**B/5.    Kommunikáció alkohol- és drogfüggő betegekkel**

Addiktológia: a szenvedélybetegségek, függőségi állapotok kutatásával és kezelésével foglalkozó tudomány

Szenvedélybetegség minden olyan betegség, amit

kényszeres viselkedés (ellenállási képtelenség) és

ciklikusság (késztetés🡪kielégítés🡪bűntudat🡪késztetés) jellemez

Szenvedélybetegségek felosztása:

1. viselkedési szenvedélyek
	1. játékszenvedély
	2. kleptománia
	3. táplálkozási rendellenességek (anorexia, bulimia)
2. kémiai függőségek
	1. alkohol
	2. drogok
		1. ópiátok
		2. serkentők (stimulánsok)
		3. hallucinogének

A kémiai függőség hátterében gyakori a kettős diagnózis: azaz a függőség mellett egyéb mentális zavar is kimutatható. Az addikció tehát ez esetben öngyógyítási próbálkozás, fedőtünet. A kémiai függőség komplex kezelést igényel, amelyben az elsődleges pszichiátriai probléma kezelése nélkül nem számíthatunk sikerre.

A kezelés a közös jellemzőkön kívül speciális vonatkozások is jellemzik. Az alkoholizmus kezelése eltér a drogfüggőségtől, de ez utóbbin belül is különbség van ópiáthasználók, stimulánshasználók és hallucinogénélvezők között.

Hazánkban ma az addiktológiai betegek többsége alkoholfüggő, velük találkozhatunk a kezelésüket végző általános pszichiátriai és belgyógyászati osztályokon, de a kevés addiktológiai osztály betegei között is. Ebben az is közrejátszik, hogy az alkohol legálisan beszerezhető tudatmódosító szer, másrészt a hazai alkoholizmus érintettsége kb. egymillió fő.) A drogfüggők – főleg az ópiátélvezők – kezelése ma még nincs teljesen megszervezve, a hallucinogénhasználók pedig többnyire a kapcsolódó mentális zavar miatt kerülnek be az egészségügyi ellátásba.

Alkoholbetegek ellátása

Az alkoholbetegség lappangási ideje hosszú, sokszor csak évekkel a kialakulás után kerül a beteg az ellátórendszerbe.

Az első találkozás célja az anamnézis részletes felvétele és a fizikális vizsgálat (állapotfelmérés). Kommunikációnk teremtsen tiszta helyzetet! Nyitott kérdésekkel indulunk az aktuális panasztól. Felmérjük a betegségbelátást és a motivációt. Felvesszük a részletes egyéni anamnézist (élettörténet, betegségek /cukorbetegség, magas vérnyomás is!/, gyógyszerek, étkezési és alvási szokások, alkoholtörténet, kriminalitás). Ezután részletes családi anamnézis, majd fizikális vizsgálat következik. A vizsgálatok eredményéről mindig tájékoztassuk a beteget és motiváljuk is folyamatosan. Moralizálásban, utasítgatásban már volt része, és – mivel nálunk van – ezek a módszerek nem hatottak. Ezért nem alkalmazhatjuk őket; hatásuk „**dé ja vu**” élményt és ellenállást vált ki a betegből.

Az alkoholizmusból való gyógyulást visszaesések tarkítják, melyek megelőzhetők a jellegzetes kommunikációs repertoár megismerésével (kimerültség, tisztességtelenség, türelmetlenség, elbizakodottság, vitahajlam, csalódottság), és időben történő intervencióval.

Fontos a hozzátartozókkal való kommunikáció is. Egyrészt partnerek lehetnek a gyógyításban, másrészt közéjük tér majd vissza a beteg. A hozzátartozók érdekei különbözhetnek a beteg érdekeitől! Bár elsősorban a betegre kell koncentrálnunk, a hozzátartozókra is tekintettel kell lennünk.

A terápia menete: méregtelenítés🡪leszoktatás🡪utókezelés🡪az esetleges visszaesések kezelése (kövessük, fogadjuk el, ne keltsünk bűntudatot)

Fő cél a magatartás megváltoztatása, ennek egyik módszere az új keretek adása (F.R.A.M.E.S)

F = feedback – a beteg tájékoztatása a vizsgálatok eredményeiről

R = responsibility (felelősség) – a kliens saját felelősségének hangsúlyozása

 szóban

 indirekt módon (írásos anyagok, betegtájékoztatók)

A = advice (tanács) – direkt tanács (hagyja abba az ivást), vagy

M = menu – választási lehetőséget kínálunk

E = empathy – ez a kezelésben alapvetően szükséges

S = self-efficacy – a kliens önhatékonyságának, önbizalmának kialakítása

Drogfüggők ellátása

Alapja az általános elutasító társadalmi attitűd és az a tény, hogy a drogfüggő tudja hogy beteg, de mégis másnak érzi magát, mint a többi mentális beteg.

 Ópiátfüggők: vágyak, indulatok, szorongások oldása céljából alkalmazzák folymatosan(!). Jellemző társult zavarai: narcisztikusság, acting out (indulatkitörések), borderline személyiség (szélsőséges kiszámíthatatlanság) – lelassult kommunikáció

Stimulánshasználók: impulzushiány, üresség, rossz hangulat kompenzálására szedik őket (ciklikusan). Depresszió, önértékelési zavar társul szedésükhöz – felgyorsult asszociációk

Hallucinogénhasználók: módosult tudatállapotot, misztikus élményt élnek át újra és újra (ciklikusan). Leggyakoribb társult zavara a skizofrénia (tudathasadás) – bizarr, összefüggéstelen kommunikáció

Közös kommunikációs jellemzők: szlenghasználat, szubkulturális jelzések

A kezelés alapelvei

osztályos vagy ambuláns – detoxikálás csak osztályos betegként, de később a kórház bezártságérzetet és stresszt okoz, az ambulanter kezelésben pedig nincs elég kontroll

A terápia kommunikációs módszerei

 F.R.A.M.E.S módszer

 motivációs interjú, mely öt jellegzetes lépésből áll:

1. empátia – a kliens elfogadása
2. diszkrepancia – a jelenlegi viselkedés és a célok eltérésér hívjuk fel a figyelmet
3. elkerüljük a vitatkozást, ennél fontosabb az
4. ellenállás elkerülése – a kliens átlendítése az ellenállásból a cselekvésbe
5. a kliens önbizalmának támogatása – képes a változásra

A motiváció az ún. „elterelés” estén a legkisebb (jogi következmények helyett vállalt rehabilitáció), ilyenkor a legnehezebb a kezelés.

Fontos a keretek meghatározása (időpontokban, szabályokban megállapodni – főleg ópiátfüggőknél nehéz, míg stimulánshasználóknál inkább az ún. „egyszer használatos kapcsolatok” elkerülésére kell figyelni), a viszont-indulatáttételek kezelése (a terapeuta megkedveli vagy épp megutálja a klienst)