

Integrált pszichiátriai ellátás az alkoholbetegek kezelésében

Bodrogi Andrea dr.

Az integrált pszichiátriai ellátás elsősorban a súlyosabb pszichiátriai betegségben (major mental disorders) szenvedők gondozását tűzi ki célul. A szerző mégis megpróbálja az IPE módszereit alkoholbetegek ellátásához adaptálni. A pszchoeducáció, stressz-kezelés, életviteli készségek tréningje mellett bemutat specifikus technikákat (pl. agresszió, öngyilkossági késztetések kezelése) is, melyeket más, az alkoholbetegek ellátásában már bevált módszerekkel is kiegészíti (pl. a motiváció fokozása). A betegek felmérését a szerző által összeállított kérdőívek segítik. Az IPE adaptálása az alkoholbetegek ellátására azért sürgető igény, mert Magyarországon tömegeket érint a probléma, akiknek ellátása kórházcentrikusan történik, ami kevésbé effektív. Kulcsszavak: alkoholfüggőség – közösségi ellátás – fel- és – pszchoeducáció – sérülékenység-stressz – kommunikáció – problémamegoldás – motiváció – relapszus

The aim of Integrated Mental Health Care (IMHC) is first of all to look after people with a major mental disorders. Nevertheless the author attempts to adapt the methods of IPC to the care of alcoholic patients. Beside psychoeducation, stress-treatment, living skills training, the author describes specific techniques (e.g. handling of aggression and suicide programs), and supplements them with other methods (e. g. increasing of motivation) that proved good in the care of alcoholic patients. The surveying of patients is helped by questionnaires compiled by the author. The adaptation of IMHC for the care of alcoholic patients is a pressing demand since in Hungary masses of people are affected by the problem, and their care is performed in a little effective, hospital-centered way.
Keywords: alcohol dependency – community health service – assessment – psychoeducation – vulnerability – stress – communication – problem solving – motivation – relapse

Bevezetés

Magyarországon az alkoholbetegek száma megközelíti az egy milliót (18), élettartamuk 8-12 évvel rövidebb, mint az össznépeségé (13). Kezelésükben a hangsúly elsősorban az elvonókezelésen (méregtelenítés), a szomatikus szövődmények gyógyításán, valamint az absztinencia feltételének gyógyszeres beállításán van (5, 10-11, 18). A pszichiátriai ellátás a mentális szövődmények kezelésére, illetve a pszichiátriai háttértényezők – szorongás, depresszió – kezelésére korlátozódik. Kevésbé elterjedtek azonban a hosszú távú, tartós leszok-

tatást, vagyis a pszichés függőség megszüntetését célzó, valamint a megelőzést is elősegítő, a beteg környezetével is behatóan foglalkozó eszközök (2, 5-6, 18).

Jelen tanulmány az integrált pszichiátriai ellátásnak az alkoholbetegek kezelésében nyújtott lehetőségeit kívánja bemutatni, részletezve annak alapelveit, módszereit, alkotóelemeit, várható eredményeit.

Az intézményközpontú ellátás alapeleme a kórházi fekvőbeteg osztály, ami alkoholbetegek esetében részint a méregtelenítési szakaszt, az elvonást, a hosszútávú gyógyszeres kezelés beállítását, részint a szomatikus és mentális szövődmények kezelését jelenti (2, 5-6, 10, 18). A kórházból való elbocsátásra akkor kerül sor, amikor a károsodást vagy fogyatékos állapotot a lehető legalacsonyabb szintre szorították. A kórházi elbocsátás ideális esetben a közösségben végzett gondozás követi, így a rehabilitáció már a kórházon belül megkezdődhet. A közösségben végzett nyomonkövetés azt a célt szolgálja, hogy fenntartsa a kórházi kezelés során elért eredményeket, segítse a betegeknek eredeti környezetükbe történő visszaillesztését, szakszerű segítséget nyújtson a visszaesés megelőzésében (2, 5, 10, 15).

A közösségi ellátásban a legtöbb szolgáltatást közösségi alapokról nyújtják. Az ellátás alapját az ambuláns rendelés képezi, mely saját szociális környezetükben nyújt támogatást a betegeknek, betegségük minden fázisában, egyedi intervenciók alkalmazását helyezve előtérbe (2, 9).

A közösségi modell alapelemei az alábbiak (2):

- közösségre alapozott krízis-intervenció és intenzív ellátás
- mobilis közösségi rehabilitáció
- otthoni ápolás

Ezeket az elemeket munkacsoportokra alapozott gondozói hálózat koordinálja, ami biztosítja, hogy a közösségben élő valamennyi alkoholbeteg személy és annak hozzátartozója olyan ellátásban részesüljön, ami megfelel szükségleteinek betegség minden fázisában (2).

Az integrált pszichiátriai ellátás (IPE) modellje a közösségi ellátáson alapuló, folyamatos követéssel végzett gondozás (17), mely a beteg nyomon követését gondozói formában, munkacsoportokban végzi. Legoptimálisabb talaja a közösségi ellátás, alapeleme az alkoholgondozók országos hálózata, illetve a területi megelőző addiktológiai szakgondozók hálózata. Alkoholbetegek esetében rendkívül fontos a kisközösségek szerepe is, mint például az egyházi közösségek, önszorgító csoportoké.

Az integrált pszichiátriai ellátásban a beteg és hozzátartozói játsszák a fő szerepet a tartós gyógyulás elérésében. Az IPE célja a függőség kialakulásának, illet-

ve a visszaesés bekövetkezési valószínűségének minimálisra csökkentése (2).

A már függő, illetve mértéktelenül ivó személyek asszertív felderítésén túl azokat az egyéneket is felderítjük, akiknél fennáll a szenvedélybetegség kialakulásának valószínűsége. Alapvető a korai diagnosztizálás és korai kezelésbevitel, a magas rizikójú csoportok felkutatása, a még nem alkoholfüggő, de veszélyeztetett személyek kezelése (2, 5, 16). Elsősorban azok az egyének tartoznak ebbe a csoportba, akiknek egyik vagy mindkét szülője alkoholbetegségben szenved, akik közvetlen környezetében – munkahely, társas kapcsolatok – halmozott az alkoholbetegek előfordulása, továbbá azok, akik excesszíven fogyasztanak, valamint azok akik az alkoholt szorongásos vagy depressziós tüneteik enyhítésére fogyasztják (11, 16, 18).

Kulcsfontosságú az alkoholfüggőség háttérben meghúzódó egyéb pszichiátriai betegségek (depresszió, szorongásos körképek) pontos diagnosztizálása és kezelése (6).

A betegek, illetve a veszélyeztetett személyek kezelése, illetve gondozása több síkon, több módszer szerint történik (8, 10, 11). A méregtelenítő, elvonó, illetve szomatikus gyógykezelésen kívül az integrált pszichiátriai ellátásban alapvető hangsúlyt kapnak azok a pszichoterápiás irányzatok, melyek legfontosabb célja a társadalmi újrabeilleszkedés, a munkaképesség elérése, az absztinencia hosszú távú, illetve végleges biztosítása, képessé tétel a közösségi, családi, szociális funkciók ellátására (3, 6, 8, 10-11, 15, 18). A hosszú távú, asszertív rehabilitáció mindaddig folytatódik, amíg a károsodás, képességsökkenés és hátrány meg nem szűnik (2).

Az alábbi ábra ezt a folyamatos ellátási ciklust szemlélteti (1. ábra).

1. ábra. Folyamatos ellátási ciklus (2)

korai diagnosztizálás és beavatkozás

célzott kezelés

hosszú távú asszertív eszménymentesítés

rendszeres átfogó visszajelzés

Az integrált ellátásban multidiszciplináris munkacsoportok működnek együtt az elsődleges területi ellátást végző munkacsoportokkal. A betegek, a hozzátartozók, a családorvosok, az elsődleges ellátásban dolgozó nővérek széleskörű, konzultációs lehetőséggel egybekötött képzést kapnak (2).

Az IPE betegellátó egysége a mobilis, közösségi alapokra épülő munkacsoport, amely pszichiáterből, pszichológusból, tréningtechnikában, illetve szocioterápiában járatos nővérekből, szocioterapeutákból, gondozónőkből, szociális munkásokból áll. A csapat alapvető tulajdonsága az elérhetőség, ami azt jelenti, hogy annak egyik tagja a nap bármely szakában hozzáférhető (sze-

mélyesen vagy telefonon) a beteg számára. Lényeges szempont, hogy az ellátás, az esetleges kórházi beutalásoktól eltekintve a betegek saját szociális környezetében történik, a családtagok, valamint a beteg számára fontos személyek minél szélesebb körű bevonásával.

2. ábra. Az integrált pszichiátriai ellátás alapelemei (2)

Korai felismerés és intervenció

Gyógyszeres kezelés

Pszichoedukáció

Családtagok bevonásával történő stresszkezelés

Specifikus technikák

Életviteli készségek tréningje

I. Korai felismerés

A korai felismerés célja a függő személyek mielőbbi kezelésbe vétele, a még nem függő, de kockázatos mértékben ivó, illetve veszélyeztetett személyek felderítése, az alkoholfogyasztás háttérben megbúvó pszichiátriai zavarok felismerése, a legcélravezetőbb kezelési stratégiák megválasztása. Technikai kivitelezésére standardizált interjúk, interjúsorozatok, becsüléskálák és kérdőívek használata a legcélravezetőbb (3, 8).

Alkoholbetegek felmérésére a következő szempontokat javaslom (lásd 1. melléklet):

I. A segítségkérés okának, illetve körülményeinek tisztázása: saját indíttatás, családi, munkahelyi, szociális, jogi ok, speciális esemény stb.

II. Ivási szokások pontos felmérése:

– az ivás időtartama, gyakorisága, napi mennyisége; az alkohol fajtája, a naponta ivással eltöltött idő tartama, az ivás megkezdése, az ivás befejezése, az ivás helye;
– egyedül iszik-e vagy társaságban; kikkel iszik együtt a kliens?

– az ivással kapcsolatba hozható helyzetek, események, tevékenységek; melyek azok a helyzetek, melyekben a kliens képes ital fogyasztását kontrollálni, illetve absztinens maradni?

– melyek azok a helyzetek, amelyek a klienst kemény ivásra készítik?

III. Adatok a megelőző absztinens időszakokról

– voltak-e tartósan absztinens időszakok? Mennyi ideig tartottak? Hogyan történt a visszaesés?

IV. Adatok a megelőző leszoktatási kísérletekről: részesült-e a kliens korábban elvonó kezelésben, pszichoterápiában, Disulfiram kezelésben?

V. A függőség szintjének felmérése:

– Adatok korábbi delíriumról, megvonási tünetekről, megvonásos eszméletvesztéses rosszullétről.

VI. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos szervi betegségek felmérése: májbetegség, hasnyálmirigy-gyulla-

dás, szív- és érrendszeri betegség, agyi történés vagy perifériás idegbántalom, baleset.

VII. Szociális helyzet felmérése: családtagok száma, jövedelem, anyagi biztonság, az alkoholra fordított havi pénzösszeg, a család jövedelme és az alkoholra fordított pénzösszeg aránya; az ital miatt történt-e munkahelyváltás, az állás elvesztése?

VIII. Családi háttér felmérése:

– alkoholbetegek előfordulása a rokonok között; kik jelentik a családban a kliens számára fontos személyeket; van-e közöttük alkoholfogyasztó?

– a család segítő vagy visszahúzó tényezőt jelent-e a kezelésben? A kliens számára fontos személyek bevonhatók-e a terápiába?

IX. Érdeklődési kör felmérése: sport, kedvenc időtöltés.

X. Pszichiátriai zavarok felmérése: depresszió, szorongásos kórképek, korábbi öngyilkossági kísérletek, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok.

A pszichiátriai zavarok felmérésére a következő standardizált interjúk, illetve becsüléskálák használandók: Current Psychiatric State; CPS-50 (Falloon és mtsai 1977); Hamilton Depresszió és Szorongás Becsléskála; Beck Depresszió, Leltár; BPRS.

Ezeket kívül használatos még a Symptom Check List (SCL-90) és a General Health Questionnaire (GHQ), melyekkel teljes áttekintést nyerhetünk a beteg mentális állapotáról.

II. Gyógyszeres kezelés

Részint a megvonási tünetek, továbbá a szomatikus és mentális szövődmények kezelését, részint az absztinencia gyógyszeres beállítását – Disulfiram kezelés – jelenti. (Mivel a kezelés elterjedten alkalmazott, részletei jól ismertek, jelen tanulmány ezzel nem foglalkozik.)

III. Pszichoedukáció

... alkoholfüggő személyek ismereteinek bővítésével minden alkoholbeteget kezelő szakember foglalkozik akár gondozói, akár osztályos keretek között, egyéni terápia kapcsán, illetve célzott oktatóprogramok segítségével.

Az integrált pszichiátriai ellátásban a pszichoedukációs tréning a család bevonásával történik. Lényege, hogy tanulási technikák, módszerek, megközelítések segítségével tájékoztatást nyújt a betegeknek és hozzátartozóiknak a betegség okairól, természetéről, tüneteiről, szövődményeiről, kezelési lehetőségeiről (4).

Tapasztalatunk szerint az alkoholfüggőségben szenvedők, a kockázatos mértékben ivók, illetve a veszélyeztetett személyek nem rendelkeznek kellő ismerettel a tolerancia, a dependencia ismérveiről, nem ismerik azokat a szövődményeket, melyek az alkoholfogyasztás következményeképpen szervezetükben kialakulnak,

nincsenek tisztában az alkoholfüggőség pszichoszociális következményeivel.

A pszichoedukációs tréning célja

- 1. Információt nyújt az alkoholbetegségről, a függőség kialakulásáról, a betegség lehetséges okairól, az alkohol okozta szervkárosodásokról.
- 2. Tárgyalja az alkoholbetegség szövődményeit, az italfogyasztás következtében kialakuló kórképeket.
- 3. Feltárja a terápiás lehetőségeket, a gyógyszeres kezelési módok mellett a pszichoterápiás, családterápiás, pszichoszociális módszereket is.
- 4. Destigmatizálja a betegséget.
- 5. Tárgyalja az alkoholfüggőség hátterében esetlegesen felismerhető pszichiátriai betegségeket (depresszió, szorongásos kórképek), és azok kezelését.
- 6. A betegséggel kapcsolatos ismeretek bővülésével, a compliance növelésével csökkenti a visszaesések számát.
- 7. Javítja a páciensek készségét a családi és más eredetű stresszhatások kezelésében.
- 8. Megalapozza a szakemberek és a páciensek közötti, szupportivitáson és együttműködésen alapuló terápiás kapcsolat kialakítását.
- 9. Megérteti a betegség okozta korlátozásokat, segít az értelmes, reális célok kialakításában.
- 10. Megismerteti a pácienseket a szociális segítség lehetséges forrásaival és a támogatás megszerzésének lehetőségeivel.

A pszichoedukációs tréning módszere

A tréninget a kockázatos mértékben ivó még nem függő pácienseknél, alkoholfüggő jelenleg legalább 4 hete absztinens pácienseknél, valamint magas rizikójú személyeknél alkalmazzuk. A tréner az alkoholizmusról széleskörű ismeretekkel és kiterjedt tapasztalatokkal bíró pszichiáter, pszichológus, nővér vagy szocioterapeuta lehet, akinek pszichoterápiás alapismeretei is vannak. Egy tréning 8-10 ülést tartalmaz, az egyes ülések időtartama 60 perc, gyakorisága 1-2/hét. Az ülések során nagy hangsúlyt kell fordítani a lehető leghatékonyabb információátadásra (tanulásra). Az üléseken dia- és írásvetítőt használunk, a legfontosabb megállapításokat világosan, közérthetően megfogalmazva vetítjük, ezeket a résztvevőknek nyomtatott formában kiadjuk (4).

Egy alkalommal meghívunk alkoholfüggőségben szenvedő, legalább egy éve absztinens beteget saját, személyes tapasztalatainak ismertetésére.

IV. Családtagok bevonásával történő stresszkezelés

Sérülékenység és stressz

A sérülékenység–stressz modell egyike azon általános megközelítéseknek, amely a legtöbb esetben megfelelő

kiindulási alap lehet (hasonlóan egyéb kórképekhez) az alkoholfüggőség kezeléséhez.

Az alkoholizmus bizonyos genetikai tényezőkkel hozható összefüggésbe, ami, mint arra a családvizsgálatok rámutattak, jelentősen növeli a betegség létrejöttének kockázatát (16).

Valószínű, hogy az alkoholbetegséggel szembeni fogékonyságot legalább részben a genetikai tényezők felelősek. Minden olyan személynek, akinek a családjában az alkoholbeteg előfordulása halmozódást mutat, az átlagpopulációnál nagyobb az esélye arra, hogy maga is alkoholbeteggé váljon. Az örökletes tényezők önmagukban azonban nem elegendőek ahhoz, hogy alkoholfüggőséget idézzenek elő, pszichológiai és szociális tényezőkkel együtt viszont már létrehozhatják a betegséget (2, 16).

A sérülékenység olyan tényezők összessége, melyek hajlamossá teszik az adott személyt valamely tünet megjelenésére (2, 19).

A sérülékeny egyén a környezet változásaira nem képes cselekvőleg válaszolni új egyensúlyi helyzetet teremteni, hanem kényelmetlenségi érzése állandósul, amit elviselhetetlennek érezve már csak alkohollal tud kiegyenlíteni (11, 18). A sérülékenység-stressz modell szerint a relapszus valószínűsége akkor a legnagyobb, amikor a sérülékenységi és stressztényezők kombinációja meghaladja az adott személy alkalmazkodóképességét, és kiváltja azokat a viselkedésváltozásokat, amelyek az egyén betegségét jellemzik (2), amelyek alkoholfüggő egyén esetében mértéktelen italfogyasztáshoz vezetnek.

A környezeti stressz szerepet játszhat a mértéktelen italfogyasztás elősegítésében olyan egyéneknél, akik alkoholbetegséggel szemben fogékonyságot mutatnak. A környezeti stressz a családi életben, a szociális és szabadidős tevékenység közben, valamint a munkavégzés során az egyént érő stressz összessége, az a stressz, amit a közösségben napról napra átélte vitás helyzetek kezelése során tapasztalunk (2).

Valószínű, hogy egy adott személy stresszre adott válaszát több tényező együttesen határozza meg. A genetikai tényezők határozzák meg a fiziológiai válaszmechanizmusokat, a pszichológiai tényezők, mint például a személyiség, a teherbíró képesség stb. meghatározzák, hogy az egyes egyének milyen lépések megtételével válaszolnak egy adott stresszre (2).

Stresszkezelés

Annak felismerése, hogy bizonyos stresszhatásokra az alkoholfüggő vagy arra hajlamos személy mértéktelen italfogyasztással reagálhat, segíthet a korai beavatkozás megvalósításában, a relapszus prevencióban és a betegség létrejöttének megelőzésében.

Az integrált ellátásban a stresszkezelés oktatása lehetőség szerint a család valamennyi tagjának a bevonásával történik. A kliensek, illetve családtagok megta-

nulják, hogyan küzdhetik le a stresszt életük folyamán a családi élet, a munkavállalás, a szabadidő eltöltése, a szociális kapcsolatok stb. terén (2).

A tanulás során először a négy alapvető személyközi kommunikációs készséggel foglalkozunk, az összetettebb kérdéseket kezelő speciális technikákra a későbbiekben kerül sor. A kommunikációs készségek segítik a specifikus stresszek és az egyéni célok hatékony meghatározását. Tanulásuk családban, illetve a kliens számára fontos személyek részvételével történik szerepjáték módszerrel, a készségek ismételt elpróbálásával, visszajelzésekkel, valós körülmények közötti gyakorlással (2).

A négy alapvető kommunikációs készséget a 3. ábra szemlélteti:

3. ábra. A négy alapvető kommunikációs készség (2)

Pozitív érzések kifejezése
Pozitív kérdés kifejezése
Negatív érzések kifejezése
Aktív figyelem

A kutatási eredmények szerint ez a négy készség hiányzik leggyakrabban stresszterhelés alatt álló családoknál, ismeretük, és hatékony alkalmazásuk jelentősen javíthatja a problémamegoldás és a célok elérésének hatékonyságát (2).

A megfigyelések szerint a stresszterhelés alatt nem álló családoknál a pozitív cselekedetek másik családtag által történő elismerésének gyakorisága tíz alkalomból egy, míg a negatív cselekedetek szóváltásának gyakorisága tíz alkalomból kilenc. A stresszterhelés alatt álló családoknál ez az arány még szélsőségesebb, ugyanis a negatív cselekedetekre az esetek 99%-ában reagálnak, míg a pozitív reakciókra kevesebb mint 1%-ban (2).

A képzés során megkíséreljük eltolni a figyelem hangsúlyát a negatív eseményekről az emberek pozitív viselkedésére, még a fokozottan stresszterhelt időszakokban is. A negatív érzések kifejezésének oktatása segíti a klienseket abban, hogy képesek legyenek problémáikkal konstruktív módon foglalkozni.

A módszer technikai alkalmazása (2):

- szemkontaktus, meleg hang,
- megfelelő nem verbális kifejezőmód,
- a pozitív, illetve negatív érzést kiváltó cselekedeteknek pontos megfogalmazása, a kérdések pontos megfogalmazása,
- a pozitív, illetve negatív cselekedetek által, illetve a kérdés esetleges teljesülésével kiváltott érzések pontos megfogalmazása.

Az aktív figyelem nem az érzelmek kifejezésére összpontosít, hanem a problémák és a célok világos, pontos

megfogalmazásában segít. Az aktív figyelem technikái alkalmazása (2):

- megfelelő testhelyzet, odafordulás,
- a figyelem csak a beszélőre irányul, figyelemelterelő hatások minimálisra csökkentése,
- az elhangzottak nyomon követésének jelzése nonverbális úton (fejbólintás),
- tisztázó kérdések nem világos részletekre,
- elhangzottak összefoglalása.

Problémamegoldás

A problémamegoldás hatékonyságának növelése az integrált ellátás alapeleme, amit a kommunikáció és az aktív figyelem oktatását követően végezzük. A problémamegoldás technikáját ismerő és azt hatékonyan alkalmazni tudó kliens, illetve család várhatóan képessé válik a környezetből eredő stressz kezelésére, céljai elérésére. A 4. ábra a strukturált problémamegoldási módszer hat lépését szemlélteti:

4. ábra. A strukturált problémamegoldási módszer hat lépése (2, 8)

- A probléma vagy a cél pontos meghatározása
- A megoldási lehetőségek összegyűjtése (ötletbörze)
- Az alternatívák értékelése
- Az optimális megoldás kiválasztása
- A tervezés
- Az előrehaladás értékelése

Az első lépés a probléma vagy a cél meghatározása és pontos definiálása. Ehhez fel kell használni az aktív figyelem képességét. Ezután a résztvevők ötletbörzét tartanak, hogy a megoldási lehetőségek listáját összeállítsák. A harmadik lépésben az egyes javasolt megoldási lehetőségek előnyös és hátrányos oldalait veszik sorra. A negyedik lépésben a résztvevők közösen kiválasztják azt a megoldási lehetőséget, amelyik legjobban megfelel szükségleteiknek és lehetőségeiknek. Az ötödik lépésben tervet készítenek a kiválasztott megoldási lehetőség kivitelezésére. Az utolsó lépés értékeli a terv kivitelezésére tett erőfeszítéseket (2).

A problémamegoldás elsajátítása alapvető, az alkoholfüggőség kezelésében hatékonyan alkalmazható módszer, a stresszkezelésen kívül a későbbiekben tárgyalandó relapszus-prevencióban, a magas kockázatú helyzetek kezelésében is az első választandó technikát képezi.

V. Specifikus technikák

Általános tanácsadás (8, 14)

Alapelvei: szupportív kapcsolatot épít ki, melyben a kliens őszintén leírhatja viselkedését a bírálattól való félelem nélkül. Támogatja a kliens önbizalmának és felelősségérzésének erősítésében. Csökkenti a beteg félelmét a kezeléstől, bátorítja a további találkozások igénybevételére.

Motivációs tréning

Alkoholbetegek kezelésénél lényeges szempont, hogy a kliens gyakran nem ismeri el betegségét, így gyógyulásra sem törekszik. A motivációs tréning a pszichoedukációra ráépül, célja, hogy a beteg törekedjen italozó viselkedésének megváltoztatására, kívánja életmódjának megváltozását. Elhatározását folyamatosan növelni és erősíteni kell. Lényeges, hogy megismertessük a beteget a változás szükségességének okaival, azzal a károsodással, képességcsökkenéssel és hátránnyal, ami alkoholfogyasztó életmódjával van összefüggésben, emeljük ki az absztinens életmódból származó előnyöket, mint jutalomértékű megerősítő tényezőket. Fontos, hogy a terapeuta hangsúlyozza a különbséget a kliens mint személy és a kliens mint alkoholfogyasztó között. Lényeges annak tisztázása, hogy a betegnek joga van a szabad döntéshez, és döntése következményeiért felelősséggel tartozik. Fontos a terapeuta személye. A terapeuta empátiás és elfogadó viselkedése növeli a kliens önbecsülését, szabadságot ad a kliensnek a változtatás szükségességének eldöntésében. A kevésbé motivált beteggel való interjú során is néha elhangzanak olyan mondatok, melyek felhasználhatók a változás igényének erősítésében (8).

A motivációs tréning technikai alkalmazása (8, ld. 2. melléklet):

- az italfogyasztás előnyeinek és hátrányainak összegyűjtése (mérlegelve ebben a kliensnek saját magára, egészségére, testi-szellemi jólétére, családjára, szociális és társadalmi helyzetére, emberi kapcsolataira nézve lényeges momentumokat).
- visszatekintés a múltba (Hogyan látta magát a múltban? Hogyan képzelte el a jövőjét? Múltbéli elvárásai mennyiben különböznek jelen helyzetétől?) Éles ellentét lehet a múlt reményei és a jelen helyzet között, ami a kliens számára kellemetlen diszkomfort érzést eredményezhet. Ez a diszkomfort jelentős motiváló erővel bírhat.
- előretekintés a jövőbe (Mi változzon a jövőben? Hogyan képzei el az életét a jövőben? Mit szeretne elér-

ni? Segíthet-e az ivás abbahagyása céljainak elérésében?)

■ alapvető emberi értékek (Melyek a kliens számára legfontosabb emberi értékek? Melyekkel rendelkezik közülük? Hogyan jellemezné magát, mint alkoholistát?)

A motiváció növelése során arra a tényre fókuszálunk, hogy a kliens képes a változtatás mellett dönteni. A változtatás lehetőségébe vetett hitnek nagyon erős a motivációs hatása. A terapeuta segítse a klienst döntése meghozatalában, erősítse a kliensben azt a meggyőződést, hogy ő maga képes sorsának irányítására, önálló felelős döntésével képes viselkedésének megváltoztatására.

Relapszus-prevenációs tréning

A relapszus-prevenációs tréning a motivációs tréninghez hasonlóan a pszichoedukációra ráépül. A pszichoedukáció során már elsajátított fogalmakat – relapszus, botlás, korai figyelmeztető jelek – megerősíti és újratárgyalja. Miközben elsődleges célja a relapszusok megelőzése, egyben a relapszusok körüli tévhiteket, a leszokásról és az addiktív viselkedésről szóló hiedelmeket is megszünteti. Segít annak a meggyőződésnek a megszüntetésében, miszerint absztinensnek maradni annyit jelent, mint elegendő akaraterővel rendelkezni. Segít továbbá a kliensnek a környezetében lévő azon triggererek felismerésében és hatékony kezelésében, melyek a botlásokhoz vagy relapszusokhoz hozzájárulhatnak: melyek akadályozzák, és melyek segítik addiktív viselkedésének megváltoztatását. Csökkenti a hibától való félelmet, hangsúlyozza, hogy a viselkedés megváltoztatása nem a "minden vagy semmi" törvényszerűségei szerint zajlik, hanem folyamat jellegű, melynek során tanulni lehet az esetleges hibákból, a lapszusok részeit képezik a végső cél elérése felé mutató haladásnak (8).

A relapszus-prevenációs tréninget motivált betegen végezzük. Minden kezelési programnak tartalmaznia kell, akár csoportban, akár egyéni ülések során.

Az 5. ábra a relapszus-prevenációs tréning részeit mutatja be:

5. ábra. A relapszus-prevenációs tréning részei

- A viselkedésváltoztatás meggyőződésének folyamatos erősítése
- A relapszus meghatározása
- A botlás meghatározása
- A korai figyelmeztető jelek meghatározása
- Magas rizikójú helyzetek meghatározása

Relapszus: visszatérés a folyamatos vagy mértéktelen alkoholfogyasztáshoz (8).

Botlás: absztinens időszakot követően jelentkező kezdeti izolált alkoholfogyasztás vagy kontrollált ital fogyasztást követően fellépő első mértéktelen alkoholfogyasztás (8).

Korai figyelmeztető jelek: az alkoholfüggő személyeknél a relapszusokat általában megelőzik olyan tünetek, melyekből a közelgő relapszusra lehet következtetni. Ezek egyénenként rendkívül változóak, azonban ugyanannál az egyénnél általában ugyanazok a tünetek előznek meg minden relapszust. Ezek felismerése rendkívül fontos, mivel jelentkezésük esetén az idejében nyújtott segítséggel a visszaesés megelőzhető. Magas kockázatú helyzetek: azok, melyeket a kliens nehéznek nevez meg az alkoholnak való "ellenállás" szempontjából (8).

A 6. ábra a korai figyelmeztető jeleket mutatja be.

6. ábra. Korai figyelmeztető jelek

- Alvászavar
- Ingerlékenység
- Feszültségérzés
- Szorongás
- Lehangoltság
- Unalom
- Szégyenérzet
- Magányosságérzés
- Gyakori foglalkozás az ivás gondolatával
- Sóvárgás az ital után

A relapszus rendszerint válasz (a) negatív érzelmi töltésű állapotokra, pl. szorongás, depresszió; (b) interperszonális konfliktusokra; (c) szociális nyomásra.

A magas kockázatú helyzetek meghatározása kérdőíves módszerek segítségével történhet. A következő kérdőíves módszerek ismertek (1,7): Inventory of Drinking Situations (Annis 1982), Relapse Precipitants Inventory (Litman, Stapleton, Oppenheim, Pely és Jackson 1983), Situational Confidence Questionnaire – SCQ (Annis 1987)

A felmérés során pontosan tisztázzuk, hogy hol, mikor, kivel, milyen tevékenység közben kerül sor az italozásra, melyek azok a helyzetek, amikor az ital fogyasztásnak leginkább szükségét érzi. Állítassunk fel hierarchiát a beteggel a legkevésbé és a leginkább kockázatos helyzetek között, ami a későbbiekben az ülések alkalmával történő, valamint az otthoni gyakorlásnak is alapja lehet.

A terápia kezdetén javasoljuk a kliensnek, hogy kerülje a magas kockázatú helyzeteket, ez azonban gyakran nem lehetséges, és nem is lehet a kezelés hosszú távú célja. Megismertetjük a beteget azokkal a módszerekkel, melyek segítségével hatékonyan tud fellépni az alkohollal szemben a magas kockázatú helyzetekben is.

A stresszkezelésnél ismertetett problémamegoldás-módszer itt az első választandó technikát képezi. Lépései:

- az adott helyzet pontos meghatározása,
- ületek a helyzet alkoholmentes eltöltésére.

- a legjobb megoldás kiválasztása,
- gyakorlás.

E módszer célja, hogy a beteg meggyőződjön arról, hogy meg tud birkózni a magas kockázatú helyzetekkel, a váratlan eseményekkel is. A módszer akkor lehet eredményes, ha használatát hosszas gyakorlás előzi meg, csak nagy gyakorlattal bíró páciens tudja eredményesen végezni.

Szociális nyomás kezelése: külön kell foglalkozni a szociális nyomás kérdésével, vagyis azzal, hogy a beteg szokványos szociális helyzetekben (reprezentációs helyzetek, baráti kör, ünnepek) is képes legyen az alkohol visszautasítására, még erős unszolás esetén is, különösen azoknál a betegeknél, ahol nagy az ivásra buzdító szociális nyomás. Első lépésként kérjük meg a kienst, hogy írjon le olyan múltbéli helyzeteket, amikor a visszautasítás számára problémát okozott. A következőkben megismertetjük a kienst azokkal a módszerekkel, melyeket eredményesen alkalmazhatnak szociális omás esetén.

→ A visszautasító (refusal) módszer (8, 12; ld. 3. melléklet) részei:

1. Nonverbális rész (határozottságot tükröző hangszín, testtartás és gesztusok):
szemkontaktus tartása a kínálóval
egyenestesttartás, magabiztosság
határozott, rövid, állító mondatok használata
2. Tartalmi rész
"nemet" mondani (ha hezitál, a kínáló kételkedni fog abban, hogy valóban úgy is gondolja)
alternatíva (kávé, séta stb.)
ha folytatja az unszolást, kérje meg, hogy hagyja abba
váltson témát
kerülje a kifogásokat

Mind ezek elsajátítására a csoportban, illetve családban. ténő szerepjáték módszer a legcélravezetőbb, ahol a résztvevők folyamatos visszajelzést kapnak, felhívhatják a figyelmet egymás hibáira. Ezt megelőzően azonban szükséges, hogy a terapeuta modellként szerepeljen, a hatékony és kevésbé hatékony visszautasítási lehetőségeket demonstrálja. Lényeges, hogy a csoportjáték során minden páciens "kínáló és visszautasító" szerepet is játsszon. Ismételtet játszunk el potenciális helyzeteket (8, 14).

Lényeges, hogy a módszer elsajátításával, alakuljon ki a beteg azon meggyőződése, miszerint nem kell bűnösnek éreznie magát amiatt, ha nem fogyaszt alkoholt. Joga van ahhoz, hogy ne igyon.

Szorongás kezelése

A szorongás jellegzetes válaszcakció stresszterhelt helyzetekre, de önállóan, látszólag ok nélkül is fellép-

het. Alkoholbetegeknél gyakran látjuk, hogy az alkoholt szorongásos tünetek enyhítése céljából fogyasztják, az alkohollal mintegy "elmenekülnek" azokból a helyzetekből, melyek a szorongásos reakciót kiváltották.

A módszer technikai alkalmazása (2):

- 1. Az érintett személlyel mérjük fel pontosan az adott helyzetet, elemezzük azokat a gondolatokat, melyek a szorongást kiváltják.
- 2. Ismertetjük meg a beteget és hozzátartozóit a szorongás természetével és hatékony kezelésének módjával.
- 3. A klienssel folytatott problémamegoldó beszélgetések során keressünk hatékonyabb stratégiákat a szorongásos tünetek kezelésére.
- 4. Tanítsuk meg a beteget a progresszív relaxáció és a lassú légzés technikájára
- 5. Szerepjátékokban játszunk el a beteggel a szorongást kiváltó helyzeteket
- 6. Valós élethelyzetekben fokozatosan szembesítsük a beteget a szorongást kiváltó helyzetekkel vagy gondolatokkal.

Az agresszió kezelése

Az agresszió veszélye alkoholosan befolyásolt állapotban megnő, de a kezelés bármely fázisában találkozhatunk az agresszív viselkedés bizonyos formáival. Agresszív viselkedésre ritkán kerül sor ok nélkül, kiváltásához azonban sokkal kevesebb is elég, mint stabil pszichés állapotban.

A módszer technikai alkalmazása (2):

- 1. Pontosán mérjük fel a beteg agresszív viselkedésének gyakoriságát és természetét
- 2. Elemezzük a klienssel együtt azokat a tényezőket, melyek valószínűbbé, illetve kevésbé valószínűvé teszik az agresszív viselkedés bekövetkezését.
- 3. Gyűjtjük össze a düh hatékony kifejezésének előnyeit és hátrányait.
- 4. Tartsunk problémamegoldó beszélgetést a beteggel és hozzátartozóival az általuk hasznosnak ítélt stratégiákról, pl. a negatív érzések megfelelő kifejezési módjáról.
- 5. Határozzuk meg az agresszió korai figyelmeztető jeleit, kiváltó okait és kockázati tényezőit.

Az agresszió korai figyelmeztető jeleinek feltűnésekor alkalmazandó módszerek:

- a. Kilépés: a várható agresszív viselkedés előjeleinek egyértelmű felismerésekor a beteget a helyzetből való kilépésre biztatjuk, olyan tevékenység elkezdésére, amellyel csökkentheti az agresszió kockázatát (séta, sport vagy egyéb fizikai tevékenység).
- b. Progresszív relaxáció
- c. Figyelemelterelő módszerek (zenehallgatás, tévé, beszélgetés stb.)

Életviteli készségek tréningje

Az addiktív viselkedés megváltoztatása szorosan összefügg az életstílus megváltoztatásával. Nyújtunk segítséget a betegnek abban, hogy érdeklődési körét kiterjessze, régi szokásait, melyekkel az ital miatt felhagyott, újra kezdje, kedvenc időtöltéseit alkohol nélkül is művelni tudja. Segítünk neki interperszonális kapcsolatainak bővítésében (igen gyakori, hogy az alkoholbetegek társas kapcsolatai ivócimborákra korlátozódnak), munkavállalásában, önellátásában, mindennapi tevékenységében (8, 14).

Az életvitelhez szükséges készségek oktatása az integrált pszichiátriai ellátás alapeleme. Célja, hogy segítsünk az alkoholbetegeknek a közösségekben belül maximalizálni életminőségüket, és kezelni azt a stresszt, amit a teljes körű részvétel a közösségi életben kívált bennük. A képzés az egyéni célok eléréséhez szükséges készségeken, valamint az adott személy alapvető képességbeli hiányosságain alapul (2).

A közösségben végzett hatékony működéshez rendelkezniünk kell a szociális készségek széles választékával. Ide tartozik az önellátás, a rendelkezésre álló pénzösszeg beosztása, a bevásárlás, a segélykérés, a tanulás, a beszélgetés, a szerelmi viszony, a csoportos tevékenységek, a szabadidő eltöltése, a munkavégzési készségek, a lakóhely fenntartása. Ezeknek a készségeknek a fontossági sorrendje mindig az adott személy egyéni céljaitól függ (2).

A képzés során valamennyi, a beteg egyéni céljainak eléréséhez szükséges készséggel foglalkozunk. Valamennyi készség esetén felmérést végzünk, mellyel a készség jelenlegi szintjéről kapunk áttekintést. Például megkérjük a beteget, hogy meséljen el egy helyzetet, amikor társaságban volt, a főnökétől szabadságot kért, stb. A helyzetet szerepjáték formájában el is játszhatjuk.

A tréning során ugyanazokat a módszereket használjuk, mint a családtagok kommunikációs és problémamegoldó készségeinek fejlesztésénél. Most azonban gyakran a családon kívül kialakuló személyközi stresszhelyzet van a hangsúly. Az alapvető személyek közötti kommunikációs készségek használata a szociális készségek különböző területein rendkívül fontos. A megfelelő szemkontaktus, testtartás, arckifejezés, hangerő, hangszín, a fizikai közeledés, az érintés megfelelő módjainak megválasztása nagyon sok személyközi helyzetben éppen olyan fontos lehet, mint a verbális készségek helyes alkalmazása (2). A hatékony kommunikációs technikák elsajátítását és gyakorlását követően meghatározzuk a problémás helyzetet, vagy a célt, mint például felhívni telefonon egy régi barátot, stb.

Listát készítünk az adott helyzet kezelésének lehetséges módjairól, felsoroljuk az egyes megoldásmódok előnyeit és hátrányait, majd közösen kiválasztjuk az optimális megoldást.

Megtervezzük a kiválasztott megoldási mód kivitelezését, az egyes részeket többször elpróbáljuk.

A szociális készségek oktatása általában szerepjátékok sorozatán keresztül valósul meg. Ezekben olyan speciális helyzeteket játszunk el, melyek az adott személynek nehézséget jelentenek céljai megvalósításában. Visszajelzést és tanácsadást biztosítunk egészen addig, amíg az adott személy képesnek érzi magát arra, hogy az adott készséget valós élethelyzetben is gyakorolja (2).

IRODALOM

1. ANNIS H. M.: The Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39). Toronto, Canada. Addiction Research Foundation, 1987.
2. FALLOON I.R.H., GRAHAM-HOLE V., FADDEN G.: Az integrált pszichiátriai ellátás. Janssen.
3. GRANT M., HODGSON R. (ed.): Responding to drug and alcohol problems is the community. WHO Geneva 1991.
4. HARANGOZÓ J., IVÁN N., MARTÉNYI F.: Új szemlélet az elmebetegségek kezelésében: pszichoedukációs tréning. LAM 6 (7-8): 442-447, 1996.
5. HÁRDI L.: Az alkoholbetegség klinikumának diagnosztikus és terápiás gyakorlatából. OAI, Budapest 1982.
6. HUBER W.: Fordulópont a szenvedélybetegségek kezelésében. Forrás Családkonzultációs Módszertani Központ, Debrecen 1993.
7. LITMAN G.K., STAPLETON J., OPPENHEIM A.N., PELEG M., JACKSON P.: Situations related to alcoholism relapse. British J. Addict., 1983, 78, 381-389.
8. JARVIS T.J., TEBUTT J., MATFICK R.P.: Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia 1995.
9. KAPLAN H.I., SADOCK B.J., GREBB I.A.: Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1994, 201-206.
10. LAKATOS M.: Alkoholbetegek Orvosi rehabilitációja. OAI, 1992.
11. LEVENDEL L.: Alkoholbetegek gyógykezelése és gondozása. Akadémia, Budapest 1987.
12. MONTI, P.M., ABRAMS, D.B., KADDEN, R.M., COONEY N.L.: Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide. Guilford Press, New York, 1989, 116-122.
13. MORVAI V.: Az alkohol (etilalkohol) dietetikája. In: Barna M. (szerk.) Táplálkozás, diéta. Medicina, 1996, 71-78.
14. NELSON-JONES, R.: Practical Counselling and Helping Skills. Cassel, New York, 1993, 25.
15. PÉTER Á.: A családorvos szerepe az alkohol és drogproblémák megelőzésében és kezelésében. Személyiségbetegségek 5, 1, 14-16, 1997.
16. POZNAN Z. J.: Megelőzhető-e az alkoholizmus kialakulása? Donwood Medical Center for Alcoholism, Toronto, Ont., Kanada 1997.
17. STEIN L.I., TEST M.A.: Alternative to mental hospital treatment: A conceptual model, treatment program, clinical evaluation. Arch. Gen. Psych. 1980, 37, 392-397.
18. TAKÁCH G.: Miért ne igyunk sokat? SubRosa, Budapest 1995.
19. ZUBIN J., SPRING B.: Vulnerability, a new view of Schizophrenia. J. Abnorm. Psychol. 1977, 86, 103-123.

Bodrogi Andrea dr.
Budapest, Balassa u. 6.