Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

8. képzési nap

11. fejezet Addiktológia

Minden előadás elméletének átadása előtt vonjuk be a hallgatóságot az egyes témák megvitatásába. Gondolkodjunk velük közösen az addiktív jelenségek megjelenésén, fajtáin, etiológiáján stb.
Ezt követően használjuk a diákat az információ átadására, de hagyjunk lehetőséget a kérdésekre, kiegészítésekre, az esetleges saját-élmények megjelenítésére.

8 tanóra 360 perc

1-2. tanóra (90 perc)
Addiktológiai alapfogalmak (45 perc)
Addikciók osztályozása I Pszichoaktív szerekkel összefüggő addikciók (45 perc)

3-4. tanóra (90 perc)
Addikciók osztályozása II. Viselkedéses addikciók (20 perc)
Etiológia (70 perc)

5-6. tanóra (90 perc)
Kezelés (45 perc)
Motivációs interjú (45 perc)

7-8. tanóra (90 perc)
Rehabilitáció (45 perc)
Szolgáltatói piramis (25 perc)
Integrált rendszerek (20 perc)

1-2.tanóra (90 perc)

1. **Addiktológiai alapfogalmak**
2. **45 perc interaktív előadás (2-7sz. dia)**

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
	Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat. **A következő témák kiemelése:** **Addiktív jelenségek fajtái** kémiai addikciók, viselkedéses vagy folyamat addiktív jelenségek (kereszt-függőség fogalma)

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és
VEKOP-7.5.1-16-2016-00001
kiemelt projektek
E-mail: efop382@nszi.hu
E-mail: vekop751@nszi.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Az addiktológia alapfogalmai Az addiktív jelenségek, diagnosztikai osztályozásuk, szerhasználati zavarok	**Addikciók stádiumai** kísérletező, rekreációs, szociális, problémás, dependens, kényszeres szerhasználat – addiktív magatartás **Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok (DSM-IV, BNO-10)** 1. **Pszichoaktív szer használat zavarai** Abúzus Dependencia 1. **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** Pszichés függőség: A szerhasználat szükséges a jó közérzet fenntartásához Jellemzője a sóvárgás: Kóros vágy a szer iránt. Valamennyi drognál kialakulhat Szomatikus függőség: Bizonyos idővel az utolsó droghasználat után megvonási tünetek alakulnak ki. Az alkoholra, az altatókra és nyugtatószerekre, a GHB-ra és az ópiátokra jellemző elsősorban. Tolerancia (szomatikus dependencia): A Tolerancia azt jelenti, hogy mindig nagyobb és nagyobb mennyiséget kell fogyasztani a kívánt hatás eléréséhez. 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): Erős, kóros vágy a drog iránt. Az egyén mozgástere beszűkülhet a drog megszerzésére és fogyasztására. **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 addikció: 2-3 kritérium teljesülése esetén** **Közepes addikció: 4-5 kitérium esetén** **Súlyos addikció: 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 zava

3. Addikciók osztályozása I.

45 perc interaktív előadás (8-50 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Addikciók osztályozása I. - **kémiai szerek – Depresszánsok** - **Serkentők** - **Hallucinogének**	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** **Pszichoaktív szerek osztályozása** **Depresszánsok, Serkentők, Hallucinogének** **DROGHASZNÁLATI ZAVAROK** **HOSSZÚ TÁVÚ KEZELÉSE** **Gyógyszeres:** Szubsztitúció, tüneti gyógyszerelés **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**

3-4. tanóra (90 perc)

4. Addikciók osztályozása II.

20 perc interaktív előadás (8-50 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Addikciók osztályozása II. - **Viselkedéses addikciók**	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** **Viselkedési addikciók** Játékszenvedély, Kényszeres vásárlás, Munkafüggőség, Problémás internethasználat, Evészavarok, Testedzés-függőség, Kleptománia, Pirománia, Kóros hajtépegetés

5. Etiológia

70 perc interaktív előadás (51-78 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Etiológia - **Biológiai, pszichológiai, szociológiai rizikófaktorok** - **A szenvedélybetegek személyisége, pszichodinamikai jellemzők**	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** **A háttérben álló okok** **- bio-pszicho-szocio-kultúr-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** **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 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)** 6. kötődés (attachment): a családtagokhoz és az általuk képviselt normákhoz való ragaszkodás 7. elköteleződés (commitment): a konvencionális cselekedetek, életvezetés iránti elköteleződés 8. részvétel (involvement): a konvencionális cselekedetekben való aktivitást pl. iskolábajárás 9. hit (belief): a társadalom által elfogadott és képviselt szabályokba, normákba, konvencionális érékekbe vetett hit 10. 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, szerep tisztázatlanság, „átfolyások” az alrendszerek között A gyereket vonzhatja és taszíthatja is: azonosulás, ellenazonosulás A gyerek nem lát követendő példát, ezért kortársai között keresi. **<u>Drog és a család</u>** 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, coping-formák elégtelensége szélsőséges anyagi helyzet hiányos érzelmi kommunikáció **A szenvedélybeteg személyisége** **Pszichodinamikai jellemzők** <u>Az alkoholbeteg személyisége, zavarai</u> 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: o problémaközpontú megküzdés: feladat orientált o 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 végre 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 **Kamaszok/Kortárscsoport** Serdülőkorral megnő a kortárscsoportok szocializáló jelentősége. A családra, mint háttérországra lesz szüksége a serdülőnek. Érzelmeikről nem, vagy kevesebbet 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. **SEDÜLŐKORI 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)

5-6. tanóra (90 perc)

6. Kezelés-ellátás

45 perc interaktív előadás (79-90 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Kezelés-ellátás	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** **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 velejáró Visszaesés – újrakezdés - más tudásokkal és tapasztalatokkal **Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell** Prekontempláció (változásra elszánás előtti állapot, azaz a személy nem akar változni >> kételkedés felkeltése Kontempláció (elbizonytalanodás/ambivalens az elszánás iránt) - motiváció az egyensúly felborítása Előkészület/Determináció stádiuma: a kliens tudja, hogy függőségének „költségei” meghaladják annak előnyeit (elszánás) differenciálás, terápiás illeszkedés Akció/Cselekvés 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** 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? • **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?

	Használható pl. az AUDIT (önkitöltős, 10 kérdéses TESZT): ALKOHOLFOGYASZTÁSI RENDELLENESSÉGEK AZONOSÍTÁSI TESZTJE (AUDIT-10) kérdőív 1. Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt? Soha = 0 pont Havonta vagy kevesebbszer = 1 pont Kétszer vagy négyszer egy hónapban = 2 pont Kétszer vagy háromszor egy héten = 3 Négyszer vagy többször egy héten = 4 2. Mennyi alkoholtartalmú italt fogyaszt egy olyan napon, amikor iszik? 1 vagy 2 = 0 pont 3 vagy 4 = 1 pont 5 vagy 6 = 2 pont 7 vagy 9 = 3 pont 10 vagy több =4 pont 3. Milyen gyakran iszik hat vagy annál több alkoholtartalmú italt egy alkalommal? Soha = 0 pont Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont Havonta = 2 pont Hetente = 3 pont Naponta vagy szinte soha = 4 pont 4. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírja abbahagyni az ivást, ha már elkezdte? Soha = 0 pont Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont Havonta = 2 pont Hetente = 3 pont Naponta vagy szinte soha = 4 pont 5. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírta teljesíteni azt, amit Öntől elvártak, mert ivott? Soha = 0 pont Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont Havonta = 2 pont Hetente = 3 pont Naponta vagy szinte soha = 4 pont 6. Az elmúlt évben milyen gyakran volt szüksége egy első italra reggel, hogy elkezdje a napot egy erős italozás után? Soha = 0 pont Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont Havonta = 2 pont Hetente = 3 pont Naponta vagy szinte soha = 4 pont 7. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte rosszul vagy volt bűntudata ivás után? Soha = 0 pont Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont Havonta = 2 pont Hetente = 3 pont Naponta vagy szinte soha = 4 pont 8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem emlékezett arra, mi történt az előző este az italozás miatt? Soha = 0 pont Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont Havonta = 2 pont Hetente = 3 pont Naponta vagy szinte soha = 4 pont 9. Megsérült-e Ön vagy valaki más italozása miatt?

	Nem = 0 pont Igen, de nem az elmúlt évben = 2 pont Igen a múlt évben =4 pont 10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos vagy egy egészségügyi dolgozó az ivása miatt és javasolta a csökkentést? Nem = 0 pont Igen, de nem az elmúlt évben = 2 pont Igen a múlt évben =4 pont Összpontszám: ……..pont Kiértékelés: Javasolt beavatkozás: 0-7 pont =Alacsony kockázatú ivás Felvilágosítás; 8-15 pont = Magas kockázatú ivás Rövid intervenció, újra értékelés (kétévente); 16-19 pont =Ártalmas ivás Rövid intervenció, rendszeres monitorozás; 20- pont =Alkoholfüggőség valószínű Szakellátásba irányítás diagnosztikai és terápiás céllal **Rövid intervenciós módszerek (RI)** **Rövid intervenció lényege** 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 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

7. Motivációs interjú

45 perc interaktív előadás (91-94 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Motivációs interjú	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** **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

7-8. tanóra (90 perc)

8. Rehabilitáció

45 perc interaktív előadás (95-97 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Rehabilitáció	**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** Aterapeuta 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.

9. Szolgáltatói piramis

25 perc interaktív előadás (98 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Szolgáltatói piramis	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** Mit jelképez a szolgáltatói piramis? Miért hatékonyak az ilyen felépítésű szolgáltatói rendszerek?

	Szolgáltatói piramis

10. Integrált rendszerek

20 perc interaktív előadás (99-101 sz. dia)

Interaktív előadás	Instrukciók az oktatónak
Integrált rendszerek	**Az interaktív előadáshoz használják a témához kapcsolódó diákat.** **A következő témák kiemelése:** **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