

ADDIKTOLÓGIAI TÁJÉKOZTATÓ FÜZET



SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Regionális
Fejlesztési Alap

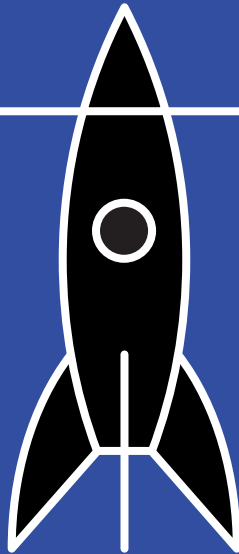


BEFETETÉS A JÖVŐBE



BEVEZETŐ

01



A közismerten szenvedélybetegségeknek nevezett addiktológiai-problémák – melyek gyakran még nem érik el a betegség szintjét, de számos tünetet, zavart, szövődményt, következményes károkat már előidézhetnek –, folyamatosan romló állapotot okozhatnak mind az egyénre, mind annak környezetére nézve.

Testi-, pszichés- és szociális-kapcsolati-egzisztenciális zavarok, betegségek jelenhetnek meg, elvesz a mások iránti toleranciánk, nem tudunk eléggé együttérzőek, szolidárisak lenni. Elvesznek reális céljaink, felborul életünk normális struktúrája. Időérzetünk megváltozik, úgy érezzük, nem történik semmi és nem is tudunk elszámolni óráinkkal, napjainkkal, éveinkkel. Elvesz a jelentősége az ünnepeknek, az örömeknek, a kapcsolatoknak. Személyiségünk színes, kreatív oldala, jövőképünk elsorvad, vágyaink, indítékaink elszegényesednek. Csapdába estünk.

Az addiktív tünetek sokszor jelentkeznek valamilyen alapprobléma következményének (lelki-, kapcsolati-, de akár megélhetési nehézségek) „megoldási” alternatívájaként:

„HA GYORSAN AKAROK
MEGGAZDAGODNI, NYERNEM KELL.
LOTTÓZOK IS, DE PÓKERBEN,
TIPPMIXBEN, RULETTBEN NAGYOBB AZ
ESÉLY, MEG OKOSAN IS TUDOM
CSINÁLNI. ÉS ISMEREK OLYAT, AKI EBBŐL
EGÉSZ JÓL MEGÉL.”

„APÁM MINDEN ESTE LERÉSZEGEDIK
ÉS AGRESSZÍV, BÁNTJA ANYÁMAT,
MEG AZ ÖCSÉMET. ÉN SOHA NEM
FOGOK ALKOHOLT INNI. A SZÍPU
MEGNYUGTAT ÉS ÖSSZEHOZ A
HAVEROKKAL. NEM FOGLALKOZOK
SEMMIVEL ÉS LAZA VAGYOK...”

„NEM TUDJUK MÉG A MEGOLDÁST, DE RÁGYÚJTUNK EGY CIGIRE, VAGY ISZUNK EGY
SÖRT ÉS LESZ IDŐNK GONDOLKODNI, LEHIGGADNI... , JOBB DÖNTÉST HOZNI.”

02

**AZ ADDIKCIÓK
OKAI, KOCKÁZATI
ÉS VÉDŐ
TÉNYEZŐK**



A problémák hátterében többféle ok játszik szerepet (testi-, lelki- és szociális problémák, életkori sajátosságok, kulturális tényezők), melyek szerencsétlen „együttállása” (egymást erősítő hatása) következtében alakulhat ki a betegség súlyos foka.

Jó példa ennek bonyolultságára a cigarettázás: azt biztosan tudjuk, hogy a dohányzás veszélyeztető faktor a tüdőrák kialakulásában, ugyanakkor mégsem lesz minden dohányosnak tüdőrákja, azaz a tüdőrák kialakulásához több veszélyeztető faktor szükséges. Ezek szerint a dohányzás „csak egy” veszélyeztető tényező, viszont olyan, amely megszüntetésére befolyással bírunk, ellentétben pl. a genetikai hajlammal, mely ellen nem tudunk tenni. Következésképpen, ha csökkenteni akarjuk tüdőrákunk kialakulásának esélyét, a cigarettáról kell leszoknunk.

Ugyanígy pl. veszélyeztető tényező az addikciók kialakulásában a szülői alkoholizmus, a bántalmazottság – mely ellen gyerekként nem tudunk tenni –, de az általunk kitűzött pozitív célok, a rendszeres tanulás és/vagy sport, a fejlődésünket segítő közösségekhez való tartozás „felülírhatja”, lenullázhatja a meglévő kockázatokat.

VESZÉLYEZTETŐ TÉNYEZŐK

- genetikai okok, neurobiológiai jellemzők (központi-idegrendszeri okok – viselkedés aktiválása, -gátlása; neurotranszmitterek, receptorok érzékenysége)
- koragyermekkori jellemzők (agresszivitás, magatartászavarok, hiperaktivitás, figyelemzavar)
- későgyermekkori-, serdülőkori jellemzők (alkalmazkodási problémák, tanulási zavarok, megküzdési képességek fejletlensége, serdülőkori krízisek)
- antiszociális személyiségzavar

- pszichoszociális fejlődési visszamaradottság (zavart valóság-érzék, énközpontúság, konfrontáció-kerülés, elszigetelődés, önállósodási/felnőtté válási problémák)
- családi kockázati tényezők (szülői addikciók megléte; zavart rendszerű- és működésű családok; érzelmi hiányok/érzelem-szegénység; zavart nevelési szokások; testi-, lelki-, szexuális bántalmazás; gyermekkori pszichotraumák)
- kortárs hatások (kortárs addikciók, és ezzel kapcsolatos pozitív attitűd; zavart kortárs identitás; környezet értetlensége a kamasz-léttel; a kamaszkori krízisek halmozódása)
- kulturális hatások (értékek elértéktelenedése; fogyasztói kultúra üzenetei; reklám és tömegkommunikáció káros hatásai; a jelenség kriminalizálása; értelmes célok nélküli jövőkép)

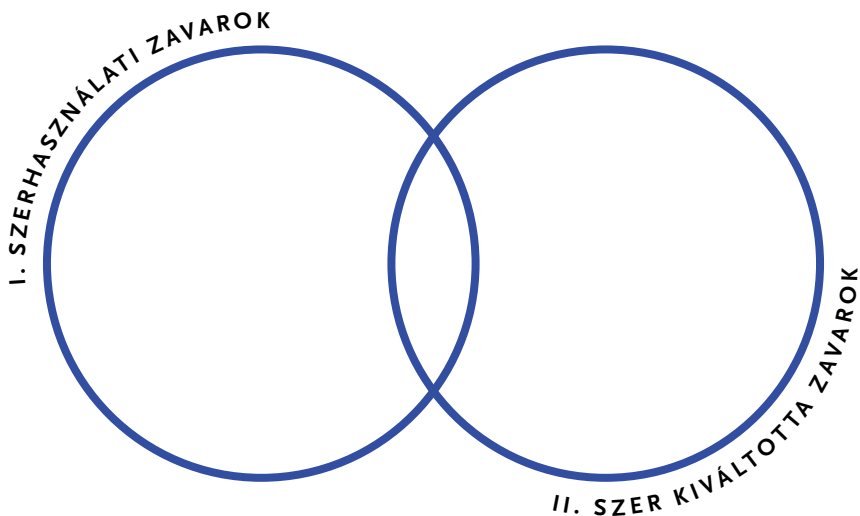
VÉDŐ TÉNYEZŐK

- egészséges/"elég jó" önértékelés (ebben alapvető a család, a kapcsolati háló szerepe)
- az „én-hatékonyság” tudat, az önbizalom reális megléte/erősítése

- biztonságos és támogató személyes kapcsolatrendszer
- a feladat-teljesítés képessége, mely magabiztosságot és sikerélményt ad
- személyes krízisek, változások, fordulópontok hatékony, pozitív megoldása, ill. (az akár negatív) tapasztalatok felhasználása a további fejlődéshez (ebben fontos lehet a család, a kapcsolati háló támogató jelenléte, józan tanácsai és nem a problémákból való „kimenekítés”, a kamasz vagy addikt családtag problémáinak megoldása...)
- a lehetőségekhez való hozzáférés, a fejlődést adó alternatívák ésszerű használása
- fontos védő tényező lehet a veszélyeztető tényezők kárainak csökkentése is!
- érett személyiség: képes integrált módon észlelni az élet történéseit, folyamatban látni és elhelyezni azokat a változások tükrében, képes ellentétes nézetek összehangolására. Jellemzője: megfelelő reagálóképesség, reflexivitás, alkalmazkodóképesség (megfelelő szintű érzelmi intelligencia: az egyén képes saját érzelmeinek kontrollálására, saját és mások érdekeinek megértésére, képviselésére).

AZ ADDIKTOLÓGIAI PROBLÉMÁK TERMÉSZETE

Az addiktológiai problémák változatosak. Az addikciónak is vannak zavarai és maga az addikció is válthat ki zavarokat. Ezeket a zavarokat különféle tünetek jelzik, amelyekre érdemes, fontos odafigyelni. A szerrel kapcsolatos zavarokat 2 csoportra oszthatjuk:



I. SZERHASZNÁLATI ZAVAROK

Az alábbi tünetek közül 12 hónapon keresztül fennálló tünetek: enyhe fokú zavar esetén 2-3 tünet, mérsékelten súlyos zavar esetén 4-5 tünet, súlyos fokú zavar esetén 6 vagy ennél több tünet.

- ▶ *A tervezettnél hosszabb időtartamú és/vagy nagyobb mennyiségű addiktív tevékenység, szerhasználat*
- ▶ *Tartós vágy, és sikertelen próbálkozások a kontroll visszaszerzésére*
- ▶ *A személy jelentős időt és energiát fordít az addiktív tevékenységre (beszerzés, használat, felépülés)*

- ▶ *Erős sóvárgás*
- ▶ *Visszatérő használat szerepelvárások kudarca ellenére (család, iskola, munkahely stb.)*
- ▶ *Folyamatos addiktív tevékenység a fennálló és/vagy visszatérő társas és kapcsolati problémák ellenére*
- ▶ *Fontos társas-, foglalkozásbeli-, és/vagy szabadidős tevékenység feladása, vagy csökkentése az addiktív tevékenység miatt*
- ▶ *Visszatérő szerhasználat fizikailag veszélyes helyzetekben (pl. autóvezetés)*
- ▶ *Testi- és pszichés problémák megjelenése, tartós megléte, súlyosbodása ellenére fennmaradó addiktív tevékenység*
- ▶ *Tolerancia (hozzászokás) megjelenése*
- ▶ *Fizikai és/vagy pszichés megvonási tünetek megjelenése a szer-, vagy az addiktív tevékenység viszonylagos-, vagy teljes hiányában*

II. SZER KIVÁLTOTTA ZAVAROK

- ▶ **Intoxikáció, megvonás, egyéb mentális zavarok – pszichotikus zavarok, bipoláris és kapcsolódó zavarok, depresszív zavarok, szorongásos zavarok, kényszeres és kapcsolódó zavarok, alvászavarok, szexuális diszfunkciók, delírium és neurokognitív zavarok**

Gyakran látjuk, hogy valaki nem felépül, nem józan lesz, hanem új függőséget talál. Az „új”, az átvitt (transferált) addiktív jelenségek első látásra nem tűnnek ugyanannak a függőségnek, amiből a kliens éppen „felépülőben” van, és akár hónapokig, évekig is eltarthat, míg rádöbbenünk, hogy nem jutottunk előrébb, a kliens ugyanazt a „kört futja”..

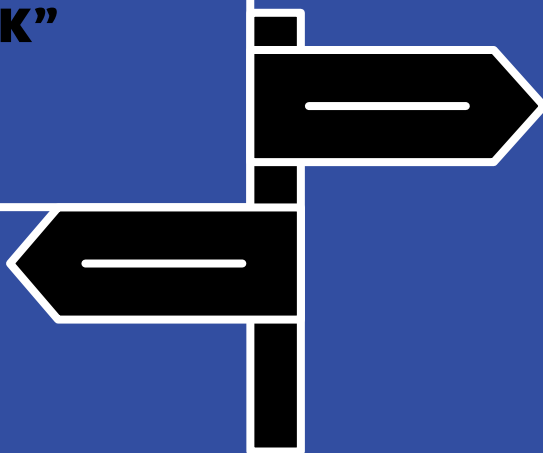
A szakirodalom ezt hívja kereszt-addikciónak, de egy új elnevezés a jelenséget pontosabban írja le, ez pedig a multi-addikt és mono-addikt fogalma.

Az addikt szót ebben az esetben az „addiktológiai problémákkal küzdő embert” jelenti. A mono-addikt hangsúlyosan egyféle „addikciót űz”, egyféle tünetet hoz (egyféle kémiai-, vagy viselkedéses-addikciót), és ennek akár súlyos tüneteit produkálja.

A másik csoportba tartozók viszont gyakran váltanak addikciót (szert vagy viselkedést), kiszámíthatatlanabban reagálnak különböző helyzetekben, hullámzó hangulat és gyorsan változó kapcsolatrendszer jellemzi őket. Ők a multi-addiktok. Tüneteik nem feltétlenül súlyosak, de elérhetlenebbek a segítők számára, akaratosak a változásra csekély, hiszen a megújuló addikció mindig jelent számukra valami újat - „egérutat”. Problémáikkal ritkán szembesülnek, hiszen a szer-váltás látszólag megoldja számukra a legégetőbb gondokat. Ha éppen valamilyen kezelésbe kerülnek, a felszínen dolgoznak, és „szermentesek” lesznek pl. az alkoholra, de nem a szerencsejátékra, vagy a nyugtatóra. Valódi megoldáson csak a sokadik kör, a sokadik visszaesés után kezdenek gondolkodni.

03

**TERÁPIÁS
LEHETŐSÉGEK,
ALTERNATÍVÁK,
„BETEGUTAK”**



A szenvedélybetegségek/addikciók krónikus betegségnek tekinthetők, ahol az akut/sürgősségi beavatkozások csak „tűzoltásra” jók, általában egy éves kezelési időt számolunk, melyben váltakozhatnak a különböző intenzitású beavatkozások.

A TERÁPIÁS MÓDOZATOKNAK 3 IRÁNYA VAN:

- ▶ *Bio-medikális kezelési forma (gyógyszeres detoxifikáció/méregtelenítés, helyettesítő/fenntartó terápiák, és egyéb gyógyszeres terápiák ill. a nem gyógyszeres testi beavatkozások)*
- ▶ *Pszichológiai kezelési forma (pszichoterápiák, addiktológiai konzultáció), állapotfelmérés, motivációs interjú, visszaesés-megelőzés*
- ▶ *Egyéb terápiák, kezelések (családterápia, terápiás közösség, közösségi addiktológia)*

A terápiás szükséglet módját, intenzitását többféle tényező alapján határozzuk meg, melyben a fizikai megvonás súlyossága, vagy a kontrollvesztő működés mellett fontosak az egyéb testi komplikációk, testi szövődmények (májbetegségek, fertőző betegségek, leromlott állapot stb.), pszichiátriai szövődmények (depresszió, szorongás, pszichosis, alvászavarok), szociológiai/egzisztenciális/kapcsolati problémák (hajléktalanság, elmagányosodás, munkanélküliség vagy éppen a támogató környezet megléte) is, de figyelembe kell vennünk a kezelés iránti motiváltságot, a szükséges és elérhető terápia elfogadását.

Problémák megjelenése, vagy gyanú esetén az egészségügyi (családorvos), ill. szociális alapellátás (közösségi-, alacsonyküszöbű szolgáltatások, családsegítő) lehet az első állomás, 18 év alattiaknál a gyermekorvosok, védőnők mellett, a gyermekjóléti szolgálatok is segíthetnek, de nem szükséges beutaló az addiktológiai (Alkohol-, Drog-) ambulanciákra sem.

Több olyan szolgáltató van, mely az ártalomcsökkentés szemlélete alapján az önkéntes jelentkezést megelőzően - vagy épp azt segítve -, veszélyeztető helyszíneken jelenik meg és ér el problémás klienseket (szórakozóhelyek, utca, közterek), vagy biztosít másféle elérési utakat (telefon, internet).

Magasabb szintet jelentenek (pl. beutaló szükséges, időpontot kell kérni vagy TA) kártya szükséges) a pszichiátriai-, addiktológiai szakrendelések, ill. a szenvedélybetegek

nappali szociális ellátói, ahol személyre szóló szerződést kötnek a gondozásba vett személlyel, ill. egyéni terápias terv készül.

Ha szükséges osztályos kezelés, akkor a beteg állapotától függően pszichiátriai-, vagy addiktológiai osztályokra kerülhet. Itt is van különbség terápias módozat és intenzitás szerint. Gyakran szükséges kórházi kezelés a többszörös diagnózissal/komorbid panaszokkal rendelkező betegek részére (a szenvedélybetegség mellett pszichiátriai problémák és ezekkel összefüggő testi betegségek is együttállnak).

Speciális „bentlakós” kezelés az ún. Minnesota-Modell – kórházi osztályos és rehabilitációs intézeti rendszerekben is működik -, mely fő jellegzetessége a betegség-koncepció, a felépülőben lévő szenvedélybetegek részvétele a programban, az intenzív (egyéni, család-, csoport) terápia és az önszorgító csoportokban (AA, NA, GA, Al-Anon, ACA, Alateen), való aktív részvétel.

A kórházi program a detoxifikációval kezdődik, mely gyógyszerek alkalmazásával együtt történik. A megvonási tünetek lezajlását követően azonban a cél a mielőbbi teljes gyógyszermentesség. Ebben a gyógyszermentes állapotban egy intenzív edukáció kezdődik (könyvekkel, filmekkel, csoportokkal), mely a betegségtudat kialakítását és megszilárdítását szolgálja. Ez az alapja az élethosszig tartó szermentességnek. Ezt követően történnek az életmódváltás lépéseinek-, a visszaesés-megelőzés készségeinek kialakítása.

Hosszabb távú bentlakásos terápiát biztosíthatnak a Rehabilitációs Intézetek, melyek többnyire terápias közösségek (TC Modell) és ahol a közösség/kliens az önszorgító elveken („a másokon való segítség önmagam segítségének záloga”) működő, egymásra épülő fázisokban halad az egyre önállóbb, felelősséget vállaló életforma kialakítása felé. A függőségben sérült szociális készségek újratanulásával, illetve helyreállításával kompetenciacsoportok, terápias csoportok és egyéni esetkezelés is foglalkozik.

**„EBBEN A KÖZÖSSÉGBEN EGYÜTT VAGYUNK JÓBAN ÉS ROSSZBAN.
AZ EGYÜTTLÉT ÚJ, EGÉSZSÉGES MÓDJAIT KIALAKÍTVÁ TANULUNK ÉLNI
ÉS FEJLŐDNI. NYITOTTAN ÉS ÓSZINTÉN MEGOSZTJUK EGYMÁSSAL
TAPASZTALATAINKAT, ERŐINKET ÉS REMÉNYEINKET. MEGTANULUNK TÖRŐDNI
MAGUNKKAL, TÁRSAINKKAL ÉS A KÖZÖSSÉGGEL. KÜLÖNBSEGEINK ELLENÉRE
ERŐS KÖTELÉKEK TARTANAK ÖSSZE MINKET: A FELÉPÜLÉS SZÁNDÉKA.”**

Gyermek és serdülő kliensek kapcsán figyelembe kell vennünk, hogy a kezelésre ők gyakran nem önszántukból jelentkeznek, belátásuk saját problémájukra többnyire nincs. Empatikus és türelmes hozzáállás javasolt mind a szülő, mind a serdülő irányában. A terápiára való szocializációs folyamat keretében a célok és a jelenlegi életvitel ellentmondásainak felismerése, a változásra való igény és az egyéni felelősség kialakítása az elsődleges.

A terápiás folyamat szempontjából speciálisnak tekinthető a serdülő korosztály abból a szempontból is, hogy a terápiás szerződéskötés ugyan a serdülővel történik, ugyanakkor még nem önálló (függő helyzetben van szüleitől, az őt gondozó felnőttektől). A serdülővel folyó egyéni, rehabilitációs terápia mellett a legtöbb esetben szükséges a családi/ szülői/gondozói konzultáció, ill. együttműködés esetén családterápia indítása is.

FONTOS: A szülő-gyermek kapcsolat szélsőségesen megromlott állapota, vagy a szülői együttműködés hiánya tovább növeli a serdülő veszélyeztetettségét, amely miatt szükségessé válhat a területileg illetékes Gyermekjóléti Szolgálattal, ill. - állami gondoskodásba vétel szükségessége esetén - a Gyámhatósággal való kapcsolatfelvétel.

Ugyancsak szükséges lehet hasonló lépés megtétele tartós iskolakerülés-, az autoritás krízis szélsőséges eseteiben, ill. bármely okból történő veszélyeztettség kapcsán.

Előfordulhat, hogy a kezelő tudomására jut a kiskorú sérelmére-, vagy éppen a kiskorú által elkövetett vagy tervezett bűncselekmény. A segítőnek hatósági bejelentési kötelezettsége van a gyermek bántalmazása-, illetve súlyos elhanyagolása-, vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása-, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén.

Szakpszichoterápia esetén a terápiás szerződés megkötésekor tisztázni kell, hogy azokban az esetekben, amikor az információ visszatartása nyilvánvalóan veszélyeztetné az illetőt, vagy más személyeket, a kezelő mentesül titoktartási kötelezettsége alól.

A szenvedélybetegség mindig érinti a beteg hozzátartozóit is, akik a legkülönbözőbb módon próbálnak meg alkalmazkodni az olyan problémákhoz, melyekhez lehetetlen az egészséges alkalmazkodás. A szenvedélybeteg hozzátartozóival folytatott munka célja az, hogy a családok nagyobb kontrollt nyerjenek az életüket befolyásoló és megpecsételhető függőségi minták, kodependens/társfüggő vonások felett.

ELLÁTÁSI PIRAMIS

Reszocializációs szolgáltatások
(védett szállások, félutas házak, védett munkahelyek)

**Tartós bentlakást biztosító
drog- és addiktológiai rehabilitációs intézetek**
(terápiás közösségek – TC-modell, Portage-modell,
Minnesota-modell, drogfree intézmények)

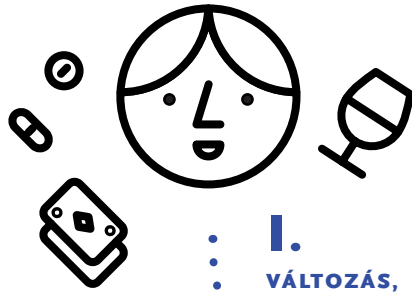
Egészségügyi osztályos kezelést biztosító intézetek
(klinikák, kórházak addiktológiai- és pszichiátriai osztályai,
sürgősségi osztályok /detoxikálás céljából/, egészségügyi
addiktológiai- és pszichiátriai rehabilitációs és krónikus osztályok)

Egészségügyi- és szociális szakellátást biztosító intézmények
(addiktológiai ambulanciák, drog- és alkohol ambulanciák, -gondozóintézetek,
szervenélybetegek nappali intézete, pszichiátriai betegek nappali intézete)

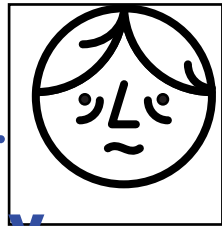
Egészségügyi- és szociális alapellátást biztosító szolgáltatók
(háziorvosi hálózat, védőnői hálózat, iskolaorvosok, iskola-pszichológusok,
iskolai szociális munkások, gyermek pszichiátriai és gyermek addiktológiai rendelők,
gondozó-intézetek, szociális nappali intézmények, szociális közösségi ellátás
intézményei, családsegítők, gyermekjóléti intézmények, alacsonyküszöbű szolgáltatók)

**Elérő-, célzott ártalomcsökkentő programok,
célzott és indikált prevenció veszélyeztetett csoportok részére**
(gyermekvédelmi jelzőrendszer, egészségügyi- és szociális alapellátás,
utcai szociális munka, utcai elérő programok, biztonságos szerhasználat segítése
/informáló kiadványok, tűcsere/, biztonságos szexuális magatartásra nevelő programok,
közösségi addiktológia és pszichiátria, nevelési tanácsadók, speciális programok /hatékony
kommunikáció, konfliktuskezelés, agresszió-prevenció/)

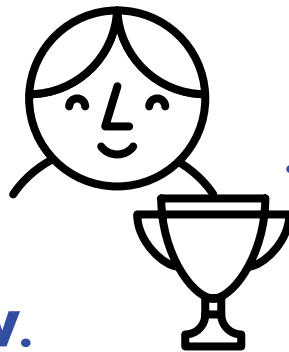
Megelőző-, ártalomcsökkentő programok
(iskolai-, munkahelyi prevenció, szűrések, biztonságos szabadidős programok, biztonságos
szórakozóhelyek, szóróanyagok, nevelési programok, médiaprogramok, iskolai szociális munka stb.)



I.
**VÁLTOZÁS,
ELSZÁNÁS ELŐTTI**



V.
**MEGCSÚSZÁS,
BOTLÁS, VISSZAESÉS**



V.
**FENNTARTÁS,
FELÉPÜLÉS, JÓZANODÁS**

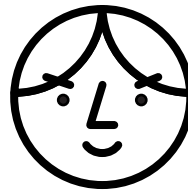
BULI VAN, BAJ VAN, VÉGEM VAN.

Az addiktív folyamat fázisai

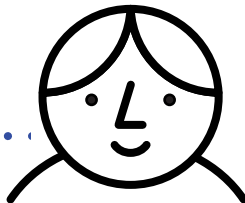
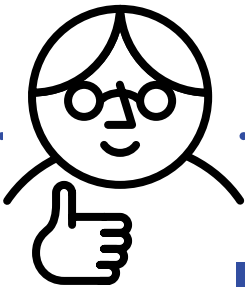
*Ezt a folyamatot részletezzük a Kliens (felnőtt, gyermek, kamasz),
a Segítő és a Hozzá tartozó (felnőtt, gyermek, kamasz)
működése, feladatai szempontjából is*



II. ELSZÁNÁS



III. ELŐKÉSZÜLET



IV. AKCIÓ

KLIENS

- Még nem akar változni, élvezi az addiktív tevékenységet
- Működésének még több egyénileg érzékelt előnye, mint hátránya
- Többnyire csak kényszerből megy kezelőintézménybe
- Hónapok- évek- évtizedek telhetnek el

SEGÍTŐ

- Információnyújtás (írásos, szóbeli edukáció),
- A kételkedés felkeltése,
- A kliens kockázat-észlelésének növelése
- Motivációs interjú
- Ne mi mondjuk meg, ő jöjjön rá...
- Család felé egyensúly borítása, túlzott és kevés felelősségvállalás és tudatosítás

HOZZÁTARTOZÓ

Nem szerencsés „asszisztálni”, megkönnyíteni a fiatal/hozzátartozó anyagozását, megkímélni, megmenteni a negatív következményektől, mert annál több időt fog tölteni a változás előtti szakaszban, tehát a legnagyobb jó szándékkal történő „megmentős” hozzátartozói magatartás késlelteti, meggátolja a felépülés-, a leállás irányába történő elmozdulást, tulajdonképpen a szerhasználat fennmaradását szolgálja. „Ha megtehetem, miért ne tenném?!“-tartja sok kamasz. Optimális stratégia: nem „szappanozni a lejtőt”; keretek, reális célkitűzések, vállalható, tartható következmények, „helyzetbe hozás”, „provokált krízis”. Lehetőséget adni a következmények megtapasztalására.

KLIENS

- A kliens már egyre inkább tisztában van szerhasználatával/egyéb addiktív tevékenysége testi, lelki és szociális „költsegeivel”, ill. a változás előnyeivel
- Még ambivalens a változással kapcsolatban, vívódik a szerhasználat vágya és a leállás között
- fél a változástól, az „újtól”

SEGÍTŐ

- „Egyensúlyi állapot felborítása”
- „Provokált” krízis
- Motivációs interjú

HOZZÁTARTOZÓ

Itt különösen fontos szülőként/társként a következetesség és a következmények szigorú betartása, betarttatása, ez segítheti a még ambivalens, bizonytalankodó személyt a változás melletti döntésben, elköteleződésben. Különben az „Ez így nem mehet tovább.” állapotból könnyen visszabilenhet: „Dehogynem.”

KLIENS

- A kliens előkészületeket tesz a következő egy hónapon belüli leszokásra/addiktív tevékenységének mérséklésére
- Elszánt a változásra
- Belátás: a szerhasználat költségei meghaladják az előnyöket

SEGÍTŐ

- Az elszánás megerősítése
- Segíteni kell a klienst a legmegfelelőbb akció (kezelési forma, intervenció) kiválasztásában
- Célok meghatározása

HOZZÁTARTOZÓ

A hozzátartozó részéről a fiatalnak szüksége van a bátorításra és a szigorú következetességre egyaránt, vagyis szeretetre és keretekre (nevelés: ezek optimális kombinációja). Gyakran épp ekkorra szoktak kifáradni a megelőző hónapok, évek történéseiben, s támogató jelenlét helyett a vélt és/vagy valós sérelmeiket szajkózzák, ami inkább visszahúzza a változásra nehezen készülő személyt. Fontos a vállalt határidők szigorú betartása!

KLIENS

- A kliens aktív lépéseket tesz a leszokás vagy a csökkentés érdekében
- A leállás alatt számolni kell bizonyos drogok (pl. alkohol, nyugtatók) esetén fizikai elvonási tünetekkel, illetve szinte valamennyi addikciónál intenzív sóvárgásra, hangulat-ingadozásokra, közérzeti hullámzásokra.

SEGÍTŐ

- A változás irányába történő lépések megtételének segítése
- Pszicho-educáció
- Idő/Jelenlét/Kísérés

HOZZÁTARTOZÓ

Fontos tisztában lenni ezekkel a mellékhatásokkal, azzal, hogy kezdetben a józanság okoz látványosabb negatív tüneteket, gyakran nehezen elviselhető állapotokat. A legfontosabb, amit a hozzátartozó tehet, hogy „önmagán dolgozik”. Nem csak a szerhasználó szintjén szükséges beavatkozás, hanem a rendszer, a család szintjén is. Ha a családi működésmód, játszmarendszer nem változik, rövid időn belül valószínű a visszaesés. Tehát a hozzátartozó azzal tud segíteni, ha maga is segítséget kér, hozzátartozói csoporton, konzultáción vesz részt, és változtat a saját működésén, hiszen ő a függő-játszma másik résztvevője.

KLIENS

- Az akció során elért változást (az addikció abbahagyása vagy mérséklése) a kliens hosszú távon fenn tudja tartani
- Visszaesés-megelőzés tanulása, működtetése.

SEGÍTŐ

- A változás stabilitásának fenntartása
- Segíteni kell a klienst olyan stratégiák kialakításában és gyakorlásában, melyek segítenek megelőzni a visszaesést
- Megküzdés, új stratégiák-, készségek kialakítása
- Működő élet és személyiség felépítése, melyben „nincs helye” az addikciónak

HOZZÁTARTOZÓ

A szülőknak/hozzátartozóknak ezzel párhuzamosan épp úgy aktív erőfeszítéseket kell tenniük annak érdekében, hogy ne térjenek vissza a korábbi, rögzült, diszfunkcionális stratégiáikhoz. Hasznos, ha a hozzátartozó továbbra is igénybe veszi a hozzátartozói csoport és/vagy konzultáció lehetőségét, amíg az új stratégiák, megküzdési módok, viselkedés-formák stb. stabilizálódnak. Fontos az is, hogy a hozzátartozó vegye észre a változásokat az addiktológiai problémával küszködőnél, és fokozatosan tudjon újra, kis lépésenként bizalmat szavazni. Ne a régi sérelmekkel dobálózson, hanem a kialakult új helyzetet értékelje, arra reagáljon. Fokozatos és teljesítményarányos megerősítés. A józanság megtartásán élethossziglan kell tevékenykedni. „Drogozik - nem drogozik, iszik – nem iszik” helyett bizalom, egyenrangúság, optimális közelség-távolság kialakítása.

KLIENS

- Többször előfordulhat, mielőtt a kliens eléri célját
- Ezek a visszaesések ciklikus jelleget adnak a változásnak.
- Érdemes ezeket úgy felfogni, hogy a kliens újabb és újabb dolgokat tanul meg ilyenkor, melyeket a józanodási folyamatában fel tud használni.

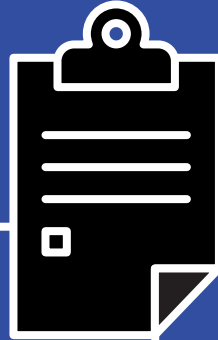
SEGÍTŐ

- Inkább normatív, mint kivétel. A klienst, a hozzátartozókat (és magunkat is) készítsük fel rá
- Segíteni, hogy a kliens mielőbb újakezdje a folyamatot, ne ragadjon bele egyik stádiumba se
- Jelek! A visszaesés is folyamat; találkozhatunk száraz visszaeséssel is, de nyilván gyakoribb a szerhez nyúlás, az addiktív tevékenységek kiújulása

HOZZÁTARTOZÓ

Jó, ha ezzel a hozzátartozók is tisztában vannak, s nem éri őket meglepetésként. Tudniuk kell azt is, hogy saját társfüggőségükre szintén előfordulnak visszaesések. Törekedni kell arra, hogy minél kevesebb ideig tartsanak ezek a megcsúszások. Ne keseredjenek el, legyenek aktívak és következetesek, és legyen erejük hozzátartozójukat - és saját magukat is - a józanodási folyamat folytatására motiválni

04



**ÖNKITÖLTŐ/
ÖNELLENŐRZŐ
TESZTEK**

WHO AUDIT KÉRDŐÍV (ELSŐ HÁROM KÉRDÉS: AUDIT-C)

1. MILYEN GYAKRAN ISZIK ALKOHOL TARTALMÚ ITALT?	Soha	Havonta vagy ritkábban	2-4-szer havonta	2-3-szor hetente	4-szer hetente
2. MENNYI ITALT FOGYASZT EGY ÁTLAGOS NAPON AMIKOR ALKOHOLT ISZIK?	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 9	10+
3. MILYEN GYAKRAN ISZIK HAT VAGY TÖBB EGYSÉG ALKOHOLT EGY ALKALOMMAL?	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
4. AZ ELMÚLT ÉVBEN MILYEN GYAKRAN FORDULT ELŐ, HOGY NEM TUDTA ABBAHAGYNI AZ IVÁST, HA EGYSZER ELKEZDTE?	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
5. AZ ELMÚLT ÉVBEN MILYEN GYAKRAN FORDULT ELŐ, HOGY NEM TUDTA TELJESÍTENI AZ ÖNNEL SZEMBEN JOGOSAN ELVÁRTAKAT ALKOHOLFOGYASZTÁS MIATT?	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
6. AZ ELMÚLT ÉVBEN MILYEN GYAKRAN FORDULT					Naponta, vagy

	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
6. AZ ELMÚLT ÉVBEN MILYEN GYAKRAN FORDULT ELŐ, HOGY NAGYFOKÚ ITALOZÁS KÖVETŐEN REGGEL INNIA KELLETT ALKOHOLT AHOZ, HOGY ÖSSZESZEDJE MAGÁT?	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
7. AZ ELMÚLT ÉVBEN MILYEN GYAKRAN FORDULT ELŐ, HOGY BŰNTUDATA VAGY LELKIISMERETFURDALÁSA VOLT ITALOZÁST KÖVETŐEN?	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
8. AZ ELMÚLT ÉVBEN MILYEN GYAKRAN FORDULT ELŐ, HOGY AZ ITALOZÁST KÖVETŐ NAPON NEM EMLÉKEZETT AZ ELŐZŐ ESTE TÖRTÉNTEKRE?	Soha	Ritkábban, mint havonta	Havonta	Hetente	Naponta, vagy szinte naponta
9. ELŐFORDULT MÁR VALAHA, HOGY ÖN VAGY MÁS MEGSÉRÜLT AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSA KÖVETKEZMÉNYEKÉNT?	Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, az elmúlt évben
10. ELŐFORDULT MÁR, HOGY ROKONA, BARÁTJA, ORVOSA VAGY MÁS EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ AGGODALMÁT FEJEZTE KI AZ ITALOZÁSA MIATT VAGY AZT JAVASOLTA, HOGY CSÖKKENTENIE KELLENE?	Nem		Igen, de nem az elmúlt évben		Igen, az elmúlt évben
A VÁLASZOKRA ADHATÓ PONTOK:	0 pont	1 pont	2 pont	3 pont	4 pont

AUDIT TESZT

Az első teszt a WHO által javasolt 10 kérdéses AUDIT teszt (Alcohol Use Disorders Identification Test). Összesen nyolc pont felett már alkoholbetegség szempontjából veszélyt jelez. Rövidített formája az AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption Questions), mely csak az első három kérdést veszi figyelembe, és két pont felett jelez fokozott veszélyt.

**HAJTSD KI AZ OLDALT, HOGY
MEGTEKINTHESD AZ AUDIT TESZTET !**

Megjegyzés: Számos teszt érhető el különböző szerekre és viselkedéses problémákra vonatkozóan, és igaz, az alábbi tesztek kérdései az alkoholproblémára irányulnak, de a legtöbb kérdés feltehető más addikciókra vonatkozóan is, mely kiértékelése irányadó lehet az aktuális probléma felmérésére.

LAST TESZT

Ez a teszt valamivel egyszerűbb, csak igen/nem válaszokat kell adni, 2 igen válasz már veszélyeztetettséget jelez (Lübeck Alcohol Dependence and Abuse Screening Test - LAST).

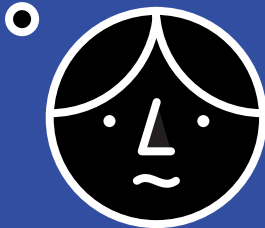
1. Mindig képes abbahagyni az ivást amikor akarja? Igen (o) Nem (1)
2. Érezte már úgy, hogy csökkentenie kellene az ivást? Igen (1) Nem (o)
3. Érezte már magát rosszul vagy volt valaha büntudata az italozása miatt?
Igen (1) Nem (o)
4. Előfordult már, hogy a felesége/férje, szülei vagy közeli rokona aggódott vagy panaszkodott az italozása miatt? Igen (1) Nem (o)
5. Előfordult már, hogy bajba került munkahelyén az italozás miatt? Igen (1) Nem (o)
6. Mondták már valaha, hogy májbetegsége, májzsugora van? Igen (1) Nem (o)
7. Volt már kórházban az italozás miatt? Igen (1) Nem (o)

CAGE TESZT

A négy tételből álló CAGE skálát az 1970-es években fejlesztették ki, amely az alkoholizmus és az ezzel összefüggő problémák szűrését célozta. Általában kettő vagy annál több pozitív válasz alkoholizmusra, ill. az alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarra utal.

1. Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást? Igen (o) Nem (1)
2. Zavarták-e valaha az emberek azzal, hogy kritizálták az ivását? Igen (o) Nem (1)
3. Rossznak vagy vétkesnek érezte-e magát az ivásával kapcsolatban? Igen (o) Nem (1)
4. Előfordult-e, hogy ivással kezdte a napot reggel, hogy megerősítse az idegeit, vagy megszabaduljon a másnaposságtól? Igen (o) Nem (1)

Forrás: DSM-5, Buss, Prochaska-DiClemente, Ewing-Rouse, Arany Zoltán, Hoffmann Katalin, Kovács Attila, Rácz József, Simicz Ferenc, Szabó Judit, Szikszay Petronella, Szemelyácz János írásaiból



MILYEN ADDIKCIÓS PROBLÉMÁKAT ISMERÜNK?

Amikor valamilyen pszichoaktív szer játszik szerepet: Ide soroljuk a kémiai szerekkel kapcsolatos addiktív zavarokat (legális és illegális pszichoaktív), pl. alkohol, gyógyszerek, marihuána, heroin, amfetamin, szerves oldószerek...

Amikor maga a viselkedés okoz függőséget: Pl. szerencsejáték, internet, munka, táplálkozási zavarok, testedzés-testépítés, szex-romantika, pornó, internet, gyűjtögetés, vásárlás, hatalom, kapcsolat, társfüggőség, kóros segítői magatartás stb. A szakemberek és a hétköznapi tapasztalatai is azt mutatják, hogy számtalan, hétköznapiak mondható viselkedés ölthet kóros méreteket.