Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm c) zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu 2. revízia

Autorský kolektív:
MUDr. Michal Turček, PhD.
PhDr. Zuzana Kamendy, PhD.
MUDr. Miroslav Grohol
MUDr. Eduard Višňovský
MUDr. Boris Bodnár, MBA
Mgr. Peter Knapík
PhDr. Vladimír Stanislav PhD., MPH
MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.

Špecializačný odbor:
Medicína závislostí

Recenzenti:
hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Sekcia zdravia MZ SR; Sekcia farmácie a liekovej politiky MZ SR; Sekcia financovania MZ SR; Sekcia legislatívy a práva MZ SR; Odbor zdravotníckeho vzdelávania MZ SR.
Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: Mgr. Daniela Bukšárová; PharmDr. Gabriela Cveková Švecová; Mgr. Miloš Čakloš, PhD.; doc. MUDr. Róbert Čellár, PhD., MPH; MUDr. Ingrid Dúbravová; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, LL.M; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Marta Kullačová; doc. MUDr. Štefan Laššán, PhD., MPH; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, CSc., FRCP; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Daniela Ondrčková, MPH; PharmDr. Ivana Pankuchová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Petra Páneková; MUDr. Darina Sedláková, MPH; PhDr. Mgr. Vladimír Stanislav, PhD., MPH; MUDr. Marianna Šestinová; Mgr. Andrej Vyskoč, PhD., MPH
Stanoviská: Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS, Sekcia medicíny závislostí SPsS SLS, Asociácia klinických psychológov Slovenska, Slovenská komora psychológov

Národný projekt s názvom „Tvorba štandardných postupov na výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a podporu prevencie“ (kód ITMS21+: 401405B874) je spolufinancovaný z prostriedkov Programu Slovensko.
Odborný garant projektu: prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FEFIM, FRCP
Odborný koordinátor: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH, FEFIM, FRCP

Číslo ŠP	Dátum predloženia Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0146R2	*9. október 2025*	*schválené*	*1. november 2025*
0146R1	*24. október 2023*	*schválené*	*15. november 2023*
0146	*11. marec 2021*	*schválené*	*15. máj 2021*

Kľúčové slová
závislosť od alkoholu, diagnostika, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AA	Anonymní alkoholici
AAF	podiel alkoholu na úmrtiach (Alcohol-Attributable Fraction)
ALT	alanínaminotransferáza
ARBD	alkoholové poškodenie mozgu (Alcohol-Related Brain Damage)
AST	aspartátaminotransferáza
AUD	Alcohol Use Disorder
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test (skríningový dotazník)
BZD	benzodiazepíny
CAGE	„Cutting down / Annoyance by criticism / Guilty feelings / Eye-opener“ (skríningový dotazník)
CDT	karbohydrát-deficientný transferín
CGI	celkový klinický dojem (Clinical Global Impression)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview (štruktúrovaný diagnostický rozhovor pre MKCH-10)
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
DSM-5	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. vydanie
EMA	Európska lieková agentúra (European Medicines Agency)
EtG	etylglukoronid
EÚ	Európska únia
GABA	kyselina γ-aminomaslová
GMT	γ-glutamyltransferáza
HDP	hrubý domáci produkt
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview (štruktúrovaný diagnostický rozhovor pre MKCH a DSM)
MCV	stredný objem erytrocytov (Mean Corpuscular Volume)
MET	terapia posilňujúca motiváciu (Motivation Enhancement Therapy)
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
PEth	fosfatidyletanol
SR	Slovenská republika
SZO	Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization)
ŠOP	Štandardný operačný postup
ŠDTP	Štandardné preventívne, diagnostické a terapeutické postupy

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (ďalej len „psychiater“) s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti medicína závislostí komplexné klinické vyšetrenie, diagnostika a liečba závislosti od alkoholu, indikovanie základných a špecifických laboratórnych vyšetrení, diagnostika a liečba s ňou súvisiacich duševných porúch, indikovanie vyšetrení somatických komplikácií, spadajúcich do kompetencie lekárov príslušných iných špecializácií, konzultácie a konziliárne vyšetrenia v spolupráci s lekármi iných odborov u pacientov s podozrením alebo novým zistením závislosti od alkoholu a drog, tvorba individuálneho terapeutického plánu, indikovanie farmakoterapie, psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie pacientovi aj blízkym osobám, poskytovanie krátkej psychoterapeutickej intervencie, poskytovanie psychoterapie pacientovi aj blízkym osobám, vedenie skupinovej psychoterapie, indikovanie a realizácia a vedenie komplexného liečebného programu u závislostí, indikovanie a vedenie špecifickej udržiavacej (substitučnej) liečby a administratívne dokumentovanie priebehu, návrhov na zmenu formy a na ukončenie súdom nariadenej protialkoholickej a protitoxikomanickej liečby, realizácia vyšetrenia za účelom zistenia/vylúčenia závislosti od alkoholu a drog u vodičov, ktorí riadili motorové vozidlo pod ich vplyvom.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria - komplexné klinické vyšetrenie, diagnostika a liečba závislosti od alkoholu, indikovanie základných a špecifických laboratórnych vyšetrení, diagnostika a liečba s ňou súvisiacich duševných porúch, indikovanie vyšetrení somatických komplikácií spadajúcich do kompetencie lekárov príslušných iných špecializácií, konzultácie a konziliárne vyšetrenia v spolupráci s lekármi iných odborov u pacientov s podozrením alebo novým zistením závislosti od alkoholu, tvorba individuálneho terapeutického plánu, indikovanie farmakoterapie, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie pacientovi aj blízkym osobám, vedenie liečebného programu a administratívne dokumentovanie priebehu, návrhov na zmenu formy a na ukončenie súdom nariadenej protialkoholickej liečby, realizácia vyšetrenia za účelom zistenia/vylúčenia závislosti od alkoholu u vodičov, ktorí riadili motorové vozidlo pod vplyvom alkoholu, supervízia lekárov bez špecializácie.

Lekár zaradený do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore psychiatria - komplexné klinické vyšetrenie, diagnostika a liečba závislosti od alkoholu, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie pacientovi aj blízkym osobám, indikovanie vyšetrení somatických komplikácií spadajúcich do kompetencie lekárov príslušných iných špecializácií, diagnostika a liečba psychiatrických komplikácií závislosti od alkoholu pod dohľadom psychiatra, tvorba individuálneho terapeutického plánu pod dohľadom psychiatra.

Iný lekár so špecializáciou v inom odbore ako psychiatria (všeobecný lekár, iný špecialista, zubný lekár, lekár bez špecializácie) - skríning, indikovanie psychiatrického vyšetrenia pacientovi pre podozrenie existencie diagnózy závislosti od alkoholu, spolupráca s psychiatrom pri tvorbe a manažmente terapie u pacienta so somatickými ťažkosťami, u ktorých sa konzumácia alkoholu podieľa na ich vzniku, alebo významne sťažuje ich liečbu, poskytovanie poradenstva a psychoedukácie, včasná identifikácia a zahájenie liečby akútnych komplikácií syndrómu odňatia a včasná prevencia ďalších komplikácií.

Psychológ - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia pod dohľadom klinického psychológa, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie pod dohľadom klinického psychológa, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným / blízkym osobám pod dohľadom klinického psychológa alebo psychiatra, participovanie na psychoterapeutických aktivitách

v komunitnej starostlivosti pod dohľadom klinického psychológa alebo psychiatra.

Klinický psychológ – realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám.

Klinický psychológ s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti Psychoterapia - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám, poskytovanie individuálnej a skupinovej psychoterapie, participovanie na psychoterapeutických aktivitách v komunitnej starostlivosti.

Klinický psychológ s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti látkové a nelátkové závislosti - realizácia psychodiagnostického vyšetrenia, indikácia psychiatrického vyšetrenia, indikovanie psychoterapie a psychosociálnej intervencie, vypracovanie plánu psychosociálnych intervencií a vedenie individuálnej a skupinovej terapie závislosti, poskytovanie poradenstva a edukácie pacientovi a jeho príbuzným/blízkym osobám v spolupráci s psychiatrom. Vypracovanie terapeutického plánu a vedenie terapie nelátkových závislostí.

Psychológ s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti látkové a nelátkové závislosti - psychodiagnostika závislosti, indikácia terapie závislosti, vypracovanie plánu terapie závislostí, vykonávanie skupinovej terapie závislosti a terapeutických komunít.

Praktická sestra – asistent - ošetrovateľské činnosti definované vyhláškou MZ SR č. 321/2005 Z.z..

Sestra - ošetrovateľská starostlivosť je realizovaná v zmysle zákona a v rozsahu ošetrovateľskej praxe sestry podľa vyhlášky MZ SR č. 208/2024 Z.z.. Je poskytovaná v súlade s legislatívnymi požiadavkami na personálne obsadenie pracovísk, so zohľadnením profesijných titulov a získavaním odbornej spôsobilosti pre výkon odborných, certifikovaných a špecializovaných pracovných činností. Konkrétne podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, pri špecializácii v psychiatrii skríning a poradenstvo pri problémoch s alkoholom, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie a techniky činnostnej terapie.

Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii - poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zmysle zákona a v rozsahu ošetrovateľskej praxe sestry podľa vyhlášky MZ SR č. 208/2024 Z.z a poskytovanie špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti samostatne v rozsahu získanej odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností.

Liečebný pedagóg - terapeuticko-výchovná činnosť, liečebno-pedagogické poradenstvo, psychoedukácia, komunitná činnosť, konzultačno-poradenské intervencie smerom do životného prostredia pacienta, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, dramatoterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie.

Liečebný pedagóg, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností - samostatne vykonávanie špecializovaných pracovných činností podľa akreditovaného špecializačného študijného programu, samostatne vykonávanie konzultačnej, výskumnej, vzdelávacej alebo výchovnej činnosti v zdravotníctve v súlade s aktuálne platnou legislatívou.

Liečebný pedagóg, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon certifikovanej pracovnej činnosti Psychoterapia - samostatne vykonávanie certifikovaných pracovných činností podľa akreditovaného certifikačného študijného programu príslušnej certifikovanej pracovnej činnosti.

Liečebný pedagóg, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon certifikovanej pracovnej činnosti látkové a nelátkové závislosti - samostatne vykonávanie certifikovaných pracovných činností podľa akreditovaného certifikačného študijného programu príslušnej certifikovanej pracovnej činnosti.

Sociálny pracovník - psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právne poradenstvo a asistencia.

Fyzioterapeut - rehabilitácia pohybového aparátu osôb so závislosťou s využitím špeciálnych postupov a techník fyzioterapie a činnostnej terapie, psychoedukatívna podpora zdravia a zdravého životného štýlu.

Sanitár - samostatne vykonávanie základnej dezinfekcie a starostlivosti o pomôcky a prostredie, hygienickej starostlivosti o rehabilitačné pomôcky**,** transportu biologického materiálu do príslušných laboratórií, transportu osoby na vyšetrenia a operačné zákroky, pomoci osobám, ktoré vyžadujú asistenciu pri stravovaní, ďalej vykonávanie procesu základného hygienického filtra u dospelej osoby a tiež vykonávanie likvidácie infekčného a kontaminovaného materiálu.

Sanitár v spolupráci so sestrou - asistencia pri podávaní jedla dospelým osobám, asistencia pri vykonávaní hygienickej starostlivosti o osobu, manipulácii a polohovaní osôb.

Úvod

Konzumácia alkoholu patrí v 21. storočí popri obezite, fajčení tabaku a nedostatku pohybovej aktivity k štyrom najčastejším preventabilným činiteľom zhoršujúcim zdravie a skracujúcim dĺžku života. Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) zdôrazňuje, že zo zdravotného hľadiska je rizikové pitie akéhokoľvek množstva alkoholu, pričom riziko poškodenia zdravia i vytvorenia závislosti rastie úmerne s množstvom konzumovaného alkoholu. Škody spôsobené alkoholom predstavujú celosvetovo viac ako 1 % HDP, ale na liečbu a prevenciu sa napr. v Európskej únii vynakladajú prostriedky vo výške iba asi 4 % z tohto objemu. Experti SZO pritom vyčíslili, že prostriedky vložené do prevencie a liečby závislosti od alkoholu majú vysokú ekonomickú návratnosť. Závislosť od alkoholu má z hľadiska zdravotných a sociálnych škôd medzi poruchami zapríčinenými pitím alkoholu kľúčové postavenie a samotná je v pozadí až 62 % všetkých ekonomických škôd spôsobených alkoholom.

Závislosť od alkoholu je závažná psychická porucha chorobného charakteru s ďalšími škodlivými telesnými, duševnými a sociálnymi dôsledkami a s vysokou pravdepodobnosťou smerovania k chronickému recidivujúcemu priebehu. Predstavuje závažný problém verejného zdravotníctva a v medicíne je spolu so svojimi negatívnymi sociálnymi dopadmi predmetom interdisciplinárnej starostlivosti.
Škody spôsobené alkoholom majú dosah nielen na jedinca so závislosťou, ale aj na jeho rodinu, blízke osoby a celú spoločnosť. Na ich odstraňovaní sa podieľajú najmä vládne rezorty zdravotníctva, sociálnych vecí a rodiny, vnútra a spravodlivosti. Všetky uvedené spolu s rezortmi školstva (výskumu, vývoja a mládeže), kultúry, dopravy, hospodárstva aj financií majú zároveň úlohy v prevencii pitia, ktoré k závislosti môže viesť. Koordinácia medzisektorového úsilia je realizovaná v rámci Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom v gescii Úradu verejného zdravotníctva.

Medicínskym cieľom manažmentu pacienta so závislosťou od alkoholu je efektívna diagnostika a liečba v súlade s dobrou medicínskou praxou a s orientáciou na optimálny výsledok, čo v praxi znamená dosiahnutie dlhodobej abstinencie, predchádzanie relapsom a v odôvodnených prípadoch aj redukcia konzumu alkoholu (ako prechodný cieľ na ceste k plnej abstinencii) v rámci stratégie redukcie škôd (angl. harm reduction). Dodržanie týchto ŠDTP vedie k maximalizácii úspešnosti a naopak ich opomenutie môže negatívne ovplyvniť výsledný efekt manažmentu. ŠDTP zároveň poskytujú náčrt základného rámca prevencie, ktorá však má v medicínskej oblasti významne interdisciplinárny charakter a je preto predmetom samostatných štandardných medicínskych postupov.

Pri tvorbe textu autori vychádzali predovšetkým zo zdrojov typu významných medzinárodných a národných štúdií, prehľadových článkov, metaanalýz, medzinárodných guidelinov, oficiálnych národných štatistík, ako aj odborných tematických monografií, pričom všetky použité zdroje sú uvedené v zozname literatúry na konci dokumentu. Do štandardu autori aplikovali grading iba v prípade, ak bol dostupný a dohľadateľný z renomovaných medzinárodných zdrojov. Všetky ďalšie tvrdenia v ŠDTP neobsahujúce grading vychádzajú z poznatkov evidence-based medicine, hoci neboli všetky podrobené rigoróznemu skrutíniu formou metaanalýz.

Prevencia

SZO identifikovala tri najúčinnejšie globálne opatrenia na redukciu škodlivého užívania alkoholu:
a) obmedzenie marketingu pitia alkoholu;
b) zvýšenie spotrebnej dane z alkoholu so stanovením minimálnej jednotkovej ceny;
c) obmedzenie času a miest predaja alkoholických nápojov.

Zákonná regulácia na národnej úrovni vyžaduje vyvážený prístup so zohľadnením iných faktorov, napríklad ekonomických záujmov a kultúrnych zvyklostí. V závislosti od miery implementácie týchto odporúčaní a intenzity ich kontroly sa odvíja potom okrem iných poškodení aj výskyt ľudí so závislosťou od alkoholu a následne efektivita jej liečby. Poukazuje sa aj na to, že samotné vzdelávanie mladých ľudí a zdravotnícka osveta o rizikách pitia nemôžu byť účinnou protiváhou masívnej reklamy, nízkych cien a širokej dostupnosti alkoholických nápojov; ich preventívne pôsobenie je v takom prípade veľmi obmedzené. Podčiarkuje to potrebu celospoločenského multisektorového prístupu. Významnou súčasťou cieľov národnej politiky by mali byť zmeny kultúrnych a spoločenských stereotypov, v ktorých hrá konzumácia alkoholu významnú rolu.

Globálny akčný plán Svetovej zdravotníckej organizácie pre boj proti alkoholu na roky 2022 – 2030, ktoré schválilo WHO v máji 2022 s cieľom účinne implementovať globálnu stratégiu na zníženie škodlivého užívania alkoholu ako prioritu verejného zdravia. Účinnými prostriedkami prevencie a včasnej identifikácie rozvoja závislosti od alkoholu sú zdravotnícky skríning a krátke intervencie. Tie môžu byť poskytované najmä zdravotníkmi v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti, v rámci záchrannej zdravotnej starostlivosti alebo na oddelení urgentného príjmu. Ale aj v sociálnej starostlivosti, v nízkoprahových službách, v zariadeniach pre ľudí bez domova, v terénnych službách poskytovaných neziskovými mimoládnymi a charitatívnymi organizáciami.
Na národnej úrovni zodpovedá za tvorbu a koordináciu realizácie prevencie organizačná zložka na Úrade verejného zdravotníctva SR, ktorá používa ako implementačný nástroj s medzirezortným dosahom Národný akčný plán pre problémy s alkoholom.

Epidemiológia

Slovensko patrí v celosvetovom meradle ku krajinám s vysokou spotrebou alkoholu na obyvateľa. Podľa údajov OECD publikovaných v roku 2023 bola priemerná ročná spotreba čistého alkoholu na dospelého (vrátane abstinujúcich) na Slovensku 9,4 litra, kým priemer medzi rozvinutými krajinami združenými v OECD bol 8,6 litra. Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) z roku 2024 osoby vo veku ≥ 15 rokov, ktoré konzumujú alkohol (približne 74 % populácie SR), spotrebujú ročne v prepočte 14,4 litra čistého liehu, čo zodpovedá približne 31 g 100 % alkoholu denne. V porovnaní s celosvetovým priemerom (44 %) je táto spotreba výrazne vyššia, pričom európsky priemer predstavuje 27 g denne.

Podľa výsledkov štúdie ESPAD z roku 2024 bola celoživotná prevalencia užívania alkoholu 87,3 % u študentov vo veku 14 – 19 rokov. V dlhodobom časovom horizonte je zjavný mierne klesajúci trend celoživotnej prevalencie alkoholu medzi adolescentmi: v roku 2003 dosahovala 98,0 %, v roku 2015 to bolo 94,9 %, pričom v roku 2024 už 87,3 %. Analýza vekových kohort zároveň potvrdzuje jednoznačný trend nárastu frekvencie konzumácie s pribúdajúcim vekom. V skupine ≤ 14 rokov deklarovalo abstinenciu (nikdy nepilo alkohol) 21,2 % respondentov, zatiaľ čo vo vekovej kategórii ≥ 18 rokov tento podiel klesol na 9,3 %.

Podľa údajov SZO je ročný výskyt závislosti v populácii SR nad 14 rokov približne 5,5 % (10 % u mužov a 1 % u žien); ak pripočítame diagnózu škodlivého pitia, ide o 10 % v populácii ≥ 15 rokov. Iba asi 10 % pacientov so závislosťou od alkoholu je diagnostikovaných, pričom percento liečených je ešte nižšie.

Ročne sa v SR realizuje vyše 100 000 ambulantných vyšetrení s diagnostickým záverom závislosť od alkoholu (F10.2 v MKCH-10), pričom 99,9 % z nich sú dospelí pacienti a vyše 70 % z nich tvoria muži. Tieto vyšetrenia zahŕňajú približne 25 000 osôb; incidencia novodiagnostikovanej závislosti je asi 5000 prípadov ročne. Ročne sa v SR realizuje vyše 11000 hospitalizácií pre poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (F10.x v MKCH-10), pričom asi 75 % z nich tvoria muži.

Pacienti s diagnózou závislosti od alkoholu sú počtom na 1. mieste a tvoria najväčšiu časť (26 % v roku 2018) spomedzi všetkých pacientov s duševnými poruchami, ktorí vyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na špecializovaných psychiatrických lôžkach. Reflektuje to medicínsku závažnosť najmä akútnych stavov, ale aj absenciu komplexnej starostlivosti pre ľudí s touto diagnózou. V určitom kontraste s počtom hospitalizácií sa totiž v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti počet návštev pacientov s diagnózou závislosti od alkoholu dlhodobo pohybuje so 7 % zastúpenia medzi diagnózami duševných porúch až na 5. mieste.

Odhaduje sa, že asi 10 % ľudí nadužívajúcich alkohol má závažné komorbídne duševné ochorenie (napríklad bipolárna afektívna porucha, schizofrénia), 50 % má poruchu osobnosti a až do 80 % má miernu poruchu nálady. Pri závislosti od alkoholu sa však hromadia aj početné somatické zdravotné dôsledky. Tieto zdravotné poškodenia zahŕňajú vyše 200 rôznych diagnostických jednotiek. Ide o poruchy zdravia a úmrtia z vnútorných príčin (cirhóza pečene, onkologické ochorenia, diabetes mellitus a iné) aj z vonkajších príčin (otravy, úrazy a napadnutia, sebapoškodzujúce správanie a iné). V SR je každé šieste pitvané násilné úmrtie v súvislosti s intoxikáciou alkoholom. Štandardizovaná miera úmrtnosti v kauzálnej spojitosti s alkoholom v SR je 1,6-násobkom priemeru Európskej únie. Podľa aktuálneho odhadu SZO je podiel alkoholu na úmrtiach (AAF) v SR 8,3 %, čo u nás predstavuje 4 500 úmrtí ročne. Štatisticky podľa údajov NCZI sú úmrtia spôsobené alkoholickým poškodením pečene v poradí 5. najčastejšou príčinou. Avšak po revízii alkoholizmus spôsobil vrátane iných diagnóz (napr. intoxikácie), až o 60% viac úmrtí, čo by ho radilo na 2. miesto, hneď za kardiovaskulárne choroby.

Patofyziológia

Poruchy v dôsledku užívania alkoholu sa rozvíjajú na genetickom, psychosociálnom a environmentálnom pozadí. Chronické pitie alkoholu vedie k zmenám neuroadaptácie v mozgu, ktoré s najvyššou pravdepodobnosťou tvoria podstatu závislosti od alkoholu. Súčasný výskum poukazuje na niekoľko patofyziologických mechanizmov, ktoré sa podieľajú na vývoji a udržiavaní závislosti od alkoholu.

Jeden mechanizmus zahŕňa opioidný a mezolimbický dopamínergický systém, ktorých zmeny v skorých fázach ochorenia navodzujú hyperdopamínergický stav a s ním súvisiace prahnutie po alkohole a relaps pitia kvôli účinkom pozitívneho posilňovania pri konzumácii alkoholu. V pokročilejších fázach ochorenia sa v tomto systéme uplatňuje hypodopamínergický stav, ktorý sa vyskytuje najmä počas syndrómu z odňatia alkoholu po dlhodobom chronickom pití, a ktorý je sprevádzaný stavom dysfórie nabádajúcej na obnovenie pitia.

Druhý mechanizmus zahŕňa niekoľko komponentov glutamátergického a GABA-ergického systému, ktorých zmeny navodzujú hyperglutamátergický / hypoGABA-ergický stav a s ním súvisiace vyhľadávanie alkoholu a udržiavanie pitia kvôli účinkom negatívneho podmieňovania po rozvoji abstinenčného syndrómu.

Neurokognitívne poruchy zapríčinené alkoholom majú zložitejšiu genézu, kde sa okrem vplyvu samotného etanolu podstatnejšie uplatňuje vplyv jeho reaktívnych metabolitov, nutričná a vitamínová deficiencia, alkoholom navodené poškodenie pečene, ako aj traumy hlavy sprevádzajúce alkoholové intoxikácie.

Klasifikácia

Alkoholom zapríčinené poruchy sú v súčasnosti platnej 10. revízii Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) kódované na viacerých miestach, niektoré z nich sú explicitne označené ako alkoholové alebo alkoholické, alebo alkoholom indukované, či alkoholom zapríčinené, pre ostatné škody na zdraví je potrebné použiť kombináciu kódu poškodenia a kódu pre toxické účinky etanolu (T51.0).

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním alkoholu (F10) sú v MKCH-10 zaradené do V. kapitoly (Duševné poruchy a poruchy správania).

Závislosť od alkoholu je klasifikovaná a vymedzená svojimi diagnostickými kritériami pod kódom F10.2; na piatej pozícii kódu (F10.2x) môže byť pridaný priebehový špecifikátor (Tabuľka č. 1).

Syndróm závislosti od alkoholu je tu definovaný ako súbor fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych prejavov, v ktorom užívanie alkoholu u jedinca nadobúda podstatne vyššiu prioritu ako iné, dovtedy hodnotnejšie formy správania. Centrálnou popisnou črtou syndrómu závislosti je túžba (často silná, premáhajúca) užívať alkohol. Návrat k užívaniu alkoholu po období abstinencie môže viesť k oveľa rýchlejšiemu znovuobjaveniu sa opätovných prejavov syndrómu závislosti od alkoholu, než ako tomu bolo u toho istého človeka s pitím predtým, kým sa neobjavil po prvý raz.

Pre diagnostické kritériá závislosti od alkoholu podľa MKCH-10 platí, že aspoň tri zo šiestich nižšie popísaných prejavov boli súčasne prítomné u pacienta niekedy v priebehu predchádzajúcich 12 mesiacov:

1. silná túžba alebo nutkanie piť (craving),
2. narušená schopnosť kontrolovať užívanie alkoholu v zmysle začatia, ukončenia alebo množstva: alkohol je užívaný vo väčších množstvách alebo počas dlhšieho obdobia než bolo zamýšľané, či akákoľvek neúspešná snaha alebo pretrvávajúca túžba ukončiť, či kontrolovať pitie,
3. stav nedostatku (syndróm z odňatia) pri redukcii, či ukončení pitia manifestovaný typickým obrazom abstinenčného syndrómu, alebo užívanie alkoholu či príbuzných látok s cieľom zmierniť abstinenčné prejavy alebo predchádzať im,
4. dôkaz tolerancie voči účinkom alkoholu, prejavujúci sa potrebou zreteľne väčšieho množstva vypitého alkoholu potrebného na to, aby sa dosiahol stav opitosti alebo požadovaný účinok, alebo zreteľný pokles jeho účinku v prípade pokračujúceho pitia toho istého množstva alkoholu,
5. zaneprázdnenosť alkoholom prejavujúca sa strácaním sa pôžitkov alebo záujmov, či trávením veľkého podielu času v prospech zaobstarávania si alkoholu, jeho pitia, alebo zotavovania sa z opitosti,
6. pokračovanie v pití alkoholu napriek preukázateľnej vedomosti o jednoznačných škodlivých zdravotných dôsledkoch nadmerného pitia, akými sú napríklad poškodenie pečene, či depresívne stavy.

Tabuľka č. 1

Špecifikátory závislosti od alkoholu z hľadiska aktuálneho stavu a priebehu podľa MKCH-10
F10.20 – v súčasnosti abstinujúci, s možnosťou bližšej špecifikácie (napr. pre výskumné účely):
F10.200 – abstinujúci v skorej remisii
F10.201 – abstinujúci v parciálnej remisii
F10.202 – abstinujúci v plnej remisii
F10.21 – v súčasnosti abstinujúci ale v chránenom prostredí
F10.22 – v súčasnosti v substitučnej liečbe
F10.23 – v súčasnosti abstinujúci ale užívajúci antiadiktívum
F10.24 – v súčasnosti užívajúci alkohol (aktívna závislosť)
F10.25 – kontinuálne užívanie
F10.26 – epizodické užívanie (dipsománia)

Klinický obraz

Jednotlivé príznaky závislosti nemusia byť v klinickom obraze u človeka so závislosťou súčasne prítomné. Najkompletnejšie rozvinutý klinický obraz je v najpokročilejšej fáze a najťažšom stave závislosti od alkoholu. Neúplne rozvinutý klinický obraz ale nevylučuje akútnosť z hľadiska ohrozenia života a zdravia jedinca.

Craving je prejavom psychickej zložky závislosti. Prejavuje sa ako silná túžba, prahnutie alebo nutkanie vypiť si. Môže sa vyskytovať aj v podobe silných myšlienok na alkohol alebo pitie, ktoré bránia uvažovaniu o niečom inom. Môže sa objavovať po expozícii určitých podnetov asociovaných s pitím (tzv. spúšťačov) alebo sa objavuje aj bez zjavne identifikovateľného podnetu. Pri dosiahnutí a udržaní abstinencie postupne ustupuje, no ak sa neskôr znovuobjaví a pretrváva, jeho prítomnosť je silným prediktorom relapsu. S dĺžkou abstinencie jeho frekvencia, trvanie a intenzita vo všeobecnosti klesá a

pri plnom uzdravení celkom vymiznú i jeho rezíduá. Craving je najčastejšie a najdlhšie sa objavujúcim rezíduom abstinenčného stavu i po niekoľkých mesiacoch abstinencie.

Strata kontroly resp. narušená kontrola označuje zníženú schopnosť jedinca kontrolovať začiatok, ukončenie alebo množstvo pitia alkoholu. Alkohol je užívaný vo väčších množstvách alebo počas dlhšieho obdobia než bolo zamýšľané, jedinec so závislosťou nie je schopný prestať s pitím alebo mať ho pod kontrolou.
Alkoholcentrické zaujatie (prioritizácia pitia, preokupácia pitím, alkoholová saliencia) vyjadruje zvýšenú mieru myšlienok a aktivít spojených so zaobstarávaním si alkoholu, jeho užívaním alebo zotavovaním sa z opitosti, ktoré idú na úkor ostatných aktivít, čo sa prejavuje vzdávaním sa iných pôžitkov alebo záujmov. Jedinec so závislosťou sa časom zaujíma viac o to, čo mu prekáža v pití, ako o to, v akých aktivitách je jeho pitie prekážkou.
Nárast tolerancie je vlastne patofyziologickou odpoveďou na prítomnosť látky, rozvíja sa v priebehu týždňov až mesiacov. Zvýšená tolerancia sa klinicky prejavuje potrebou zreteľne väčšieho množstva vypitého alkoholu na dosiahnutie stavu opitosti alebo iného želaného účinku, resp. zreteľným poklesom účinku v prípade pokračujúceho pitia rovnakého množstva alkoholu v nezmenenej frekvencii. Znakom zvýšenej tolerancie býva často aj prechod na pitie koncentrovanejších alkoholických nápojov. V terminálnej fáze závislosti od alkoholu sa často stretávame s poklesom tolerancie, ktorá súvisí najmä s ťažkým poškodením pečene, ako aj s alkoholom spôsobeným poškodením mozgu.

Pri významnom znížení množstva alebo pri snahe o ukončenie pitia sa rozvinutej alkoholovej závislosti rozvíja už po niekoľkých hodinách sta**v** z nedostatku (odňatia) v podobe alkoholového abstinenčného syndrómu. K jeho typickým príznakom patrí podráždenosť, úzkosť, slabosť, porucha pozornosti, nepokoj, pokojový tras, nespavosť, potenie, nevoľnosť, zrýchlený pulz, zvýšený krvný tlak, prípadne aj epileptické záchvaty typu grand mal. Neliečený (resp. nekompenzovaný) alkoholový abstinenčný syndróm môže prejsť do delíria tremens, ktoré je život ohrozujúcim stavom. Jedinci so závislosťou od alkoholu sa spravidla snažia vyhnúť nepríjemnému abstinenčnému syndrómu opakovaným až kontinuálnym užívaním alkoholu, resp. pri jeho objavení sa ho snažia alkoholom zmierniť. S narušenou kontrolou a abstinenčnými príznakmi súvisia u ľudí so závislosťou od alkoholu aj neúspešné snahy o dosiahnutie abstinencie.

Dlhodobé nadmerné pitie alkoholu (pri závislosti) spôsobuje ďalšie negatívne psychické aj somatické zdravotné dôsledky, resp. sa spolupodieľa na ich vzniku a zhoršuje ich prognózu. K psychiatrickým komplikáciám sa dá zaradiť najmä neurokognitívny komplex označovaný súhrnným termínom „poškodenie mozgu súvisiace s alkoholom" (Alcohol Related Brain Disorder – ARBD), kam patrí Wernickeho encefalopatia, Korsakovova psychóza, pelagra, centrálna myelinolýza a alkoholová demencia. Okrem toho má závislosť od alkoholu vysokú mieru komorbidity s depresiou, úzkostnými poruchami (zvlášť sociálnou fóbiou), poruchami osobnosti, poruchami príjmu potravy, posttraumatickou stresovou poruchou či bipolárnou afektívnou poruchou. K somatickým komplikáciám chronického pitia patria najmä alkoholová choroba pečene, zápalové a onkologické ochorenia tráviaceho systému, diabetes mellitus, artériová hypertenzia, polyneuropatia, poruchy imunitného systému, úrazy, či fetálny alkoholový syndróm u novorodenca (pri pokračujúcom nadmernom pití počas tehotenstva matkou). Často sa vyskytujúcim patologickým fenoménom u ľudí so závislosťou od alkoholu je, že ďalej pijú aj napriek uvedomovaniu si vyššie spomenutých ďalších závažných negatívnych zdravotných dôsledkov konzumácie alkoholu, napriek rade lekára nerešpektujú dodržanie abstinencie počas ich liečby.

Negatívne sociálne dôsledky závislosti od alkoholu sú nemenej závažné v porovnaní s vyššie uvedenými zdravotnými problémami. Pri neliečenej alebo na liečbu rezistentnej forme závislosti od alkoholu býva zväčša pod vplyvom alkoholu zvýšený výskyt násilnej trestnej činnosti, agresívneho správania, samovrážd. Rozpadajú sa partnerské vzťahy a vzťahy s ostatnými členmi rodiny. Objavujú sa absencie v práci alebo v štúdiu, ktoré môžu viesť k výpovedi zo zamestnania, resp. neschopnosti dosiahnuť zamýšľané vzdelanie. Kumulácia finančných problémov môže vyústiť až do bezdomovectva. Treba mať však na pamäti, že väčšina ľudí so závislosťou od alkoholu môže mať takéto prejavy až po mnohých rokoch a väčšinu času trvania choroby sú to slušne sa správajúci ľudia. Tak ako aj pri zdravotných dôsledkoch, znakom závislosti je, že ľudia pijú alkohol aj napriek skúsenosti o súvislosti ich pitia s negatívnymi sociálnymi dôsledkami.

Závislosť od alkoholu sa typicky iniciuje a rozvíja v mladom až strednom veku dospelosti, ale môže to byť aj v inom vekovom období. Jej diagnóza sa od počiatočných štádií stanovuje väčšinou s odstupom niekoľkých rokov až desiatok rokov. Má viacero priebehových trajektórií. Väčšinou ide o typický chronický priebeh, ktorý máva buď plynule progredientný (zriedkavejšie malígne progredientný), alebo relabujúco-remitujúci priebeh. Vyskytujú sa aj ďalšie priebehové charakteristiky, vrátane trvalej remisie, uzdravenia i bez liečby. U všetkých z nich dochádza však v rôznej miere ku zníženiu funkčnosti a kvality života minimálne počas plnej manifestácie klinických príznakov, niekedy napriek abstinencii aj celoživotne. Život ľudí, ktorí trpia závislosťou od alkoholu, býva v priemere kratší o 20 rokov v porovnaní so zvyškom populácie.

Diagnostika

Skríning

Skríning alkoholizmu predstavuje systematický proces identifikácie ľudí, ktorí nežiadajú o liečbu, ale ktorých pitie alkoholu má psychické, somatické, alebo sociálne nepriaznivé dôsledky, a teda sú potenciálne závislí od alkoholu. Skríning je vhodné vykonávať systematicky v rámci preventívnych prehliadok, ale aj vo všetkých iných situáciách, kedy má lekár podozrenie, že by u vyšetrovanej osoby mohlo ísť o problémy súvisiace s alkoholom. Odporúča sa ho realizovať okrem špecializovanej psychiatrickej zdravotnej starostlivosti aj inde v zdravotníctve. Zvlášť rizikovými skupinami z tohto hľadiska, zasluhujúcimi si osobitnú pozornosť, sú muži v strednom a vyššom veku, pacienti s artériovou hypertenziou, pacienti s poruchami pečene, pankreasu či vredovou chorobou žalúdka, pacienti s prekonaným epileptickým záchvatom.

1) Dotazníkový skríning

Najpoužívanejšími sebaposudzovacími dotazníkovými testovacími nástrojmi pre potreby skríningu sú 4-položkový dotazník CAGE a 10-položkový dotazník AUDIT (a jeho skrátená verzia AUDIT-C zameraná na výskyt rizikového pitia). Ich administrácia nie je časovo náročná a po jednoduchom zaškolení ich môže s pacientom realizovať napr. sestra, alebo iný zdravotnícky pracovník. Zistené zvýšené skóre ako výsledok aplikácie skríningového dotazníka ešte samotne nemôže viesť k diagnostikovaniu závislosti od alkoholu, indikuje však odôvodnenosť odporúčania pacienta na cielené psychiatrické vyšetrenie.

2) Skríning pri fyzikálnom vyšetrení

Vo fyzikálnom náleze hľadáme príznaky aktuálnej konzumácie a akútnej intoxikácie, príznaky abstinenčného stavu a známky chronického užívania a sprievodných ochorení (spomenutých v predchádzajúcej kapitole). Typické klinické markery, ktoré sú v súvislosti s dlhodobým nadmerným pitím zistiteľné, sú najmä: periorbitálny edém tváre, hyperémia tváre a očných spojiviek, rhinophyma, teleangiektázie, hepatomegália a ascites, subikterus, polyneuropatia, tremor, titubácie, slabosť dolných

končatín, trofické kožné zmeny. Uvedené príznaky majú vysokú pozitívnu ale nízku negatívnu prediktívnu hodnotu. Pri tomto type skríningu je totiž potrebné si uvedomiť, že fyzikálne vyšetrenie je schopné odhaliť zdravotné dôsledky až rozvinutého chronického, ťažkého štádia závislosti, kedy sú pridružené zdravotné komplikácie už typickým javom.

3) Laboratórny skríning
Pozostáva z vybraných základných laboratórnych markerov. Priame markery (pozitívna dychová skúška na alkohol) dokazujú priamo požitie alkoholu. Nepriame markery (zvýšené hodnoty γ-glutamyltransferázy (GMT), pomeru aspartátaminotransferázy / alanínamino-transferázy (AST/ALT), stredného objemu erytrocytov (MCV), karbohydrát-deficientného transferínu (CDT)) odrážajú dlhodobejšiu konzumáciu alkoholu cez rôzne menej špecifické biochemické zmeny; tieto markery sú prítomné iba v čase aktívnej závislosti a pri abstinencii s odstupom týždňov sú negatívne, alebo pretrvávajú z iných príčin.

Komplexné špecializované vyšetrenie závislosti od alkoholu
Komplexné posúdenie stavu v procese diagnostikovania závislosti má okrem samotného klinického vyšetrenia pri stanovovaní diagnózy závislosti aj iné komponenty, ktoré zohľadňujú i ďalšie zdravotné a sociálne aspekty, laboratórnu diagnostiku a kvalitu života. V klinickej praxi psychiatra pozostáva vyšetrenie predovšetkým z týchto častí:

1) Klinické psychiatrické vyšetrenie
Anamnestická časť o konzumácii alkoholu s dôrazom na pátranie po znakoch závislosti (v časovom rámci ostatných 12 mesiacov resp. celoživotne), vrátane prítomnosti alkoholom zapríčinených somatických ochorení a pozitívnych laboratórnych markerov v dokumentácii, osobitne sledujeme vplyv na sociálnu sféru. Adekvátne zhodnotenie užívania iných psychoaktívnych látok. Môžu sa pritom využiť aj dostupné štruktúrované diagnostické rozhovory pre MKCH (CIDI alebo M.I.N.I.). Konfrontácia subjektívnych s objektívnymi údajmi, ak sú k dispozícii. Súčasťou je ďalej cielené neuropsychiatrické vyšetrenie na zisťovanie prítomnosti známok ebriety, abstinenčných príznakov, posúdenie prítomnosti neurokognitívnej alebo psychotickej poruchy, orientačné posúdenie somatických a neurologických dôsledkov dlhodobého pitia. Dôležitým aspektom je zhodnotenie pacientovho náhľadu a odhad jeho budúcej adherencie k liečbe.

2) Laboratórne vyšetrenie
Biochemické, hematologické a toxikologické vyšetrenie exspirovaného vzduchu, krvi a moču je zamerané na zistenie priamych a nepriamych laboratórnych markerov závislosti od alkoholu a podľa potreby na vylúčenie iných užívaných psychoaktívnych látok.
Osobitne sa sledujú markery
(a) aktuálneho pitia: dôkaz akútnej intoxikácie: dychová skúška a/alebo laboratórne vyšetrenie na etanol v krvi, pre forenzné účely je zlatým štandardom vyšetrenie krvi plynovou chromatografiou;
(b) nedávneho pitia (1 – 5 dní od ostatného konzumu: etylglukoronid (EtG) v moči, fosfatidyletanol (PEth) v krvi)
(c) chronického pitia (2 a viac týždňov od ostatného konzumu: AST/ALT, CDT, GMT, MCV), pri markeroch chronického pitia ich dynamika.
Súčasťou rozšírenej laboratórnej diagnostiky je zhodnotenie markerov v kontexte ich dynamiky a v kontexte ostatných laboratórnych výsledkov. Je potrebné zdôrazniť, že pozitívne resp. patologické nálezy laboratórnych markerov nadmerného pitia síce podporujú diagnózu závislosti od alkoholu, samotné ale na jej stanovenie nestačia. Naopak, aj negatívne resp. normálne hodnoty diagnózu závislosti

celkom nevylučujú. Pri konečnom stanovení diagnózy vždy rozhoduje komplexné posúdenie klinického stavu.

3) Psychodiagnostické vyšetrenie
Psychodiagnostické vyšetrenie predstavuje fakultatívny doplnok komplexného vyšetrenia a diferenciálnej diagnostiky, optimálne po stabilizácii akútneho stavu, bez prítomných známok ebriety a odliečení abstinenčného stavu. Jedným cieľom diagnostiky je analýza štruktúry osobnosti, jej obranných mechanizmov a možnej patológie. Druhým cieľom je určenie porúch kognitívnych funkcií a prípadného neurokognitívneho poškodenia v dôsledku konzumácie alkoholu. Využíva sa aj na pomoc pri diferenciálnej diagnostike ostatných psychických porúch, ktoré sú so závislosťou často komorbídne, a na určenie porúch kognitívnych funkcií a organických zmien. Ide o zistenia dôležité pre nastavenie terapeutického plánu, s využitím najmä v špecializovaných pracoviskách alebo pre súdnoznalecké účely na žiadosť psychiatra.

Liečba

V Tabuľke č. 2 uvádzame metodiku označovania miery evidencie (GRADE) podľa Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, ktorá je ďalej použitá v texte na označenie špecifických liečebno-preventívnych postupov.

Tabuľka č. 2

Spôsob označovania miery evidencie v týchto ŠDTP		
Charakter dôkazu (intervencie, terapie, prevencie)		**Miera dôkazu**
A	systematický prehľad randomizovaných klinických škúšaní, kohortových štúdií, alebo kontrolovaných štúdií	vysoká
B	jednotlivé randomizované klinické skúšania, kohortové štúdie, alebo kontrolované štúdie	stredná
C	ekologické štúdie, výskum zameraný na výstup	slabá

Krátka intervencia
Krátke poradenstvo môže dosiahnuť významnú redukciu pitia alkoholu a je účinné najmä vtedy, ak ide u pacientov o rizikové pitie, škodlivé pitie bez závislosti alebo mierny stupeň závislosti. Pre osoby s *rizikovým pitím* sa odporúča rada alebo jednorazové krátke poradenstvo (do 5 minút). Odbornú radu (angl. advice) nekonzumovať alkohol alebo významne znížiť jeho pitie môže realizovať aj sestra alebo iný zdravotnícky pracovník v rámci svojich kompetencií. Pre osoby so *škodlivým pitím* rozšírená forma krátkej intervencie (1 – 4 sedenia v trvaní do 20 – 30 minút) s následným ambulantným monitoringom a prehodnotením výsledkov po 3 mesiacoch a roku. Krátke intervencie môže realizovať každý lekár, sú určené najmä pre primárnu sféru.

Ak sa po aplikovaní krátkej intervencie nepodarí dosiahnuť abstinencia alebo aspoň redukcia pitia, indikované je odporučiť pacienta na ambulantné špecializované psychiatrické vyšetrenie a v prípade zistenia diagnózy závislosti aj intenzívnejšia liečba v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti.

Liečba závislosti

Terapeutický plán liečby závislosti od alkoholu je optimálne stanovený na dobu 12 mesiacov, čo je v súlade s diagnostickými kritériami Medzinárodnej klasifikácie chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (MKCH-10). Manažment liečby človeka so závislosťou je v kompetencii lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria. Liečba sa realizuje v spolupráci s pacientom a optimálne aj v spolupráci s blízkymi osobami pacienta. Účinnosť liečby je individuálna, závisí od závažnosti závislosti, od jej negatívnych dôsledkov, zvolenej formy a metódy liečby, ktoré majú byť individualizované v rámci možností daného zariadenia. Ľahšie formy s vyššou mierou adherencie a dobrým sociálnym zázemím sa liečia skôr **ambulantne** psychiatrom, podľa potreby v spolupráci s klinickým psychológom, prípadne v zariadeniach **komunitnej starostlivosti** s komplexným špecializovaným programom. Ťažšie a komplikované formy a prípady s predpokladom horšej adherencie v ambulantných podmienkach je vhodné liečiť najskôr **ústavnou formou** špecializovaným multidisciplinárnym terapeutickým tímom. Ústavná liečba je vždy nasledovaná ambulantnou liečbou.

V liečebných programoch sa odporúča využiť psychosociálne intervencie zamerané na motivačné, psychologické, sociálne a environmentálne faktory, ktoré prispievali k užívaniu alkoholu a sú účinné pri podpore abstinencie a v prevencii recidívy. Psychosociálne intervencie sa tiež používajú na zvýšenie celkovej adherencie k liečbe.

Liečba závislosti od alkoholu pozostáva z niekoľko na seba nadväzujúcich fáz, v ktorých sú príslušným spôsobom modifikované **ciele** (tab. č. 3), **formy** (tab. č. 4) a konkrétne **metódy / intervencie** (tab. č. 5):

1) Detoxifikačná liečba

V období ukončovania pitia alebo významnej redukcie pitia je cieľom liečba akútneho abstinenčného syndrómu a predchádzanie jeho komplikáciám. Okrem vlastnej detoxifikácie v tejto fáze prebieha zhodnotenie a liečba pridružených psychických a somatických komorbídnych ochorení. Zároveň je už v tejto fáze potrebné zapojiť intervencie s cieľom zlepšenia náhľadu a motivovania pacientov k následnému pokračovaniu liečby závislosti. Detoxifikácia trvá obvykle 7 – 21 dní.

2) Prevencia relapsu

Po odznení akútneho abstinenčného stavu, po detoxifikácii nasleduje vlastná liečba závislosti (tzv. odvykacia liečba), pri ktorej sa intenzívne pracuje pomocou psychoterapie, psychosociálnych intervencií s pomocou špecifickej antiadiktívnej farmakoterapie. V tejto fáze protrahovaného abstinenčného stavu klesajúcej intenzity dominuje v klinickom obraze postupne sa zmierňujúci craving a afektívna labilita. Ak sa liečba realizuje ústavnou formou, jej trvanie od 6 do12 týždňov (podľa terapeutického programu konkrétneho pracoviska), v ambulantných podmienkach má intenzívna fáza ambulantnej liečby závislosti od alkoholu trvať aspoň 12 týždňov s pokračujúcim sledovaním do dosiahnutia stabilnej plnej remisie (t. j. najmenej 12 mesiacov súvislej abstinencie v nechránenom prostredí).

3) Rehabilitácia a doliečovanie

V doliečovacej / rehabilitačnej fáze je dôraz kladený viac na socioterapeutické aktivity zamerané na stabilizáciu a rozvoj potenciálu osobnosti s dôrazom a zmeraním na plnohodnotnú sociálnu reintegráciu. Doliečovanie nie je presne vymedzený termín, prekrýva sa z časti s pojmom resocializácia. Rehabilitácia má zasa viac konotáciu s fyzickou komponentou zdravotných škôd u pacientov so závislosťou. Doliečovanie aj rehabilitácia môžu prebiehať ambulantnou, ústavnou alebo komunitnou formou.

Minimálnou formou špecializovanej liečby závislosti je tzv. *lekárske vedenie* (angl. medical management), ktoré pozostáva z pravidelného špecializovaného vyšetrenia zameraného na prítomnosť známok závislosti a jej komplikácií, doplneného o prvky motivačných intervencií alebo iných psychoterapeutických postupov, farmakoterapiu a pravidelné sledovanie stanovených (klinických, laboratórnych) parametrov s kontinuálnou podporou vytýčeného cieľa.

Odporúčaná frekvencia klinických vyšetrení u pacientov v ambulantnom programe liečby závislosti od alkoholu varíruje podľa miery závislosti, liečebného plánu, individuálnych potrieb pacienta a používaného terapeutického prístupu. Všeobecné odporúčania odporúčajú:

1. Iniciálna fáza (intenzívna liečba)

   Počas prvých týždňov: V skorých etapách liečby pacienti môžu vyžadovať vyššiu frekvenciu návštev, typicky 2-3 razy za týždeň. Účelom je sledovanie progresu liečby, poskytovanie poradenstva a riešenie akútnych symptómov s odňatia (abstinenčných) ako i cravingu.
2. Pokračujúca liečba (udržiavacia fáza)

   Po stabilizácii: V priebehu pokračujúceho uzdravenia sa môže frekvencia terapeutických návštev zredukovať na 1x za týždeň, alebo raz za 14 dní. Frekvencia môže byť prispôsobená na základe individuálneho progresu, spúšťačov a pacientovej potreby.
3. Dlhodobá liečba:

   Kontinuálna starostlivosť: Po niekoľkých mesiacoch alebo po dlhšom období abstinencie, niektorým môžu postačovať iba mesačné návštevy, v závislosti od miery ich stability a liečebného plánu.
4. Špeciálne okolnosti:

   Prevencia relapsu: U jedincov s vysokým rizikom recidívy, alebo s veľkými psychickými, či sociálnymi problémami, môže byť frekvencia terapeutických návštev väčšia. Súvisiace psychické poruchy: Ak je prítomnú tiež iná psychická porucha (napr. depresia, úzkosť) môže potreba integrovanej liečby vyžadovať častejšie terapeutické kontakty.

Terapeutický plán má byť vždy personalizovaný a prispôsobený na základe vývoja stavu pacienta a jeho pokračujúceho hodnotenia poskytovateľom.

Odporúčaná dĺžka ústavnej liečby je optimálne 3 mesiace. Ak je prítomná iná závažná psychická porucha môže byť i dlhšia.

Nariaďovanie, realizácia a ukončovanie súdom nariadených ochranných opatrení formou protialkoholických liečení je upravené novelizovaným Trestným zákonom a Trestným poriadkom. V prípade súdom nariadenej ochrannej protitalkoholickej liečby ústavnou formou táto trvá najviac 3 mesiace. Pri súdom nariadenej ambulantnej forme liečby je táto zo zákona v trvaní najviac 12 mesiacov.

Tabuľka č. 3

Ciele liečby závislosti od alkoholu		
Cieľ	**Abstinencia (grade A)**	**Redukcia pitia**
Zámer	konečný cieľ	prechodný cieľ
Úloha	detoxifikácia a prevencia relapsu	zmiernenie vysoko rizikovej spotreby
Indikácie	• preferovaný primárny cieľ • každý pacient, ktorý súhlasí	• opakované neúspešné pokusy o abstinenciu • aktuálny nesúhlas s abstinenciou
Kontraindikácie	• žiadne	• nutnosť detoxifikácie • anamnéza komplikovaného abstinenčného syndrómu • závažná somatická komorbidita • závažná psychiatrická komorbidita • ochranné liečenie • profesie celkom nezlučiteľné s konzumom alkoholu • tehotenstvo • vek menej ako 18 rokov
Špecifické parametre úspešnosti liečby	• počet dní s abstinenciou • čas do prvého napitia sa • čas do relapsu	• priemerná denná spotreba alkoholu • počet dní ťažkého pitia
Pomocné parametre úspešnosti liečby	• klinický stav: CGI, intenzita závislosti, intenzita cravingu • adherencia: užívanie medikácie, účasť na terapeutických aktivitách, retencia v liečbe • markery: dychová skúška, EtG, CDT, GMT, MCV • funkčnosť: práca / štúdium, rodina, spoločenské aktivity	

Tabuľka č. 4

Formy liečby závislosti od alkoholu	
Podľa typu zariadenia	**Podľa počtu a zloženia účastníkov**
Ambulantná • ambulancie medicíny závislostí • psychiatrické ambulancie • pedopsychiatrické a gerontopsychiatrické ambulancie	• Individuálna • Skupinová • Párová • Rodinná • Komunitná
Ústavná • centrá pre liečbu drogových závislostí • psychiatrické oddelenia / kliniky • psychiatrické nemocnice / liečebne • iné zdravotnícke zariadenia (liečba akútnych komplikácií)	
Osobitné formy a zariadenia • denné psychiatrické stacionáre	

Tabuľka č. 5

Metódy liečby (typy intervencií) závislosti od alkoholu	
Psychosociálne	**Farmakologické**

Minimálne intervencie
• odborná rada
• krátka intervencia
• lekárske vedenie
• psychoedukácia
 	
Psychoterapeutické metódy
• podporná racionálna psychoterapia
• terapia posilňujúca motiváciu (MET)
• kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)
• krátkodobá psychodynamická psychoterapia
• kontingenčný manažment
• režimová liečba
• iné špecifické programy prevencie relapsu
 	
Doplňujúce intervencie
• didaktoterapia
• biblioterapia
• arteterapia a iné expresívne techniky
• relaxačné techniky
• činnostná a pracovná terapia
• tréning sociálnych zručností
 	
Komplementárne intervencie následnej starostlivosti
• terapeutická komunita
• svojpomocné a podporné skupiny
  o Anonymní alkoholici
  o Kluby abstinentov
fyzioterapia a telesné cvičenie
	Detoxifikácia
	(dávkovanie podľa klinického stavu)
	- Základ farmakoterapie:
	• diazepam (resp. iný BZD– bromazepam, chlórdiazepoxid, oxazepam)
	- Fakultatívna komedikácia:
	• karbamazepín
	• tiaprid, haloperidol
	• magnézium
	
	Prevencia relapsu
	• akamprosát vápenatý
	podľa telesnej hmotnosti: á 333 mg tbl denne 2-2-2 (nad 60 kg) resp. 2-1-1 (do 60 kg), po dobu 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie)
	• naltrexón
	á 50 mg tbl 1x denne, po dobu 3 až 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie)
	• nalmefén
	á 18 mg tbl denne 1x, po dobu 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie)
	• disulfiram
	
	Redukcia pitia
	• nalmefén
	v dňoch s rizikom pitia: á 18 mg tbl denne 1x, po dobu 6 až 12 mesiacov (v indikovaných prípadoch aj dlhšie)

Poznámky:

Naltrexón je možné podávať iba pri vylúčení súčasného užívania opioidov, optimálne po negatívnom objektívnom naloxónovom teste.

Nalmefén pri redukcii pitia má byť iniciovaný len u pacientov s konzumom prepočítaného absolútneho alkoholu > 60 g/deň u mužov resp. > 40 g/deň u žien, ktorý pretrváva aspoň dva týždne po prvom vyhodnotení spotreby alkoholu.

Disulfiram je aktuálne deregistrovaný v SR, na jeho použitie je potrebné žiadať MZ SR o výnimku na dovoz. Hoci má evidenciu dôkazov 1b, nakoľko ale nie je u nás v súčasnosti registrovaný, nemožno ho odporúčať na použitie v bežnej praxi (z tohto dôvodu nie je v tabuľke uvedené presné dávkovanie).

V tab. č. 6 sú vymenované kľúčové poznámky manažmentu závislosti od alkoholu, ktoré sú súčasťou dobrej klinickej praxe aj v iných vyspelých krajinách s tradíciou medicínskych usmernení. Na obr. je následne prehľadne znázornená základná schéma celého postupu v diagnostike a liečbe závislosti od alkoholu.

Tabuľka č. 6

Konkrétne poznámky k manažmentu závislosti od alkoholu (prienik odporúčaní v rôznych medzinárodných štandardných postupoch)
Vyšetrenie • Súčasťou psychiatrického vyšetrenia na závislosť od alkoholu má byť aj zisťovanie závislosti od tabaku (nikotínu), užívania a závislosti od iných psychoaktívnych látok a psychofarmák bez lekárskeho predpisu, vrátane zhodnotenia závažnosti. • Pri identifikovaní rizikového pitia sa majú s pacientom prediskutovať riziká ďalšieho pitia aj riziká vysadenia alkoholu bez liečby. • Pri identifikovaní závislosti sa majú použiť aj princípy motivačných intervencií so zámerom dohodnúť s pacientom konkrétny cieľ liečby. • Laboratórne markery je vhodné vyšetriť vždy, keď sú pochybnosti o vierohodnosti alebo spoľahlivosti poskytnutých anamnestických údajov.
Organizácia liečebnej starostlivosti • Závislosť od alkoholu sa má medicínsky liečiť. Pri liečbe je potrebné riadiť sa cieľom, ktorý bol vzájomne odsúhlasený spolu s pacientom. Participatívny prístup. • Liečba akútneho abstinenčného stavu nie je dostatočná, je len úvodom do ďalšej liečby zameranej na samotnú závislosť. • Pri cieli abstinencie je vhodné podporiť pacienta, že si vybral najlepší cieľ, a ak je to potrebné, začať s detoxifikačnou liečbou čo najskôr a neskôr overovať abstinenciu objektívnymi pomocnými laboratórnymi metódami. • Pri cieli redukcie pitia je dôležité pripomínať pacientovi, že ide o prechodný cieľ, pracovať s pacientovým záznamníkom spotreby alkoholu a zároveň monitorovať laboratórne parametre. • Ambulantná detoxifikácia by mala byť zahájená na začiatku pracovného týždňa, aby bol možný denný monitoring pacienta. Ambulantná detoxifikácia sa môže realizovať iba tam, kde má pacient možnosť denných kontrol a dostupnú urgentnú starostlivosť v prípade rozvoja komplikácií. • Alkohol sa pri detoxifikácii nemá používať. V prípade, že pacient nemôže podstúpiť asistovanú detoxifikáciu, je vhodnejšie postupné redukovanie pitia alkoholu. • Liečba závislosti má byť v rôznych etapách koordinovaná. Komplexná liečba závislosti je najúčinnejšia (kombinácia psychosociálnych intervencií a farmakoterapie). Pacientom závislým od alkoholu, ktorí sú navyše závislými od tabaku/nikotínu, má byť ponúknuté aj asistované ukončenie fajčenia/užívania nikotínu.
Farmakologické intervencie • Pri liečbe farmakologickými prostriedkami je nutné riadiť sa vždy aktuálnym znením súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). • Liečba abstinenčného syndrómu sa riadi klinickým stavom. Základom farmakologickej liečby je kupírovanie abstinenčných príznakov benzodiazepínmi (štandardne diazepam) v dennej dávke *quantum satis*, s následnou postupnou redukciou až do úplného vysadenia, a to podľa dynamiky klinických príznakov. • Benzodiazepíny sú účinné na liečbu abstinenčného syndrómu (grade A), prevenciu delíria tremens aj epileptických kŕčov, ale nie sú vhodné na dlhodobú (tzv. odvykaciu) liečbu samotnej závislosti. • Benzodiazepíny v kombinácii s antipsychotikami sú účinné na liečbu delíria tremens (grade B). • V prípade vážne narušených pečeňových funkcií je potrebné uprednostniť benzodiazepíny s krátkym polčasom eliminácie (napr. oxazepam), ktoré sa len v malej miere metabolizujú v pečeni. • Anticravingové lieky (akamprosát vápenatý (grade B), naltrexón (grade B), nalmefén) sú vždy indikované ako súčasť komplexnej liečby závislosti od alkoholu, nenahrádzajú však lekárske vedenie ani psychosociálne intervencie a samostatne nie sú dostatočne účinné.

- Disulfiram (ak je dostupný) je možné použiť iba pri dobrej spolupráci pacienta, ako druhú voľbu, ak nebola účinná terapia akamprosátom, alebo naltrexónom. Osobitne treba vziať do úvahy vedľajšie účinky a upozorniť pacienta na možné riziká.
- Antikonvulzíva administrované ako profylaxia alkoholických paroxyzmov (grade B).
- Antidepresíva (samotné) sú neúčinné na prevenciu relapsu u pacientov so závislosťou od alkoholu bez zistenej samostatnej diagnózy komorbídnej depresie. Depresívna symptomatika, ktorá sa manifestuje a je súčasťou klinického obrazu vo fáze detoxifikácie u akútneho abstinenčného stavu, nie je dostatočnou indikáciou na ich predpis.
- Na prevenciu neurokognitívnych komplikácií (ARBD) u pacientov so stredne ťažkou až ťažkou závislosťou je vhodné použiť (už počas detoxifikácie) tiamín / benfotiamín (vitamín B_1) a niacín (vitamín B_3).

Psychosociálne intervencie

Ľuďom, ktorým je diagnostikovaná závislosť od alkoholu, má byť vždy poskytnutá odborná rada o liečbe. Psychosociálne intervencie je možné realizovať ako individuálnu, párovú, rodinnú, skupinovú či komunitnú terapiu. Popri psychoterapeutických intervenciách zameraných na prevenciu relapsu je pacientom so závislosťou od alkoholu možné odporučiť aj svojpomocné podporné skupiny (AA – Anonymní Alkoholici).

- Krátke intervencie (grade C) sú účinné najmä pri redukcii spotreby alkoholu, a to zvlášť u jedincov, ktorí rizikovo pijú.
- Kontingenčný manažment: KM znamená poskytovanie pacientom konkrétnych nepeňažných odmien na posilnenie pozitívneho správania, ako abstinencie, účasti na liečbe a na dodržiavanie stanovených cieľov liečby. Pre účinnosť KM je potrebné monitorovanie moču a toxikologické testovanie s okamžitou spätnou väzbou. Výsledky testov poskytujú indikátor pokroku v liečbe a môže sa o nich diskutovať na terapeutických sedeniach. KM sa často používa ako súčasť liečby, ktorá sa zameriava na podporu nového správania, a môže sa taktiež kombinovať s KBT.
- Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) (grade A): predpokladá, že užívanie alkoholu je naučené správanie, a je možné ho meniť. Počas liečby sú pacienti oboznámení s novými copingovými a
- kognitívnymi stratégiami, ktoré nahradia dysfunkčné správanie a vzorce myslenia. Terapeutické sedenia KBT sú štruktúrované súborom konkrétnych cieľov, ktoré sa zameriavajú na okamžité problémy, ktorým čelí pacient závislý od alkoholu.
- Motivačné interview (MI) (grade A) a terapia posilňujúca motiváciu: je spôsob rozhovoru uznávajúci autonómiu pacienta. Klinický pracovník preberá poradnú úlohu a snaží sa porozumieť pacientovým hodnotám - tento proces vytvára empatiu a podporuje terapeutickú alianciu, ktorá môže podporiť zmeny v správaní. Účinky MI pretrvávajú až do jedného roku po liečbe.
- Behaviorálna párová a rodinná terapia (grade B): je účinná na zlepšenie zapojenia sa do liečby, zníženie užívania alkoholu a zlepšenie účasti na doliečovaní v porovnaní so starostlivosťou, zameranou na individuálneho pacienta. Rodinné prístupy sú obzvlášť užitočné pri vzdelávaní pacientov a ich rodín o povahe závislosti a procese liečby.
- Krátkodobá psychodynamická psychoterapia (grade B): zameriava sa na aktívnu adaptívnu zmenu pre čo najväčšie uplatnenie potenciálu klienta, postavenú na porozumení dynamickým vzťahom medzi minulými zážitkami a aktuálnymi postojmi a ťažkosťami.
- Doplnkové psychosociálne intervencie: Dlhodobé rezidenčné programy môžu obsahovať široký rámec terapeutických modalít ako individuálnu a skupinovú psychoterapeutickú intervenciu, tréning životných zručností, zamestnanie alebo vzdelávanie a rekreačné aktivity. Špecifické terapeutické metódy, ktoré môžu byť použité, obsahujú: kognitívne behaviorálnu terapiu, terapiu posilňujúcu motiváciu, tréning sociálnych zručností a techniky kognitívnej reštrukturalizácie. Dôležitými súčasťami terapie a resocializácie sú štruktúrovaná prevencia relapsu a aktívne uplatňovanie prevencie relapsu. Popri psychoterapeutických intervenciách zameraných na prevenciu relapsu je pacientom so závislosťou od alkoholu vhodné odporučiť aj svojpomocné podporné skupiny (AA – Anonymní Alkoholici).

Používanie vhodnej psychosociálnej intervencie závisí nielen od toho, či bola overená ako účinná, ale aj od toho, ktorej intervencii dáva prednosť pacient, aké sú zdroje pacienta, a v akom kontexte sa liečba uskutočňuje.

Krátke intervencie (KI)

Pri krátkej intervencii nejde o jeden terapeutický postup, ale o viacero intervencií. Ich spoločným znakom je oproti tradičným intervenciám krátke časové trvanie, zvyčajne v jednom terapeutickom sedení väčšinou do 25 minút s jedným, alebo viacerými krátkymi následnými stretnutiami. Úvodné sedenie KI môže mať formu osobnú, ale aj telefonickú, online, alebo sa môže uskutočniť ich kombináciou.

Tabuľka č. 7

Štandardné postupy	**Účinné časti krátkych intervencií**
Klinické špecifické postupy	**Účinné časti krátkych intervencií pri konzumácii alkoholu**
S-spätná väzba	Poskytnite **spätnú väzbu** týkajúcu sa užívania alkoholu a zdôraznite jeho potenciálne riziko.
Z-zodpovednosť	Zdôraznite pacientovu možnosť výberu a jeho **zodpovednosť za zmenu.**
R-rady	Poskytnite konkrétne **rady,** aké potrebné zmeny treba urobiť.
M-menu	Poskytnite **menu** možností ako tieto zmeny uskutočniť.
E-empatia	Prejavte **pochopenie** pre pacientove uvažovanie a prežívanie.
S-sebaúčinnosť	Vyjadrite vieru v to, že pacient **dokáže** navrhované zmeny urobiť.

Kontingenčný manažment (Usmerňovanie pomocou pokračujúceho posilnenia)

Princíp kontingenčného manažmentu spočíva v uplatnení princípov posilňovania správania, ktoré je v súlade s dosahovaním cieľov liečby. Kontingenčný manažment vychádza zo základného behaviorálneho výskumu, ktorý dokázal, že správanie, ktoré posilňujeme, sa vo svojej frekvencii a častosti zvyšuje. Predstavuje štruktúrovanú behaviorálnu terapiu, ktorá sa zakladá na (1) pravidelnom sledovaní správania, ktoré chceme zmeniť, (2) posilňovaní správania vždy, keď sa vyskytuje, pomocou konkrétnych a stupňujúcich sa posilňovačov. Kontingenčný manažment môže byť pridaný k akejkoľvek inej liečbe, napr. eklektickej štandardnej skupinovej terapii, terapii pomocou 12 krokov, kognitívno-behaviorálnej terapii, terapii využívajúcej posilňujúce princípy v komunite, terapii zvyšujúcej motiváciu a pod. Posilnenie môže mať mnoho podôb, efektívne sú napríklad „poukážky", ktorými terapeut odmeňuje pacienta po dosiahnutí stanoveného cieľa. Tie potom môže vymeniť za rôzne ním preferované činnosti alebo iné výhody. Vhodné je postupovať podľa jasného kontraktu medzi pacientom a terapeutom.

Kognitívno-behaviorálna terapia

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) pre poruchy v dôsledku užívania alkoholu zahŕňa prístupy, ktoré sa líšia vo svojom trvaní, postupoch, obsahu, či nastavení liečby. Podstatou KBT prístupu v liečbe závislostí je predpoklad, že úspešná liečba vyžaduje vytvorenie zvládacích spôsobilostí (buď k zníženiu alebo k zastaveniu užívania alkoholu) a zvýšenie vlastných schopností (sebaúčinnosti), ako to dosiahnuť. Základné KBT postupy sú funkčná analýza a tréning zvládacích spôsobilostí. Tieto je možné vykonávať rôznym spôsobom (skupinovo, alebo individuálne) v rôznej dĺžke liečby.

- *Funkčná analýza:* KBT prístup je individualizovaný a jeho predpokladom je komplexné posúdenie problému užívania alkoholu, a toho, ako alkohol ovplyvňuje pacientov život. Základom je analýza funkcie, ktorú má užívanie alkoholu pre pacienta. Funkčná analýza skúma okolnosti, ktoré problémovému správaniu predchádzajú („spúšťače"), podrobne analyzuje samotné správanie spojené s užívaním alkoholu a krátkodobé a dlhodobé následky tohto správania. Jej základným predpokladom je, že zneužívanie alkoholu je vôľové správanie, ktoré je ovplyvňované identifikovateľnými podnetmi, ktoré mu predchádzajú a jeho dôsledkami, ktoré ho upevňujú. Na jej základe môžeme určiť, ktoré z týchto faktorov je potrebné zmeniť, aby sa zmenilo správanie týkajúce sa užívania alkoholu. Analýza tiež pomáha nájsť alternatívne správanie bez prítomnosti alkoholu, ktoré bude vyvolávané primeranejšími a odmeňujúcimi faktormi tak, aby sa zvýšila jeho pravdepodobnosť v budúcnosti.

- *Nácvik zvládacích spôsobilostí:* metódy nácviku zvládacích spôsobilostí vychádzajú zo základných princípov učenia, a to operačného podmieňovania, zástupného podmieňovania, či klasického podmieňovania. Predpokladom je, že pacient sa naučil nevhodné vzorce správania spojené s alkoholom, ktoré pretrvávajú, lebo nepoužíva iné, vhodnejšie formy správania. Správanie spojené s alkoholom sa teda považuje za nadbytočné a pre pacienta škodlivé, a je ho potrebné nahradiť správaním, ktoré pacient nedostatočne ovláda a potrebuje sa ho naučiť. Najskôr je dôležité naučiť pacienta všeobecné spôsobilosti. Keďže KBT je skôr krátkodobá terapia, nie je možné, aby sa pacient naučil nové spôsobilosti v každej vysoko rizikovej situácii identifikovanej vo funkčnej analýze. Terapeut sa skôr venuje takým spôsobilostiam, ktoré sa dajú uplatniť aj v iných vysoko rizikových situáciách ako je napríklad zvládanie baženia, či situácie nabité negatívnymi emóciami. Medzi ďalšie špecifické spôsobilosti, ktoré je potrebné nacvičiť, sú zvládanie baženia, nácvik asertivity pri odmietaní alkoholu alebo iných drog, či metódu riešenia problémov.

Kombinovaná behaviorálna intervencia (KBI)

KBI kombinuje prvky KBT s komponentmi z motivačných rozhovorov a 12-krokových facilitačných intervencií AA (viď nižšie). Pri KBI sa odporúča zapojenie blízkej osoby klienta do procesu terapie. KBI bola vyvinutá na základe poznatkov, že pacienti s nízkou motiváciou zmeniť svoje patologické správanie mali z KBT len malý úžitok, a že zapojenie klientov do svojpomocných programov a účasť ich blízkych osôb na terapii bolo spojené s lepšími výsledkami liečby.

Motivačné interview (MI) a terapia posilňujúca motiváciu

Motivačné interview predstavuje primárne spôsob interakcie s pacientom a je základom zvyšovania motivácie. MI je na pacienta zameraná direktívna metóda, ktorá zvyšuje jeho motiváciu k zmene tým, že skúma a rieši jeho ambivalenciu vo vzťahu k užívaniu alkoholu. MI vychádza z nasledovných predpokladov:

1. Ľudia majú pre zmenu vlastného správania dostatočné vnútorné zdroje.
2. Ak si jednotlivec uvedomí výhody plynúce zo zmeny, môže úspešne zahájiť a úspešne udržiavať zmenu.
3. Proces zmeny správania treba chápať ako prechod cez 5 štádií zmeny.

Tabuľka č. 8

	Štádiá zmeny
Štádia zmeny počas psychoterapie	**Charakteristika**
Prekontemplácia	Nepriznanie si problému, neplánovanie zmeny.
Kontemplácia	Premýšľanie o zmene, no bez aktívnej snahy o zmenu správania.
Príprava	Podnikanie nejakých krokov k zmene, avšak nejde o účinnú akciu. Je nutné si stanoviť ciele, priority a plán akcie.
Akcia	Aktívne vytváranie zmien v správaní.
Udržanie získaného stavu	Zachovanie zmeny a/alebo zabránenie návratu k predchádzajúcemu problému.

Ak je jedinec v štádiu prekontemplácie alebo kontemplácie, tak cieľom terapeutického postupu je ho priviesť do štádia akcie, kde aktivuje svoje vnútorné zdroje a uskutoční také zmeny správania, ktoré sú dôležité pre dosiahnutie jeho cieľov. Liečba z pohľadu motivačného rozhovoru je ponímaná ako facilitácia prirodzeného procesu zmeny a celkový prístup, princípy i jednotlivé techniky vychádzajú z poznatkov o procesoch a podmienkach zmien. V praxi sa môžeme stretnúť s pacientmi s rôznou úrovňou pripravenosti na zmenu. MI potom možno považovať za súbor techník na iniciáciu a akceleráciu pokroku jednotlivca pozdĺž kontinua pripravenosti na zmenu.

Behaviorálna párová a rodinná terapia

Rodinná terapia a párová terapia sú efektívne v post-akútnej fáze liečby závislosti od alkoholu. Ide o ambulantnú formu terapie pre pacientov so závislosťou od alkoholu a ich príbuzných. Tento terapeutický prístup je založený na štyroch predpokladoch: (1) správanie blízkeho partnera a interakcia páru môže užívanie alkoholu spúšťať; (2) blízki partneri môžu abstinenciu odmeňovať; (3) pozitívny blízky vzťah je kľúčový zdroj motivácie na zmenu správania spojeného s pitím; a (4) zníženie nepohody vo vzťahu znižuje riziko relapsu. Do liečby sa môžu zapojiť aj iné blízke vzťahy, ako napr. osoby, ktoré spolu sú alebo boli v partnerskom vzťahu, alebo žijú v jednej domácnosti, napr. matka alebo otec, súrodenec alebo iný člen rodiny, či blízky priateľ. Párová terapia sa tiež zameriava na zlepšenie vzťahu partnerov. Používa pritom viaceré cvičenia počas sedení a domáce zadania mimo sedení. Cieľom je zvýšiť vzájomné posilnenie, ktoré partneri dostávajú vo vzájomnom vzťahu, zvýšiť počet aktivít, ktoré trávia spolu a pri ktorých nedochádza k užívaniu alkoholu, a zlepšiť ich konštruktívnu komunikáciu.

Krátkodobá psychodynamická psychoterapia (KPP)

KPP je modifikáciou psychoanalytickej psychoterapie, ktorá berie do úvahy nielen intrapersonálne, ale aj interpersonálne problémy, a prikladá význam prenosovým aj neprenosovým aspektom terapeutického vzťahu. Zameriava sa na aktívnu adaptívnu zmenu prečo najväčšie uplatnenie potenciálu klienta, postavenú na porozumení dynamickým vzťahom medzi minulými zážitkami a aktuálnymi postojmi a ťažkosťami. Cieľom teda nie je len úľava od symptómov, ale aj rozšírenie kapacity pre využívanie svojich emočných a intelektuálnych zdrojov. Na začiatku terapie sa skôr volí štruktúrovaný (podporný) prístup a neskôr odkrývajúci (expresívny) prístup. Cieľom je počas 20-30 stretnutí zmena v jednej či viacerých životných oblastiach života klienta, resp. zmeny fokálneho konfliktu, ktorý súvisí so vzťahmi s dôležitými osobami z detstva a aktivuje prítomnú záťaž.

Doplnkové psychosociálne intervencie – svojpomocné facilitačné intervencie
Spoločným znakom týchto skupín je snaha o abstinenciu pomocou zdieľania v skupine a vzájomnej podpore jednotlivých členov. Najznámejšou vzájomnou svojpomocnou skupinou pre závislých od alkoholu sú Anonymní alkoholici (AA). Liečba je bezplatná, a nie je potrebné si stretnutie dopredu dohodnúť. Program je založený na vzájomnej podpore, vytvorení sociálneho spoločenstva a viere, ako duchovnej podstate uzdravenia. Členovia sa zúčastňujú stretnutí (buď otvorených všetkým, alebo len pre účastníkov s problémom závislosti od alkoholu), kde sa zdieľajú zážitky spojené s užívaním alkoholu a uzdravovaním sa zo závislosti a preberajú postup 12 krokov k uzdraveniu. Účastníci v AA priznávajú, že alkohol vedie k strate kontroly a uzdravenie je duchovná cesta pomocou viery vo vyššiu silu a pomocou osobného skúmania a prijatia. Dôkazy svedčiace o účinnosti svojpomocných programov sú nepriame.

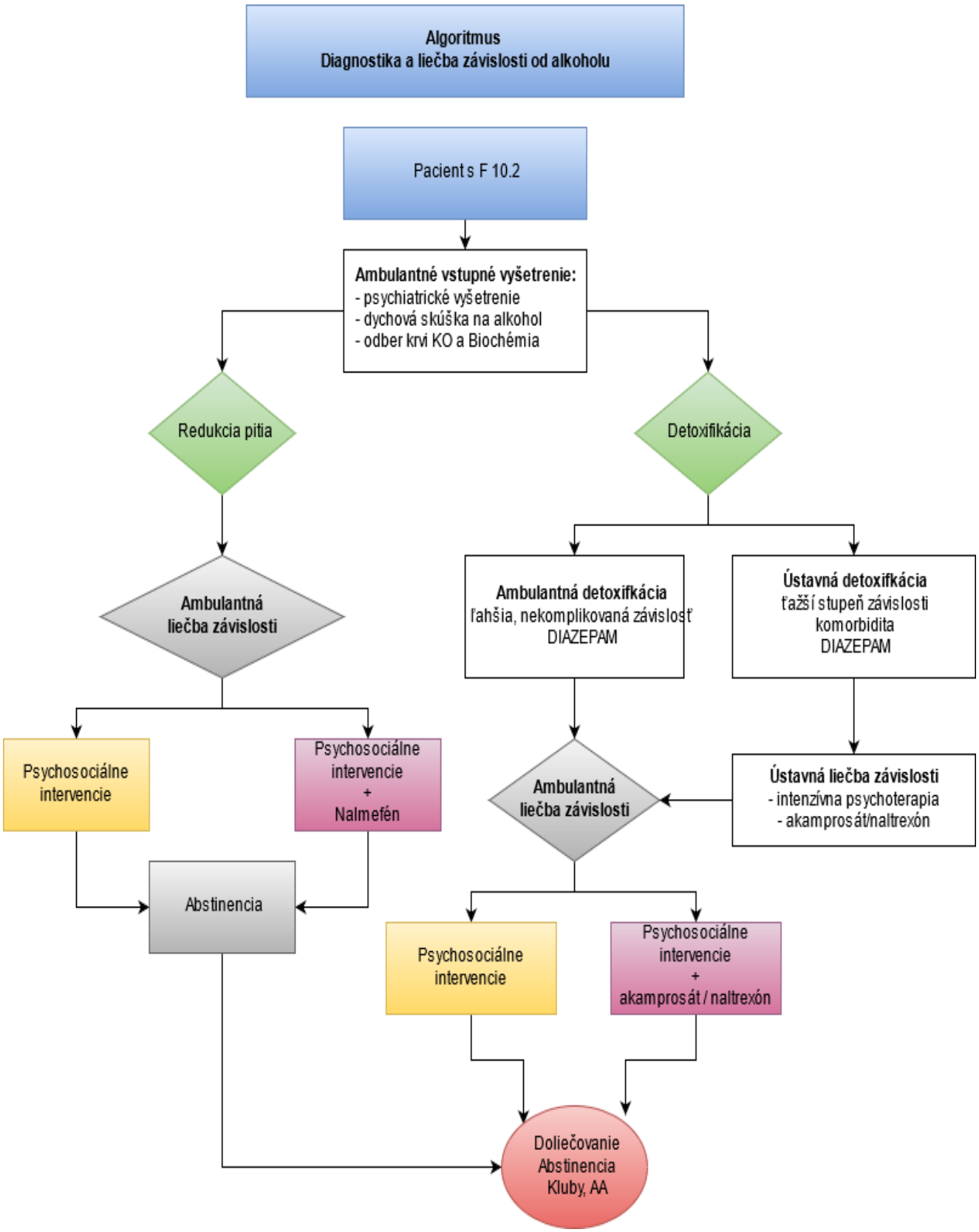
Kritériá ukončenia programu a indikátory efektívnosti
V súlade s kritériami MKCH SZO sa za trvalú remisiu – uzdravenie zo závislosti pokladá dosiahnutie dvanástich (12) mesiacov bez recidívy a bez abstinenčných príznakov v nechránenom (ambulantnom) prostredí pacienta. Vtedy je možné pokladať stav za uzdravenie a program aktívnej liečby ukončiť. Odporúča sa podľa potreby následná starostlivosť formou A-klubov, účasťou na mítingoch AA, alebo pobytom v resocializačnom zariadení.

Podľa SZO je úspešné ukončenie liečebného programu možné u každého pacienta hodnotiť na základe niekoľkých dimenzií:

- Ústup abstinenčných symptómov.
- Porozumenie poruche spôsobenej užívaním alkoholu a pridružených problémov.
- Zlepšenie fyzického a duševného zdravia.
- Kontinuálne pokračovanie v ambulantnom programe liečby v prípade ukončenia ústavnej formy liečby.
- Sociálna reintegrácia, zaradenie sa do pracovného procesu, alebo do školskej dochádzky, ak je to potrebné do programu následnej starostlivosti.

Pri posudzovaní efektívnosti liečby závislosti od alkoholu je rozhodujúce dosiahnutie 12- mesačnej kontinuálnej abstinencie v ambulantných podmienkach. Ambulantnej forme liečby môže predchádzať liečba ústavnou formou, no nemusí. V prípade, ak pacient absolvuje len liečbu ústavnou formou a v ambulantnej liečbe ďalej nepokračuje, z medicínskeho hľadiska nemožno pokladať liečbu za ukončenú. Začatie i celé úspešné absolvovanie protialkoholickej liečby len ambulantnou formou je možné a po 12 mesiacoch sa liečba pokladá za ukončenú. Pokračovaním môže byť participácia v programoch následnej starostlivosti.
Efektívnosť liečby je možné vyhodnocovať procesnými indikátormi (napr. či ciele pacientov v programe boli splnené), alebo parciálne v prípade ústavnej formy objektívnym meraním výstupu po prepustení pacienta to je koľko pacientov pokračuje systematicky v ambulantnej fáze liečby. Ďalším indikátorom môže byť abstinencia podporená negatívnymi výsledkami toxikologického monitorovania preukázaná po dohľadaní pacienta, napr. 6 alebo 12 mesiacov po začatí ambulantnej liečby. Optimálna je forma realizáci toxikologických vyšetrení zisťovaním metabolitu etylglukuronidu v moči s frekvenciou raz za 14 dní počas celého monitorovaného obdobia, minimálne však raz za 4 týždne pri ambulantných kontrolných vyšetreniach pacienta.
Dôsledné dodržiavanie štandardného postupu, v tom dôkladná objektivizácia výstupov procesu liečby, má podstatný význam i pre nemedicínske súvislosti ako je spôsobilosť riadenia motorového vozidla, zverenie dieťaťa do opatery, invalidizácia, absolvovanie výkonu súdom nariadených ochranných liečení a pod.

Obrázok č. 1 Schéma postupu v diagnostike a liečbe závislosti od alkoholu



Prognóza

Podľa štúdií bola preukázaná zdravotná i ekonomická efektivita komplexnej liečby závislosti od alkoholu, tieto výsledky propaguje aj SZO. V jednotlivých prípadoch je predikcia prognózy na základe vstupných charakteristík fázy a stavu závislosti len pravdepodobnostného charakteru. Menšina pacientov, ktorí vstúpili do liečby, má malígny priebeh ochorenia vedúci k predčasnému úmrtiu na komplikácie alkoholizmu. Častejší je remitujúci, chronický priebeh rôznej intenzity. Významnou premennou v otázke frekvencie relapsov sú sociálne podmienky, v ktorých sa pacient nachádza a ponuka sociálnych služieb po absolvovaní liečby. Väčšina pacientov, ktorí vstúpili do liečby pre závislosť od alkoholu, je schopná dosiahnuť kvalitné uzdravenie, resp. remisiu. Keď aj dôjde u časti z nich po čase k opätovnému rozvinutiu závislosti, resp. k návratu pitia, získané mesiace a roky prežité v zdraví, zlepšenom zdraví im zvyšujú kvalitu a očakávanú dĺžku ich života. Z abstinencie benefitujú nielen pacienti, ale aj ich blízke osoby a rodiny, vďaka redukcii práceneschopnosti a problematického správania súvisiacich s konzumáciou alkoholu sú prínosom pre celú spoločnosť.

Dôležitým faktom pre prognózu sú epidemiologické zistenia, že do liečby pre závislosť od alkoholu sa dostáva len výrazná menšina ľudí trpiaca zdravotnými problémami kvôli alkoholu. Mnohí sociálne dobre integrovaní jedinci sa o liečbu neuchádzajú napriek tomu, že vo zvýšenej miere trpia závažnými chronickými telesnými ochoreniami, kde alkohol prispel k ich vzniku a pokračujúce pitie komplikuje ich liečbu. Zdravotnícka osveta, skríning a krátke intervencie majú byť preto neoddeliteľnou súčasťou medicínskych postupov pri kontakte so všetkými populáciami pacientov, prevencie a účinnej liečby.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Závislosť od alkoholu je ochorením s vysokým rizikom relapsov s tendenciou k chronickému priebehu. Podľa Zákona o sociálnom poistení č. 461/2003 Z. z. predstavujú jej stredne ťažké formy mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 20 – 35 %, jej ťažké formy 50 – 60 %. V prípade viacročnej remisie s objektívne preukázanou abstinenciou vo vhodnom sociálnom prostredí môže byť miera poklesu schopnosti zárobkovej činnosti prehodnotená ako nevýznamná. V prípade chronifikovaného priebehu s rozvojom zdravotných komplikácií môžu byť tieto dôvodom zvýraznenia miery poklesu schopnosti zárobkovej činnosti. Pri posudzovaní závažných chronických komplikácií závislosti od alkoholu (viď. časť Klinický obraz a komplikácie) je namieste požadovať obdobie minimálne 12 mesačnej abstinencie pred určením reziduálneho nálezu a jeho dopadu na funkčnosť jedinca.

Zabezpečenie a organizácia liečebnej starostlivosti

1. Liečba závislosti od alkoholu sa poskytuje so súhlasom pacienta, resp. jeho zákonného zástupcu.
2. Základom pre liečbu závislosti od alkoholu je špecializovaná sieť ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Pri včasnom záchyte problému je potenciál a trend zabezpečiť efektívne celú liečbu až do dosiahnutia dlhodobej stabilnej abstinencie (remisie, uzdravenia) v programoch špecializovanej ambulantnej starostlivosti bez potreby hospitalizácie. Je vhodné využívať v ambulantnej liečbe zariadenia komunitnej starostlivosti (denné stacionáre) a budovať v nich špecializované programy poskytujúce komplexnejšiu starostlivosť. Ambulantná forma liečby niekedy predchádza ústavnú formu liečby, ale vždy by mala po nej pokračovať na zabezpečenie efektívnej prevencie relapsu v prirodzenom prostredí pacienta.
3. Závažné poruchy zdravia pri závislosti od alkoholu, komplikované pridruženými ťažkými duševnými poruchami alebo vážnym somatickým stavom sú zabezpečované podľa profilácie problému v ústavných zdravotníckych zariadeniach na špecializovaných klinikách, resp. oddeleniach nemocníc, v psychiatrických nemocniciach, v špecializovaných centrách pre liečbu drogových závislostí. Po absolvovaní čiastočnej (úvodnej detoxifikačnej), alebo kompletnej

(tzv. odvykacej) liečby je na zabezpečenie abstinencie potrebné pokračovanie v ambulantnej forme liečby v špecializovanej ambulantnej psychiatrickej starostlivosti.

4. Zariadenia určené na liečbu chronických stavov (psychiatrické liečebne a chronické lôžka psychiatrických zariadení) majú slúžiť prednostne k liečbe reziduálnych stavov (pretrvávajúce neurokognitívne poruchy, pacienti s komorbiditou iných ťažkých duševných, kde nie je možné dosiahnuť stabilizáciu stavu v krátkom čase).
5. Akútne intoxikovaní pacienti, bez ohľadu na prítomnosť alebo neprítomnosť diagnózy závislosti, majú byť manažovaní v prvom rade ako iné prípady akútnej otravy. To znamená, že v spolupráci pracovísk primárneho kontaktu, t. j. zložiek záchrannej zdravotnej služby, ambulantnej pohotovostnej služby, urgentných príjmov a pracovísk internej medicíny a intenzívnej starostlivosti má byť určený druh intoxikácie a spôsob jej liečby, podľa potreby pracovisko kontaktuje a konzultuje Národné toxikologické informačné centrum. Intoxikácia má byť laboratórne potvrdená, osobitne to platí pri podozrení na kombinované otravy. Určená má byť motivácia otravy (úmyselné sebapoškodenie, náhodná otrava, bližšie neurčený úmysel). U detí podlieha otrava alkoholom povinnému hláseniu. Zvláštna pozornosť má byť venovaná diagnostike skrytých úrazov. Intoxikácia predstavuje relatívnu kontraindikáciu hospitalizácie na psychiatrickom pracovisku (s výnimkou jednotiek intenzívnej starostlivosti s erudovaným personálom a možnosťou umelej pľúcnej ventilácie a dostupnosťou hemodialýzy a/alebo hemoperfúzie pre prípad závažných a kombinovaných otráv). Prípadná detoxifikácia sa preto realizuje prednostne v rámci expektácie alebo hospitalizácie na somatických lôžkach a urgentných príjmoch. Samotná alkoholová intoxikácia a jej prejavy nie sú dôvodom na hospitalizáciu na psychiatrických lôžkach. Klinicky nezávažné prejavy jednoduchej intoxikácie alkoholom nie sú na druhej strane ani kontraindikáciou prijatia na detoxifikáciu na akútnych psychiatrických lôžkach, ak sú prítomné počínajúce prejavy abstinenčného syndrómu alebo na základe zhodnotenia rizika možné predpokladať abstinenčný syndróm s komplikovaným priebehom, resp. s prechodom do delíria tremens. Intoxikácia alkoholom, ktorá neohrozuje vitálne funkcie (vedomie, dýchanie, krvný obeh), nepredstavuje dôvod na hospitalizáciu bez informovaného súhlasu pacienta / zákonného zástupcu. Manažment intoxikácie alkoholom, počas ktorej je identifikované suicidálne riziko alebo psychotická porucha, sa riadi špecifickými ŠDTP resp. ŠOP pre dané tematické okruhy.

Ďalšie odporúčania

Nie je dostatok štúdií u mladistvých a seniorov so zacielením na bezpečnosť podávania farmakoterapie na udržanie abstinencie. U detí a mladistvých nie je antikravingová medikácia odporúčaná. Seniori, ktorí majú problémy s alkoholom by mali byť motivovaní k zmene v primárnej zdravotnej starostlivosti. Mali by im byť ponúknuté programy zamerané na redukciu pitia (grade A).

Špeciálny doplnok štandardu

Indikátory kvality a bezpečnosti štandardu:

1. kompliancia s terapeutickým programom po šiestich a dvanástich mesiacoch od začiatku liečby,
2. proporcia negatívnych výsledkov dychovej skúšky, prípadne moču na EtG.

Špeciálny doplnok štandardného postupu

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so Zákonom č. 576/2004 Z. z., § 6 informovaný súhlas.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audity a revízie pravidelne každých 5 rokov. Mimoriadny audit a revízia najneskôr jeden rok po oficiálnom adaptovaní novej revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb v Slovenskej republike.

Literatúra

Kompletný zoznam pôvodne citovaných zdrojov je dostupný v predchádzajúcej verzii štandardného postupu - **Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu - 1. revízia**. V tomto dokumente sú doplnené len nové zdroje, ktoré sú uvedené nižšie v samostatnom zozname:

- Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Kopányiová A., Tomšik R.: Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2024. Bratislava: VÚDPaP, 2025. 115 s. ISBN 978-80-89698-41-7.
- *NICE National Institute for Health and Care Excellence*.(2024) Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking(high-risk drinking) and alcohol dependence *https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/Recommendations#principles-of-care (2014*)
- OECD: Health at a Glance 2023. Paris: OECD Publishing, 2023. 220 s.
- OECD: Preventing Harmful Alcohol Use – Country Note: Slovak Republic. Paris: OECD Publishing, 2025. 15 s.
- Vyhláška Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky č. 543/2005 Z. z. o Spravovacom a kancelárskom poriadku pre okresné súdy, krajské súdy, Špeciálny súd a vojenské súdy v znení neskorších predpisov
- World Health Organization: Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2024. 372 s. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Zákon č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov,

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. novembra 2025.

Kamil Šaško
minister zdravotníctva