, tremor), melyeket elsősorban az intenzív glutamát hatás és a dopamin egyensúly felborulása magyaráz. Illetve a vegetatív idegrendszer túlműködésével járó

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

tünetekre (tachycardia, vérnyomás emelkedés, hányinger, fejfájás), melyeket elsősorban a nagymértékű adrenerg hatás és a HPA tengely túlműködése magyaráz.

3.2. Alkohol okozta megvonási szindróma – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Az AMSZ tünete az utolsó alkohol elfogyasztását követően megközelítőleg 8-24 órával jelennek meg. A szakirodalom egymástól eltérő módon rendszerezi a tünetek minősége és súlyossága szempontjából a megvonási szindrómát.

A nem-komplikált AMSZ esetén, mely az esetek közel 80%-t teszi ki, döntően enyhe-középsúlyos, fekvőbeteg ellátást nem igénylő megvonási tünetekről van szó, melyek közös jellemzője, hogy a mKR és a DT tünete nincsenek jelen. Míg komplikált AMSZ-ről beszélhetünk abban az esetben, ha a mKR és/vagy DT tünete is jelen vannak.

A nem-komplikált és komplikált klasszifikáció mellett, amennyiben a megvonási szindrómát tüneti spektrumként írjuk le, érdemes megemlíteni azt az elképzelést, miszerint míg az enyhe és közepesen súlyos fokú megvonás nem jelent veszélyt az mKR és a DT kialakulására vonatkozóan, a súlyos fokú AMSZ egyértelmű rizikófaktora a DT, illetve az mKR kialakulásának, sőt az is feltételezhető, hogy a megvonási tünetcsoport legsúlyosabb formájának a delírium szindróma tekinthető. Mindenesetre az erre vonatkozó megbízható szakirodalmi adatok egyértelműen felhívják a figyelmet az mKR és DT rizikófaktorainak kiemelt fontosságára az AMSZ ellátása során.

A szorongás, a hányinger és hányás és a tremor az első és leggyakoribb tünete a megvonási szindrómának. Az AMSZ súlyosbodásával egyrészt olyan vegetatív hiperaktivitással járó tünetek jelennek meg, mint a vérnyomás-emelkedés, tachycardia, hányinger, fejfájás, intenzív verejtékezés, másrészt a KIR intenzív izgalmi állapota miatt súlyos fokú szorongás és pszichomotoros agitáció.

Az enyhe AMSZ esetén a tünetek általában kezelés nélkül 5-7 nap alatt lezajlanak. A közepesen súlyos fokú és súlyos fokú megvonási szindróma esetén intervencióra van szükség. A megvonási tünetek felismerésére az alapvető pszichés, neurológiai és belszervi vizsgálatok mellett rendelkezésre áll az Alkohol Megvonási Skála (AMS) [81, 82]. Az eredeti verzió, a Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) a kilencvenes évek óta a különböző szakmai irányelvek részét képezi. A 10 tételes skála az alapvető tüneteket méri, a maximális pontszám 67, ahol 7 pont felett intervencióra van szükség. Az AMS nem kizárólag a megvonási tünetek felismerésére, a tünetek nyomonkövetésére is alkalmas. Az AMS mellett érdemes annak felismerése is, hogy a páciens milyen rizikóval rendelkezik súlyos fokú megvonási tünetek, komplikált megvonási szindróma kialakulására vonatkozóan. Erre alkalmas Maldonado és munkatársai által kifejlesztett skála a Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) [83].

Ajánlás10

Az AMSZ felismerését és a súlyosság rizikó becslését követően a terápia során az AMS alkalmazható, annyi kiegészítéssel, hogy tekintettel a bázisterápiát képező benzodiazepinek szedatív mellékhatásaira érdemes a szedáció mértékének nyomon követése, melyre a Richmond Agitáció Szedáció Skála (RASS) [84] alkalmas. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Az AMSZ alapvető tünete az **5. számú táblázatban** (XI. fejezet 1.3 táblázatok, 1.3.5. számú táblázat: A komplikált és nem komplikált Alkohol Megvonási Szindróma tünettana) foglaltuk össze.

3.3. Alkohol okozta megvonási szindróma – Terápia

A megvonási szindróma gyógyszeres kezelése két módon történhet: fix-dózisú, illetve tünet-központú séma alapján.

A fix-dózisú terápia egy előre meghatározott dózisú gyógyszert választ a kezelés alapjának, melyet kisebb dózisokban csökkent.

Míg a tünet-központú terápia lényege, hogy a páciens az észlelt tünetek súlyosságának megfelelő gyógyszeres kezelésben részesül és a terápia szükségessége meghatározott időközönként elbírálásra kerül. Ebből adódóan a tünet-központú séma alkalmazásához szükség van olyan eszközökre, melyekkel a páciens tünetei objektivizálhatóak, így biztosítva a szindróma lefolyásának biztonságos után követését. Ebben nyújt segítséget a fentebb említett AMS és a RASS.

A megvonási szindróma bázisterápiájának a benzodiazepinek tekinthetőek (BDZ) a potens GABA-A agonista hatásuk miatt. A BDZ-k heterogén csoportjából megvonási szindrómában a hosszú felezési idővel és aktív metabolitokkal bíró diazepam és chlórdiazepoxid, továbbá a rövidebb felezési idővel rendelkező lorazepam és oxazepam emelendő ki, de alkalmazhatunk alprazolamot (ennek akár lassan felszívódó SR formáit is), valamint clonazepam-ot is. Az egyes BDZ-k közötti különbségek, ha nem is tekinthetőek számottevőnek, bizonyos speciális alkalmazási különbségek fellelhetőek közöttük. A hosszú felezési idejű szerek esetén megjegyzendő a szedatív mellékhatások gyakoribb előfordulása, a diazepam preferált választásnak tekinthető olyan páciensek esetén, akiknek az kórelőzményükben DT előfordul, illetve a megvonási szindróma kezdeti szakaszában mKR. Míg a rövidebb felezési idővel rendelkező szerek előnyt élveznek olyan páciensek esetén, akiknél májbetegség, továbbá DT áll fenn. Mindezek alapján az ellátási séma kialakítása során elsődlegesen a májbetegség fennállására és a DT kockázatára kell figyelemmel lenni. A BDZ-ek mellett, főként DT fennállása esetén a propofol és a fenobarbitál alkalmazása is felmerülhet intenzív osztályon kezelés alatt álló, intubált páciensek esetén. Amennyiben periorálisan BDZ nem adagolható, úgy értelemszerűen elsősorban diazepam, amennyiben az elérhető, lorazepam és az előbbieket hiányában pedig midazolam is adható, ugyanakkor ultrarövid felezési idejére tekintettel ebben az esetben a tünet-központú terápiás séma elveit mindenféleképpen szükséges alkalmazni.

A BDZ terápia mellett, amennyiben kontraindikáció (BDZ ko-dependencia) miatt az nem alkalmazható, nem-BDZ típusú terápia is szóba jön.

Az antiepileptikumok közül a fenitoin alkalmazása széles körben elterjedt, elsősorban az mKR megelőzésében, továbbá meggyőző adatok állnak rendelkezésre annak hatásosságára vonatkozóan. Az antiepileptikumok közül a karbamazepin (CBZ) és az oxcarbamazepin (OXC) emelendő ki, melyeknek pozitív hatása lehet az enyhe-mérsékelt megvonási tünetek csökkentésére vonatkozóan. Az antiepileptikumok mellett tekintettel az excesszív adrenerg hatásra, felmerül az alfa-2 adrenerg receptor agonista szerek, mint a clonidin és a dexmedetomidin alkalmazásának lehetősége (klonidin, dexmetomidin).

Az antipszichotikumok alkalmazásának hatásosságára vonatkozóan megvonási szindrómában nem áll rendelkezésünkre szakirodalmi adat. A fenotiazinok és butirofenonok alkalmazása kontraindikáltnak tekinthető AMSZ-ban, tekintettel ezen szerek görcsküszöb csökkentő hatására.

A korábbiakban javasolt, és alkalmazott diuretikumok alkalmazásának szükségességére és azok a megvonási tünetekre gyakorolt jótékony hatására vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat, így azok alkalmazása szükségtelen, sőt egyes diuretikumok (például: spironolakton) alkalmazása mellékhatásai miatt rendkívüli veszélyt hordoz magában.

DT tüneteinek észlelése során a BDZ terápia folytatása javasolt elsődlegesen a fentebb említett kikötéssel, miszerint elsősorban a diazepam és a lorazepam alkalmazása a legbiztonságosabb. MKR esetén antiepileptikus terápia alkalmazása szükségtelen, kivéve, ha annak indikációja nem a megvonási szindróma tüneteinek csökkentése.

Összefoglalva elmondható, hogy a megvonási szindróma kezelésében az elsődlegesen választandó szereknek a BDZ-k tekinthetőek, másodvonabeli szerekként tekinthetünk a propofolra és a fenobarbitálra, míg harmadvonabeli választásnak tekinthetőek az antiepileptikumok és az alfa-2-receptor agonisták. Antipszichotikus medikáció alkalmazása megvonási szindrómában relatív kontraindikációnak tekinthető, diuretikumok alkalmazása szükségtelen, míg etil-alkohol alkalmazása kontraindikált. Az egyes farmakonok alkalmazási lehetőségei a **6. számú**

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

táblázatban (XI. melléklet 1.3 táblázatok, 1.3.6. számú táblázat: Az Alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerek indikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével) láthatóak [80, 85].

Az AMSZ ellátásának algoritmusát a **4. számú**ábrán foglaltuk össze. (XI. Mellékletek, 1.4 Algoritmusok, 1.4.1. számú ábra: Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus).

4.1. Alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal – Elméleti háttér

Az alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal (F.10.40), avagy az alkohol-indukálta delírium (6C40.50), másnéven delírium tremens (DT) a delírium szindrómáknak azon típusa, mely AMSZ talaján alakul ki. A megvonási szindrómában bekövetkező neurális változások, melyek delirium esetén elsődlegesen a dopaminerg és a noradrenerg rendszerek egyensúlyának felborulására vezethetők vissza, másodlagosan kialakuló összetett neurális működészavart hoznak létre, mely a tudat vigilitásának, integritásának felborulásához vezet. Ily módon sérül megváltozik a figyelem, a koncentráció, az orientáció, a memória funkciók, tévely észlelések – döntően vizuális és taktilis -, továbbá delúziók alakulhatnak ki. Ezt az akut pszichoszindrómát hívjuk DT-nek, melyben a delírium szindróma klasszikus neuropszichátriai tünetei mellett a súlyos fokú megvonási szindróma tünetei is fennállnak. Itt hangsúlyos kiemelni, hogy az AMSZ tünetei közül főképp a glutamaterg, noradrenerg és a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengely túlműködésével magyarázható tünetek dominálnak – autonóm működések diszfunkciója -.

A DT előfordulása 5-20% közötti, mortalitása az optimális terápia mellett is elérheti az 5%-ot.

4.2. Alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika**Ajánlás11**

Diagnosztikai szempontból terápiás konzekvenciák miatt érdemes hangsúlyozni, hogy rendkívül fontos a kialakult delírium szindróma okának azonosítása. A delírium szindróma kulcs tüneteinek (figyelem és tudatosság zavara; memóriadeficit, dezorientáció, vizuospeciális vagy percepció zavara) fennállása mellett DT esetén az AMSZ diagnosztikai kritériumainak is fenn kell állnia. Habár az AMSZ lefolyása során nem kizárólagos annak súlyosbodásával a DT kialakulása, de megvonási szindróma nélkül DT nem alakul ki. A DT kockázatbecslése AMSZ-szal diagnosztizált páciensek esetén kulcsfontosságú. Erre segítségünkre van a megvonási szindróma kezdetén alkalmazott a korábbiakban tárgyalt PAWSS skála, mely a komplikált (DT és/vagy mKR) megvonási szindróma kialakulásának lehetőségét jelzi, továbbá az elmúlt évtizedben számos közlemény igazolta a DT markáns prediktorait, melyet a 7. számú táblázatban (XI. Melléklet 1.3.7. számú táblázat: A delirium tremens főbb kockázati tényezői) foglaltunk össze [82, 86, 87]. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

4.3. Alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal – Terápia

A szakmai konszenzus értelmében az AMSZ-hoz potenciálisan társuló DT feltárása az első 6-72 órában válik leginkább lehetségessé [82]. A DT az esetek többségében az AMSZ korai tüneteinek megjelenésétől számított 3 napon belül jelentkezik. A megfelelő terápia kiválasztása előtt szükséges a tünetek háttérében álló egyéb potenciális tényezők azonosítása/kizárása, ideértve a különböző fertőzéseket (például: agyhártyagyulladás, agyvelőgyulladás), traumákat (például: koponyaűri vérzés), a cerebrovaszkuláris háttérrel, a potenciális súlyos alváshiányt vagy az antikonvulzívumok szedésével kapcsolatos compliance hiányát. A DT megelőzésének legjobb megközelítése a már fennálló medikális problémák és megvonási szindrómák azonosítása és akut kezelése. Az AMSZ-hoz társuló DT fő kezelési céljai az agitáció kontrollálása, a rohamok kockázatának csökkentése, valamint a sérülés és a mortalitás kockázatának csökkentése a következő módszerek alkalmazásával, illetve az alábbi szempontok figyelembevételével történik [16]:

- A terápia fekvőbeteg-ellátás keretein belül, lehetőleg intenzív osztályon történik
- Az elektrolitok, a hasnyálmirigy enzimek, a hematokrit és a vérlemezkeszám monitorozása mellett javallott májfunkciós vizsgálatok elvégzése
- A vitális jelek gyakori ellenőrzése (15-30 percenként) nyugodt, megfelelően megvilágított helyiségben történik

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

- A beteg időbeli és térbeli orientációjának korrigálása folytatólagosan, a beteg aktuális tudatállapotának monitorozása mellett zajlik
- Intravénás tiamin adagolása 500mg-os dózisban naponta egyszer vagy kétszer, 3 napon keresztül, a potenciális túlhidratáltság kockázatának tartós kontrollja mellett
- Az agitáció csökkentése, az alvás elősegítése, valamint a roham kialakulási kockázatának csökkentése érdekében farmakoterápiás beavatkozás lehet szükséges. Az elsődlegesen javasolt farmakoterápia benzodiazepinek alkalmazását jelenti, lehetőleg intravénásan, elég nagy dózisban ahhoz, hogy a beteg enyhén szedált, de még ébreszthető állapotban maradjon, miközben életjeleit a delírium megszűnéséig (kb. 3 nap) figyelemmel kell kísérni. Az első napon a dózis a céltünetek kontrollja érdekében szükséges mennyiség beállítását jelenti (például: 15 mg diazepam). Ehhez részletesebb támpontokat a következőkben felsorolt javaslatok nyújtanak:
 - A kezelés megkezdése 5mg intravénás dózissal (2.5 mg/perc)
 - Szükség esetén 10 perc múlva ennek megismétlése
 - Amennyiben szükséges, további 10 perc elteltével még 10mg beadása intravénásan
 - Ha továbbra is szükséges, még 10 perc elteltével újabb 10 mg adminisztrációja
 - Ezt követően, amennyiben még mindig szükséges a diazepam adagolása, 10 perc elteltével 20mg beadása
 - Majd szükség szerint folytatni az adagolást óránként 5-20mg beadásával
- A benzodiazepinek mellett kiegészítő gyógyszerek alkalmazása lehet indokolt, például antipszichotikum (például: haloperidol) adása kontrollálatlan, agitált viselkedés vagy hallucinációk jelentkezése esetén (0.5-5.0 mg intravénásan vagy súlyos agitáció vagy hallucináció esetén intramuszkulárisan 30-60 percenként – a dózis nem haladhatja meg a 20 mg-ot; vagy 0.5-5.0 mg szájon át 4 óránként 30 mg-ig)

Ajánlás12

Összességében elmondható, hogy a DT kezelése ugyan történhet akut pszichiátriai/addiktológiai osztályon, de tekintettel a magas mortalitásra, a prompt fellépő intenzív terápiás beavatkozást is szükségessé tevő szövődmények kialakulására (például malignus aritmiák) a magas kockázatú páciensek (klinikailag szignifikáns szomatikus társbetegség fennállása) kezelésének intenzív terápiás osztályon vagy akut belgyógyászati osztályon kell, hogy történjen. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Pszichofarmakológiai szempontból, amennyiben bizonyos az AMSZ, mint kóroki tényező szerepe, a BDZ terápia folytatása javasolt – szignifikáns megvonási tünetek hiányában a BDZ terápia a delírium szindróma tüneteit ronthatja -, figyelemmel annak szedatív hatására, továbbá a kialakult agitáció, tévely észlelések és delúziók miatt antipszichotikus terápia bevezetése javasolt. A haloperidol és az olanzapin terápia hatásossága kiemelendő. Emellett választható szer lehet a tiaprid, a riszperidon és a kvetiapin.

A pszichofarmakoterápia mellett a páciens szoros obszervációja, monitorozása, az elektorilit- és folyadékháztartás kontrollja és rendezése kulcsfontosságú.

5.1. Alkohol okozta pszichotikus zavarok – Elméleti háttér

Az alkohol okozta pszichotikus zavarok (APZ), melyeket a szakirodalom gyakran „alkoholos hallucinózis”-ként említ, olyan kórképek összefoglaló neve, melyek pszichotikus tünetekkel (például: hallucinációk, delúziók, dezorganizált gondolkodás vagy beszéd) járnak és alkoholos intoxikáció vagy megvonás alatt és után jelentkeznek. Az ICD-11 klasszifikációs rendszer alapján négy formája különíthető el a kórképnek a domináns pszichotikus tünet alapján (APZ hallucinációkkal, delúziókkal, kombinált pszichotikus tünetekkel továbbá a nem-specifikált forma). A kórképek hátterében álló patofiziológiai folyamatok részleteiben ugyan nem ismertek, de feltételezhetően az arra érzékeny egyének esetén az alkoholhatás, illetve megvonás során a dopaminerg és a glutamáterg rendszer felborulása okozza a tüneteket.

5.2. Alkohol okozta pszichotikus zavarok – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Az APZ-ék diagnózisa elsődlegesen klinikai diagnózis, ahol különös figyelemmel kell lenni a páciens kórtörténetére az egyéb, fennálló mentális betegségek (szkizofrénia, hangulatzavarok) kizárása miatt. A diagnózis lényeges eleme, hogy a pszichotikus tünetek megjelenésének összefüggősben kell lenniük az alkoholhasználattal vagy az alkohol megvonással és legalább 1 hónapig fenn kell, hogy álljanak ezt követően.

5.3. Alkohol okozta pszichotikus zavarok – Terápia

Az APZ-ék esetén specifikus terápiára vonatkozóan heterogén adatok állnak csak rendelkezésre. Ugyanakkor az elmondható, hogy elsősorban a szer-indukálta pszichózisokra vonatkozó elveket kell követni. A pszichotikus tünetek csökkentésére második generációs antipszichotikumok alkalmazandóak. Az első generációs, továbbá az erőteljes dopamin 2-es receptort befolyásoló antipszichotikumok alkalmazása AD-vel diagnosztizált páciensek esetén kerülendő, annak potenciális drog-kereső magatartást fokozó mellékhatásuk miatt. AD fennállására vonatkozóan a diagnosztikai elvek szerint kell eljárni. Mindemellett, amennyiben AD diagnózisának lehetősége felvetődik, az adott fejezetben tárgyaltak szerint kell eljárni [88, 89].

6.1. Wernicke-enkefalopátia – Elméleti háttér

A Wernicke-enkefalopátia (WE) hasonlóan a Korszakoff-szindrómához a tiamin hiány talaján kialakuló neuropszichiátriai kórképek. A tiamin kulcsfontosságú ko-faktora számos metabolikus folyamatban résztvevő enzimnek, úgy, mint a transzketoláznak, az alfa-ketoglutartát dehidrogenáznak és a piruvát dehidrogenáznak. Az említett enzimek alulműködése olyan toxikus köztes termékek felszabadulásához vezet, melyekre az agy bizonyos régiói rendkívül érzékenyek és ezen agyi területek (cerebellum, corpus mamillare, III. és IV. agykamrák circumventriculáris régiói) léziói vezetnek a jellegzetes tünetek kialakulásához, melyek WE esetén akután, míg Korszakoff-szindróma esetén krónikus, irreverzibilis formában jelentkeznek. A tiamin hiánynak az oka számos más betegség is lehet, de leggyakrabban AD-vel diagnosztizált páciens esetében találkozunk vele [90].

6.2. Wernicke-enkefalopátia – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

A WE diagnózisa elsődlegesen klinikai diagnózis. Az AD diagnózisa és a kulcstünetek, mint a végtagi ataxia, az oftalmoplégia továbbá a pszichés tünetek (dezorientáció, figyelem- és koncentráció zavara) fennállása a diagnózis felállításához elegendő. A tiaminra adott pozitív válaszreakció szintúgy megerősíti a diagnózist. Differenciáldiagnosztikai szempontból az akut ataxia és a delírium szindróma fennállását kell kizárni [90].

6.3. Wernicke-enkefalopátia – Terápia

A WE terápiája a tiamin pótlására támaszkodik. WE esetében napi 500 mg tiamin alkalmazandó 3-5 napig, majd napi 250 mg további 5 napon keresztül, parenterálisan. WE kockázati csoportba tartozó páciensek esetén is javasolt tiamin alkalmazása, annak biztonságossága miatt. Alacsony kockázati csoportban (májbetegség fennállása, nem-komplikált, de kezelést igénylő AMSZ során) periorális úton napi 300 mg tiamin alkalmazható. Magas kockázati csoportban (májelégtelenség, alultápláltság, komplikált AMSZ során napi 300 mg tiamin alkalmazása javasolt parenterális (intramuszkuláris vagy lassú infúzió) formájában [91]. Az elérhető szisztematikus áttekintő tanulmányok [92] az AD-vel, illetve AMSZ-el küzdő kliensek esetén limitált eredményességet határoztak meg az olyan dietetikai beavatkozások esetén, mint a tiamin, a multivitaminok, az aminosavak, a magnézium vagy a probiotikumok pótlása, igaz, ennek egyebek mellett az áttekintett tanulmányok eltérő módszertanából adódó okai is voltak. A jövőben így szükséges volna a dietetika alkoholológia terén mutatott potenciális lehetőségeinek bővebb feltérképezése.

7.1. Korszakoff-szindróma – Elméleti háttér

A Korszakoff-szindróma (KSZ) a WE késői manifesztációjának tekinthető döntően a pszichiátriai tünetek túlsúlyával. Háttérében a krónikus tiamin hiány áll a WE (6.1.1.) fejezetben említett patomechanizmussal, kiemelve a corpus mamillare érintettségét, mely a Papez-gyűrű megszakadásával és a memória funkciók felborulásának dominanciájával jellemezhető.

7.2. Korszakoff szindróma – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

A KSZ esetén is fennáll a WE esetén említett diagnosztikai elv, miszerint a diagnózis elsődlegesen klinikai diagnózis. Az AD diagnózisa és a kulcstünetek, mint a retrográd-, az anterográd amnézia, a konfabuláció (mely nem minden esetben áll fenn), a szenzoros feldolgozás zavara továbbá az affektus kiüresedése, fennállása a diagnózis felállításához elegendő [93]. Tekintettel a KSZ-ben észlelhető domináló kognitív deficit tünetekre, differenciál diagnosztikai szempontból az egyes demenciák fennállása kiemelendő. Az egyes neuropszichológiai tesztek (MMT, AKV) elvégzése segítséget nyújt a diagnózis felállításában.

7.3. Korszakoff szindróma – Terápia

A WE esetén részletezett korai beavatkozás segítséget nyújt a KSZ kialakulásának megelőzésében, ugyanakkor fennállása esetén, tekintettel a kórállapot irreverzibilis jellegére a terápia elsődlegesen a társuló és aktív pszichés tünetek mérséklésére korlátozódik. Továbbá a KSZ-ben szenvedő páciensek esetén a szociális szféra szerepét kell kiemelni.

8. Speciális populációk kezelése**8.1. Alkoholhasználat várandósság alatt**

A várandósság alatti alkoholfogyasztás összetett probléma, mely szociális, társadalmi és egészségügyi tényezőket is magába foglal. Az alkohol könnyen átjut a placentán, és a magzati vér alkoholszintje megközelíti az anyai szintet az anyai bevételt követő 2 órán belül. Az alkohol ismert teratogén, amely hatással lehet a magzat növekedésére és fejlődésére a terhesség minden szakaszában [94]. Világszerte a teljes népességben körülbelül a nők 10%-a fogyaszt alkoholt a terhessége során. A terhesség alatti alkoholfogyasztás átlagos prevalenciája a WHO országai közül az európai országokban a legmagasabb, 25,2% (95% CI 21,6–29,6). A terhesség alatti alkoholfogyasztás globális prevalenciája az általános populációban 9,8% (8,9–11,1), Magyarországon 25-35% közötti értékre tehető [95]. A magzati alkohol szindróma prevalenciája szintén az európai országokban a legmagasabb (37,4/10 000 fő, 95% CI 24,7–54,2). A globális prevalenciája a lakosság körében a becslések szerint 14,6/10 000 fő (95% CI 9,4–23,3), Magyarországon körülbelül 40-50/10000 fő-re tehető ez a szám [95]. A különböző irányelvek vegyes információval szolgálnak a terhesség alatti kismértékű alkoholfogyasztás káros hatásaival kapcsolatban, illetve jelenleg nincs bizonyítékokkal alátámasztott ajánlás a biztonságos alkohol mennyiségére sem, valamint azzal kapcsolatban sem, hogy a terhesség mely szakaszában milyen káros hatásokkal számolhatunk. A terhesség alatti kismértékű alkoholfogyasztás magzatra gyakorolt hatásával kapcsolatban korlátozott számú prospektív tanulmány érhető el. Egyes vizsgálatok alapján a kismértékű alkoholfogyasztás (32g/hét) 10%-kal növeli a koraszülés kockázatát (95%-os CI 0,95-1,28) [96].

Ajánlás13

A magzati alkohol szindrómával kapcsolatos NICE irányelv [97] a prevencióra, a várandósság alatti állapotfelmérésre és intervenciók tervre is kitér. Ezek alapján a várandós nőket már a szülést megelőző tanácsadások során fontos részletesen kikérdezni várandósság alatti alkoholfogyasztási szokásairól, a védőnővel folytatott konzultációk alkalmával érdemes kitérni a várandósság alatti alkoholfogyasztás kockázataira, valamint biztosítani, hogy az érintett nők további tájékoztatást igényelhessenek. A konzultációk során nyert információkat, beleértve az alkoholfogyasztást is, a szülési nyilvántartásban szükséges dokumentálni. Már a terhesség tervezésének szakaszában ajánlott tehát a páciens alkoholfogyasztási szokásainak felmérése a standardizált tesztek (például: AUDIT) segítségével a vele kapcsolatba kerülő egészségügyi személyzet által. Érdemes azonban szem előtt tartani azokat a tényezőket, melyek befolyásolhatják a válaszadási hajlandóságot (például: szégyen, büntudat, felügyeleti jog elvesztésétől való félelem, társas támogatottság hiánya, nagyfokú társadalmi megbélyegzettség), így egy biztonságos, elfogadó környezet kialakítása szükségszerű. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A pszichoszociális beavatkozások, így a rövid, egyénre szabott pszichoedukációval ötvözött eljárások ajánlottak. Céljuk megszüntetni, vagy csökkenteni a kockázatos alkoholfogyasztást. Három komponenst tartalmaznak: Figyelemfelkeltés: a kockázatok tisztázásával és a változásra való készség felmérése (1), Tanácsadás és a problémás alkoholfogyasztás csökkentésére és megszüntetésére irányuló stratégiák kialakítása (2), Énerősítés, a viselkedésváltozás támogatása, célkitűzésekben való segítségnyújtás és esetleges továbbirányítás (3). Kutatási

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

adatok bizonyítják, hogy a terhességet követően nagy a korábbi alkoholfogyasztási szintre való visszatérés aránya, mely szintén a kezelés fókuszába állítandó.

Ajánlott a populáció egyéni igényeire szabott csoportos kezelések (ambuláns vagy akár bentlakásos) alkalmazása, mely a társadalmi elszigeteltség csökkenésével, a sorstársak általi támogatottsággal jár együtt és támogatja a józanság kialakítását [98].

8.2. Fiatal felnőttek problémás alkohol használata**Ajánlás14**

Fiatal felnőttek rizikós alkoholfogyasztása esetén a rövid, akár egyszeri intervencióknak is igazolt sikeresége lehet a kicsapongó vagy kontrollvesztéssel járó alkoholfogyasztás csökkentésében [99], különösen akkor, amikor a motivációs interjú technikáit is beépítjük az intervencióba [100]. Akár egyetlen ülésben alkalmazott, alacsony költségvetést igénylő motivációs interjú, döntési mérlegelés és célkitűzési intervencióinak hatása egy éven át is igazolható nagyívó fiatal felnőttek esetében [101]. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Ugyanakkor a szűrőeszközök használata (például: AUDIT) ebben a populációban nem tűnik hatékony bejósoló eszköznek a tekintetben, hogy kit célozzanak meg a rövid intervenciók [102]. Ráadásul az alapellátásban zajló rövid intervenciók hosszútávú hatékonysága (1 év) csak férfiaknál igazolt, és az intervenció hosszának növelése csak kismértékben járul hozzá a hatékonysághoz [103].

8.3. További, speciális szükségletű alpopulációk**Ajánlás15**

A kezelés során mindenképpen szem előtt kell tartani azokat a speciális igényeket, melyek például traumatizált (traumainformált szemlélet) vagy transzgender pácienseknél, illetve az LMBTQ+ közösség tagjainál (affirmatív szemlélet) merülnek fel. Az LMBTQ+ személyeket érő hatások (például: internalizált homofóbia, kisebbségi stressz) fokozott kockázati tényezőt jelentenek a szerhasználati zavarok kialakulását illetően. A gender és szexuális kisebbségekhez tartozó személyek nagyobb valószínűséggel nagyívók vagy alkoholfüggők a heteroszexuális és ciszgender populációhoz viszonyítva, kifejezetten a nem ciszgender, heteroszexuális nők képeznek rizikócsoportot. A kezelés során a populációt érő speciális stresszorok figyelembevétele ajánlott [104]. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Ajánlás16

Szintén ehelyütt említhető az AD kezelésének gender szempontú megközelítése, mely lényegi különbségeket feltételez a női és férfi alkoholbetegség etiológiájában, tünetexpressziójában, valamint terápiás jellemzőiben egyaránt. A Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), felismerve az AD-ban szenvedő nők egyedi kezelési szükségleteit, bizonyítékokon alapuló irányelveket publikált a nők gender szemléletű kezelését illetően [105]. Ezen ajánlások között szerepel a kliensek kulturális kompetenciájának fejlesztése (például: AD tüneteinek szociodemográfiai háttere); a szakemberek érzékenyítése annak érdekében, hogy megértsék a nők életük során, számos területen betöltött gondozói szerep kapcsolataikra gyakorolt egyedi hatásait; az AD-ban szenvedő nőket érintő fokozott társadalmi megbélyegzés tudatosítása; a trauma-informált megközelítés fontosságának hangsúlyozása női kliensek esetén. A SAMHSA irányelvek a női alkoholprobléma komplex kezelésében nem csak a klinikumban dolgozó szakemberek és szolgáltatások (például: szűrés, intervenció), de a támogató szolgáltatások (például: szülők "nevelése"/edukációja; munkahelyi képzések), valamint a közösségi szupportív szolgáltatások (például: gyermekgondozás- és szállítás) szerepét is kiemelik. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ**1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban****1.1. Ellátók kompetenciája (például: licenc, akkreditáció, stb.), kapacitása**

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazása a legtöbb felsorolt ajánlás esetén addiktológus pszichiáter szakorvosi kompetenciakörbe tartozik, ily módon szakvizsgához kötött. A további ajánlások (például: pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás feladatok) klinikai szakpszichológusi, illetve pszichoterápiás szakvizsgákhoz köthetők. Az egészségügyi szakmai irányelv egyes ajánlásai továbbá alkalmazandók mind az alapellátásban, mind az intézményi ellátás (ambuláns- és fekvőbeteg ellátás) keretein belül.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A felsorolt, szűrőssel, állapotfelméréssel és diagnosztikai teendőkkel kapcsolatos tevékenységekhez szükséges szűrőtesztek és félig strukturált interjúk elérhetőek (ezek egy részét jelen egészségügyi szakmai irányelv függeléke is tartalmazza). A betegek vizsgálatához és a terápiás munkához nyugodt, zavartalan környezet biztosítása szükséges (például iroda). A betegek hatékony továbbirányítása elsődlegesen az ellátóhelyek közötti aktív kommunikáció által biztosítható.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az egészségügyi szakmai irányelv felnőtt, AD-val érintett populáció ellátására vonatkozik. A terápia fontos része a pszichoedukáció, vagyis a beteg saját egészségügyi állapotával és addikciójával kapcsolatos információk mélyítése, az esetleges tévhitek feloszlatása.

1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája**2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

Az egyes addiktológiai ellátóhelyek saját tevékenységi körébe tartozik az esetleges betegtájékoztatók és további, pszichoedukációs oktatási anyagok betegek számára történő biztosítása.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

A fentiekben említett szűrőtesztek és félig strukturált interjúk nem csak az állapotfelmérésben és a kezelési célok meghatározásában, de az ellátás során bekövetkező potenciális változások monitorozása céljából is alkalmazhatóak.

2.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A véralkoholszinttel összefüggésben megfigyelhető, jellemző klinikai tünetek alkoholintoxikáció esetén [16]
2. számú táblázat: Az alkoholhasználati zavar DSM-5 alapú tünetei [20]
3. számú. táblázat: Az alkoholdependencia farmakoterápiájában használt gyógyszerek, illetve azok alkalmazásának kontraindikációi
4. számú táblázat: Az alkoholdependencia nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho-és szocioterápiás intervenciók
5. számú táblázat: A komplikált és nem-komplikált Alkohol Megvonási Szindróma tünettana
6. számú táblázat: Az Alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerekindikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével [79, 84]
7. számú táblázat: A delirium tremens főbb kockázati tényezői [86]

2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus
2. számú ábra: Szűrési és intervenció algoritmus az alkoholhasználati zavar alapellátásban történő korai felismerésére és addiktológiai ellátás felé történő továbbirányítási indikációira vonatkozóan [17]
3. számú ábra: Az alkohol okozta dependencia diagnosztikai algoritmus

4. számú ábra: Az alkohol okozta megvonási szindróma ellátásának algoritmus

2.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Az alkoholos intoxikáció terápiája, amennyiben egészségügyi keretek között szükséges a sürgősségi ellátás hatókörébe tartozik. Ugyanakkor a detoxikálást követően, illetve bizonyos esetekben a detoxikálás alatt pszichiátriai beavatkozásra szükség lehet.

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

A betegutak felülvizsgálata, annak megállapítására, hogy milyen mértékben történik a betegtovábbítás a sürgősségi ellátás területéről (a detoxikálást követően) a pszichiátriai/addiktológiai ellátás irányába.

Ajánlás3: A klinikai interjúnak a páciens alkoholhoz való viszonyára, az alkoholhasználattal kapcsolatban megjelenő problémáira, az egyes társuló pszichés vagy belszervi/neurológiai tüneteinek feltárására és amennyiben elérhető a heteroanamnézisre kell támaszkodnia (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az addiktológiai ellátás keretein belül kezelt, AHZ-al diagnosztizált kliensek egyidejű belgyógyászati/neurológiai kivizsgálása.

Ajánlás7: Egyéb antipszichotikumoknak, mint például a tiapridnek, a kvetiapinnek a hatásossága AD-ben nem bizonyított, így alkalmazásuk indikáció hiányában kerülendő.

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

Az ajánlás szerint, indikáció hiányában kerülendő gyógyszerek ajánlás ellenére történő felírásának monitorozása (például: EESZT rendszerben).

Az AHZ mellett potenciálisan fennálló komorbid pszichopatológiai állapotok eredményes szűréséhez jelen egészségügyi irányelv számos validált mérőeszközt sorol fel.

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

Annak felülvizsgálata, hogy 1) az adott kezelőhelyeken, illetve 2) összességében magyar nyelven elérhetőek-e az egészségügyi szakmai irányelvben felsorolt, javasolt szűrőtesztek

Kimeneti indikátorok

A fennálló, AD-hoz köthető problémák és tünetek megszűnése vagy jelentős enyhülése, ideértve a társadalmi, (re) szocializációs eredményesség mutatóit is. Az eredményesség részterületei között említhetjük a családi kapcsolatokat, a különböző közösségekbe (például: munkahelyi, felsőoktatási) való beilleszkedést, potenciálisan az először vagy újra munkába állást és a munkahely megtartását, a mindennapi önállóság szintjének javulását, a személyes közérzet és életminőség pozitív változásait, a társas környezetre való hatás pozitív irányú változásait.

Az eredményesség mérése/bebecslése személyre szabott módon, az érintett egyéni képességeinek, kompetenciáinak, a fennálló AD súlyosságának és a társuló problémák mértékének mindenkori figyelembevételével történik.

Minőségi indikátorok

a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:

Az ellátórendszer által dokumentált, AD-vel diagnosztizált betegek között:

Az egyéni igényeknek megfelelő terápiás, valamint pszichoszociális ellátásban ténylegesen részesülők aránya

Megfelelő oktatási, valamint szociális elhelyezések aránya

Az ellátás hatékonyságának mutatói: tünetsúlyosság, absztinens időszakok hosszúsága, társuló pszichiátriai tünetek alakulása

A relapszust mutató, kezelésbe visszakerülő betegek aránya

Az akut ellátásra szorulóknak (például: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai kezelés, stb.) aránya

b) Ellátás különböző szinterein vizsgált indikátorok

- Az AD-val összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő változása
- Pszichoaktív gyógyszerek szükségessége, potenciális elhagyása
- Életminőség változásának nyomon követése szülők, családtagok és az érintett kikérdezésével
- Az addikciós tünetek súlyosságának alakulása standardizált mérőeszközök segítségével

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejártá előtt fél évvel kezdődik el. Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése esetén, valamint a hazai alkoholprobléma felmérését célzó, reprezentatív mintás epidemiológiai vizsgálatok újabb eredményei ismeretében válhat szükségessé. Szintén ilyen tényezőként nevesíthető a hazai ellátórendszerben potenciálisan bekövetkező jelentősebb változás, valamint a jogszabályi háttért illető releváns változás. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezését az Addiktológiai Tagozat vezetője végzi, aki kijelöli a tartalomfejlesztésért felelős munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által megjelölt szakértőket (delegáltak). A fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az aktualizálás mértékéről és jellegéről.

IX. IRODALOM

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011). *SIGN 50 - A guideline developer's handbook (Revised version)*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Elliott House, 8 -10 Hillside Crescen. Online elérés: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf (Elérés dátuma: 2023. 12. 17.)
2. World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Online elérés: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1> (Elérés dátuma: 2023.11.28.)
3. Központi Statisztikai Hivatal (2023). *Az alkoholisták gondozása*. Online elérés: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0030.html (Elérés dátuma: 2023.11.28.)
4. White, A., Castle, I. J., Chen, C. M., Shirley, M., Roach, D., & Hingson, R. (2015). Converging Patterns of Alcohol Use and Related Outcomes Among Females and Males in the United States, 2002 to 2012. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(9), 1712–1726. <https://doi.org/10.1111/acer.12815>
5. Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068–1080. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
6. Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J., Hall, W., Hides, L., & Leung, J. (2021). Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(10), 2617–2634. <https://doi.org/10.1111/add.15357>
7. Finn, S. W., Mejdal, A., & Nielsen, A. S. (2023). Perceived barriers to seeking treatment for alcohol use disorders among the general Danish population - a cross sectional study on the role of severity of alcohol use and gender. *Archives of Public Health*, 81(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01085-4>
8. Mahesarajah, S., & Pazoki, R. (2022). The global effects of alcohol consumption on Gross Domestic Product in high-and low-income countries: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv*, 2022-04. <https://doi.org/10.1101/2022.04.27.22274363>
9. Polimanti, R., Kaufman, J., Zhao, H., Kranzler, H. R., Ursano, R. J., Kessler, R. C., Gelernter, J., & Stein, M. B. (2018). A genome-wide gene-by-trauma interaction study of alcohol misuse in two independent

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

- cohorts identifies PRKG1 as a risk locus. *Molecular Psychiatry*, 23(1), 154–160. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.24>
10. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
 11. Jellinek, E. M. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83(26), 1341–1345.
 12. Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 861–868. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780330019001>
 13. Babor, T. F., Dolinsky, Z. S., Meyer, R. E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., & Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87(10), 1415–1431. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01921.x>
 14. Lesch, O. M., & Walter, H. (1996). Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol and Alcoholism. Supplement*, 31(1), 63–67.
 15. Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H. Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.016>
 16. Walls, R., Hockberger, R., Gausche-Hill, M., Erickson, T.B., Wilcox, S.R. (2022). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (2-Volume Set) - 10th Edition*. Elsevier Publishing
 17. Shapiro, B., Coffa, D., & McCance-Katz, E. F. (2013). A primary care approach to substance misuse. *American Family Physician*, 88(2), 113–121.
 18. Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7–30. https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03
 19. Magyar Addiktológiai Társaság (2018). *Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében - Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez*. Online elérés: <http://www.mat.org.hu/dok/pdf/00134.pdf> (Elérés dátuma: 2023.11.20.)
 20. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft., Budapest
 21. Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. J. M. J. (2021). Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*, 46(10), 1715–1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
 22. The National Health Service (2021). *Alcohol units*. Online elérés: <https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-advice/calculating-alcohol-units/> (Elérés dátuma: 2023.12.17.)
 23. Volkow, N. D., Torrens, M., Poznyak, V., Sáenz, E., Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D., Kestel, D., Campello, G., & Gerra, G. (2020). Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry*, 19(3), 396–397. <https://doi.org/10.1002/wps.20796>
 24. Saunders, J.B. & Aasland, O.G. (1987). *WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption: Report on Phase I, The Development of a Screening Instrument*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
 25. Higgins-Biddle, J. C., & Babor, T. F. (2018). A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(6), 578–586. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1456545>
 26. Stockwell, T., Murphy, D., & Hodgson, R. (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 78(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb05502.x>
 27. Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D., & Kivlahan, D. R. (2007). AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(7), 1208–1217. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x>

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

28. Ewing J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907. <https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>
29. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199–213. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(92\)90062-s](https://doi.org/10.1016/0740-5472(92)90062-s)
30. Rácz, J., Pogány, Cs., Máthé-Árvay, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(4), 587-603.
31. Hathaway, S. R. (1982). *Minnesota multiphasic personality inventory*. Minneapolis, Minn. :University of Minnesota : Distributed by National Computer Systems, Inc.
32. Butcher, J. N (2006). *MMPI-2: The Practitioner's Handbook*. Washington, DC: American Psychological Association.
33. Banken, J. A., & Greene, R. L. (2009). Use of self-report measures in assessing alcohol and drug abuse. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment*. Oxford: Oxford University Press, pp. 527–541.
34. Graham, J. R., & Strenger, V. E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: a review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 197-205.
35. First, M.B., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S., Spitzer, R.L. (2018). *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 Személyiségzavarok Vizsgálatára (SCID-5-PD) - Interjú és használati útmutató*. Oriold és Társai Kft., Budapest
36. Kooij, J.J.S., Francken, M.H. (2010). *DIVA 2.0. Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen [DIVA 20 Diagnostic Interview ADHD in Adults]*. DIVA Foundation
37. OPD Munkaközösség (2007). *Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2 - A diagnosztika és a terápia vezetés kézikönyve*. Oriold és Társai Kft, Budapest
38. Kernberg, O.F. (2005). Differenciáldiagnózis és kezelés. *Pszichoterápia*, 14, 501.
39. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
40. Dudas, R., Stachó, L., Kothencz, G., Janka, Z. (2002). The Hungarian version of ACE, 6/11/2002 – Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat. Hungarian translation based on: Mathuranath, P.S., Nestor, P.J., Berrios, G.E., Rakowitz, W., Hodges, J.R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 11, 1613-1620.
41. Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale--Fourth Edition (WAIS-IV)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t15169-000>
42. Kun, M., Szegedi, M. (1996). *Az intelligencia mérése – 6. átdolgozott kiadás*. Akadémiai Kiadó, Budapest
43. Németh, Z., Urbán, R., Farkas, J., Kuntsche, E., & Demetrovics, Z. (2012). Az alkoholfogyasztás motivációi módosított kérdőív hosszú és rövid változatának hazai alkalmazása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 673–694. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.4.3>
44. Mayer, K., Lukács, A., & Pauler, G. (2012). A 8-tételes Szenzoros Élménykeresés Skála (BSSS-8) magyarországi adaptálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 13(3), 297-312. <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.3.3>
45. Kapitány-Fövény, M., Urbán, R., Varga, G., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Szekely, A., Paksi, B., Kun, B., Farkas, J., Kökönyei, G., & Demetrovics, Z. (2020). The 21-item Barratt Impulsiveness Scale Revised (BIS-R-21): An alternative three-factor model. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 225–246. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00030>
46. Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06496-000>
47. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
48. Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 23(8), 1289–1295.

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

49. Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. K. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of general psychiatry*, 53(3), 225–231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830030047008>
50. Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A., & Martí Gil, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol [Validation study of the Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS)]. *Medicina clinica*, 123(6), 211–216. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74463-2](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74463-2)
51. Ogai, Y., Yamashita, M., Endo, K., Haraguchi, A., Ishibashi, Y., Kurokawa, T., Muratake, T., Suga, R., Hori, T., Umeno, M., Asukai, N., Senoo, E., & Ikeda, K. (2009). Application of the Relapse Risk Scale to alcohol-dependent individuals in Japan: comparison with stimulant abusers. *Drug and alcohol dependence*, 101(1-2), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.10.021>
52. Arndt T. (2001). Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of chronic alcohol abuse: a critical review of preanalysis, analysis, and interpretation. *Clinical chemistry*, 47(1), 13–27.
53. Mann, K., & Hermann, D. (2010). Individualised treatment in alcohol-dependent patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260 Suppl 2, S116–S120. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0153-7>
54. Substance Abuse and Mental Health Service Administration (2010). *SAMHSA's Workind Definition of Recovery – 10 Guiding Principles of Recovery*. Online elérés: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf> (Elérés dátum: 2023.12.18.)
55. Walter, M., Dürsteler, K. M., Petitjean, S. A., Wiesbeck, G. A., Euler, S., Sollberger, D., Lang, U. E., & Vogel, M. (2015). Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen--Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit [Psychosocial Treatment of Addictive Disorders--An Overview of Psychotherapeutic Options and their Efficacy]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83(4), 201–210. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1399338>
56. Gianoli, M. O., Jane, J. S., O'Brien, E., & Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(4), 333–344. <https://doi.org/10.1037/a0027999>
57. Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K. (2019). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1093–1105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000447>
58. Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., Wnag, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.563>
59. Kiluk, B. D., Ray, L. A., Walthers, J., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Magill, M. (2019). Technology-Delivered Cognitive-Behavioral Interventions for Alcohol Use: A Meta-Analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(11), 2285–2295. <https://doi.org/10.1111/acer.14189>
60. Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
61. Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328–335. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl016>
62. Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N. M. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD007025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007025.pub2>
63. Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology*, 65(11), 1232–1245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20638>
64. O'Farrell, T.J., Fals-Stewart, W. (2002). Family-Involved Alcoholism Treatment An Update. In: *Alcoholism. Recent Developments in Alcoholism*, vol 15. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-306-47193-3_19

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

65. Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952–962. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.002>
66. Ball S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883–891. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00067-7)
67. Batal, B.A. (2022). Sématerápia. In Kiss, A., Farkas, J., Kapitány-Fövény, M. (szerk.) *Addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Medicina Kiadó, Budapest, pp. 177-192.
68. Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 319–328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f>
69. Bateman, A, Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., Debbané, M. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. Cambridge Medicine, Cambridge University Press
70. Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2. Aufl.* Stuttgart, Schattauer
71. Walter, M., Dammann, G. (2012). Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 57, 425-433.
72. Yeomans F. E., Diamond D. (2012). Áttétel-fókuszú pszichoterápia és a borderline személyiségzavar. In Clarkin, J. F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (szerk.) *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Oriold és Társai, Budapest, pp. 225-257.
73. Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 663–672. <https://doi.org/10.1111/dar.12267>
74. Knox, J., Hasin, D. S., Larson, F. R. R., & Kranzler, H. R. (2019). Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1054–1067. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30213-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30213-5)
75. Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*, 24(3), 137–162. <https://doi.org/10.1159/000490762>
76. Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291–308. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(99\)00003-6](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(99)00003-6)
77. Szemelyácz, J. (2023). A fiatal szerhasználók, *Máltai Tanulmányok*, 2023/1. 73-86.
78. Kiyak, C., Simonetti, M. E., Norton, S., & Deluca, P. (2023). The efficacy of cue exposure therapy on alcohol use disorders: A quantitative meta-analysis and systematic review. *Addictive Behaviors*, 139, 107578. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107578>
79. Hernández-Serrano, O., Ghiță, A., Fernández-Ruiz, J., Monrás, M., Gual, A., Gacto, M., Porrás-García, B., Ferrer-García, M., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2021). Determinants of Cue-Elicited Alcohol Craving and Perceived Realism in Virtual Reality Environments among Patients with Alcohol Use Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2241. <https://doi.org/10.3390/jcm10112241>
80. Kádár, B. K., Pribék, I. K., Gajdics, J., Szemelyácz, J., Andó, B., & Lázár, B. A. (2023). Az alkoholmegvonásos szindróma ellátása: új perspektívák [Assessment of alcohol withdrawal syndrome: new perspectives]. *Orvosi Hetilap*, 164(38), 1487-1496. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32847>
81. Lázár, B. A., Pribék, I. K., Kovács, C., Demeter, I., Kálmán, J., Szemelyácz, J., Kelemen, G., Janka, Z., Demetrovics, Z., & Andó, B. (2019). Első lépés egy egységes szemlélet felé: az Alkohol Megvonási Skála bevezetése a hazai betegellátási gyakorlatba [The first step towards a unified approach: validation of the Hungarian version of the Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol, Revised in Hungarian general hospital settings]. *Orvosi Hetilap*, 160(30). <https://doi.org/10.1556/650.2019.31424>
82. Pribék, I. K., Kovács, I., Kádár, B. K., Kovács, C. S., Richman, M. J., Janka, Z., Andó, B., & Lázár, B. A. (2021). Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol - Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 220, 108536. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108536>

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

83. Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., Talley, R., & Neri, E. (2015). Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol and Alcoholism*, 50(5), 509-518. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv043>
84. Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P., & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338-1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
85. Maldonado J. R. (2017). Novel Algorithms for the Prophylaxis and Management of Alcohol Withdrawal Syndromes-Beyond Benzodiazepines. *Critical Care Clinics*, 33(3), 559-599. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.012>
86. Goodson, C. M., Clark, B. J., & Douglas, I. S. (2014). Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(10), 2664-2677. <https://doi.org/10.1111/acer.12529>
87. Maldonado J. R. (2008). Pathoetiological model of delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Critical Care Clinics*, 24(4), 789-ix. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2008.06.004>
88. Masood, B., Lepping, P., Romanov, D., & Poole, R. (2018). Treatment of Alcohol-Induced Psychotic Disorder (Alcoholic Hallucinosis)-A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 53(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/alcalc/axg090>
89. Stankewicz, H. A., Richards, J. R., & Salen, P. (2023). Alcohol Related Psychosis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
90. Sinha, S., Kataria, A., Kolla, B. P., Thusius, N., & Loukianova, L. L. (2019). Wernicke Encephalopathy-Clinical Pearls. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(6), 1065-1072. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.02.018>
91. Agabio R. (2005). Thiamine administration in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism*, 40(2), 155-156. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh106>
92. McLean, C., Tapsell, L., Grafenauer, S., & McMahan, A. T. (2020). Systematic review of nutritional interventions for people admitted to hospital for alcohol withdrawal. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 76-89. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12593>
93. Popa, I., Rădulescu, I., Drăgoi, A. M., Trifu, S., & Cristea, M. B. (2021). Korsakoff syndrome: An overlook (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(4), 1132. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.10566>
94. Dejong, K., Olyaei, A., & Lo, J. O. (2019). Alcohol Use in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(1), 142-155. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000414>
95. Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290-e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
96. Mamluk, L., Edwards, H. B., Savović, J., Leach, V., Jones, T., Moore, T. H. M., Ijaz, S., Lewis, S. J., Donovan, J. L., Lawlor, D., Smith, G. D., Fraser, A., & Zuccolo, L. (2017). Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(7), e015410. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015410>
97. NICE (2022). Fetal alcohol spectrum disorder - Quality standard. Online elérés: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs204/resources/fetal-alcohol-spectrum-disorder-pdf-75547414426309>(Elérés dátuma: 2023.11.20.)
98. Graves, L., Carson, G., Poole, N., Patel, T., Bigalky, J., Green, C. R., & Cook, J. L. (2020). Guideline No. 405: Screening and Counselling for Alcohol Consumption During Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(9), 1158-1173.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.03.002>
99. Ghosh, A., Singh, P., Das, N., Pandit, P. M., Das, S., Sarkar, A. (2022). Efficacy of brief intervention for harmful and hazardous alcohol use: a systematic review and meta-analysis of studies from low middle income countries. *Addiction*, 117(3), 545-558. <https://doi.org/10.1111/add.15613>

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

100. Samson, J. E., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Single-Session Alcohol Interventions for Heavy Drinking College Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), 530–543. <https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.530>
101. Tanner-Smith, E. E., & Lipsey, M. W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.001>
102. Beich, A., Thorsen, T., & Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 327(7414), 536–542. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.536>
103. Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J. B., Burnand, B., & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28(3), 301–323. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x>
104. Dimova, E. D., Elliott, L., Frankis, J., Drabble, L., Wiencierz, S., & Emslie, C. (2022). Alcohol interventions for LGBTQ+ adults: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 41(1), 43–53. <https://doi.org/10.1111/dar.13358>
105. SAMHSA (2020). *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. A Treatment Improvement Protocol TIP 51. 2013.* Online elérés: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4426.pdf>(Elérés dátuma: 2023.11.20.)

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE**1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja**

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének megkezdésekor az Addiktológia Tagozat elnöke és egyben irányelvfelkészítő csoport-kapcsolattartója határozta meg a fejlesztőcsoport tagjait és a tagok feladatait. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a jelen egészségügyi szakmai irányelv tartalmában szakértők, illetve az ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés során az elsődleges fókusz a nemzetközi gyakorlatban elérhető, az AHZ-val/AD-vel és annak terápiájával kapcsolatos irányelvek azonosítása és feldolgozása, valamint az ezen irányelvekből átvett tartalmak és ajánlások mellett a kurrens szakirodalomban fellelhető szisztematikus áttekintő tanulmányok és meta-analízisek megtalálása és azok főbb konklúzióinak integrálása jelentette.

A egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének meghatározó eleme volt tehát a szisztematikus szakirodalomkeresés, a szelekció és az elemzés. Az irodalomkeresés elsősorban a Magyar Orvosi Bibliográfiában, a PubMed-en és a Cochrane-adatbázisban fellelhető publikációk alapján történt. Az adatbázisokban egyebek mellett a következő keresőszavakat és kombinációkat használtuk: „alkoholfüggőség”, „alkohol okozta dependencia”, „alkoholhasználati zavar”, „alkoholmegvonási szindróma”, „delirium tremens”, „irányelv”, „meta-analízis”, „szisztematikus áttekintő tanulmány”, „kezelési hatékonyság”, „pszichoterápia”, „farmakoterápia”, „alcohol dependence”, „alcohol use disorder”, „alcohol withdrawal syndrome”, „delirium tremens”, „guideline”, „meta-analysis”, „systematic review”, „treatment effectiveness”, „psychotherapy”, „pharmacotherapy”.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja**4. Ajánlások kialakításának módszere**

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg.

5. Véleményezés módszere

Véleményezésre azokról a szakterületekről kérte fel a fejlesztőcsoport vezetője az Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatainak vezetőit, akik valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1.2.1 WHO AUDIT kérdőív

Az alábbi kérdőívben alkoholfogyasztásával kapcsolatos kérdéseket olvashat, melyek az elmúlt egy évre vonatkoznak.

Kérdés	0	1	2	3	4
1. Az elmúlt évben milyen gyakran ivott alkoholtartalmú italt?	soha	havonta vagy ritkábban	havonta 2-4 alkalommal	hetente 2-3 alkalommal	hetente 4 vagy több alkalommal
2. Az elmúlt évben hány italt fogyasztott egy tipikus napon, amikor ivott? (egy ital = egy korsó sör, 2 dl bor, vagy 0,5 dl tömény ital)	1 vagy 2	3 vagy 4	5 vagy 6	7 – 9	10 vagy több
3. Az elmúlt évben milyen gyakran ivott 6 vagy több italt egy alkalommal? (egy ital = egy korsó sör, 2 dl bor, vagy 0,5 dl tömény ital)	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
4. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem volt képes abbahagyni az ivást?	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
5. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az ivás miatt nem tudta elvégezni azt, amit rendes körülmények között elvártak Öntől?	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
6. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy egy nagyobb ivászat után reggel innia kellett, hogy elkezdhesse a napját?	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
7. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az	soha	ritkábban, mint	havonta	hetente	naponta vagy

ivás után büntudatot vagy megbánást érzett?		havonta			majdnem naponta
8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy az ivás miatt nem volt képes visszaemlékezni az előző éjszakára?	soha	ritkábban, mint havonta	havonta	hetente	naponta vagy majdnem naponta
9. Megsérült-e Ön, vagy egy másik személy az Ön ivása miatt?	nem		igen, de nem az elmúlt év során		igen, az elmúlt évben
10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, más egészségügyi dolgozó az ivása miatt vagy javasolta-e, hogy csökkentse az ivást?	nem		igen, de nem az elmúlt év során		igen, az elmúlt évben

Értékelés módja: Adja össze a kérdésekre adott válaszok pontértékeit! A teszt 8 pont felett problémás alkoholfogyasztást jelez, ami további monitorozást vagy tanácsadást indokolhat. 20 pont felett klinikai szintű alkoholhasználati zavar valószínűsíthető, ami már kezelést tehet szükségessé.

1.2.2 CAGE teszt

A világszerte ismert és elfogadott, négy kérdéses CAGE teszt, olyan kérdésekre keresi a választ, mint:

1. gondolt-e valaha valamelyik pszichoaktív szer (például.: alkohol, benzodiazepinek) fogyasztás abbahagyására (Cut down)
2. volt-e dühös (Annoyed) másokra azért, mert kritizálták a szerfogyasztását
3. érezte-e bűnösnek (Guilty) magát a szerhasználat miatt
4. reggel ébredéskor (Eye-opening) használ-e valamilyen pszichoaktív szer, hogy enyhítse panaszait (megvonási tüneteit).

Az alábbi 4 kérdésből álló CAGE kérdőív neve azon angol szavak kezdőbetűiből ered, amelyekre a teszt rákérdez.

•	C =	Cut down (csökkentés)
•	A =	Annoyed (idegesség)
•	G =	Guilty (bűnösség)
•	E =	Eye-opener (szemnyitás, ébredés)

Egyszerűen "igen" vagy "nem" válaszokat kell adni ahhoz, hogy a használó tisztázhassa magában, hogy veszélyes szerhasználó-e már, vagy még nem.

1.2.3 ALKOHOLFÜGGŐSÉG SÚLYOSSÁGA KÉRDŐÍV (AFS-K)

INSTRUKCIÓ

Kérem idézzen fel egy olyan időszakot az elmúlt 6 hónapból, amikor Ön több alkoholt fogyasztott. Kérem válaszoljon az alábbi kérdésekre az ivási szokásaival kapcsolatban. Jelölje a legmegfelelőbb választ. Amikor sokat ittam...

1. Az ivás utáni napon izzadtan ébredtem fel.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

2. Miután alkoholt ittam, másnap reggel már ébredéskor remegett a kezem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

3. Az ivás utáni napon, ha nem ittam újra, már ébredéskor nagyon remegett az egész testem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

4. Az ivás utáni napon arra ébredtem, hogy az egész testem verítékben úszik.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

5. Amikor alkoholt iszom, félek a másnapi felébredéstől.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

6. Az ivás utáni napon rettegtem attól, hogy kora reggel másokkal találkozzak.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

7. Amikor alkoholt ittam, másnap reggel ébredéskor úgy éreztem, hogy a kétségbeesés határán vagyok.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

8. Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon féltem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

9. Az ivás utáni reggelen kívántam az alkoholt.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

10. Az ivás utáni napon olyan gyorsan hajtottam fel az első néhány italt, amilyen gyorsan csak lehetett.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

11. Az ivás utáni napon még többet ittam, hogy megszűnjön a remegésem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

12. Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon erősen vágytam az italra.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

13. Egy nap alatt több mint egy negyed üveg töményt (ill. 1 üveg bort, vagy 7 üveg sört) ittam.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

14. Egy nap alatt több mint egy fél üveg töményt (ill. 2 üveg bort, vagy 15 üveg sört) ittam.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

15. Naponta több mint 1 üveg töményt (ill. 4 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

16. Naponta több mint 2 üveg töményt (ill. 8 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

17. Képzeld el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Elkezdene izzadni.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

18. Képzelve el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Remegne a kezem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

19. Képzelve el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Elkezdenék izzadni. Remegne a testem.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

20. Képzelve el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Vágynék az italra.

1. Szinte soha
2. Néha
3. Gyakran
4. Majdnem mindig

A kérdőív nem validált. Validálása folyamatban (SzTE SzAOK). A kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történt validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

1.2.4. Alkohol fogyasztási Motivációk Kérdőív- Rövidített magyar változat

Milyen gyakran ivott alkoholt az elmúlt 12 hónapban azért, ...	soha	időnként	szinte mindig
1. ... mert segít élvezni egy bulit?	1	2	3
2. ... mert segít, amikor lehangolt vagy ideges?	1	2	3
3. ... hogy jobb kedvre derüljön, ha rossz hangulatban van?	1	2	3
4. ... hogy feldobódjon?	1	2	3
5. ... mert élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket?	1	2	3
6. ... hogy beilleszkedjen egy Ön által kedvelt társaságba?	1	2	3
7. ... mert kellemes érzést okoz?	1	2	3
8. ... mert feldobja a bulikat, ünnepeket?	1	2	3
9. ... hogy elfeledkezzen a problémáiról?	1	2	3
10. ... mert jó buli alkoholt inni?	1	2	3
11. ... hogy mások kedveljék?	1	2	3
12. ... hogy ne érezze úgy, hogy kimarad valamiből?	1	2	3

Fokozás: 4, 7, 10

Megküzdés: 2, 3, 9

Konformitás: 6, 11, 12

Szociális: 1, 5, 8

1.2.5. BSSS-8 kérdőív (Rövidített Szenzoros Élménykeresés Skála)

Minden tétel az alábbi 5-fokú Likert skálán értékelendő:

- 1 = egyáltalán nem értek egyet,
- 2 = nem értek egyet,
- 3 = semleges,
- 4 = egyetértek,
- 5 = teljesen egyetértek

Élménykeresés (ES):

- 1. Szeretnék különös helyeket felfedezni.
- 2. Szeretnék egy olyan kiránduláson részt venni, ahol csak elindulok és megyek, anélkül hogy tudnám, hogy hova és mikor jutok.

Izgalom- és kalandkeresés (TAS):

- 1. Szeretek félelmetes dolgokat csinálni.
- 2. Szeretném kipróbálni az ejtőernyős ugrást.

Gátolatlanság (DIS):

- 1. Szeretem a vad bulikat.
- 2. Szeretem az új és izgalmas kalandokat, még akkor is, ha ehhez át kell lépnem a szabályokat.

Unalomfóhékonyság (BS):

- 1. Nyugtalaná válok, ha túl sok időt kell otthon töltenem.
- 2. Az olyan barátokat szeretem, akik izgalmasan kiszámíthatatlanok.

1.2.6. Penn Alkohol Sóvárgás Skála (PASS)

Karikázza be a legmegfelelőbb számot az egyes állításoknál!

Ha először tölti ki ezt a kérdőívet, a kérdések az utolsó hétre vonatkoznak, amelyen alkoholt fogyasztott. Ha benzodiazepin származékot vagy más gyógyszert kapott a detoxifikálás során, ne vegye figyelembe azt az időszakot! Ha jelenleg gyógyszeres kezelés alatt áll, a kérdések az az ezt megelőző vizit dátumától a jelenlegi vizit dátumáig terjedő időszakra) vonatkoznak.

1. Milyen gyakran gondolt az ivásra vagy arra, hogy milyen jól esne az ital ebben az időszakban?

Soha, azaz 0 alkalommal ebben az időszakban.	0
Ritkán, azaz 1-2 alkalommal ebben az időszakban.	1
Alkalmanként, azaz 3-4 alkalommal ebben az időszakban.	2
Néha, azaz 5-10 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta egyszer-kétszer.	3
Gyakran, azaz 11-20 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta kétszer-háromszor.	4
Az idő nagy részében, azaz 20-40 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta háromszor-hatszor.	5
Majdnem minden alkalommal, azaz több, mint 40 alkalommal ebben az időszakban vagy naponta többször, mint 6 alkalommal.	6

2. Milyen erős volt a sóvárgása a legsúlyosabb esetben ebben az időszakban?

Nem volt sóvárgásom.	0
Csekély.	1
Enyhe.	2
Közepes.	3
Erős, de könnyen kontrollálható.	4
Erős és nehezen kontrollálható.	5
Erős sóvárgás és ittam volna alkoholt, ha elérhető lett volna.	6

3. Mennyit gondolt az ivásra az elmúlt időszakban vagy arra, hogy milyen jól esne most egy ital?

Egyáltalán nem.	0
Kevesebb, mint 20 percet.	1
21-45 percet.	2
46-90 percet.	3

90 perc és 3 óra között.	4
3-6 óra között.	5
Több, mint 6 órát.	6

4. Milyen nehéz lenne ellenállni az ivásnak ebben az időszakban, ha tudná, hogy az otthonában van egy üveg ital?

Egyáltalán nem lenne nehéz.	0
Nagyon enyhén nehéz lenne.	1
Enyhén nehéz lenne.	2
Közepesen nehéz lenne.	3
Nagyon nehéz lenne.	4
Rendkívül nehéz lenne.	5
Nem tudnék ellenállni.	6

5. Figyelembe véve az előző kérdésekre adott válaszokat, kérjük, értékelje összességében az átlagos sóvárgását a megadott időszakban!

Soha nem gondoltam az ivásra és soha nem éreztem késztetést az ivásra.	0
Ritkán gondoltam az ivásra és ritkán éreztem késztetést az ivásra.	1
Alkalmanként gondoltam az ivásra és alkalmanként éreztem késztetést az ivásra.	2
Néha gondoltam az ivásra és néha éreztem késztetést az ivásra.	3
Gyakran gondoltam az ivásra és gyakran éreztem késztetést az ivásra.	4
Az idő nagy részében az ivásra gondoltam és az idő nagy részében éreztem késztetést az ivásra.	5
Majdnem egész idő alatt az ivásra gondoltam és majdnem egész idő alatt éreztem késztetést az ivásra.	6

1.2.7. Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála

Az elmúlt 1 hétben...	Teljes mértékben egyetértek	Egyetértek	Megcáfolni, megerősíteni sem tudom	Kevésbé értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
1. Sóvárogtam.	5	4	3	2	1
2. Bármit megtettem volna, hogy igyak.	5	4	3	2	1
3. Inni akartam.	5	4	3	2	1
4. Teljes mértékben kontrollálni tudtam az alkohol utáni vágyam.	5	4	3	2	1
5. Jó ötlet lett volna inni egy italt.	5	4	3	2	1
6. Gondolkodtam azon, hogy elmegyek inni.	5	4	3	2	1
7. Csodálatos lett volna inni.	5	4	3	2	1
8. Gyakran foglalkoztattak az ivással kapcsolatos gondolatok.	5	4	3	2	1
9. Az ivás utáni vágyam nagyon intenzív volt.	5	4	3	2	1
10. Jobban éreztem volna magam, ha ittam volna.	5	4	3	2	1
11. Egy vagy több alkalommal volt intenzív vágyam, hogy igyak.	5	4	3	2	1

A kérdőív nem validált, validálás folyamatban (SzTE SzaOK). A kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történt validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

1.2.8. Alkohol Relapszus Kockázati Skála (ARKS)

Dátum (év/hónap/nap): _____

Név: _____ (Járóbeteg - Fekvőbeteg)

Kérjük, írja le, milyen volt az állapota az elmúlt egy hétben. Minden állítás esetében egy választ karikázzon be.

		nem értek egyed	semleges	egyérték
Pl.)	Jól alszom.	X	Δ	○
1)	Abba tudom hagyni magamtól az alkoholfogyasztást.	X	Δ	○
2)	Idegessé tesznek mások szavai.	X	Δ	○
3)	Nehéz lenne visszautasítanom, ha valaki alkoholt tenne elém.	X	Δ	○
4)	Irritált vagyok.	X	Δ	○
5)	Ha innék egy kevés alkoholt, nem tudnám abbahagyni az ivást.	X	Δ	○
6)	Szinte bármit megtennék, hogy alkoholt fogyaszthassak.	X	Δ	○
7)	Motiválatlan vagyok, hogy bármit csináljak.	X	Δ	○
8)	Biztos vagyok benne, hogy nem innék újra alkoholt.	X	Δ	○
9)	Jól meglennék alkohol nélkül.	X	Δ	○
10)	Már felépültem az alkohollal való visszaélésemből.	X	Δ	○
11)	Magányos vagyok.	X	Δ	○
12)	Nem tudnám kontrollálni magam, ha alkoholt innék.	X	Δ	○
13)	Ha valaki alkoholt tartana az orrom alá, nem tudnám visszautasítani.	X	Δ	○
14)	Unatkozom.	X	Δ	○
15)	Az alkohol megmentene a magány érzésétől.	X	Δ	○
16)	Ha a barátaim felajánlanák nekem az utcán, fogyasztanék alkoholt.	X	Δ	○
17)	Szorongok a jövőm miatt.	X	Δ	○
18)	Fogyasztanék alkoholt, ha egyedül lennék.	X	Δ	○
19)	Ha alkoholt fogyasztanék, az rossz hatással lenne a munkámra.	X	Δ	○
20)	Ha egy barátom alkoholt adna nekem, még a kórházban is meginnám.	X	Δ	○
21)	Nem tudom kontrollálni az érzéseimet.	X	Δ	○
22)	Jelentős munkával kapcsolatos gondjaim vannak.	X	Δ	○
23)	Ha alkoholt tennének elém, meginnám.	X	Δ	○
24)	Úgy gondolom, függő vagyok.	X	Δ	○
25)	Nyugtalan lennék, ha alkoholt innék.	X	Δ	○
26)	Bármit megtennék, hogy pénzhez jussak alkoholra.	X	Δ	○

27)	Fogyasztanék alkoholt egy buliban vagy összejövetelen.	X	Δ	○
28)	Ha alkoholt iszom, úgy érzem, minden jól halad.	X	Δ	○
29)	Alkoholt akarok szerezni, még akkor is, ha lopnom kell érte.	X	Δ	○
30)	Ha alkoholt iszom, felélénkülök.	X	Δ	○
31)	Fogok alkoholt fogyasztani a közeli jövőben.	X	Δ	○
32)	Szeretnék alkoholt fogyasztani annak ellenére is, hogy káros az egészségemre.	X	Δ	○

A kérdőív nem validált, validálás folyamatban (SzTE SzaOK). A kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történő validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

1.2.9. Alkohol Megvonási Skála (CIWA-Ar)

Páciens neve: _____ Dátum: _____ Időpont: _____ (24 órás jelölés, éjfél=00:00)

Pulzus vagy szívfrekvencia, egy perc alatt: _____ Vérnyomás: _____

HÁNYINGER ÉS HÁNYÁS – Kérdés: „Szokott-e émelyegni? Hányt mostanában?”
Megfigyelés.

0 nincs émelygés és nincs hányás

1 enyhe émelygés hányás nélkül

2

3

4 átmeneti émelygés öklendezéssel

5

6

7 folyamatos émelygés, gyakori öklendezés és hányás

TAKTILIS ZAVAROK – Kérdés: „Tapasztalt-e viszketést, bizsergést, égető érzést, zsibbadást vagy olyan érzést, mintha bogarak másznának a bőrén vagy a bőre alatt?” Megfigyelés.

0 nem tapasztalt ilyet

1 nagyon enyhe viszketés, bizsergés, égető érzés vagy zsibbadás

2 enyhe viszketés, bizsergés, égető érzés vagy zsibbadás

3 mérsékelt viszketés, bizsergés, égető érzés vagy zsibbadás

4 mérsékelt hallucinációk

5 súlyos hallucinációk

6 extrém súlyos hallucinációk

7 folyamatos hallucinációk

TREMOR – Kinyújtott kéz és széttartott ujjak.
Megfigyelés.

0 nincs tremor

1 nem látható tremor, de az ujjhegyek érintésével észlelhető

2

3

4 mérsékelt tremor, ha a páciens karjai nyújtva vannak

5

6

7 súlyos tremor, a karok kinyújtása és az ujjak széttartása nélkül is észlelhető

AUDITOROS ZAVAROK – Kérdés: „Hangosabbnak hallja-e a környező hangokat? Élesebbek-e a hangok? Megijeszti-e Önt? Hall bármi olyasmit, ami zavaró az Ön számára? Hall bármi olyat, amiről tudja, hogy nincs jelen?” Megfigyelés.

0 nem jellemző

1 kis mértékben hangosabb vagy ijesztő zajok

2 enyhén hangosabb vagy ijesztő zajok

3 mérsékelt hangosabb vagy ijesztő zajok

4 közepesen súlyos hallucinációk

5 súlyos hallucinációk

6 extrém súlyos hallucinációk

7 folyamatos hallucinációk

VEREJTÉKEZÉS – Megfigyelés.

0 nem látható verejtékezés

1 alig észrevehető verejtékezés, nedves tenyerek

2

VIZUÁLIS ZAVAROK – Kérdés: „Túlságosan fényesnek észleli-e a fényeket? A fények színe megváltozott-e? Zavarja-e a szemét? Lát-e bármi olyat, ami zavarja Önt? Lát-e olyan

3	dolgokat, amelyekről tudja, hogy nincsenek jelen?"
4 jól látható verejtékcseppek a homlokon	Megfigyelés.
5	0 nem jellemző
6	1 nagyon enyhe érzékenység
7 bő verejtékezés	2 enyhe érzékenység
	3 mérsékelt érzékenység
	4 közepesen súlyos hallucinációk
	5 súlyos hallucinációk
	6 extrém súlyos hallucinációk
	7 folyamatos hallucinációk
SZORONGÁS – Kérdés: „Idegesnek érzi magát?” Megfigyelés.	FEJFÁJÁS, FEJI NYOMÁSÉRZÉKENYSÉG – Kérdés: „Szokott-e fájni a feje? Szokta-e úgy érezni, mintha egy pánt szorítaná a fejét?” A szédülés és a feledékenység nem értékelendő. Egyéb tünetek esetén a súlyosságot pontozzuk.
0 nincs szorongás, nyugodt	0 nem jellemző
1 enyhe szorongás	1 nagyon enyhe
2	2 enyhe
3	3 mérsékelt
4 mérsékelt fokú szorongás, tartózkodó, szorongás tehát feltételezhető	4 közepesen súlyos
5	5 súlyos
6	6 nagyon súlyos
7 akut, pánik-szerű állapot, amely súlyos fokú delíriumhoz vagy akut szkizofreniform reakcióhoz hasonló	7 extrém súlyos
AGITÁCIÓ – Megfigyelés.	ORIENTÁCIÓ ÉS TUDAT INTEGRITÁSA – Kérdés: „Milyen nap van ma? Hol vagyunk? Ki vagyok én?”
0 normál aktivitás	0 orientált és következetes válaszokat ad
1 szokásosnál aktívabb	1 nem képes következetes válaszokat adni vagy bizonytalan a dátumban
2	2 két napnál nem téved többet a dátumot illetően
3	3 két napnál többet téved a dátumot illetően
4 mérsékelt szorongás és nyugtalanság	4 térben vagy a személyeket illetően dezorientált
5	
6	
7 az interjú során fel-alá járkál vagy nyugtalan	

Teljes pontszám (maximum 67 pont) _____

Vizsgálatvezető monogramja _____

A CIWA-Ar nem jogdíjas termék, szabadon reprodukálható. A megvonási tünetek monitorozása a mérőeszköz segítségével körülbelül 5 perc alatt elvégezhető. Az elérhető maximális pontszám 67 pont. A 10 pontnál kevesebbet elérő páciensek általában nem igényelnek további farmakoterápiát a megvonási tünetek miatt.

magyar verzió: Lázár BA és mtsai, 2019

eredeti: Sullivan JT és mtsai, 1989

**1.2.10. Alkoholmegvonás Súlyosságát Előrejelző Skála
(ASES)**

A rész: Alapvető kritériumok:

(1 pont bármelyik igen esetén)

1. Fogyasztott-e alkoholt az elmúlt 30 napban?

Vagy: volt-e pozitív véralkoholszintje?

Ha bármelyik kérdésre a válasz igen, folytassa a tesztet:

B rész: A beteg válaszai alapján:

(1 pont minden esetben)

2. Volt-e valaha alkoholmegvonási tünetegyüttese?

3. Volt-e valaha alkalmi konvulzív rosszulléte?

4. Kialakult-e valaha delírium tremens-szel járó megvonása?

5. Részt vett-e valaha rehabilitációs kezelésben alkoholproblémái miatt?

(pl.: fekvő-, vagy járóbetegként, AA-ban)

6. Előfordult-e képszakadás ittas állapotban?

7. Előfordult-e az elmúlt 90 napban, hogy az alkoholt más depresszánsokkal kombinálta, például benzodiazepinekkal, vagy barbiturátokkal?

8. Az elmúlt 90 napban használt-e más szereket az alkohollal egyidejűleg?

C rész: A megfigyelt klinikai tünetek alapján (1 pont minden esetben)

9. 200 mg/dl (~43 mmol/l) fölött volt a beteg véralkoholszintje?

10. Láthatóak vegetatív hiperaktivitás jelei?

(pl.: p >120/min, remegés, izzadás, agitáció, émelygés)

összpontszám: _____

Jegyzetek: A maximum pontszám 10. A skála elsősorban SZŰRŐEZKÖZ. A magasabb pontszámok az alkoholmegvonási szindróma (AMSZ) kialakulásának magasabb valószínűségét jelzik. 4 feletti pontszám magas rizikót jelent a mérsékelttől súlyosig terjedő AMSZ kialakulása szempontjából, ilyen esetben szükséges a megelőzés vagy kezelés.

A kérdőív nem validált, validálás folyamatban (SzTE SzAOK). A, kérdőív jövőbeli alkalmazásakor célszerű tájékozódni a magyar mintán történő validálás későbbiekben közzétett eredményeit illetően.

1.2.11. Richmond Agitáció-Szedáció Skála (RASS)

Pontszám	Megnevezés	Leírás
+4	Agresszív	Túlzottan támadó vagy erőszakos, közvetlen veszélyt jelent a személyzet számára
+3	Súlyosan agitált	Tubust vagy katétert kihúzza magából, közvetlen veszély lehetősége a személyzet számára
+2	Agitált	Allandó, céltalan mozgások vagy a gépi lélegeztetés nehezítettsége
+1	Nyugtalan	Feszült vagy szorong, de nem jelent potenciális veszélyt
0	Éber és nyugodt	
-1	Bágyadt	Nem teljesen éber, de hosszabb éber periódusok (> 10 másodperc) észlelhetőek, szemkontaktust hangingerre felveszi
-2	Aluszékony	Rövidebb éber periódusok (<10 másodperc), szemkontaktust hangingerre felveszi
-3	Mérsékelten szedált	Motoros válasz hangingerre (de szemkontaktust nem vesz fel, nem tart)
-4	Mélyen szedált	Hangingerre nem reagál, fizikai ingerre motoros válasszal reagál
-5	Ébreszthetetlen	Hang és fizikai ingerre nem reagál
Instrukciók		
1.	Figyelje meg a páciensét. Ha éber és nyugodt, adjon 0 pontot.	
2.	Nyugtalanságra vagy agitációra utaló jeleket észlel-e a páciens viselkedésében? A fenti feltételek alapján adjon pontot +1 és +4 között.	
3.	Ha a páciens nem éber, mondja ki a nevét és hangosan kérje meg, hogy nyissa ki a szemét. Ismétlje meg még egyszer, ha szükséges. Próbálja meg fenntartani a páciens figyelmét, ha tudja.	
	Ha a páciens kinyitja a szemét és szemkontaktust tart több mint 10 másodpercig, adjon -1 pontot.	
	Ha a páciens kinyitja a szemét és szemkontaktust tart kevesebb mint 10 másodpercig, adjon -2 pontot.	
4.	Ha a páciens hangingerre motoros válasszal reagál, de nem veszi fel a szemkontaktust, adjon -3 pontot.	
	Ha a páciens hangingerre nem reagál, rázza meg a vállat, ha továbbra sem reagál, nyomja meg a mellkasát.	
	Ha a páciens fizikai ingerre motoros válasszal reagál, adjon -4 pontot. Ha a páciens nem reagál sem hang, sem fizikai ingerre, adjon -5 pontot.	

Engedéllyel reprodukálható az alábbi közlemény alapján: [83]

Validálás folyamatban (SzTE SzaOK – Sessler engedélyével)

1.3. Táblázatok

1.3.1. számú táblázat: A véralkoholszinttel összefüggésben megfigyelhető, jellemző klinikai tünetek alkoholintoxikáció esetén [16]

Véralkohol szint	Klinikai tünetek
20-50 mg/dl (4,4-11 mmol/l)	Csökkent finom motorikus koordináció
50-100 mg/dL (11-22 mmol/L)	Csökkent ítélőképesség, károsodott koordináció
100-150 mg/dL (22-33 mmol/L)	Járási- és egyensúly nehézségek
150-250 mg/dL (33-55 mmol/L)	Letargia, segítség nélkül ülni nem tud az egyén
300 mg/dL (66 mmol/L)	Kóma (olyan egyéneknél, akiknek minimális toleranciájuk van)
400 mg/dL (88 mmol/L)	Légzésdepresszió

1.3.2. számú táblázat: Az alkoholhasználati zavar DSM-5 alapú tünetei [20]

AHZ tünetei (DSM-5)
<i>Alkohol használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak során</i>
A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű alkohol vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.
Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások az alkoholhasználat csökkentésére vagy uralására.
A személy jelentős mennyiségű időt fordít az alkohol beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.
Az alkohol használat iránti sóvárgás, erős vágy vagy készletelés.
Visszatérő alkoholhasználat, mely a munkahelyi, iskolai, vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.
Folyamatos alkoholhasználat az alkohol hatásainak következtében kialakuló vagy azok következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.
A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése az alkoholhasználat zavar következtében.
Ismétlődő alkoholhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.
Folyamatos alkoholhasználat a nagy valószínűséggel az alkoholhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testi vagy pszichológiai problémák ellenére.
Tolerancia (a. Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges alkohol mennyiségének kifejezett megnövekedése. b. Ugyanolyan mennyiségű alkohol alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.)
Megvonás (a. Jellegzetes alkoholemegvonási szindróma b. Alkohol fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.

1.3.3. számú táblázat: Az alkoholdependencia farmakoterápiájában használt gyógyszerek, illetve azok alkalmazásának kontraindikációi

Első vonalbeli szerek	
	Kontraindikáció/megjegyzés
naltrexone	komorbid májbetegség és opiáthasználat zavar kontraindikáció
acamprosate	súlyos vesebetegség kontraindikáció
Másodvonalbeli szerek	
diszulfiram	ko-morbid májbetegség kontraindikáció
topiramát	ko-morbid epilepszia esetén javasolt
gabapentin	ko-morbid epilepsziái esetén javasolt
Harmadvonalbeli szerek	
bupropion	ko-morbid depresszió, ADHD javasolt
harmadik generációs antipszichotikumok (aripiprazol, kariprazin, brexiprazol)	ko-morbid szkizofrénia, bipoláris affektív zavar javasolt

1.3.4. számú táblázat: Az alkoholdependencia nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciók

Pszicho- és szocioterápiás intervenciók AD-ben
Pszichoterápia
Kognitív-viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
család- és párterápia
Komorbid állapotok pszichoterápiája
kettős fókuszú sématerápia
áttétel-fókuszú pszichoterápia
dialektikus viselkedésterápia
mindfulness alapú pszichoterápiák
Szociális terápia
12 lépéses programok
CRAFT
Egyéb terápia
ingerexpozíciós terápiák

1.3.5. számú táblázat: A komplikált és nem-komplikált Alkohol Megvonási Szindróma tünettana

AMSZ tünettana
Nem-komplikált AMSZ
szorongás, agitáció
alacsony hangulati fekvés, inszomnia
tremor
hányinger, hányás
egyéb gasztrointesztinális panaszok
kardiovaszkuláris tünetek (RR↑, f↑)
fejfájás
verejtékezés
Komplikált AMSZ
nem-komplikált AMSZ tünetei + mKR
nem-komplikált AMSZ tünetei+ DT

Az alkohol által okozott mentális zavarokról

1.3.6. számú táblázat: Az Alkohol Megvonási Szindróma farmakoterápiás lehetőségei, a gyógyszerekindikációinak és kontraindikációinak feltüntetésével [79, 84]

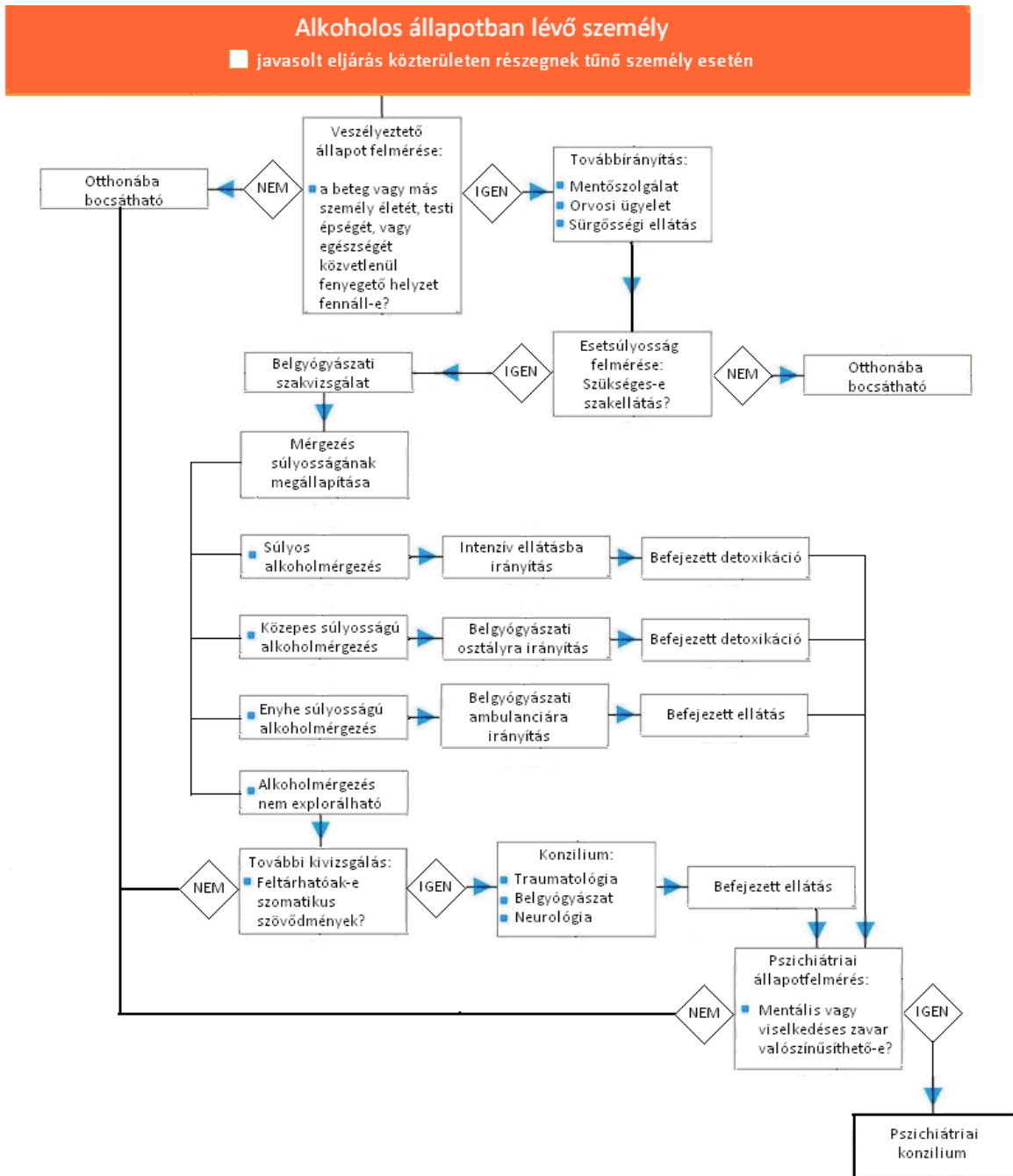
Gyógyszer/gyógyszercsoport	Indikáció/Kontraindikáció	Beviteli út
BDZ	elsővonalbeli szer	p.os., i.v.
diazepam	1. kórelőzményben DT 2. AMSZ lefolyása során mKR 3. periorális úton nem adható	p.os., i.v.
chlordiazepoxid	májbetegség fennállása esetén alkalmazása megfontolandó	p.os.
lorazepam	1. DT fennállása esetén	p.os.
oxazepam	2. májbetegség fennállása esetén	p.os.
midazolam	periorális úton BDZ nem adható	i.v.
Barbiturát	1) DT esetén 2) BDZ hiányában	i.v.
Antiepileptikum		p.os., i.v.
fentioin	1) másodvonalbeli szer enyhé- közepesen súlyos fokú AMSZ	p.os., i.v.
carbamazepin	2) mKR fennállása esetén	p.os.
oxcarbamazepin		p.os.
Alfa-2 adrenerg receptor agonista	kiegészítő terápia kifejezett vegetatív hiperaktivitási tünetek esetén	p.os., i.v.
clonidin		
dexmetomidin		
Antipszichotikum	1) kontraindikált AMSZ-ban 2) DT fennállása esetén	p.os., i.v.
Diuretikum	hatásosságukra vonatkozóan nincs szakirodalmi adat	

1.3.7. számú táblázat: A delirium tremens főbb kockázati tényezői [86]

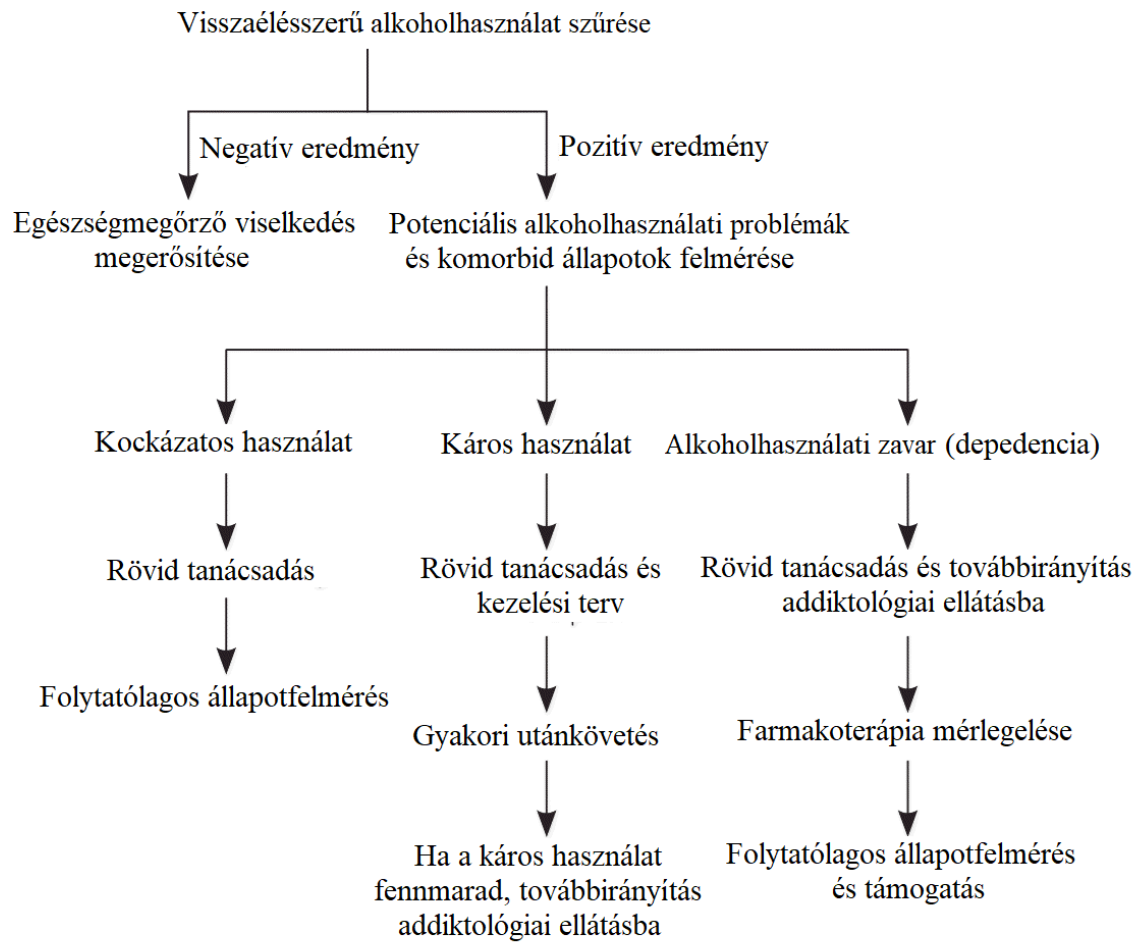
DT rizikótényezői
65 év feletti életkor
klínikailag szignifikáns szomatikus társbetegség
ko-morbid sebészeti betegség
benzodiazepin okozta dependencia
súlyos fokú alkohol okozta dependencia
alkohol okozta megvonási szindróma a kórtörténetben
delírium tremens a kórtörténetben
megvonásos konvulzív rosszullét a kórtörténetben
megvonásos konvulzív rosszullét a zajló megvonási szindróma során
alacsony thrombocita szám
alacsony Na ⁺ szint
alacsony / magas K ⁺ szint
1-nél magasabb SGOT/SGPT hányados

1.4. Algoritmusok

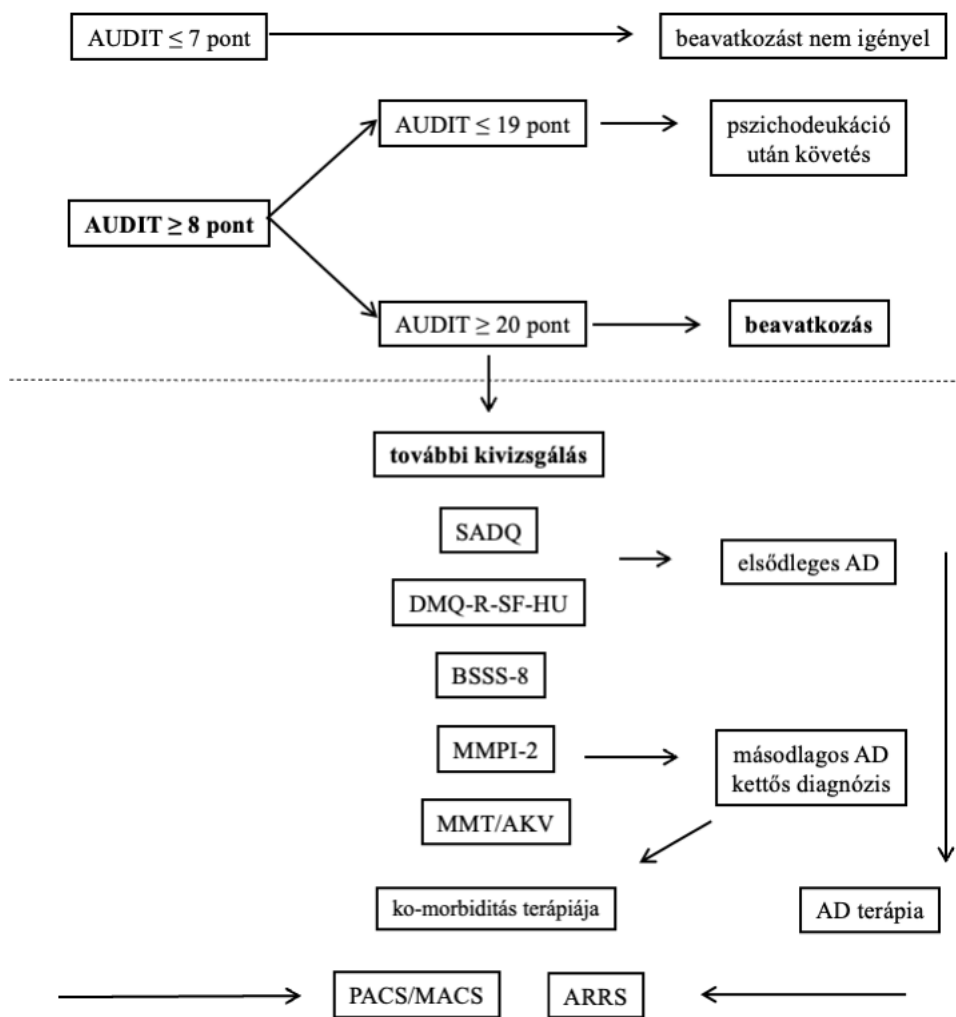
1.4.1. számú ábra: Az alkoholos intoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmus



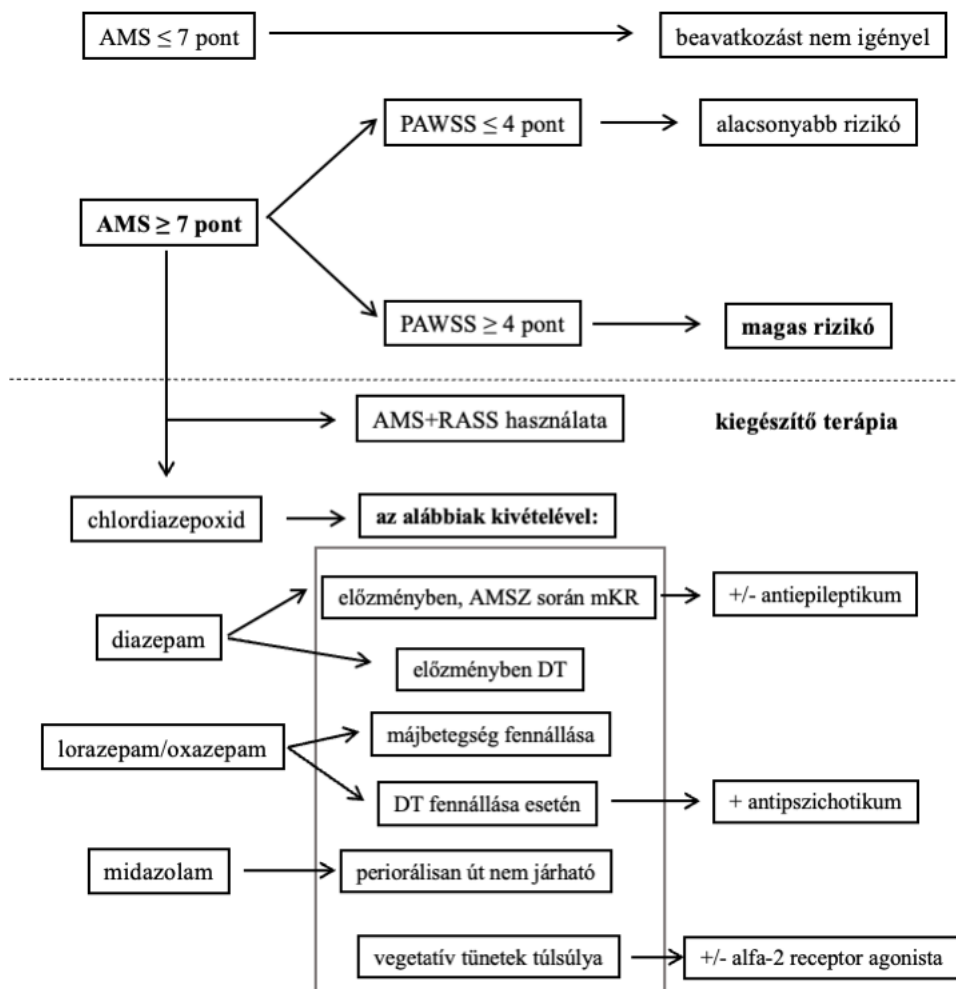
1.4.2. számú ábra: Szűrési és intervenciós algoritmus az alkoholhasználati zavar alapellátásban történő korai felismerésére és addiktológiai ellátás felé történő továbbirányítási indikációira vonatkozóan [17]



1.4.3. számú ábra: Az alkohol okozta dependencia diagnosztikai algoritmus



1.4.4. számú ábra: Az alkohol okozta megvonási szindróma ellátásának algoritmus



1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.