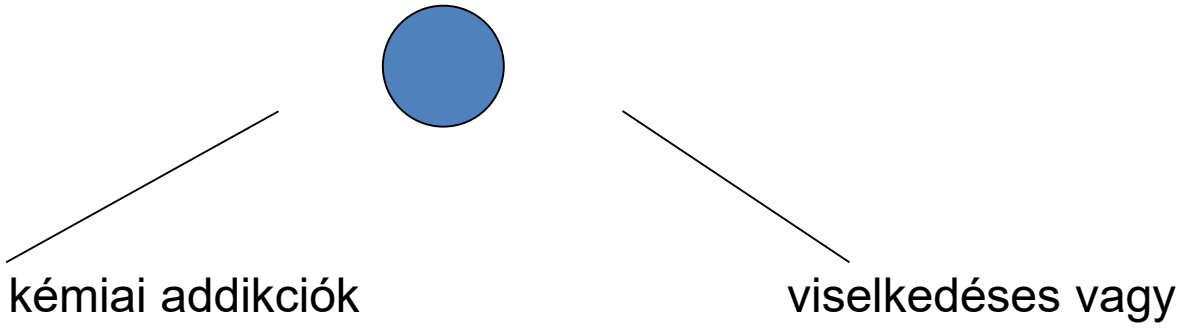
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

ADDIKTOLÓGIA

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 ÉS A VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 AZONOSÍTÓSZÁMÚ, SZOCIÁLIS HUMÁN ERŐFORRÁS FEJLESZTÉSE CÍMŰ KIEMELT PROJEKT



Addiktív jelenségek fajtái



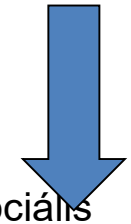
folyamat

addiktív jelenségek

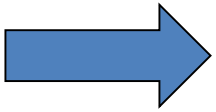
(Kereszt-függőség fogalma)

Addikciók stádiumai

Kísérletező



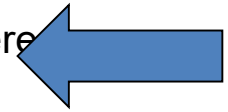
rekreációs, szociális



problémás



dependens,



kényszeres

Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok (DSM-IV, BNO-10)

1. Pszichoaktív szer használat zavarai
   Abúzus
   Dependencia
2. Pszichoaktív szer okozta zavarok
   Intoxikáció
   Megvonás
   Szer okozta tartós demencia /amnesztikus zavar
   Szer okozta pszichotikus zavar
   Szer okozta hangulatzavar, szorongásos zavar, alvászavar, szexuális zavar

Pszichoaktív szer használat zavarai

1. ABÚZUS (kóros használat):
   - Szerepelvárásoknak nem tud megfelelni a visszatérő szerhasználat miatt (munka, iskola, család)
   - Fizikailag kockázatos helyzetek
   - Jogi következmények
   - Használat folytatása jelentős szociális és interperszonális problémákkal
2. DEPENDENCIA (függőség) – szomatikus, pszichés:
   - Tolerancia (szomatikus dependencia)
   - Megvonási tünetek (szomatikus dependencia)
   - Folyamatos vágy a szerhasználat csökkentésére
   - Sok idő eltöltése a szerrel kapcsolatos aktivitással
   - Társas, foglalkozásbeli és rekreációs aktivitás feladása
   - Használat folytatása a súlyos szociális, pszichológiai és fizikai-testi problémák ellenére
   - CRAVING (sóvárgás)

Szerhasználati zavarok (DSM-5)

- a személy a szándékoltnál nagyobb mennyiségű szert fogyaszt, a tervezettnél hosszabb ideig;
- a szerhasználat csökkentésére vonatkozóan sikertelen kísérleteket tesz;
- a fogyasztásra és ahhoz kapcsolódó tevékenységekre jelentős mennyiségű időt fordít;
- a szerfogyasztás utáni erős sóvárgás jellemzi;
- nem teljesíti főbb, hétköznapi szerepeihez kötődő kötelezettségeit;
- a szerfogyasztást a nyilvánvaló interperszonális, testi és lelki problémák ellenére fenntartja;
- korábbi tevékenységeit feladja, hanyagolja a szer miatt, illetve;
- a szert kockázatos helyzetekben is használja.
- A szerhasználati problémákkal küzdőknél jellemzően megjelenhet
- a tolerancia, illetve
- a szerfogyasztás abbahagyása esetén megvonási tünetek jelentkezhetnek.

Enyhe: 2-3 kritérium teljesülése esetén

Közepes: 4-5 kitérium esetén

Súlyos: 6 vagy több

Pszichoaktív szer okozta zavarok

- Intoxikáció
- Megvonás
- Szer okozta tartós demencia / amnesztikus zavar
- Szer okozta pszichotikus zavar
- Szer okozta hangulatzavar, szorongásos zavar, alvászavar, szexuális zavar

Pszichoaktív szerek osztályozása



Depresszánsok

- Legálisak:
  Alkohol
  BZD, barbiturátok
- Illegálisak: Opiátok
  Természetes: opium, morphin, codein
  Félszintetikus: heroin
  Szintetikus:metadon, dolargan, nubain, fentanyl, buprenorphin, stb.
  GBH (gina)

Serkentők

- Legálisak
  Coffein
  Nikotin
  xantinok
- Illegálisak
  Amphetamin, metamphetamin (kristály)
  Kokain, crack
  Kevert szerek: PCP, ecstasy (MDMA)

Hallucinogének

- Legális
  Szerves oldószerek, gázok
  Hallucinogén növények
- Illegális
  LSD
  Meszkalin
  psilocibin
  THC (marihuana, hasis)

Opiátok

- Történet: ópium: 3500 éve használatban, 1806: morfin szintézise, 1832 Codein, Heroin: ópiát függőség kezelésére kifejlesztve, Napjainkban: >20 kémiailag különböző opioid molekula az orvosi gyakorlatban; Függőség, illicit használat: főleg heroin (diacetylmorphine)
- Neuropharmacológia:

  opioid receptorok:

  μ- receptor: analgesia, légzés depresszió, székrekedés, függőség

  K-receptor: analgesia, diuresis, szedáció

  δ – receptor: analgesia
- Endogén opiátok: endorphinok és encephalinok, szerepet játszanak a neurális transzmisszióban és a fájdalom érzékelés szabályozásában
- Dopaminerg neuronok, VentálisTegmentálisArea: reward

Opiátokhoz kapcsolódó szindrómák

- Abúzus
- Dependencia Tolerancia igen kifejezett, szokásos dózis 100-szorosa; nem egyforma a különböző opiát-hatások tekintetében
- Intoxication: euphoria majd szedáció, psychomotoros agitáció vagy meglassultság, szűk pupillák, álmosság vagy kóma, elkent beszéd, figyelem és memória zavarai
- Megvonás: dysphoria, hányinger / hányás, izomfájdalmak, könnyezés, pupilla tágulat, hasmenés, ásítozás, láz, álmatlanság, izzadás, libabőr; kifejezett sóvárgás (craving)
- Neonatális megvonási szindróma
- Opioid-indukált pszichotikus zavar
- Hangulatzavar
- Alvászavar
- Szexuális diszfunkció

✓ Szomatikus komorbiditás: hepatitisek, AIDS, endocarditis

✓ Kriminalitás magas előfordulása

Kokain

- Története: Koka-cserje, Dél-Amerika – évezredek óta, Helyi érzéstelenítő 1880 óta (fül-orr- gégészeti használat napjainkban is),1880-1914: számos betegség gyógyítására: köhögés, depresszió, heroin függőség, 1914: narkotikummá „nyilvánítva”
- Formái: por-szippantva, crack (szabad kokain bázis) iv. vagy pipa
- Neuropharmacológia: dopamin transzporter kompetitív gátlása révén csökkenti a dopamin visszavételt

Kokainhoz kapcsolódó szindrómák

- Dependencia
- Abúzus
- Intoxikáció́: tachycardia vagy arrythmia, pupillatágulat, vérnyomás emelkedés, verejtékezés/borzongás, hányinger/hányás, psychomotoros agitáció́, izomgyengeség, zavartság, görcsroham, kóma, illúziók, hallucinációk
- Megvonás: fáradtság, rémálmok, insomnia vagy hypersomnia, megnövekedett étvágy, psychomotoros nyugtalanság, örömképtelenség
- Kokain-indukált pszichotikus zavar: paranoid téveszmék; vizuális és akusztikus hallucinációk, „formikáció́”
- Egyéb: hangulatzavar, szorongás, alvászavar, szexuális diszfunkció́

Amfetamin és származékai

- Történet: 1932: orrcsepp, antidepresszáns, 1970: szabályozás, napjainkban: illicit drog, származékai használatosak az ADHD terápájában.
- Neuropharmakológia: dopamin felszabadulás fokozása: VTA, kéreg, n. accumbens
- „Designer" amfetaminok (pl. MDMA =Extasy): szerotonin felszabadulás is
- Intoxikáció: tachycardia vagy arrythmia, pupillatágulat, vérnyomás emelkedés, verejtékezés/borzongás, hányinger/hányás, psychomotoros agitáció, izomgyengeség, zavartság, görcsroham, kóma

  +illúziók, hallucinációk (főleg MDMA)
- Amfetamin indukált pszichotikus zavar:

  - Schizophrenia pozitív tüneteihez hasonló tünetek – schizophrenia állatkísérletes modellezése

  - főleg vizuális hallucinációk, hiperaktivitás, konfúzió, inkoherens gondolkodás, jelentőségadások, persekutoros téveszmék
- Kezelés: rövid ideig antipszichotikumok adása

THC – Cannabis, Hasis

- Történet: Közép-Ázsia és Kína: 4000 éve, napjainkban: leggyakoribb (il)legális drog világszerte
- Neuropharmakológia: D9-tetrahidrocannabinol, anandamid receptorok: basalis ganglionok, hippocampus (memória!), cerebellum, kéreg, limbikus rendszer; Befolyásolja a GABA-erg és a dopaminerg neuronokat
- Intoxikáció́: belövellt conjunctiva, tachycardia, szájszárazság, fokozott étvágy; deperszonalizáció́, derealizáció́, külső ingerek irányában csökkent érzékenység
- Cannabis-indukált pszichózis: paranoid gondolatok Egyéb cannabis-indukált zavarok:
- Szorongásos zavarok
- Amotivációs szindróma: apátia, anergia, feladathelyzetben csökkent „kitartás” (gyógyszeres kezelés: pl. bupropion)

Designer drogok

- Jelenlegi változások a drogpiacon

  Új típusú „designer” drogok térnyerése „klasszikus” szerek rovására

  Designer drog: a kábítószer-listákon szereplő anyagokétól néhány atommal eltérő kémiai szerkezetű (fél)szintetikus pszichoaktív szer, azaz a tiltott szerek helyettesítőjeként jelenik meg.

- Törvényi szabályozás problémái, könnyebb terjeszthetőség, alacsonyabb ár
- 66/2012 (IV. 3.): C lista – új pszichoaktív szerek listája, részben alapvegyületek is

Designer drogok

Főbb kémiai csoportok

- Szintetikus cathinonok (béta-keto amphetaminok)
- Szintetikus kannabinoidok
- Szintetikus ópiátok
- Fenetilaminok
- Szintetikus amphetaminok
- Piperazinok

Szintetikus kannabinoidok

- Intoxikáció

  Relaxáció́, szedáció́, eufória, változások az érzékelésben

- Adverz hatások, pszichiátriai szövődmények

  Szorongás, agitáció́, időbeli tájékozatlanság, koncentráció́ és memória zavarai, konfúzió́, pszichózis szerű állapotok

- Szomatikus szövődmények

  hypertenzió́, tachipnoé́, tremor, izomgörcsök, GM rohamok, veseelégtelenség; iv használat esetén infekciók

  Halálos kimenet: elsősorban egyéb szerekkel együtt (?)

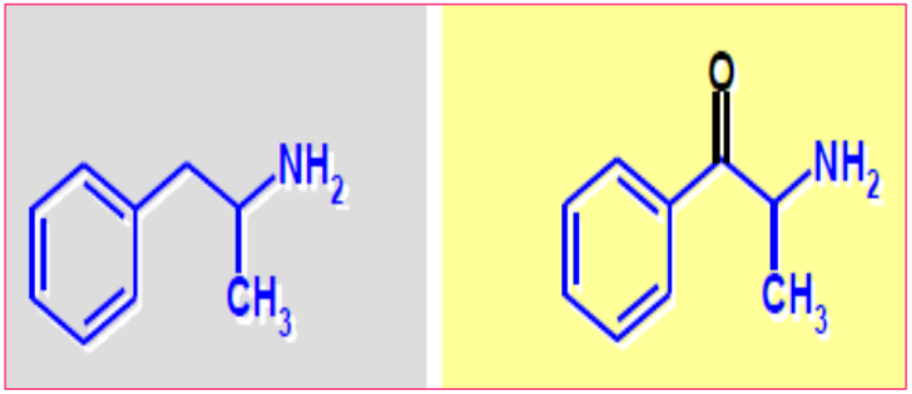
- Megvonás

  Kifejezett craving, depresszió́, agitáció́, hypersomnia, dysphoria, szorongás, nyugtalanság, izomfájdalmak (+ egyéb drogok elhagyása)

- Drogindukált pszichózis

Kati, MDPV, pentakristály, zene és társaik

- „Legal highs”, Fürdősó, Bath Salt, Ivory Wave, White Dove, MP4, Penta, Kristály
- Szippantva, szájon át, im., iv. stb.
- Amphetamin-szerű(pszichostimuláns, empatogén,
- kontaktogén) hatás: – Dopamin, noradrenalin visszavétel és felszabadulás
- MDMA-szerű(hallucinogén)hatás: – Szerotonin ?
- Kevéssé ismert farmakodinámia, -kinetika, kimutathatóság, hatás-, mellékhatásprofil, addiktív potenciál, stb.



Amphetamin Cathinon

Szintetikus cathinonok

- Intoxikáció́
  - „High” - eufória, fokozott empátia, fokozott éberség, energia, étvágycsökkenés, esetleg illúziók / hallucinációk„
  - “Come down” – Agitáció́, szorongás, félelem, dysphoria, craving
- Adverz hatások, pszichiátriai szövődmények
  - Szorongás, pánikroham, agitáció́, agresszivitás, koncentráció́-, memóriazavar, konfúzió́, delírium, tömeges vizuális és akusztikus hallucinációk, üldöztetéses, megfigyeltetéses érzések
- Szomatikus szövődmények
  - Kardiális, neurológiai, gastrointestinális; hepatotoxicitás, rhabdomyolysis, hyperthermia, DIC, szerotonin szindróma, ioneltérések; fertőzéses szövődmények: cellulitis, phlebitis, endocarditis, HCV
  - Halálos kimenet előfordul
- Megvonás
  - Kifejezett craving, depresszió́, agitáció́, hypersomnia, dysphoria, szorongás, nyugtalanság, izomfájdalmak (+ egyéb drogok elhagyása)
- Drogindukált pszichózis

Anxiolitikumok – BenZoDiazepinek-ek

Előnyeik:

- gyors és erőteljes hatás, flexibilis adagolás, jól tolerálhatók

Mellékhatások:

- túlzott szedáció/álmosság, izomrelaxáns hatás, mozgászavar, koncentrációzavar,
- Jelentős addiktív potenciál!

Intoxikáció:

- Fentiek súlyosabb formában + tudatzavar/kóma, légzésdepresszió
- Más gyógyszerrel/alkohollal, idősekben, májfunkciós zavarokban gyakrabban/súlyosabb formában

BZD abúzus és függőség

Tartós használat során – szomatikus dependencia

– Tolerancia alakul ki – hatáscsökkenés
– Adag, bevételi gyakoriság növekszik

– Gyógyszer csökkentéskor/elhagyásakor:
  • Feszültség (pszichés függőség)
  • Megvonásos tünetek (szomatikus függőség)

Tünetek

– Gyakrabban irat gyógyszerért

– Izomgyengeség, fáradékonyság,
– Mozgáskoordináció zavara
– Memória- és koncentrációzavar
– Megereszkedett felső szemhéj

BZD megvonás

- Súlyosság
  - Dózis, terápia hossza, szer felezési ideje
- Tünetei:
  - Pszichés tünetek (feszültség, irritáltság, alvászavar)
  - Vegetatív tünetek (remegés, szapora szívverés, magas vérnyomás, élénk reflexek)
  - Epilepsziás görcsök, status epilepticus
  - Tudatzavar – delírium
- Terápia:
  - Nagypotenciálú, hosszú hatású BZD, kezdetben nagyobb, majd fokozatosan csökkentett adagban
- Megelőzés!!!

Droghasználati zavarok hosszú távú kezelése

Gyógyszeres:

- Szubsztitúció: methadon, LAAM (l-acetyl-methadol), buprenorphin (nincs iv. használat, kevesebb kriminalitás, kisebb magzati károsodás, enyhébb neonatális megvonás)
- Komorbid depresszió, szorongás kezelése

Pszichoszociális intervenciók:

- Rövid intervenciók: szembesítés a problémával, motiváció kialakítása,
- Vielkedésterápiák
- Szociális készségek tréningje, megküzdési stratégiák fejlesztése
- Járóbeteg konzultáció
- Családi intervenciók, közösségi pszichiátriai intervenciók
- Rehabilitációs központok, terápiás közöségek
- Károsodás csökkentése – tűcsere

Önsegítő csoportok – Narcotics Anonimous

Viselkedési addikciók

- Játékszenvedély
- Kényszeres vásárlás
- Munkafüggőség
- Problémás internethasználat
- Evészavarok
- Testedzés-függőség
- Kleptománia
- Pirománia
- Kóros hajtépegetés

Játékszenvedély

•*problémás játék*:

a szerencsejáték azon mintázataira utal, amelyek megzavarják, károsítják a személyes, interperszonális vagy foglalkozásbeli működést,

•*patológiás/kóros játékszenvedély* (PG)

a problémás játéknál súlyosabb, melyet a BNO az impulzuskontroll zavarok közé sorol

Játékszenvedély 1.

- *Nyerő szakasz*: a betegek egy részénél az első időszakot a nagyobb nyeremények jellemzik, ami az erő, a hatalom az omnipotencia érzését adja a játékosnak.
- *Veszteség időszaka*: a játékos elveszíti az omnipotencia érzését, kialakul a kényszer a veszteségek visszaszerzésére. Ebben az időszakban kezdődnek el a kölcsönkérések, hazudozások, és jellemzővé válik a játékszenvedély eltitkolása.
- *Kétségbeesés időszaka*: ekkor válik teljessé az anyagi csőd, megjelennek az illegális cselekedetek.
- *A feladás vagy reménytelenség időszaka*: a játékos már feladja azt a reményt, hogy mindent visszanyer, már csak az „akcióban lét” a fontos.

Játékszenvedély 2.

- össznépességen belüli előfordulását 1-2%-ra becsülik
- Átlagosnál veszélyeztetettebbnek szokták tekinti a serdülőket, az elítélteket és a kaszinókban dolgozókat. A magyar adatok szintén a fiatal férfiak veszélyeztetettségét mutatják
- A kóros játékszenvedély gyakran jár együtt túlzott alkohol- és drogfogyasztással, hangulatzavarokkal, depressziós tünetekkel.

A kóros játékszenvedély kiváltó okai

- tudattalan vesztési vágy,
- omnipotenciában való hit,
- a kognitív torzulás a játék kontrollálására vonatkozóan,
- képtelenség intim kapcsolatok kialakítására és fenntartására, önmaga ellen fordított agresszió,
- törekvés egy megváltozott identitásállapot elérésére

Kényszeres vásárlás

- krónikus, visszatérő jellegű vásárlás, amely a negatív eseményekre való válaszként jelenik meg, kontrollvesztés jellemzi, és ártalmas következményei vannak a személyre és a környezetére nézve
- A kényszeres vásárlást kiválthatják külső ingerek (illatok, színek, kirakatok), de kiválthatja valamilyen negatív érzelmi állapot (stresszhelyzet, depresszió), vagy énkép zavar.

A kényszeres vásárlás főbb jellemzői:

- a vásárlás időtartama, mértéke és gyakorisága jóval meghaladja az egyén szükségleteit és anyagi lehetőségeit
- negatív eseményekre való válaszként jelenik meg
- krónikus, visszatérő jellegű
- gyakori kontrollvesztés – az egyén leküzdhetetlen késztetést érez a vásárlásra
- ártalmas következményei vannak a személyre és környezetére

Kényszeres vásárlás

- életprevalencia értékét 2-8% közöttire becsülik.
- túlnyomó többsége (85-90%) nő.
- Általában 18-30 éves korban kezdődik,
- a betegek átlagos életkora 31-41 év közötti.
- A betegség kialakulásához hozzájárulhatnak

  társadalmi okok (fogyasztói társadalom, anyagias szemlélet, reklámok),

  családi okok (vásárlás vagy a pénz jutalmazási eszközként való alkalmazása),

  személyiség jegyek (pl. alacsony önértékelés).

Munkafüggőség

- A munkafüggőség olyan viselkedés, melynek lényege, hogy a személynek folyamatos, kontrollálhatatlan és túlzott szüksége van arra, hogy dolgozzon, miközben mindez kedvezőtlen hatással van az egészségére, boldogságára és társas kapcsolataira.

A munkafüggő jellemző tünetei:

- az érdeklődés beszűkülése – csak a munka érdekli, egyéb kapcsolatai leépülnek, egészségével, családjával nem törődik
- alacsony önbecsülés jellemzi őket
- perfekcionizmus – irreálisan nagy elvárásai vannak magával és másokkal szemben
- külső visszajelzések és megerősítések extrém fontossága
- nehéz vele együtt dolgozni, mert csak a saját teljesítményére figyel
- képtelen kompromisszumokra
- folyamatos időhiányban szenved
- alacsony bizonytalanságtűrés jellemzi
- megvonás – a munkavégzés hiánya idegességet, stresszes állapotot vált ki
- a probléma tagadása – ezt a környezet is erősíti, hiszen a sokat dolgozó embereket elismerik, becsülik
- szabadidejében (hétvégén, nyaralásokon) is dolgozik
- kapcsolatok leépülése

A munkafüggőség leggyakoribb következményei:

- ✓ egészségügyi panaszok: fáradtság, fejfájás, szédülés, légszomj, mellkasi fájdalom, emésztési zavar, allergiák, gyomorfekély, szívinfarktus, agyvérzés
- ✓ viselkedésbeli és kognitív zavarok: álmatlanság, kikapcsolódási képtelenség, feledékenység, koncentrációs nehézségek, hiperaktivitás, ingerlékenység
- ✓ problémák a társas kapcsolatokban: csökkent szociális működés, empátia, intimitás, érzelemkifejezés

Munkafüggés

- Kanadában és az USA-ban készült kutatások szerint a lakosság 30%-a munkafüggőnek tartja magát.
- A munkafüggés egyaránt jellemző a férfiakra és a nőkre.
- Gyakoribb a középkorúak között, de kialakulhat már 20-30 éves korban is.
- Főleg a közép- és felsőosztálybeli értelmiségieket érinti, de bármilyen társadalmi csoportban kialakulhat. Új jelenségként figyelték meg, hogy egyre több az olyan pár, amelynek mindkét tagja munkafüggő (Kun, Demetrovics 2010).

Kiváltó okai

- külső, társadalmi elvárások, amelyek az egyre magasabb szakmai tudás, a sikeres karrier elvárását közvetítik.
- családi, nevelési tényezők: a túlzott szülői elvárások, vagy a jutalmazás hiánya.
- Az addikció-elmélet szerint a munkafüggés kiváltó oka a megnövekedett adrenalin szint.
- A tanuláselmélet szerint a munka pozitív megerősítést kap, ezért az egyén megtanulja, hogy munkával kezelje problémáit, főként az alacsony önértékelésből eredő szorongásait.
- A vonás-elméletek szerint a munkafüggőség kialakulása speciális személyiségjegyekkel magyarázható.

Problémás internethasználat

A problémás használók elveszítik a kontrollt internethasználatuk felett, fokozottan belemerülnek az internetezésbe, képtelenekké válnak arra, hogy csökkentsék internetezésüket, annak ellenére, hogy az számukra problémát okoz.

4 főbb típus különíthető el:

- játék-függő
- szexuális tartalmaktól függő
- email és chat-függő
- FoMo (fear of missing out) – „hírfüggők”

A problémás internethasználat jellemzőbb tünetei:

- tolerancia
- megvonás: nyugtalanság, szorongás, fantáziák vagy álmok az internettel kapcsolatosan, akaratlagos vagy akaratlan gépelési mozdulatok az ujjakon, ha nem jut internethez
- a tervezettnél hosszabb vagy gyakoribb internethasználat
- az internethasználat kontrolljára vagy csökkentésére való sikertelen törekvés
- az internethasználat során elveszti az időérzékét - kontrollhiány
- élményjavító tárgyak beszerzése
- fontos szociális, foglalkozásbeli vagy kikapcsolódást szolgáló tevékenységek feladása vagy háttérbe szorulása
- testi szövődmények

A problémás internethasználat

- Az egyik legalacsonyabb életprevalencia értéket egy norvég kutatásban mérték, ahol a serdülők 1,98%-ánál diagnosztizáltak internetfüggőséget az eddigi élet során.
- Ugyanakkor egy Szingapúrban végzett kutatás szerint az internetfüggőség életprevalencia értéke 17,1% volt a diákok körében.
- Az internetfüggőség szempontjából különösen veszélyeztetettnek tűnnek a serdülő és fiatal felnőtt korosztályok.
- Magyarországi adatok szerint a felhasználók kb. 6%-a tekinthető problémás internethasználónak, akiknek a fele 20 év alatti, és átlagosan napi 5,2 órát

Evészavarok

anorexia nervosa

beteg súlya jelentősen elmarad korának és magasságának megfelelő súlytól, ugyanakkor a beteget a súlygyarapodástól való állandó félelem jellemzi.

Két típusát szokás megkülönböztetni:

- korlátozó/restriktív típus, amikor a beteg korlátozza a kalória-bevitelt
- faló-purgáló típus, amikor a hosszabb koplalási időszakot falási rohamok, majd önhánytatás váltják

bulemia nervosa

betegek nem tudják kontrollálni táplálkozási magatartásukat. Jellemzőek a visszatérő falási epizódok, amikor egyszerre nagy mennyiségű ételt fogyasztanak el.

Két típusát szokás megkülönböztetni:

- purgáló típus
- nem hánytató típus

Evészavarok

- jellemző a túlzott testmozgás.
- gyakoriak a kommunikációs zavarok,
- a pszichés hangulati problémák,
- a családon kívüli kapcsolatok elvesztése,
- a szexuális élet hiánya,
- valamint különböző testi szövődmények
- előfordulhat sovány, kövér és normál súlyú embereknél is,
- Gyakran jelentkezik fogyókúra után.
- nem veszítik el családon kívüli kapcsolataikat,
- többnyire szexuális életet is élnek.

Evészavarok

- nőkre jellemző betegség.
- életprevalencia 0,2-0,8 %
- serdülők körében 5-10%.
- Fiatal felnőtt nők között 1-4%.
- az olyan fiatal lányokat, nőket érinti,
  - perfekcionalisták,
  - pszichoszexuális fejlődésükben elmaradottak.
  - krónikus betegek körében az öngyilkosság 2-5%,
  - a halálozási arány 9%

- életprevalenia értéke 1% körüli.
- 15-21 éves kor körül
- Elsősorban nőkre jellemző
- betegek 90-95%-a nő.
- Főként a szépségiparban dolgozók, művészek (táncosok, színészek) körében gyakori

Testedzés-függőség

- *elsődleges testedzés addikció*: testedzés-függőség evészavar nélkül (elsősorban profi sportolóknál gyakori)

- *másodlagos testedzés addikció*: a testedzés-függőség evészavarral társul

A **testedzés-függés legjellemzőbb tünetei:**

- a testedzés uralja a személy mindennapjait, gondolatait, érzéseit (sóvárgás) és a viselkedését
- torzul az énkép
- kialakul a tolerancia, azaz egyre nagyobb mennyiségű edzésre van szükség
- testedzés hiányában, annak akadályozásakor jellegzetes megvonásos tünet együttes lép fel
- a testedzés túlzott mértéke annak ellenére fennmarad, hogy az élet egyéb területein veszteségek érik az egyént.

Testedzés-függés

- 3%-os életprevalencia értéket mértek rendszeres testedzők körében.
- Egy triatlonisták között végzett vizsgálat szerint a testedzés-függés életprevalencia értéke 52% volt,
- futók körében 25% (Szabó, Demetrovics, Kun 2010).

Testedzés-függés

- Egy 2007-es magyar kutatás szerint felnőtt népesség 0,3%-ánál mutatható ki a testedzés-függőség vagy annak kockázata, és további 6,2% mutat néhány testedzés-függőségre jellemző tünetet
- A betegség kialakulásában egyaránt szerepet játszhatnak társadalmi, kulturális tényezők és pszichológiai tényezők (alacsony önértékelés, perfekcionizmus).

ETIOLÓGIA A háttérben álló okok
- bio-pszicho-szocio-kultúro-spirituális -

1. Genetikai/biológiai (Cloninger kutatása; nemi-, etnikai különbségek; dopaminreceptorok)

2. Pszichológiai (korai-, késői gyermekkor; antiszociális viselk.;dupla dg.)

3. Szociológiai (macro-szociológiai rendszerek, microszociológiai rendszerek – család, kortársak)

Biológiai rizikófaktorok

„ Az addikció multikauzális eredetű, melynek bio-pszicho-szociális okai, hatótényezői mellett erős kulturális hatások is érvényesülnek. A pszichoaktív-anyag használatot egyetlen okra, vagy okcsoportra nem lehet visszavezetni, csak az egyes tényezők erősebb vagy gyengébb hatásáról beszélhetünk.” /Rácz. 2001./

Biológia markerek:

dopaminreceptorok öröklődése

Neurofiziológiai jellemzők:

- különféle ingerekre kiváltott potenciálok egyes hullám komponenseinek amplitudója és látenciája bizonyos öröklétes jegyeket mutat
- ugyanez történik a neurotranszmitterek és prekurzoraik szintjén is

„ Az ismert családi halmozódás azonban önmagában nem jelent genetikai hatást, itt a szociokulturális átöröklés, az alkoholista szülők modelling hatása, a családokban a megnövekedett pszichoszociális stresszor- mind jelentős együtthatói a betegség kialakulásának.” /Szerk.: Füredi J. 1998./

Szociális rizikófaktorok

Negatív szociális változók:

- munka szerveződése- mindkét szülő dolgozik
- kisebb családok: családszerep elosztások eltűnőben; a gyerek már nem erőforrás, hanem akadály (munka, pihenés stb.)
- nagy társadalmi anomáliák (egzisztenciális)
- túl sok munka ----- munkanélküliség
- általános erkölcs, érték, és normaválság társadalmi és családi szinteken (példaképek, idolok eltűnése)
- rossz anyagi, társadalmi helyzet---fokozott hajlam a devianciára

- az autoriter rezsimek okozta károk miatt, azok megszűnésével az egészséges autoritás elfogadásának problematikája lépett elő.
- Ez gátolja a szerepminták követhetőségét, az ismeretek megszerzését, a vertikális rendszerek elfogadását (információforrás egymástól, nem az idősebb nemzedéktől). A gyerekek elvesztik a nemzedéki koontinuitást az ismeretszerzésben
- olyan helyzetekben való helytállás, döntéshozás követelménye, amelyre nem elég érett
- az erőfeszítésre sarkallás hiánya: a családok úgy gondolják, hogy az akadályok támasztása, és az ebből fakadó frusztráció rossz a gyerek számára - a kielégülésküszöb-érték módosul - a kamaszok úgy érzik, hogy csak az extra akadályok élvezetesek - az „extrém kultúrája” érvényesül:
    - szélsőséges tapasztalatok szerzésének vágya
    - a normál életben nincs semmi vonzó

- alacsony szocializálódási képesség, iskolában elszenvedett sérelmek: az ilyen gyerekek megpróbálnak agresszívabb társaikkal azonosulni

Kortárscsoport:

Serdülőkorral megnő a kortárscsoportok szocializáló jelentősége a családdal szemben. A családra, mint háttérországra lesz szüksége a serdülőnek.

Ebben a korban hajlamosak kritikátlanul elfogadni a kortársak normáit, alkalmazkodnak hozzájuk.

Érzelmeikről nem vagy kevesebbet beszélnek a szüleiknek, zárkózottságot mutatnak, míg a kortársaik felé túlzott nyitottság tapasztalható.

A kortárscsoport kritikája:

- hasonló életkor, hasonló élethelyzet: a problémamegoldás legfőbb színtere a barátok, akik ugyanazzal a gondokkal küzdve, ugyanazokkal az élettapasztalatokkal bírva nem biztosan tudnak egymásnak adekvát válaszokat adni
- az idősebb csoportvezető hiánya: kialakulhat téves ítélet, és normarendszer (rossz tanulás sikk, olvasni ciki stb.)
- a beavatási rítusok hiánya, saját beavatási rítusok működtetése (első közös dohányzás, részegség, illegális szerfogyasztás, veszélyes helyzetek kipróbálása, illegális tevékenységek)

A pszichoszociális rizikófaktorok

A család:

A devianciák, közöttük a szenvedélybetegség kialakulása és működése egyénenként változó. Mindegyik összetett szocializációs zavarokra vezethető vissza. Kialakulásában az egyén egész múltja, fejlődéstörténete szerepet játszik, nem egyszeri, ártalmas hatás váltja ki, hanem az egyéni előzmények teszik fogékonnyá a személyiséget a devianciára.

A család szerepe (szociális család-modell):

1. kötődés (attachment): a családtagokhoz és az általuk képviselt normákhoz való ragaszkodás
2. elköteleződés (commitment): a konvencionális cselekedetek, életvezetés iránti elköteleződés
3. részvétel (involvement): a konvencionális cselekedetekben való aktivitást pl. iskolábajárás
4. hit (belief): a társadalom által elfogadott és képviselt szabályokba, normákba, konvencionális érékekbe vetett hit

Ez tartja vissza az egyént a deviáns cselekedetektől.

1. Korai kötődési zavarok:
   - anya-csecsemő kapcsolat - ”elég jó anya” - ősbizalom kialakulása
2. Szülői kapcsolat:
   - kettős vezetésű család:
   - apa instrumentális vezető
   - anya expresszív-emotív vezető
3. A család, mint támogató rendszer:
   - feltétel nélküli szeretet elve
   - keretek között nevel
   - segít a problémák megoldásában
   - nincsenek titkok
   - a fejlődés szintjein rugalmasan változik
   - indulatok megfelelő kezelése
   - a gyereket elfogadja önálló, autonóm individuumként kezeli
   - személyes módon érdeklődik iránta
   - az ő nyelvét beszéli
   - nyílt elvárásokkal van iránta: jutalmazás - büntetés

4. Jól funkcionáló család:

- a szülők kiegyensúlyozott, összehangolt és egyetértő nevelési módja
- a gyermek iránti szeretet és bizalom
- biztonságot nyújtó követelményeket, erőt, oltalmat képviselő szülői magatartás
- nevelésmód rugalmassága, nyitottsága, a nevelői rálátásoknak a gyerek személyiségéhez igazodó plaszticitása
- a világra vonatkozó információk összegyűjtője
- visszajelentő-útmutató rendszer
- a világról kialakuló kép, az életfilozófia forrása
- eligazít és közbenjár a problémák megoldásában
- gyakorlati és konkrét segítség forrása
- a pihenés, regenerálódás színtere
- referencia- és kontrollcsoportként hat
- az identitás forrása
- fokozza az érzelmi teherbírást

5. Diszfunkcionális család:

- Merev rendszer: nem enged „kijárást” a tagoknak; az alrendszerek között nincs átjárhatóság

- Határok nélküli család: laza kötődés, szereptisztázatlanság, „átfolyások” az alrendszerek között

A gyereket vonzhatja és taszíthatja is: azonosulás, ellenazonosulás

A gyerek nem lát követendő példát, ezért kortársai között keresi.

Drog és a család:

- confused family (drog, elmebetegség, kóros kommunikációs sémák)
- nem elég jó szülők
- anyai gondoskodás hiánya
- túlzott féltés, overprotektivitás
- szimbiotikus kapcsolat, túlzott kötés, ragaszkodás, versengő kapcsolat: a leválás megnehezítése (általában azonos nemű szülővel)
- egyik szülő elvesztése, hiánya, elérhetetlensége
- a családi kapcsolati jellemzők (kötődés, tevékenységekben való részvétel) jelentősebb mértékben járulnak hozzá a drogfogyasztás kialakulásához, mint a szerkezeti jellemzők (válás, apa, anya halála, nevelőszülő)
- ellentétes nemű szülő részéről elhanyagoló, hideg távolságtartó, szadisztikus kapcsolat

- sok esetben a drogozása a családi egyensúly fenntartásához szükséges, mely feloldja a drogozás előtti dezorganizációt - a drogfogyasztó, mint bűnbak elvonja a figyelmet a kapcsolati zavarról
- kezeletlen pszichiátriai vagy pszichoszomatikus betegségek
- szenvedélybetegség jelenléte
- bántalmazás, abúzus
- öngyilkosság
- stresszkezelési, copingformák elégtelensége
- szélsőséges anyagi helyzet
- hiányos érzelmi kommunikáció

Delegáció:

- nem alkoholista család gyerekei is lehetnek alkoholisták: az az elvárás, hogy a gyerek valami nagy/erőnfelüli teljesítményt hajtson végre - az érzelmi jutalmazás mindig viselkedési teljesítményhez kötött - a család küldetést ad:

  A gyerek csak akkor becsülheti önmagát, ha a családi küldetést teljesíti.

- pl. férfi viselkedési sztereotípiák: keménység, lemondás

A drogfogyasztók családjának jellemzői:

- nagyon zárt, befelé forduló - nyomasztó légkör
- érzelmek kifejezésének gátoltsága
- a család működésében jelen van a halál, nem feltétlenül verbális szinten
- nem mutatnak a külvilág felé semmit a gondjaikból
- a családtagok autonómiája nagyon csekély
- merev, egyértelmű szereposztás
- fordított hierarchia: szülő gyerekszerepben, ill. parentifikált gyerek
- a szülő életútja traumatizált, feldolgozásában gátolt - tünetet hoz létre: pl. depressziót - nem tudja a gyerekét elengedni
- családi életciklus során elszenvedett traumák: halál, munkanélküliség, hajléktalanság, bevándorló család
- családi identitászavar: származás (etnikum) tagadása

A drogfogyasztók családjának szerkezeti jellemzői:

- család hiánya
- egyszülős család: nem tud az egyedül maradt szülő megküzdeni a másik szülő hiányával
- újraházasodott család: az új szülő nem elfogadása
- nagy család - elmosódott családok

A drogfogyasztók szüleinek nevelési attitűdje:

- érzelmi elutasítás
- engedékenység
- szülői következetlenség
- a szülők között összhang hiánya
- éretlenség: a szülő szerep nem felvállalása
- a szülői elvárások nem a gyerek személyiségéhez igazított volta

A drogfogyasztók családjának légköre:

- örömtelen
- zárt
- befelé forduló
- nincs spontán és őszinte kommunikáció
- csekély autonómia
- titkok, mítoszok
- halál, tabu

A drogfogyasztók családi dinamikája:

- diszfunkcionális működés
- a gyermek érzelmi szükségletét nem elégíti ki
- késlelteti a gyerek leválását
- szeparáció-individuáció: ál leválás
- koalíciók léte

Drogfüggőség és család

1. Amfetaminfüggők családi háttere:

- laza, határok nélküli család
- családi szerepek tisztázatlanok, sokszor megfordul a hierarchia
- nincsenek szabályok
- nincs kötődés
- jó anyagi körülmények, mely pótolja a szeretet kifejezését

2. Ópiátfüggők családi háttere:

- erősen kötő család, aki nem támogatja felnövést, a kialakuló identitást, autonómiát
- overprotektív szülői magatartás
- szimbiotikus kapcsolat az ellentétes nemű szülővel (főleg anya-fiúgyerek)

A szenvedélybeteg személyisége
Pszichodinamikai jellemzők

Az alkoholbeteg személyisége, zavarai:

- alacsony frusztrációtűrő képesség: csökkent tűrőképesség, türelmetlenség ha megállítják az általa eltervezett tevékenység végrehajtásában
- várakozási képtelenség - orális függőség: a környezethez fűződő kapcsolatát pusztán tápláló szempontok szabályozzák
- nem képes a szeretet adására és elfogadására
- az öröm élvezetének képessége sérült
- nincs identitás, azonosság tudata - a belső üresség rossz érzése, melynek oka, hogy a beépült apa-kép hiányos, így nagyobb teret kap az anya-kép - gyámoltalanság
- Az alkohol az identitás hiányát és a gyámoltalanságot ideiglenesen megszünteti (intoxikációk után sokkal súlyosabb lesz).

- multiplex traumatizáltság (főleg 0-3 év)
- infantilis, éretlen személyiség
- oralitás: ez a vágyak kielégítésének adekvát módja és területe; orális fixáció (ez áll a késleltető funkció elégtelen működése mögött)
- szexuális zavar
- feszültségek, frusztrációk nem tűrése a veszteségek miatt
- negatív önértékelés
- Bipoláris (mániás-depressziós) problémák, paranoiditás
- öndestruktív tendenciák - önbüntetés

- alkalmazkodás elégtelen (rossz frusztráció tűrő képesség, késleltetés nehézsége - gyakran vált, kilép helyzetekből – acting out)
- apa-anya kapcsolat zavarai:
- anya nincs, elégtelen vagy túlkontrolláló
- apa nincs, hiányos, távol van, vagy agresszív
- kielégítetlen szeretet és biztonságérzés: partnert bekebelezni, kontrollálni akarja - féltékenység
- kapcsolataiban ambivalens
- üveg-ital-szeretet: biztonság, kielégítés
- szexuális zavar – paranoid féltékenység megjelenése
- depresszív beállítódás, súlyos bűntudat: önbüntető, mazochista
- önkontrollt gyengíti: gátlásosság - később kontrollvesztő ivással együtt járó kontrollvesztő viselkedés (olyat tesz, amit egyébként soha)

- bekebelezés érzése

Az alkohol hatására kínzó, belső ürességek eltűnnek, de a hatás elmúlásával felerősödik.

Kezdetben az alkohol segíti a kapcsolatteremtést, később gátolja.

A kényszeres droghasználat jellemzői

- érzelmeken, indulatokon nem tud uralkodni, túl feszült
- hamis énideál képzés (túlbecsülés, lealacsonyítás), nem éri el a reális én az ideális ént
- csökkent szimbolizációs készség: az élményt nem tudja magasabbrendű élménnyé tarnszformálni - jellemző, hogy eltolja kulturális dimenzióba, pl. filmfőhős
- archaikus tárgyfüggőség: úgy viszonyul a droghoz, mint személyhez
- öndestrukció
- regresszív örömszerzés
- nárcisztikus krízis
- impulzus kontroll hiány
- szétesett integrálatlan énkép
- integrálatlan felettes-én: beépülő, szabályozó rendszer
- uralkodás vágya
- általános tekintélystruktúra hanyatlik

A kényszeres drogfogyasztó személyiségjegyei

- sérült identitás: énbizonytalanság, énhatár gyenge, sodródás, céltalanság
- érzelmi-indulati szabályozási zavarok: nem tudják érzelmeiket beazonosítani, kifejezni
- szimbiotikus kötődés: álkapcsolatok, droghoz való erős kötődés
- kapcsolati zavarok - korai kötődési zavar: elégtelen, vagy túlzott
- élménykeresés-droghasználat: stimuláns, hallucinogén drogok
- élménykerülő: depresszáns drogok
- stresszkezelés-coping funkció:
  - problémaközpontú megküzdés: feladat orientált
  - érzelmi központú megküzdés: személyre irányul - ez a szerfogyasztók megküzdési stratégiája

- gyönyörkeresés
- fájdalom elkerülés
- Cloninger: élménykeresés, jutalomfüggés, büntetés elkerülése
- a veszélyeket nem tudja felmérni, görcsösen keresi az új, a nagy élményeket
- magas impulzivitás, agresszivitás
- az akarat funkciója sokban módosul a szerfogyasztás alatt: ami fantázia, azt azonnal végra akarja hajtani
- nem mérlegel (vagy nem reálisan, „nem érvel”)
- rövidre zárva működik
- függetlenségre való hajlam
- alkalmazkodási képtelenség a meglévő szociális rendszerekhez, tradíciókhoz: nem tudja, mi a helyes, mi nem; nem tartja tiszteletben mások jogait

Protektív tényezők

- szoros, stabil, időtálló családi kapcsolat
- a szülők kapcsolatának rendezettsége: egymással és a gyerekkel
- iskolában, otthon elért jó eredmények miatti pozitív visszajelzések: önbizalom, szociális integrálódás
- valamilyen csoporthoz, közösséghez való tartozás
- szabadidő hasznos eltöltésének családban is fellelhető példája
- megküzdési, stressz-levezetési technikák tanulása
- hit, értékrendszer, útmutatás

Serdülőkorral megnő a kortárscsoportok szocializáló jelentősége.

A családra, mint háttérországra lesz szüksége a serdülőnek. Érzelmeikről nem, vagy kevésbbet beszélnek a szüleiknek, zárkózottságot mutatnak, míg a kortársaik felé túlzott nyitottság tapasztalható.

A kortárscsoportban megjelenő problémák:

- hasonló életkor, hasonló élethelyzet: a problémamegoldás legfőbb színtere a baráti beszélgetés, akik ugyanazokkal a gondokkal küzdve, ugyanazokkal az élettapasztalatokkal bírva nem biztosan tudnak egymásnak adekvát válaszokat adni
- az idősebb csoportvezető hiánya: kialakulhat téves ítélet, és normarendszer (rossz tanulás sikk, olvasni ciki stb.)
- a beavatási rítusok hiánya, saját beavatási rítusok működtetése (első közös dohányzás, részegség, illegális szerfogyasztás, veszélyes helyzetek kipróbálása, illegális tevékenységek)

Leggyakoribb kamaszkori válságok

Alapvető változások:

- Biológiai változások (biológiai érés, nemi szervek működése, másodlagos nemi jelleg, alkat)
- Pszichológiai változások (identitás, moratórium, korai zárás, identitásdiffúzió), szülőkről való érzelmi leválás folyamata
- Szociológiai változás (szubkultúra, divat, önállóság kérdése)

Kamaszkori problémás megnyilvánulások:

- Szélsőséges, provokatív magatartás
- Durva, pimasz, elutasító viselkedés
- Érintés kerülése (elsősorban szülőktől)
- Túlzott veszélykeresés és csavargás
- Testi elhanyagoltság
- Meghökkentő öltözködés, hajviselet, testékszerek, stb. („identitásprotézisek”)
- Szélsőséges csoportokhoz való csapódás

Ezek tartós fennmaradása - játszmásodása - fordulhat destruktív folyamatokba, mely komolyabb elakadásra utalhat.

Serdülőkori krízisek fajtái:

- Identitáskrízis (vágyott szerep és valóság ellentéte)
- Teljesítménykrízis (háttér-problémák jelentősége)
- Autoritáskrízis (hatalom, társadalmi normák, értékek, hagyományok)
- Szociális gátlás (szereplési vágy >><< „mások mit szólnak hozzá”)
- Droghasználat megjelenése (erőfeszítések nélküli örömszerzés)
- Depresszió, önsértések, öngyilkosság (autoagresszió, impulzus-kontroll zavar, irreális szülői elvárások, bántalmazottság, izoláltság)

A KORAI KEZELÉSBE KERÜLÉS KULCSMODELLJE
A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje
- Prochaska és DiClemente (1982) -

Jellemzői:

- Időben elnyúló
- Szakaszok meghatározott sorozata
- Nem feltétlenül lineáris
- Dinamikus rendszer
- 6 szakasz
- A relapszus - természetes velejá
- Visszaesés – újrakezdés - más tudásokkal és tapasztalatokkal



Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell

- Prekontempláció (változásra elszánás előtti állapot)
  >> a kételkedés felkeltése

- Kontempláció (elszánás) - motiváció
  >> az egyensúly felborítása

- Előkészület stádiuma: a kliens tudja, hogy függőségének „költségei” meghaladják annak előnyeit
  >> differenciálás, terápiás illeszkedés

- Akció stádiuma: aktív lépések; terápiába vonás időszaka
  >> motiváció

- Fenntartás stádiuma: gondozás/további kezelés, önsegítés, józanodás

- Visszaesés: tanulság, a változás ciklus-jellege!
  >> motiváció az elszánásra

Kliensek differenciálása és lehetséges szolgáltatások

- Veszélyeztetett kliensek/hozzátartozók
- Problémás szerhasználók
- Szenvedélybeteg ek

- Prevenció
- Elérés
- Korai kezelésbevétel
- Motiválás
- „Klasszikus” kezelés
- Rehabilitáció
- Reszocializáció
- Ártalomcsökkentés

A korai kezelésbevétel módszerei és eszközei

1. Szűrés
2. Rövid intervenciós módszerek (RI) pl.: FRAMES
3. Motivációs interjú, a motiváció mélyítését, az elköteleződést segítő technikák
4. Krízisintervenció
5. Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás (SRBIT)

Leggyakoribb szűrőkérdések (Health Canada, 2008)

Hány alkoholtartalmú italt fogyaszt egy átlagos napon, amikor iszik?

Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?

Vannak-e olyan napok, illetve időszakok a héten, amikor különösen sokat iszik?

Előfordult-e valaha, hogy **ivás után vezetett**?

Használt-e valaha **illegális szereket**?

Milyen gyakran használt illegális szereket az elmúlt egy évben?

Tervezi-e, hogy újra illegális szereket fog használni?

Használt-e valaha inhalánsokat? Milyen gyakran használta az elmúlt egy évben?

Tervezi-e, hogy újra fog használni?

Használ-e most bármilyen gyógyszert alváshoz, szorongás vagy depresszió kezelésére vagy fájdalomcsillapításra?

Mióta használja ezeket a gyógyszereket?

Milyen gyakran szedi ezeket a gyógyszereket?

Jellemzően **annyit vesz be** ezekből a gyógyszerekből amennyi a felírt mennyiség vagy másképp: többet vagy kevesebbet vesz be?

Leggyakoribb szűrőkérdések 2.

- Vett-e már be valaha olyan gyógyszert, amely **másnak volt felírva**?
- Szokott-e **mással együtt** gyógyszert használni?
- **Szerzett-e már be** úgy gyógyszert, hogy két orvossal is felíratta, és az orvosok nem tudtak egymásról?
- Az orvosa **ismeri-e az összes gyógyszert**, amit szed, ha több (szak)orvossal is kapcsolatban áll?
- **Szokta-e** alkohollal együtt használni a gyógyszert az orvos ellenőrzése nélkül?
- Van-e **bármilyen kérdése vagy gondolata** a szerhasználatáról?

Leggyakoribb szűrőkérdések 3

•**Észlelte-e valaha**, hogy azért használt alkoholt vagy más szereket, hogy megküzdjön az élet nehézségeivel (stressz, negatív érzések, kapcsolatok)?
•**Tapasztalta-e** a szerhasználatnak negatív következményét, negatív hatását (pl. a kapcsolataira, családjára, munkájára, egészségére vagy energiaszintjére)?
•**Volt-e valaha bárki, aki jelezte Önnek** a szerhasználatával kapcsolatos aggodalmait?
•**Próbált-e valaha leszokni**, **csökkenteni, abbahagyni** a szerhasználatot? Ha igen, milyen élmény volt?
•**Szeretne-e változást** az alkohol- és/vagy droghasználatában?

Fókuszált kérdések (Burek és mtsai, 2005)

- Egy hét alatt **hány napon fogyaszt** alkoholt vagy használ valamilyen szert?
- **Mennyit** iszik/használ szert egy alkalommal?
- **Kért-e már valaha segítséget** az alkohol- vagy drogproblémájának kezelésében?

Rövid intervenciós módszerek (RI)

Rövid intervenció lényege 1.

- Egy magas gyakoriságú, alacsony intenzitású beavatkozás
- Célja a szerhasználat mérséklése, abbahagyása
- Ártalmak mellőzése, elkerülése
- Eredményessége a kliens változásra való készségének függvénye
- Figyelemfelhívás a negatív következményekre
- Saját szerepe és felelőssége a változásban

Ideális terep a háziorvosi rendelő:

- Alkoholproblémával élők gyakrabban járnak háziorvosukhoz
- Tanácsot várnak egészségükre, életmódjukra
- Már egy intervenció is hozhat változást

Rövid intervenció lényege 2.

5 alapvető lépésből áll a rövid intervenciós technika:

1. **Felmérés és közvetlen visszajelzés**
2. **Tárgyalás és célok kitűzése**
3. **Viselkedésváltoztatási technikák**. Ide értendők a magas rizikójú helyzetek, a megküzdési lehetőségek és a támogató háló azonosítása
4. **Önsegítés-vezérelt „biblioterápia”. A kliens információkat kap**
5. **Utánkövetés és megerősítés**. A kezelő/segítő személy felajánl utánkövetési találkozókat és lehetőséget a telefonos konzultációra.

(Fleming és Manwell, 1999)

Időtartama: 5-15 perc, 1-4 ülés alkalmával. Pl. FRAMES modell

Alkalmazási területek

- Sürgősségi osztályok
- Háziorvosi rendelők
- Javítóintézetek
- Tanácsadó irodák
- Iskolai programok
- Munkahelyi környezet

F.R.A.M.E.S

(Hester és Miller, 1995)

1. Visszajelzés (Feedback) szakzsargon kerülése, tudatosítás

2. **Felelősség** (Responsibility) saját erőforrások

3.Tanácsok (Advice) a szerhasználat elkerülés előnyeinek kiemelése

4. **Választási lehetőségek** (Menu of options)

5. Empátia (Empathy) tisztelet, előítéletesség kerülése, empatikus odafordulás

6. Énhatékonyság növelése (Self-efficacy) kliens erősítése, képes a változásra

1. „16 pontot ért el az AUDIT tesztben, amely azt jelenti, hogy a magas kockázatú csoportba sorolható az Ön italfogyasztása.”

2. „Senki nem hozhatja meg Ön helyett ezt a döntést. Ez igazán magán múlik...”

3. Orvosként/ szociális munkásként azt javaslom, hogy csökkentse az alkoholfogyasztását.

4. „Pl. alkoholfogyasztás naplózása, a magas kockázatú események azonosítása, információhoz juttatás (önsegítő csoportok), alacsonyabb alkoholtartalmú vagy alkoholmentes italok kikérése, tervek az alkoholfogyasztással együtt járó alkalmak elkerülésére”

6. „Sok ember sikeresen felhagyott az alkoholfogyasztással. A megfelelő segítséggel és információval, biztos vagyok benne, hogy Önnek is sikerül.”

Motivációs interjú

A motiváció mélyítését, az elköteleződést segítő technikák

Motivációs interjú
(Miller és Rollnick, 2002)

A motivációs interjú olyan módszer, amelynek révén a tanácsadó vagy terapeuta segíti a klienst abban, hogy felismerje az adott problémát, és lépéseket tegyen annak megoldása felé.

- A viselkedés transzteorikus modelljéhez kidolgozott technika
- A kliens szükségletei és képességei az irányadóak
- A hangsúlyt a jövőre helyezi
  1. cél motiváció felkeltése
  2. cél elköteleződés erősítése
- Segítői stílus: együttműködő, nem konfrontáló
- Elfogadó, meleg légkör (alá-fölé rendeltség mellőzése)
- Sok edukációs technika
- A motiváció folyamatosan változhat – filozófia folyamatosan követendő

Motivációs interjú öt alapelve
(Miller és Rollnick, 2002)

1. **Empátia** - próbáljuk megérteni a páciens nézőpontjait

2. **Diszkrepancia -** ellentmondás a jövőbeli céljai és a jelenlegi viselkedése között

3. **Kerüljük a vitatkozást –** szakértőség csapdája

4. **Játék/Tánc az ellenállással:** váltsunk stratégiát, keressünk más megoldásokat

5. **Önhatékonyság támogatása:** amint felismerte a problémát és megoldási javaslatokkal áll elő, fejezzük ki optimizmusunkat és a változásba vetett hitünket

Motivációs interjú során használt módszerek

- **Tanácsok**, amelyek tiszta, reális, érthető helyzetet teremtenek
- Akadályok, **gátak feloldása** a változással szemben
- **Választási lehetőség nyújtása**, amelyben kihangsúlyozódik a kliens felelőssége. A választás szabadsága csökkenti az ellenállást
- Kívánatosság csökkentése a fennálló viselkedéssel szemben
- **Empátia** gyakorlása, az ellenállás csökkentése
- Visszajelzés nyújtása, **„tükör”** a kliens számára aktuális helyzetéről
- Világos, érthető **célok** tisztázása
- Aktív segítség, **érdeklődés** a segítő részéről

A kezelés alapelvei

- Az egyén elégedettsége
- Titoktartás
- Az ellátás eredményessége, hatékonysága
- Az ellátás minősége (szolgáltatás-jellegű differenciált, de komplex rendszerben gondolkodó intézmények)
- Költséghatékonyság
- Tervezés, értékelés és tudományos kutatások a szolgáltatás egységes részévé válnak (pl.TDI)

A rehabilitáció alapelvei

- A rehabilitáció célja sokkal inkább a társadalmi beilleszkedés képességének és társadalmi elfogadás lehetőségének a kialakítása, mint a tünetmentesség elérése.
- Gyakran a „Károsodás > Fogyatékosság > Rokkantság” folyamat zajlik
- A rehabilitáció a destigmatizáció folyamatát jelenti.
- Fontosak a közösségi rehabilitációs formák, de a kliensek szerint többet ér a jó személyes kapcsolat, az egyénenkénti ráfigyelés, az egyéni kezelési terv, és hogy megfelelő információval lássuk el.
- A legönállótlanabb és a legkevesebb eséllyel az *infantilizált kliens* indul. (A hagyományos egészségügy gyógyító folyamataiban az orvos gyógyít, a beteg gyógyul, de ehhez szigorú/hierarchizált rendszer és a parancsokat pontosan végrehajtó kliens szükséges!)
- Küzdeni kell az ön-leértéklés, az ön-stigmatizáció és mások negatív reakciója ellen. Ez különösen nehéz akkor, amikor egy ellenséges környezetben kell a reszocializáció folyamatát végezni (lásd. törvényi szabályozás). Ebben leginkább az önsegítés, az önerő-növelés, készségfejlesztés segíthet.

Az egyéni esetkezelések mellett tennünk kell a társadalmi szemléletformálás érdekében is

- A terapeuta attitűdje, empatikus készsége
- Növelni a toleráns magatartást
- Korszerű ismeretek bővítése és terjesztése
- Figyeljünk a kliens és környezete/családja által adott információkra
- Aktív és hasznos attitűd
- Hagyjuk el professzionális szerepünket
- Aktív társadalmi szerepvállalás/médiák
- Tünetek helyett az életminőségre összpontosítani
- Figyeljünk a diszkrimináció jeleire
- Hálózat- és team-munka/gondolkodás, komplex megközelítés
- A rehabilitáció szempontjából alapvető jelentősége van annak, hogy bevonjuk klienseinket a terápiás folyamatba.

Szolgáltatói piramis

védett munkahelyek

védett/félutas lakások, támogatott lakhatás

rehabilitációs otthonok, terápiás közösségek

addiktológiai akut és krónikus osztályok, pszichiátriák

addiktológiai és pszichiátriai járóbeteg szakrendelések, gondozók
(drogambulanciák, alkohol gondozók, TÁMASZ ambulanciák)

Egészségügyi alapellátás végzők (háziorvosok, iskolaorvosok, üzemorvosok

Szociális alapszolgáltatás intézményei (nappali, közösségi, alacsonyküszöb)

Prevenciós programok (univerzális, célzott, indikált), ártalomcsökkentés, elérés

Az integrált rendszerek kialakítása

- Az érintett stábok képzése, hogy képesek legyenek
  - a motiválásra
  - a kezelési igény felmérésre
  - az egyénre szabott terápiás program tervezésére
- A terápiás részlegek/intézmények közötti kapcsolat kiépítése (esetmenedzserek alkalmazása)
- Speciális figyelem
  - az egészségügyi problémákra (szűrések!!)
  - az oktatásra, munkalehetőségekre
  - utógondozásra, támogató rendszer kialakítására
  - családtagok bevonására

A kezelőrendszerek hatékonyságának növelése

- A segítők határainak kijelölése
- Hálózatok építése (esetkonferenciák)
- Együttműködés és konszenzus (javaslatok)
- Segítési lehetőségek hierarchizálása (kezelési attitűd változása) – Ártalomcsökkentő szemlélet
- Hatékonyság, költséghatékonyság (Értékelés!)

Jövő lehetőségei

- Komplex szemlélet (kereslet-csökkentés!, ártalomcsökkentés, józan kultúra)
- Hálózatok – partnerség – jelzőrendszer – korai kezelésbevétel
- Finanszírozási rend (normatíva, pályázat) kiszámíthatóság
- „Józan” jogi szabályozás
- Pozitív diszkrimináció (szakemberképzés!)
- Regionális szemlélet

Szakirodalom

- Rácz József (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenciók.* Budapest, HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar.
- Demetrovics Zsolt (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein.* Budapest, L'Harmattan.
- Rácz József (szerk.) (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai.* Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Berne, Eric (2003): *Emberi játszmák.* Lélek Kontroll Könyvek sorozat. Budapest, Háttér Kiadó és Ker. Kft.
- Kelemen Gábor (2004): *Pszichiátriai szerek „valóságteremtése".* Kórház (folyóirat), 2004. 11. sz. 45–46. o.
- Tringer László (2001): *A pszichiátria tankönyve.* Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Kelemen, G& B. Erdős, M. (szerk.) (2001): *Az addiktológia horizontja.* (Horizons in Addictionology) PTE, Pécs.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2007): *Addiktológia Alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): *Addiktológia Alapjai II.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): *Addiktológia Alapjai III.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): *Addiktológia Alapjai IV.*Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

