

## Az addiktológiai konzultáns helye a pszichiátriai ellátásban

Boros Károlyné, Kanizsai Dorottya Kórház

A fiatal felnőttek nem ismerik fel szenvedélybetegségük súlyos következményeit. Ellátásra már csak akkor jelentkeznek, amikor függőségük fizikai-, mentális-, anyagi-, vagy jogi problémát okoz.

A prevenció – kezelés – ellátás – rehabilitáció – ártalomcsökkentés meghatározottságában elsősorban a problémás szerhasználat visszaszorítását, a kezelésbe vétel elősegítését, ott és ahol lehetséges a tartós absztinencia elérését, a szerhasználatlal összefüggő egyéni és közösségi ártalmak csökkentését, a tartósan nehézségekkel küzdők és családjaik, hozzátartozóik szakszerű, az emberi méltóságot szem előtt tartó gondozását kell biztosítanunk. Személyre szabott, célzott kezelési/gondozási program a kliens és a családtagjai részére a lakosságközeli ellátások keretében végezhető el.

Az addiktológiai betegségek hatékony kezeléséhez államilag támogatott, központi szabályzók kiépítése szükséges, amelyhez hozzátartozik az addiktológiai konzultánsok foglalkoztatása és tevékenységük finanszírozása. A szolgáltatók a minimumfeltételekben megjelenő és finanszírozott szakszemélyzet foglalkoztatásával kívánják megoldani ellátásukat, ezen felüli speciális szakemberek tevékenységét az intézmény költségvetését terhelő kiadásként élik meg.

*Young adults are unaware of the severe consequences of their addiction. They only apply for care when their addiction is accompanied by physical, mental, financial or legal problems. In the specific set of prevention – treatment – care – rehabilitation and reduction of harm, the main factors to be kept in mind are: the promotion of possible treatment, achieving permanent abstinence, the reduction of individual and communal harm related to substance use and providing the struggling patients' and their family with professional care that enhances their human dignity. The patient's and the relatives' personalized and focused treatment and/or care programme are carried out within community care.*

*For the efficient treatment of addictology-related diseases, a development of state supported, central regulation is needed. As part of the regulation, the employment of addictology consultants and their activity's support is vital. The treatment of the patients is expected to be solved with the employment of professional staff specified by minimum requirements and financed. All other expenses are considered to be an extra, charging the institution's budget.*

### BEVEZETÉS

A Semmelweis Terv megfogalmazza, hogy „az alkoholizmus egy magyar népbetegség”, ennek ellenére, a betegség megelőzésére, hatékony kezelésére, és rehabilitációjára szükséges ráfordítások töredékét biztosítják.

Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére szakmai konzultáció – vitairatában, a „Szolgáltatások nyújtása és finanszírozási technikák” fejezet 32. pontjában a hazai alkoholizmus és addiktológiai ellátás kiemelt fejlesztését irányozza elő. A terv szerint ösztönözni kívánják a fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg szolgáltatásokat is [11]. Az egészségügyi szolgáltatók azonban nem érdekeltek olyan tevékenységek felvállalásában, ami a bevételi oldalon forrásként nem jelenik meg, de a kiadási oldalt felesleges elemként terheli.

A jelenlegi rendszer nem ösztönzi őket arra, hogy minőségileg magasabb színvonalú és a betegellátás hatékonyságát növelő ellátást nyújtsanak. A szakmai minimumfeltételek nem tartalmazzák a speciális végzettséghez kötött, az adott betegcsoport komplex ellátáshoz szükséges szakemberek biztosítását.

Az addiktológiai betegségek hatékony kezeléséhez, államilag támogatott, központi szabályzók kiépítése szükséges, amelyhez hozzátartozik az addiktológiai konzultánsok foglalkoztatása, és tevékenységük finanszírozása. A szolgáltatók a finanszírozásban, és a minimumfeltételekben megjelenő szakszemélyzet foglalkoztatásával kívánják megoldani ellátásukat, az ezen felüli speciális szakemberek tevékenységét az intézmény költségvetését terhelő kiadásként élik meg.

A Kanizsai Dorottya Kórház Pszichiátriai osztálya 53 ágyval (24 aktív és 29 rehabilitációs) működik. Területi ellátási kötelezettségből adódóan (0-24 óra) folyamatosan érkeznek az ellátást igénybe vevő páciensek. Az intézmény vonzáskörzetéhez tartozó lakosság kb. 120 000 fő. A területi lakosokon kívül (stigmatizációtól való félelem, ellátással való elégedetlenség, terápiás közösség stb.) területen kívüli kliensek kezelése is számottevő intézményünkben. Az osztályon megjelenő szenvedélybetegek jelentős hányada társbetegségekkel is rendelkezik (pszichiátriai, szomatikus, neurológiai). A fokozott betegbeáramlás és a viszonylag alacsony ágyszám miatt a rehabilitációs kezelés, a változás előidézése, terminálása, a „forgójító” elv miatt kismértékben megoldható. A tényleges rehabilitáció megvalósítása a kapcsolathálóinkon keresztül bizonyos esetekben (hajléktalanok, munkanélküliek) korlátozott. Preventív tevékenységhez kapcsolódó szolgáltatásunk során esélyt teremtünk arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy produktív életstílus kialakítására, az alkohol, a drogok visszaütésére egy

egészségtudatos magatartásminta követésére és közvetítésére egyaránt. Veszélyeztetettek, problémás szerhasználók és viselkedésfüggők szűrése, nem függő fogyasztók fogyasztásának csökkentése, függő fogyasztók motiválása a kezelés igénybevételére (rövid intervenció, készségfejlesztés, közösségi alapú megkereső programok) is részei az ellátásnak.

## SEGÍTSÉGGÉRÉS KÖRÜLMÉNYEI

Az osztályra a szenvedélybetegek felvétele történhet:

- SBO-n keresztül sürgősséggel (krízishelyzet, detoxikálás céljából, szociális ellátatlanság miatt).
- Kötelező gyógykezelés elrendelése kettős diagnózis esetén.
- Háziorvosi, szakorvosi beutalóval.

A kórházba kerülést első alkalommal a legtöbb esetben krízis, detoxikálás előzi meg. Ilyenkor a kezelést nem is a páciens, hanem a hozzátartozó, vagy a beteg környezetében élők kéri.

Többszörös kezelés után a páciens már tudja, mire számíthat, hol kaphat segítséget, ha ismételt problémái adódnak a szenvedélybetegsége miatt. Legtöbbször nem a szenvedélyről való leszokás a cél, hanem az egészségi állapot javítása rövidebb – hosszabb időre, menekülés a problémaforrás helyszínéről, diszfunkcionális családi közegből, szociális problémák, munkanélküliség, hajléktalanság, mint a stresszfaktorok átütetése későbbi időpontra.

A dependens munkamódokkal funkcionáló éretlen személyiség szerkezetű kliens adekvát kötődéseik, kapaszkodók kialakításában szükséges az addiktológiai konzultáns által nyújtott segítség. A konzultáció struktúrájában szenzitív jelentőséggel bír a különböző fordulópontok, döntési folyamatok időzítése (mit, hol, mikor, hogyan). A kapcsolat, az utánkövetés elengedhetetlen feltétele a sikeres felépülésnek.

## KÓRHÁZI KEZELÉS ÉS KONZULTÁCIÓ

A beteg felépülésének elősegítésében az addiktológiai konzultáns kívül részt vesz a páciens kezelőorvosa, pszichológus, szociális munkás, szakápolók, gyógyfoglalkoztató szakasszisztens, dietetikus, esetenként gyógytornász. A páciens állapotának felmérése [10], szomatikus állapotának stabilizálása után, a szenvedélybeteg és az addiktológiai konzultáns részvételével elkezdődik és a beteg kórházból történő távozásáig tart a konzultáció folyamata.

Milyen ellátást válasszunk: gyógyszeres kezelést, vagy addiktológiai konzultációt? Önmagában egyik sem adja a kliens által elvárt pszichés és szomatikus állapotjavulást, csak a komplex terápiás intervenció által juthatunk a kívánt eredményhez [4,5]. Kezdetben a szer/hatás pótlása miatt elkerülhetetlen a gyógyszeres beavatkozás. A szomatikus állapotjavulás után a farmakoterápia fokozatos leépítése mellett a pszichés megerősítésre, az egyéni életutak problémás

helyzeteinek feldolgozására, megoldási alternatívák kidolgozására helyeződik a hangsúly. Többedik alkalommal bekerülő betegek célirányosan választják ellátásunkat, ismerik lehetőségeiket. A relapszus prevenció tudatos alkalmazásával már a megcsúszás elején jelentkeznek a terápiába.

A kezelő team tagjai esetmegbeszélések alkalmával tájékozódnak a gyógykezelésben résztvevő szenvedélybetegek állapotáról, motiváltságáról, céljaikról. A páciensek terápiás útját az addiktológiai konzultáns menedzseli a kórházi gyógykezelés alatt, és a kliens igénye szerint előkészíti a kórházi kezelés utáni AA csoportba, (Anonim Alkoholisták – Alcoholics Anonymous) vagy a hosszabb távú rehabilitációs programban való részvételét. A kórházi elbocsátás után a kliensek egy része ambuláns keretek között is visszajár az egyéni- és csoportos konzultációkra. Biztonságérzetüket növeli a terápiás megerősítés, a stabil háttér kialakítása nélkülözhetetlen feltétele a felépülésnek.

## A KEZELÉS ALATTI KONZULTÁCIÓ

A konzultáció témái közül néhány: a szenvedélybetegség egészségkárosító hatásán kívül, az önismeret, a felelősség, a szabadság, az azonnali érzelmi döntések helyett a kognitív gondolkodás előtérbe helyezése, örömforrások, kommunikációs stratégiák, stresszoldó- és megküzdési mechanizmusok, viselkedésváltozás előidézése.

A konzultáció kifejezést a HIETE Egészségügyi Főiskolai Karán folyó addiktológiai konzultáns képzést kidolgozó munkacsoport választotta a counseling fordítására [8, 9].

Konzultáció: a segítő kapcsolat oda-vissza irányuló kommunikációja, szimmetrikus viszonya, a tanulási folyamat során a kliens adaptív viselkedéseket tanul meg, miközben a maladaptív viselkedések a háttérbe szorulnak. Nem egyszerű felvilágosítás, információ átadás, utasítás és nem is csak a javaslat megajánlásáról van szó.

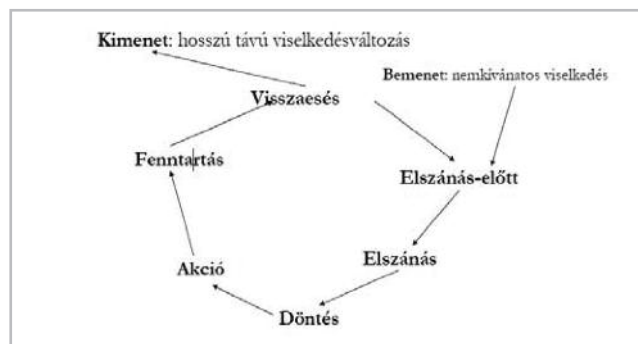
„A konzultáció azt a kapcsolatot jelenti, mely egy képzett segítő és egy segítséget kereső személy között jön létre. A kapcsolatban mind a segítő készségei, mind pedig az általa kialakított atmoszféra segíti a klienseket, hogy megtanuljanak magukkal és másokkal olyan viszonyt kialakítani, mely a fejlődésüket elősegíti [2].

A felépülés, a változás szakaszokban, stádiumokban zajlik, a segítő beavatkozásakor a kliens motivációs állapotának, a változásra való készenlétének felismerése szükséges [6]. A Prochaska – Di Clemente modellnél nem az a fontos, hogy az addikció miért és hogyan alakult ki, a hangsúly az addikció folyamatára és „befejeződésére”, a felépülésre helyeződik át. A kórházi kezelés rövid ideje alatt változás előidézésére csak kismértékben van lehetőség, a Prochaska – DiClemente modell szerint az elszánás előtti, nagyon ritkán az elszánás fázisába is eljut a kliens (1. ábra).

Az elszánás és a döntés meghozatalában szerepet játszik:

- a konzulens személyes kapcsolatának minősége a segítséget igénylő pácienssel, a hozzátartozók támogatása / játszmái, a további lehetőségek pontos ismerete.

- félelem – bizonytalanság a képességeiről, a rehabilitációs intézmény működéséről, személyzetéről, esetleges kudarcok elkerülése, saját képességeinek minimalizálása miatt a kezelés elutasítása.



1. ábra  
A viselkedésváltozás modellje

A konzultáns motivációs feladatai a különböző fázisokban:  
**Elszánás előtti:** A kételkedés felkeltése, a kliens kockázat-észlelésének és jelenlegi viselkedésével kapcsolatos problémák növelése.

**Elszánás:** A változáshoz szükséges okok, a nem változás következményeinek hangsúlyozása, a jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességeinek megerősítése.

**Döntés:** A változás keresése során a számára legmegfelelőbb döntés kiválasztása.

**Akció:** A változás irányába szükséges lépések megtétele.

**Fenntartás:** A visszaesés megelőzéséhez szükséges stratégiák meghatározása és használata.

**Visszaesés:** Segítés az újrakezdésnél, anélkül, hogy „beragadna” valamelyik stádiumba vagy demoralizálódna a visszaesés miatt [7].

**Osztályunkon a kezelés időtartama:** 6 – 21 nap. Az adekvát betegségfeltárás sikeres kialakítása után lehetőség van ambuláns keretek között konzultációt folytatni, ahol az absztinencia fenntartása mellett mód van az életmód korrekció részleteinek kidolgozására, ezt a nagyon motivált kliensek veszik igénybe. Az egyéni- és családi konzultáció igény szerint, csoportos heti két alkalommal, 1 fő addiktológiai konzultánssal kerül megtartásra.

## FINANSZÍROZÁS

Az orvosi feladatok kiképzett szakemberekre való delegálása a nálunk fejlettebb országokban is bevett gyakorlat. A jelenlegi orvoshiány, az egy betegre jutó minimális ellátási időtartam még a rövid intervenciós beavatkozásokat sem teszik lehetővé. Az addiktológiai betegek/esetek növekvő száma eljutott arra a szintre, hogy mint népegészségügyi problémát, korunk egyik legnagyobb kihívásának tekintjük a betegséget. A másfél évtizedes addiktológiai konzultáns képzés ellenére, a járóbeteg ellátás finanszírozásában nem jelenik meg az addiktológiai konzultáció, mint tevékenység [1]. A felépülés-központú addiktológiai betegellátás megvalósítása csak komplex terápiával lehetséges. E terápia fejlődését csak megfelelő fi-

nanszírozással lehet szakmailag és társadalmilag elfogadtatni, és ezáltal a betegek felépülését elősegíteni.

## A REHABILITÁCIÓBA IRÁNYÍTÁST AKADÁLYOZÓ TÉNYEZŐK

A szenvedélybetegségből felépülést segítő programok az absztinenciát, a tudatállapotot befolyásoló szerektől mentes terápiát részesítik előnyben. A problémás szerhasználók döntő többségénél hosszmeteszileg, a szenvedélybetegséggel párhuzamosan pszichiátriai diagnózis is megállapítható (1. táblázat).

	szeptember		október		november		december		január		február	
	Összes dg.	Dual dg.	Összes dg.	Dual dg.	Összes dg.	Dual dg.	Összes dg.	Dual dg.	Összes dg.	Dual dg.	Összes dg.	Dual dg.
Fekvőbetegek	19 fő	19 fő	20 fő	20 fő	21 fő	21 fő	23 fő	23 fő	26 fő	26 fő	28 fő	28 fő
Ambuláns betegek	4 fő	4 fő	-	-	2 fő	2 fő	2 fő	2 fő	2 fő	2 fő	5 fő	5 fő
Rehabilitációba került	2 fő	2 fő	4 fő	4 fő	3 fő	3 fő	-	-	1 fő	1 fő	-	-

1. táblázat  
Addiktológiai konzultációban részt vett betegek száma 2011. szeptember – 2012. február között

Az esetek többségében azonosítható ok-okozati összefüggés van a pszichiátriai és az addiktológiai diagnózisok között. Az addiktív kliensek öngyógyító céllal, adjuváns terápiaként folyamodnak a szerhasználathoz [3].

Komorbid betegek rehabilitációja hazánkban jelenleg csak nagyon kevés intézmény rehabilitációs protokolljába illeszthető be. A szenvedélybeteg nők rehabilitációja csökkent lehetőségeket kínál a női helyek korlátozott kapacitása miatt.

Hátráltató tényezők: a betegek szubkultúrája, intelligencia szintje, szocializáltsága, iskolázottsága, kora, általános egészségi állapota, társbetegségek, amelyek bizonyos rehabilitációs kezeléseket, – ha a kliens nem éri el az intézet által elvárt szintet, – kizáró oknak számítanak.

A differenciált rehabilitációs intézetekben hosszabb ideig tartó kezelés alkalmanként ellenállást vált ki a páciensből: félelem az újtól, az ismeretlentől, a messzeségtől, a hozzátartozók hiányától, a kapcsolattartás korlátozottságától, ezért ezekben az esetekben nehezebb a kliens bevonása.

A segítők és a hozzátartozók fokozott nyomása, a páciens sürgetése a döntés meghozatalában, nem a várt eredménnyel járnak. A gyors döntés még nem jelenti azt, hogy a kliens elkötelezett a felépülés irányába, menekülési útvonalnak tekinti, ami azzal jár, hogy a rehabilitációs programból idő előtt távozzon.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A kettős diagnózissal rendelkező páciensek olyan programokba küldhetők, ahol a mentális állapotot egyensúlyban tartani hivatott, rendszeres pszichiátriai gyógyszerek szedé-

se (hangulatstabilizáló, antipszichotikum) nem kizáró oka a kezelésbe vételnek. A szorongásos zavar, depresszió, bipoláris affektív zavar, szkizofrénia kezelése elképzelhetetlen gyógyszeres terápia nélkül. A lakosság közeli ellátások, a megfelelő keretek közötti kapcsolattartás, a kísérőbetegségekre szedett gyógyszerek adása, a kliensbarát rehabilitáció ösztönző tényező a rehabilitáció irányába.

Szükségesnek tartom az individuális terápiát, ahol nem a betegség sztereotípiá mentén, beskatulyázva kezeljük az addikt betegeket, hanem lehetőség szerint személyre szabott fejlesztő programokkal segítjük a felépülésüket. Minden terápia jó, ahol a páciens és a konzulens közösen gondolkodik, a konzulens ráérez a klienst leginkább motiváló, változást előidéző, beteg felépülését leginkább elősegítő tényezőkre.

A szenvedélybeteg döntésénél meg kell várni, amíg a fejlődésének azt a szakaszát eléri, amikor ő szeretne a re-

habilitációban részt venni. Az esetek döntő többségében ez nem az első kezelés után, hanem jóval később következik be. Ritkább esetben, súlyos krízis esetén, amikor a kliens sem lát más kiutat, akkor már az első alkalommal kéri a hosszabb rehabilitációs terápiát, bizonyos esetekben viszont a szociális problémák elodázására használja a rehabilitációt.

A finanszírozás rendszerének revideálása, a konzultáció, mint beavatkozás elszámolása, elősegítő faktora a szenvedélybeteg terápia modalitásának. Feladatunk a hatékony jelzőrendszer kiépítése, a korai felismerés a kliensek lehető leghamarabb ellátásba kerüléséért, kezelési lehetőség felajánlása már a kezdeti stádiumban, intervenciók a diszfunkcionális családoknál a szenvedélybetegség okozta problémák megszüntetésére, az irreverzibilis folyamatok megelőzése, a pszichoedukáció, a közösségi hálózat biztosítása.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Anonymous. Szakma elfogadott beavatkozásai. [http://intra.tesz.co.hu/sites/default/files/18\\_SZAKMA\\_0.pdf](http://intra.tesz.co.hu/sites/default/files/18_SZAKMA_0.pdf) letöltve 2012.05.12.
- [2] Cavanagh, M. E. (1982). *The counseling experience. A theoretical and practical approach.* Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Co.
- [3] Kelemen, G. (2005). Bucciarely: Addicted and mentally ill. *Addictologia Hungarica*, 4(3), 377-379.
- [4] Rácz, J. A pszichoterápia lehetőségei az (illegitim) droghasználók kezelésében. [www.ndi-int.hu/REND/kep080410/Dr.%20Rácz%20József.pdf](http://www.ndi-int.hu/REND/kep080410/Dr.%20Rácz%20József.pdf) letöltve 2012.05.12.,
- [5] Rácz, J. Vulnerábilis csoportok droghasználata és a segítség. <http://szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14077> letöltve 2012.05.12.,
- [6] Rácz, J. (2008). *Addiktológia: Tünettan és intervenciók.* Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar.
- [7] Rácz, J. (2009). *Konzultáció.* In Z. Demetrovics (Ed.), *Az addiktológia alapjai III.: Eötvös Kiadó.*
- [8] Rácz, J., & Kastaly, I. (1996). Az addiktológiai konzultánsképzés tervezete. *Addictologia Hungarica*, 4(2), 84-89.
- [9] Rácz, J., & Kastaly, I. (1996). Az addiktológiai konzultáció és a konzultánsképzés. *Esély*, 5, 104-110.
- [10] Rózsa, S. A kliensek prevenció szükségleteinek meghatározása – eszköztár. <http://www.ndi-szip.hu/Controls/DownloadEDoc.aspx?attId=e0124784-ab15-41e7-b112-a7bbffa6818f> letöltve 2012.05.05.
- [11] Beneda, A., Burány, B., et. al. (2010). *Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére* <http://www.nefmi.gov.hu/miniszterium/2010/semmelweis-terv-101110> letöltve 2012.05.12.,

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Boros Károlyné** addiktológiai konzultáns, egészségügyi menedzser, jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar ápolás MSc szakos hallgatója. 1983 óta Kanizsai Dorottya Kórház dolgozója, 1994-től a Pszichiátria osztály osztályvezető ápolója. Szerepet vállal az ápolók és a kórházi önkéntes segítők oktatásában, képzé-

sében, minőségfejlesztési feladatokban, protokollok kidolgozásában, auditori tevékenységben. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) alapító tagja, 2004-2009 MESZK Zala Megyei Szervezet területi alelnöke, 2006-tól a Magyar Ápolási Egyesület (MÁE) Zala megyei vezetője. 2004-2010-ig a MÁE szakmai vizsgabizottság tagja, 2010-től MESZK szakmai vizsgabizottság tagja. 2011-ben Pro Sanitate elismerésben részesült.