

# A Alkoholbetegek felépülési lehetőségei

## Életformaváltás a tartós absztinencia és józanság fenntartásához

A mai Magyarországon a szakmapolitikai szabályozás elégtelensége, a forráshiány, az epidemiológiai adatok esetlegessége, a családi diszfunkciók hátráltatják az alkoholbetegek felépülésének folyamatát. Az alkoholfüggőség megszüntetéséhez vagy a mértékletes alkoholfogyasztás kialakításához komplex fejlesztési megoldások integrálása szükséges a rendszerbe. A korai intervenció és a szakszerű edukáció nagyobb esélyt biztosít a szenvedélybetegségből való felépüléshez. A védőfaktorok, az empowerment (képesség-tétel, felhatalmazás), az autonómia, a kliens, a család és a segítő szakember kapcsolatának minősége pozitívan hat a viselkedésváltozás előidézésében. Az egyéni, csoportos, családi edukáció és a rehabilitáció protektív tényezők az alkoholbetegek gyógyulásának előmozdításában.

### EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI STRATÉGIÁK

A 46/2003. (IV. 16.) országgyűlési határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjában<sup>1</sup> kiemelt figyelmet kap az alkoholprevenció, az elsődleges megelőzés érvényesítése a társadalomban. A *Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére* elnevezésű szakmai konzultáció vitairata *Szolgáltatások nyújtása és finanszírozási technikák* című fejezetének 32. pontja a hazai alkoholológiai és addiktológiai ellátás kiemelt fejlesztését irányozza elő. A terv szerint ösztönözni kívánják a fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg-szolgáltatásokat is.<sup>2</sup>

A hatékony intervenció alapja az alapellátáshoz és a munkahelyekhez köthető korai

problémaészlelés, a veszélyeztetett és problémavivők családon belüli áldozatainak felismerése. A következő lépcsőfok a korszerű addiktológiai ellátás, az alkoholproblémával küzdők helyi koordinációja, az érintett felek bevonása az együttműködésbe (önkormányzat, szociális és egészségügyi ellátók, egyéb intézmények, civilszervezetek), valamint a szakértői bázis bővítése a fenntarthatóság biztosítása érdekében.

Az alkoholproblémák megelőzése terén a *Népegészségügyi program* célkitűzései sikertelenné bizonyultak az alábbiakban:

- egészségi és szociális károk visszaszorítása és megelőzése;
- a fejenkénti alkoholfogyasztás lényeges csökkentése 2012-ig;
- az alkoholisták becsült számának 500 ezer alá szorítása 2012-ig;
- pszichoszociális problémák jelentős mértékű, mérhető csökkentése;
- az alkohol gyermekkori és ifjúsági kipróbálásának lényeges csökkenése és eltolódása a felnőttkorhoz közeli életszakaszok felé.

Az 1986-as Ottawai Charta ma is aktuális egészségfejlesztési stratégiái:

- az egészséget támogató politikai gyakorlat kiépítése;
- támogató környezet létrehozása;
- a közösségi tevékenységek megerősítése;
- az egyéni képességek fejlesztése;
- az egészségügyi ellátás hangsúlyváltása.

<sup>1</sup> 46/2003. (IV. 16.) OGY-határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról, 2003, <http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf> ■ <sup>2</sup> Beneda A. – Burány B. – Cserhádi P. – Gaál P. – Hankó B. – Páva H. – Velkey Gy.: *Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére*, 2010, <http://www.nefmi.gov.hu/minizterium/2010/semmelweis-terv-101110>

Az egészségfejlesztés nem jár azonnali eredménnyel, az egy végeredmény-orientált folyamat, de a végeredmények különbözők, esetenként a javulás hosszú távon is fennmarad.

A hatékony egészségfejlesztés erősíti az egyének készségeit, képességeit, egészségmagatartását, az egészségmegőrző szolgáltatások igénybevételét, a társadalmi, gazdasági, környezeti tényezők befolyásolását (lásd az 1. ábrát a 300. oldalon).<sup>3</sup> A csoportokat és a közösségeket arra ösztönzi, hogy az egészséggel kapcsolatos döntési folyamatok középpontjába azokat az embereket kell állítani, akiknek leginkább veszélyeztetett az egészsége.

Az egészségfejlesztés (lásd a 2. ábrát a 301. oldalon)<sup>4</sup> szerepet vállalhat a szociálpolitikai problémák kezelésében (a prevenciótól a rehabilitációig) és gyakorlati megoldások felkínálásában is. A beavatkozások segíteni tudnak abban, hogy például a munkanélküliek visszazserezék önbizalmukat, erőt gyűjtsenek az álláskereséshez. Különböző programok segítenek a stressz pszichológiai hatásainak enyhítésében, a szorongás, a depresszió csökkentésében.

Az alkoholtermékek elérhetőségét és keresletüket szabályozó intézkedések hosszú távon mindaddig eredménytelenek maradnak, amíg a használatukat meghatározó szociális tényezőket nem kezelik. Az élvezeti szerek használatának hatékony szabályozását és az ezzel kapcsolatos szakmapolitikákat ezért széles körű politikai, szociális és gazdasági intézkedésekkel kell támogatni.<sup>5</sup>

## AZ ALKOHOLPROBLÉMA ELMÉLETI ÁTTEKINTÉSE

### 1. Alacsony kockázatú ivók

Az alacsony kockázatú ivók esetében az elfogyasztott alkohol mennyisége nem jár az egész-

séggárosodás kockázatával; napi szinten nők esetében egy egységet, férfiak esetében két egységet jelent, 10-12 gramm alkohollal számolva. Napi szinten az elfogyasztott alkohol nem haladhatja meg a három vagy négy egységet, és heti két nap szünet tartása ajánlott (lásd az 1. táblázatot a 300. oldalon)<sup>6</sup>.

### 2. Kockázati ivók

E csoport tagjaira jellemző a rendszeres szeszital-fogyasztás, amely meghaladja a napi szintet, de az illető nem részegedik le, és az ivásnak nagyon sokáig nem tapasztalható káros egészségügyi hatása. 15–20 év alkoholfogyasztást követően azonban ugyanolyan súlyos szövődmények alakulnak ki, mint a függő fogyasztóknál.

### 3. Problémaivók

Az ebbe a csoportba tartozó egyéneknél előfordulnak az alkoholfogyasztás következtében kialakuló problémák: ittas vezetés, egészségügyi komplikációk, balesetek.

### 4. Függő fogyasztók

Jellemző a kontrollvesztés, illetve a megvonási tünetek megléte. Az egyes kategóriák között átfedés is lehet, az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák súlyosbodhatnak.<sup>7</sup> A 2. táblázat (lásd a 300. oldalon) az alkoholfüggő betegek kezelési lehetőségeit sorolja fel.<sup>8</sup>

## A FELÉPÜLÉS

„A változás szakaszokban, stádiumokban zajlik, a segítő beavatkozáskor a kliens motivációs állapotának, a változásra való készenlétének felismerése szükséges.”<sup>9</sup>

3 Kincses G.: Egészségpolitikai ábragyűjtemény. IME - Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2010. <http://www.wimeonline.hu/pdf/aktualis/2012/abragyujtemeny.pdf> ■ 4 R. P. M. Libermann: *Felépülés a betegségből – A pszichiatríai rehabilitáció kézikönyve*, Oriold és Társai, Budapest, 2010. ■ 5 MEDINFO, O. E. I. I. é. K.: *Bizonyítékok az egészségfejlesztés hatékonyságára – A népegészségügy kialakítása az új Európában*, 2001. ■ 6 Rácz J.: *Addiktológia: tünettan és intervenciók*, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest, 2008. ■ 7 Bodrogi A.: *Szűrés és rövid intervenció*. A MAT „Alkoholfüggőség és terápia” című, Budapesten rendezett VII. Tematikus Konferenciáján bemutatott dolgozat, 2012. ■ 8 Kassai-F. Á.: *Problémás ivók korai kezelésbe vétele és a gyakorlati megvalósítás eszközei – Az OAC-projektek korai tapasztalatai*, ÁNTSZ, 2009, [https://www.antsz.hu/data/cms26848/8\\_Kassai\\_Farkas\\_Problemás\\_ivók\\_korai\\_kezelesbe\\_vetele\\_20100212.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms26848/8_Kassai_Farkas_Problemás_ivók_korai_kezelesbe_vetele_20100212.pdf) ■ 9 Rácz J.: *Addiktológia: tünettan és intervenciók*, i. m.

Az úgynevezett Prochaska–DiClemente-modell (lásd a 3. ábrát a 301. oldalon) szerint nem az a fontos, hogy az addikció miért és hogyan alakult ki, a hangsúly a függőség folyamatára és „befejeződésére”, a felépülésre helyeződik át.<sup>10</sup> A kórházi kezelés rövid ideje alatt a változás előidézésére csak kismértékben van lehetőség. A Prochaska–DiClemente-féle modell szerint a kliens itt eljut az elszánás előtti stádiumba, nagyon ritkán pedig az elszánás fázisába is.<sup>11</sup>

Az elszánás és a döntés meghozatalában a következők játszanak szerepet:

- a konzulens és a segítséget igénylő kliens személyes kapcsolatának minősége, a hozzátartozók támogatása, illetve játszmái, a további lehetőségek pontos ismerete;
- a kliensnek a képességeivel, a rehabilitációs intézmény működésével vagy személyzetével kapcsolatos félelme vagy bizonytalansága;
- a kliens saját képességeinek minimalizálása és a kezelés elutasítása az esetleges kudarcok elkerülése érdekében.<sup>12</sup>

## HELYZETISMERTETÉS

A WHO 2012. március 27-én kiadott jelentése alapján Magyarország a májcirózisos megbetegedések és az alkoholhoz köthető halálesetek tekintetében egyaránt élen jár Európában. A magyarok átlagos alkoholfogyasztása fejenként több mint tizennégy liter tiszta szesz egy évben, s ezzel a lista ötödik helyét foglaljuk el.<sup>13</sup>

Gyakoriak az alkohollal kapcsolatos rejtett problémák (tiltott termelés, az egészségre káros, rossz minőségű termékek, csempészet stb.), magas az alkohollal összefüggő balesetek aránya, kiemelt az alkohol szerepe a kriminológiai jelenségekben.

A családokban rendszeresen előfordulnak az alkohol okozta súlyos ártalmak (gyermekbántalmazás, válás, családi dezorganizáció stb.). Az al-

koholnak központi szerepe van a hajléktalanná válásban, illetve a hajléktalankéntiségromlásában.

A fiatalok körében igen magas az alkoholfogyasztás aránya, továbbá jellemző a korai alkoholkipróbálás. Gyakori a politoxikománia (alkohol, gyógyszerek és kábítószeres együttes jelenléte). Jellemző a kezelésbevitel és a rehabilitáció infrastrukturális alulfejlettsége, csekély hatékonysága. Fejletlen és alacsony hatékonyságú az ártalomcsökkentés és a kínálatcsökkentés is.<sup>14</sup>

## ELLÁTÁSI FORMÁK

Világszerte jelentős az elmozdulás az alapellátás funkcióját tekintve. Az alapellátás közösségalapú reorientációja zajlik, amely az egyéni és a közösség szükségleteire összpontosít, s a közösség, illetve az egyén egészségéért egyaránt felelősséget vállal. Integrált hálózat ez, amely a legfelsőtől a legalsó szintig (lásd a 4. ábrát a 302. oldalon)<sup>15</sup> összehangolja, koordinálja a tevékenységeket és programokat, s felhasználja a forrásokat.

A magyar rendszerben nagyon gyakran lényegében csak utalványozás történik: a klienst egy magasabb szintű ellátás felé irányítják.<sup>16</sup> A fekvőbeteg-ellátást követően a páciens gyakran visszakérül ugyanazon stressztényezők közé, amelyek esetleg a kórházi beutalást szükségessé tévő krízis kialakulásában is szerepet játszottak, s ez a veszéllyel jár, hogy az intézményből való hazatérés után a beteg állapota rövidesen ismét súlyosbodni fog.<sup>17</sup>

## A GYÓGYULÁST HÁTRÁLTATÓ TÉNYEZŐK

### 1. Negatív társadalmi megítélés

A magyar társadalom az alkoholfogyasztást tekintve meglehetősen toleráns, ám ez nem igaz

10 Uo. ■ 11 Boros K.: Az addiktológiai konzultáns helye a pszichiátriai ellátásban. *IME. Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2012, [http://www.imeonline.hu/pdf/aktualis/2012\\_szeptember/7.pdf](http://www.imeonline.hu/pdf/aktualis/2012_szeptember/7.pdf) ■ 12 Uo. ■ 13 Sárosi P.: Élen járunk az alkohol miatti halálesetek terén. *Drogriporter. A TASZ drogpolitikai oldala*, 2012, <http://drogriporter.hu/whoalkohol> ■ 14 46/2003. (IV. 16.) OGY-határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról, 2003, <http://www.oefi.hu/nepeuprg.pdf> ■ 15 R. P. M. Libermann: *Felépülés a betegségből*, i. m. ■ 16 Vokó Z.: Népegészségügyi program – megelőzés, strukturális változás, program-kidolgozás, 2011, [http://indavideo.hu/video/Napi\\_Gazdasag\\_Konferencia\\_-\\_1013\\_Budapest\\_-\\_6](http://indavideo.hu/video/Napi_Gazdasag_Konferencia_-_1013_Budapest_-_6) ■ 17 I. R. H. Falloon – V. Graham-Hole – G. Fadden: *Az integrált pszichiátriai ellátás – A fő mentális zavarok multidiszciplináris munkacsoportokban alkalmazott, hatékony intervenciók stratégiáit felhasználó klinikai kezelésének tréningprogramja*, Janssen-Cilag, Budapest.

magára az alkoholistára. Ezért az érintettek az esetek jelentős részében még egészségügyi intézményben történő kezelésük során is igyekeznek rejtve tartani alkoholizmusuk tényét, illetve téves adatokat szolgáltatnak fogyasztásuk valós mértékét illetően, jöllehet az alkoholizmus okozta károsodások sokszor mindenki számára nyilvánvalók. Nemritkán véletlenül derül fény az alkoholfüggésre, például egy balesetet követő kórházi kezelés során fellépő delírium észlelésekor.

Más betegcsoportokkal összehasonlítva a szenvedélybetegek kevésbé mobilizálhatók és nehezebben vonhatók kezelésbe, továbbá együttműködési készségük – a betegség természetéből adódóan – nem mindig kielégítő.

## 2. Az egészségügyi személyzet hozzáállásának hiányosságai

A kódolás orvostól és kórháztól függően változhat, aminek egyik oka, hogy az orvosok nem vagy nehezen állítják fel az alkoholbetegség diagnózisát, és esetenként különböző fedődiagnózisokat adnak, nemritkán a család vagy a beteg nyomására.

A társadalmi elutasítás, főleg ha az egészségügyi személyzet tagjai körében jelenik meg, a prevenció, a terápia és a rehabilitáció gátja lehet.<sup>18</sup>

## 3. Az egészségügyi adatgyűjtés paranoiája Magyarországon

Az egészségi állapot alakulásának, bizonyos betegségek elterjedtségének vizsgálatával, nemzetközi összehasonlító statisztikák készítésével csak akkor lehet foglalkozni, ha megfelelő statisztikai adatokkal rendelkezünk. Külföldön hiába vannak több évtizedes egészségügyi adatok, ha saját adataink nincsenek az összehasonlításra. Legalább három-négy év adataira lenne szükség egyszerre, s ennek a halmazznak tíz-

hús-harminc évenkénti feldolgozása mutatna meg sok olyan változást, amelyet rövid távon lehetetlen észrevenni.<sup>19</sup>

Ahhoz, hogy ténylegesen tapintható beavatkozásokat lehessen végrehajtani, szükséges lenne, hogy a hiányterületekre összpontosító, és ne ötletszerű értékdimenziók mentén megfogalmazott irányok határozzák meg a fejlesztéseket. A bizonyítottan hatékony megoldások támogatásához szükségesek az értékelő vizsgálatok és a különböző szolgáltatások összehangolása is.<sup>20</sup>

## A VÁLTOZÁST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Az alkoholizmus kialakulásában domináns módon jelentkezik a családban látott minta és a család atmoszférája. A szenvedélybetegek-nél gyakori a családon belüli agresszió – amelynek kiváltó oka lehet valamilyen szer fogyasztása és a szűkebb közösségben látott minta. A hatalomgyakorlás és a konfliktuskezelés gyakran erőszakos érdekérvényesítéssel párosul.

A rendszeres alkoholfogyasztás egyik veszélye a rizikómagatartások – ittas vezetés, szexuális agresszió, váratlan teherbeesés vagy nemi úton terjedő betegségek – gyakoribb előfordulása

Bármely segítő- és fejlesztőprogram csak akkor lehet hatékony, ha fokozottabban összpontosít a kulturális gyökerekre és sajátosságokra, és figyelembe veszi a társadalmi valóságot; illetve ha az egyén készen áll életmódjának és magatartása bizonyos elemeinek megváltoztatására.

A pszichoszociális kockázati tényezők (ártalmas élethelyzetek, társadalmi egyenlőtlenségek, munkahelyi vagy magánéleti stressz) mellett igen erős lehet a védőfaktorok (a vallásosság, a családi kohézió, a társas támogatás, a személyiség pozitív jellemzői és a sikeres életvezetés) szerepe is.<sup>21</sup>

18 Kalapos M. P.: Az alkoholprobléma gyakoriságának vizsgálata Józsefvárosban – Betegek és orvosok körében végzett felmérések eredményei. *Orvosi Hetilap*, 2012, 1263–1280. ■ 19 Gresz M.: Az adatgyűjtés paranoiája Magyarországon és az egészségügy. *Orvosi Hetilap*, 2012/29., Akadémiai Kiadó. ■ 20 Paksi B.: Civil erőforrások a prevenció és az ártalomcsökkentés területén – Szerepvállalások, korlátok, felelősségek. *MADASZSZ*, 2012, [http://www.madaszsz.hu/hirek/jubileumi%20konferencia\\_20120615.pdf](http://www.madaszsz.hu/hirek/jubileumi%20konferencia_20120615.pdf) ■ 21 Pikó B.: *Védőfaktorok nyomában*, L'Harmattan, Budapest, 2010.

## A FEJLESZTÉS FŐBB IRÁNYVONALAI

Célszerű lenne, ha az addiktológiai betegek többsége fekvőbeteg-ellátás helyett járóbeteg-szakrendeléseken zajló ellátásban részesülne, így kórházi ágyakat válthatnának ki a szakrendelők. A Magyar Járóbeteg Szakellátási Szövetség szerint további két és fél ezer aktív ágyat lehetne felszabadítani, ha a betegek kizárólag indokolt esetben kerülnének kórházba. A kérdésben a kórházak ellenérdekeltek, ugyanis a fekvőbeteg-ellátásban átlagosan tízszeres finanszírozás jár olyan kezelésekről, amelyeket egyébként a szakrendelőkben is el lehetne végezni.<sup>22</sup>

Elengedhetetlen az orvosok és egyéb egészségügyi szakemberek motiválása a részvételre és a finanszírozás revidenciájára.<sup>23</sup>

Az egészségügyi szolgáltatók nem érdekeltek olyan tevékenységek vállalásában, amelyek bevételt nem jelentenek, de a kiadási oldalt terhelik. Az addiktológiai betegségek hatékony kezeléséhez államilag támogatott, központi szabályozók kiépítése szükséges, amihez hozzátartozik az addiktológiai konzultánsok foglalkoztatása és tevékenységük finanszírozása.

A szolgáltatók a minimumfeltételekben megjelenő és finanszírozott szakszemélyzet foglalkoztatásával kívánják megoldani a szenvedélybetegek ellátását, az ezen felüli speciális szakemberek tevékenységét az intézmény költségvetését terhelő kiadásként élik meg.<sup>24</sup>

Az országgyűlés 2013-as határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített Nemzeti Drogellenes Stratégiáról (2013–2020) rögzítette, hogy „indokolt a nem egészségügyi képesítésű szakemberek, például addiktológiai konzultánsok és egyéb segítő hivatásúak bevonása a járóbeteg-ellátásba. Ez irányú tevékenységüket finanszírozni kell.”<sup>25</sup>

Olyan területi addiktológiai stratégia kidolgozására lenne szükség, amely a lakosság szük-

ségeit és nem a politikai iránymutatásokon alapul. A veszélyeztetett csoportok számára lehetővé kell tenni a gyorsan elérhető, megfelelő diszkréciót biztosító, ugyanakkor hatékony pszichiátriai-addiktológiai ellátást.<sup>26</sup> Az ellátás átalakításának megvalósításánál figyelembe kell venni, hogy az képes legyen akár közösségi egészségmegőrző modellként is működni. Az addiktológiai betegek sikeres kezelése és ellátása multidiszciplináris gyógyító csapatok igényel, amelyek több szakdolgozóval – például addiktológiában jártas szakemberrel, dietetikussal, védőnővel, szociális munkással, kommunikációs szakemberrel – kiegészülve segítik a helyi közösség tagjait egészségük megőrzésében.

Fontos lenne, hogy a szenvedélybetegek bekapcsolódhassanak a megfelelő, helyben működő egészségfejlesztési programokba, és személyre szóló segítséget, tanácsot kapjanak. Ezt támogathatja a kistérségi egészségfejlesztési irodák létrehozása (lásd az 5. ábrát a 302. oldalon)<sup>27</sup>, melyeket célszerű a járóbeteg-szakellátáshoz illeszteni, szakemberek és programok odatelepítésével, civilszervezetek bevonásával.

Az iroda munkatársai folyamatos kapcsolatot biztosítanak a háziorvos és az egészségmegőrzésben szerepet játszó valamennyi szakember között, s hatékony segítséget nyújtanak az egészségmegőrzéssel kapcsolatos problémák megoldásához.<sup>28</sup>

## EURÓPAI KITEKINTÉS

Egy pszichoszociális és oktatásalapú kutatás szerint a család hatása és támogatása központi jelentőségű, ugyanis hosszú távon mindeddig a családközponit megelőzési programok voltak a leghatékonyabbak. Egy másik kutatás szerint a családközponit megelőzési programok 2–9-szer

22 Kórházi ágyakat válthatnak ki a szakrendelők, 2012. [http://www.weborvos.hu/lapszemle/korhazi\\_agyakat\\_valthatnak\\_ki/196305/](http://www.weborvos.hu/lapszemle/korhazi_agyakat_valthatnak_ki/196305/) ■ 23 Kalapos M. P.: Az alkoholprobléma gyakoriságának vizsgálata Józsefvárosban, i. m. ■ 24 Boros K.: Az addiktológiai konzultáns helye a pszichiátriai ellátásban, i. m. 25. ■ 25 H/11798. számú országgyűlési határozati javaslat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen, <http://www.parlament.hu/irom39/11798/11798.pdf> ■ 26 Kalapos M. P.: Az alkoholprobléma gyakoriságának vizsgálata Józsefvárosban, i. m. ■ 27 Kincses G.: Egészségpolitikai ábragyűjtemény. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2010, <http://www.imeonline.hu/pdf/aktualis/2012/abragyujtemeny.pdf> ■ 28 Danó A.: Vokó Zoltán koordinálja az új népegészségügyi központot. *Medicalonline*, 2012. [http://www.medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/voko\\_zoltan\\_koordinalja\\_az\\_uj\\_nepegeszsegugyi\\_kozpontot](http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/voko_zoltan_koordinalja_az_uj_nepegeszsegugyi_kozpontot)

hatékonyabbak, mint azok, amelyek csak a gyermekekre összpontosítanak (iskolaközpontú, kortársközpontú, egyénközpontú megelőzési programok).<sup>29</sup>

Számos kutatás szerint az egészségügyi intézményekben nyújtott rövid tájékoztatás is csökkenti az alkoholfogyasztás okozta károkat (lásd a 6. ábrát a 303. oldalon).<sup>30</sup>

## EURÓPAI AKCIÓTERV A KÁROS MÉRTÉKŰ ALKOHOLFOGYASZTÁSRÓL, 2012–2020<sup>31</sup>

A WHO a következő ajánlásokat fogalmazta meg az európai tagállamok részére:

- Az akciótervet használják az alkohollal kapcsolatos nemzeti irányelvek és akciótervek kialakítására, vagy ha szükséges, átalakítására.
- Erősítsék meg az együttműködést az egyre nagyobb mértéket öltő, határokon is átívelő alkoholproblémával kapcsolatban.
- Népszerűsítsék és támogassák azon irányelveket és beavatkozásokat, amelyek csökkenthetik a káros alkoholfogyasztást, segítve és megőrizve a közegészségügy érdekeit.
- Támogassák a tényekre alapozott megközelítést, amely a kormány, az érintett szektorok és az érdekeltek minden szintjét magában foglalja: a közösségeket, a civilszervezeteket és a privátszférát. Célkitűzés: az alkohol okozta károk megelőzése és csökkentése.
- Fokozottan támogassák az alkoholmentes irányelveket a legkülönbözőbb környezetekben: a munkahelyeken, a tömegközlekedési eszközökön, a gyermekek környezetében, a fiatalok körében és terheségek idején.
- Csökkentsék az alkoholmarketingnek való kitettséget, elsősorban a gyerekek és fiatalok védelmét szem előtt tartva.
- A káros mértékű alkoholfogyasztás csökkentésére vonatkozó intézkedések legyenek össz-

hangban a nemzetközi egyezményekkel és megállapodásokkal.

A WHO felszólítja a nemzetközi, kormányközi és kormányon kívüli szervezeteket és az önszervező szervezeteket, hogy támogassák az akciótervet, továbbá a tagállamokkal, valamint a WHO Regionális Irodájával együttműködve fejlesszék és alkalmazzák a nemzeti irányelveket az alkohollhasználat negatív egészségügyi és szociális következményei csökkentése érdekében (lásd a 7. ábrát a 303. oldalon).<sup>32</sup>

## AZ ÚGYNEVEZETT NEM HAGYOMÁNYOS RIZIKÓ- ÉS VÉDŐFAKTOROK PREVENCIÓS JELENTŐSÉGE

Mint már említettük, a pszichoszociális rizikófaktorok (ártalmas élethelyzetek, társadalmi egyenlőtlenségek, munkahelyi vagy magánéleti stressz) mellett igen erős a védőfaktorok (a valóságosság, a családi kohézió, a társas támogatás, a személyiség pozitív jellemzői és a sikeres életvezetés) szerepe is.

### 1. A kapcsolati háló

- A mai ember kapcsolati hálójára jellemző, hogy csökken az erős kötődést jelentő kapcsolatok száma, s a gyenge kötődések kialakítása kerül előtérbe.
- A legtöbb támaszt az erős kötődésű kapcsolatokról várhatjuk.
- A mai társadalmi elvárások a családcentrikus attitűdőknek sem kedveznek.

A társas kapcsolatok támogató hatása és az egészségi állapot szorosan összefügg, a kapcsolati háló hiánya viszont negatívan befolyásolhatja egészségi állapotunkat, egészségkockázati magatartásunkat, szerfogyasztásunkat, jóllétünket.

29 R. Velleman.: *Alcohol Prevention Programmes – A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation*, 2009, <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/alcohol-prevention-progs-parttwo.pdf> ■ 30 W. Farke: *Effective Interventions for Reducing Alcohol-related Harms*, 2009, [https://www.antsz.hu/data/cms26851/2\\_Farke\\_Budapest\\_AlcoholPolicy\\_20100212.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms26851/2_Farke_Budapest_AlcoholPolicy_20100212.pdf) ■ 31 Regional Committee for Europe: *European action plan to reduce harmful use of alcohol 2012–2020*, 2011, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/150552/RC61\\_R4.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/150552/RC61_R4.pdf) ■ 32 W. Farke: *Effective Interventions for Reducing Alcohol-related Harms*, i. m.

## 2. A vallás és a rítusok

A családi nevelés meghatározza a vallásossághoz fűződő viszonyt is. A közösséghez tartozás, a társas és társadalmi integráltság biztosítja az egyén számára a „valahová tartozás” élményét, melynek kiemelt szerepe lehet a szerfogyasztás megelőzésében. Minden egyén életében jelen van a spiritualitás, illetve a rítusok igénye, amelynek kielégítése védőfaktoroként működhet.

Újfajta rítusok is formálódnak, amelyek kiemelkedő szervezőerőként jelenhetnek meg a családban, szabályozzák az interakciókat, és szimbolikus funkciót képviselnek. Az ilyen rituálék érzelmi jellegűek, stabilak, és viszonylag állandóak, erősítik a közösségi identitást. Valódi rítusok hiányában sokan fordulnak az „instant rítusok” felé, amilyen például az alkoholfogyasztás, amely egyfajta pótszer

## 3. Copingmechanizmusok

Az életproblémák megoldása külső és belső erőforrások mozgósításával, az egyensúlyi állapot megtartásával történik (problémamegoldás, érzelmi egyensúly elérése).

A racionális és érzelemorientált mechanizmusok között azonban fontos az egyensúly: a túl erős racionalitásra törekvés betegségekeltető lehet. A családi kapcsolatok ápolása, a családon, illetve tágabb közösségen belüli altruista tendenciák hatékonyabb copingmódszerek kiválasztásával járnak együtt, ez pedig adaptív mechanizmusként működik a káros szenvedélyek megelőzésében.

## 4. Sport

A rendszeres sport fizikai hatása fejleszti az önbizalmat, elősegíti a pozitív gondolkodásmódot, a kompetenciaérzést, az autonómiát, a belső kontrollt, az öndetermináció kialakulását. Javítja az önértékelést és az énhatékonyságot. Ugyanakkor megállapították, hogy amennyiben

a sportválasztást a fokozott élménykeresés motiválja, a fizikai aktivitás káros szenvedélyekkel párosulhat.<sup>33</sup>

## 5. Partecipáció: autonóm részvétel az egészség dolgaiban – új egészségpolitikai koncepció

Az új tudományos eredmények rámutatnak, hogy az egészség fenntartásához szükséges a személyiség autonómiája (partecipáció), az egyén saját egészségi állapota fölötti kontroll képessége, a késztettség és illetékesség tudata (empowerment) az egészséggel kapcsolatos akciókban, és természetesen kell a megfelelő informáltság, érdeklődés, tájékozottság, sőt a szükséges releváns szakismeret is. A participációs elvű egészségpolitika összetársadalmi elfogadása szükséges, hogy az emberek az egészség dolgait magukéinak érezzék, tegyenek értük, változzanak, és kezdeményezzenek egészségük érdekében.

A tapasztalatok és adatok minden vonalon arra mutatnak, hogy a kompetencia szintjén tájékozott beteg és család, illetve a döntésben való részvételük kidolgozott formájával végzett kezelés, ápolás, gondozás vagy rehabilitáció sokkal hatékonyabb a korábbi ellátási módoknál.<sup>34</sup>

## 6. A kapcsolati medicina

Az úgynevezett kapcsolati medicina szerint a páciens „engedetlenségének” kezeléséhez fontos a kommunikációs gyakorlat és a társas környezet befolyásának ismerete. A WHO (Fülöp Tamás kezdeményezésére) támogatja az Ascona-modellt, amely a beteg ember teljességre törekvő személyiségére épít, a beteg és a család öngyógyító erőinek mozgósításával. Segítségnyújtás az önszertáshoz – ez a kapcsolati diagnosztika és a kapcsolati terápia célja. Nyitottnak kell lenni a beteg kapcsolataira és lehetőségeire, de a határokat is fel kell ismerni és tiszteletben kell tartani. A cél elsődleges eleme a krónikus betegségviszonyok leépítése és a beteg-

33 Pikó B.: *Védőfaktorok nyomában*, i. m. ■ 34 Buda B.: Partecipáció: Autonóm részvétel az egészség dolgaiban – új egészségpolitikai koncepció. *Elitmed*, 2012, [http://www.elitmed.hu/ilam/egeszsegpolitika/participacio\\_autonom\\_reszvetel\\_az\\_egeszseg\\_dolgaiban\\_uj\\_egeszsegpolitikai\\_koncepcio\\_10114/?utm\\_source=Oempro\\_click&utm\\_medium=Email\\_click&utm\\_content=Subscriber#5315&utm\\_campaign=elitmed\\_hirlevel\\_20121108](http://www.elitmed.hu/ilam/egeszsegpolitika/participacio_autonom_reszvetel_az_egeszseg_dolgaiban_uj_egeszsegpolitikai_koncepcio_10114/?utm_source=Oempro_click&utm_medium=Email_click&utm_content=Subscriber#5315&utm_campaign=elitmed_hirlevel_20121108)

ségből az egészség előmozdítása felé való átmenet elsajátítása.

Ha szeretnénk megérteni a páciens személyiségét, meg kell tanulnunk a nyelvét, meg kell értenünk a testbeszédét. „Annál több változtató és gyógyító erő megy veszendőbe, minél inkább a betegségre fordítja a terapeuta az energiáit és elméleteit, és nem a személyre, annak állapotára és arra a folyamatra, ahogy az éppen zajlik.”<sup>35</sup>

## EGY VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

2010-ben AUDIT 10 kérdőíves és mcAdamsi, élettörténeti interjúkra<sup>36</sup> vonatkozó vizsgálatot készítettem tíz alkoholbeteg bevonásával a fekvőbeteg-ellátásban.<sup>37</sup> Az alkoholbetegek kiválasztása önkéntes jelentkezés alapján történt. 2012 nyarán ismételt, utánkövetéses vizsgálatot végeztem személyes megkeresés formájában. A minta a résztvevők alacsony száma miatt nem reprezentatív.

A vizsgálat célja annak követése volt, hogy milyen mértékben és irányban változott a kutatásban részt vevő egyének életútja, forgatókönyvmintája és narratívája; hogy a kapott terápia – az egyéni, a csoportos és a családi edukáció, a rehabilitáció – valóban befolyásolta-e felépülésüket, szemben azokkal a páciensekkel, akik nem vagy kevésbé vették igénybe e szolgáltatásokat.

### 1. A résztvevők megoszlása nem, életkor és iskolai végzettség szerint

Az irodalmi adatok szerint a kóros mértékű alkoholfogyasztás a nőknél is komoly problémát jelent, amit a környezetük már csak akkor észlel („zugivás”), amikor előrehaladott függőségük miatt addiktológiai szakember segítségét igénylik.

Az életkori megoszlásnál fokozott figyelmet igényel, hogy az alkoholprobléma leginkább az aktív, munkaképes korosztályt érinti, ami az

egyén, a család, a közösség szintjén és a társadalmi-gazdasági szintéren egyaránt jelentős károkat okoz (lásd a 8. ábrát a 304. oldalon).

Az iskolai végzettség szerint minden csoportban (nyolc általános, érettségi, főiskola) előfordul szenvedélybeteg, de zömében az alacsonyabb iskolai végzettségűekre jellemző a betegség. Későn észlelik, hogy ez problémát jelent számukra, s téves információk birtokában úgy gondolják, hogy ők bármikor abba tudják hagyni az alkoholfogyasztást.

### 2. Az élettörténeti interjúban részt vevők szociális körülményei

A kutatásban részt vevő szenvedélybetegek összehasonlító vizsgálatából megállapítható (lásd a 9. ábrát a 304. oldalon), hogy két év elteltével a családi viszonyok, a munkaképesség, a társadalomba való visszailleszkedés akarása, készsége átrendeződött. 2010-ben a 2012-es évhez viszonyítva több egyedülálló kliens volt, ami szeparációt, szegregációt és kontrollálatlan alkoholfogyasztást is eredményezhet. A szülővel élők száma nem változott, aminek oka lehet a felelősségteljes életmód kialakításának hiánya, a problémamegoldó és a szociális készség elégtelensége, a szülők fokozott segítségének igénye.

Szembetűnő változás tapasztalható a szenvedélybetegek munkaképességében és/vagy annak hiányában. 2010-ben tíz főből nyolc volt munkanélküli, egy fő rokkantnyugdíjas (jelenlegi elnevezése: táppénzszerű rokkantsági ellátás), egy fő pedig nyugdíjas státusszal rendelkezett.

2012-re a kliensek foglalkoztatottsága a mai társadalmi viszonyokra jellemző átalakuláson ment keresztül, ami az egyén és a társadalom szempontjából is kedvezőtlen. A kutatásban részt vevő személyek közül 2010-ben egy rokkantnyugdíjas alkoholbeteg volt, ez a szám 2012-ben már öt főre emelkedett. Az alkoholbetegeknél a gyakorlat szerint a társadalomba való visszaintegrálás helyett a rokkantosság irányába ható megoldásmódokat alkalmaznak,

<sup>35</sup> B. L. Plozza: *Hidak az élethez – Az egészségfejlesztés útjain*, Bálint Mihály Alapítvány – Animula Kiadó, Budapest, 2001.

■ <sup>36</sup> Rác J.: *Vulnerábilis csoportok droghasználata és a segítség*, Emberi Erőforrások Minisztériuma, Kutatási beszámoló (KAB-KT-05-12), [www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14077](http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14077) ■ <sup>37</sup> Boros K.: *Családi diszfunkciók és az alkohol*, Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem Egészségstudományi Kar, Budapest, 2011.



amely csak tovább mélyíti a betegserepet, ezáltal az aktív életkorú, munkaképes egyének céltalanul bolyonganak a társadalom útvesztőiben, amit a kutatás is jól tükrözött.

A későbbiek folyamán ezek a betegek meg sem próbálkoznak a munka világában elhelyezkedni, mert az egészségügyi rendszer és a páciens egyaránt egy berögzült, egyszerűbb megoldási forma irányába tesz lépéseket: nem a fejlődés lehetősége kerül a fő irányvonalba, hanem úgy érzik, hogy a rokkantosság a megfelelő válasz a problémára, mert betegek. Az elmozdulás egy kisebb erőfeszítés mentén történik.

A tíz alkoholbeteg közül 2012-ben négy fő létesített munkaviszonyt – hárman napi nyolcórás munkavissonnyal rendelkeztek, egy rokkantnyugdíjas pedig napi négyórás, próbaidős munkavissonnyal. A kliensek munkavállalói státusza a terápiás kapcsolatban elért személyiségfejlődés eredménye, tehát a terápia közvetett következményeként értékelendő.

## A 2010-ES ÉS 2012-ES ÉVI MCADAMSI ÉLETTÖRTÉNETI INTERJÚK EREDMÉNYEINEK ÖSSZEHASONLÍTÓ BEMUTATÁSA

A hatalmi motiváció és az intimitásalapú motiváció terminológiai az ágencia és kommunalitás kettősségére épülnek. A szélsőségesen agens típusú emberek nem hajlandók segítséget elfogadni, mert szerintük mások képtelenek segíteni nekik, hiszen azok nem rendelkeznek a megfelelő kompetenciával a segítségnyújtáshoz, vagy egyszerűen csak nem bíznak bennük.

A szélsőségesen kommunális emberek túlságosan – már-már tolakodóan – segítőkészek, ön-feláldozók. Mivel nagyon odaadók és képesek segíteni, s magas szintű segítséget képesek nyújtani, ugyanezt várják el mások részéről is, de úgy látják, hogy azok nem képesek ilyen kompetenciával és odaadással segíteni nekik. Ebből kifolyólag segítség nélkül maradnak, amikor nekik volna szükségük támogatásra. Mindkét típusról elmondható, hogy nincs megfelelő támogató kapcsolathálójuk, akikhez baj vagy betegség

esetén fordulhatnának, hiszen nem szívesen vagy egyáltalán nem fordulnak másokhoz.

Az élettörténeti interjú alkalmazása a gyakorlati munkának és a terápiában való részvételnek elengedhetetlen feltétele. A betegség pszichodinamikájának megértése nélkül elképzelhetetlen a felépülést elősegítő konzultáció.<sup>38</sup> A tudományos kutatás, a kockázati, a problémaívők és a függő alkoholfogyasztók köréből nyert adatok, élethelyzeteik megismerése, látásmódjuk megértése, az adatok feldolgozása és beépítése a gyakorlati tevékenységbe nagymértékben hozzájárul a szenvedélybetegség kezeléséhez. A felépülési stratégiák, kezelési lehetőségek egyenként eltérők.

Az élettörténeti interjúk alapján individuális megközelítést alkalmazhatunk a szenvedélybetegség kezelésében, fejlesztésében. Az élettörténeteknél egyéni helyzetekkel, életeseményekkel, pszichológiai és pszichopatológiai történetekkel találkozunk, melyek megismerése során nagyobb rálátásunk lesz a kliens helyzetére, könnyebb feltárunk elakadásának okait, és elősegítenünk személyes fejlődését. Az élettörténeti interjú rendszerszemléletű elemzése során információt kapunk az egyén és az őt körülvevő rendszer viszonyáról is. A nyert információk által komplex megoldási lehetőségekkel, javaslatokkal segíthetjük a szenvedélybetegség felépülését.

Azok az alkoholbetegek, akik edukációban részesültek, az önuralom, a státusz, a teljesítmény/felelősség és az empowerment tekintetében is a fejlődés jeleit mutatták. A különböző képességek, készségek elsajátítása, a kapcsolati háló kiépítése nagymértékben elősegítette felépülésüket (lásd a 10. ábrát a 305. oldalon).

Az élettörténeti interjúk elemzése során tapasztalható, hogy a lehető legkorábbi intervenció nagyobb esélyt biztosít a szenvedélybetegségből való felépüléshez. A megfelelő, folyamatos és szakszerű edukációban részesülő kliensek felépülési esélye többszöröse azokénak, akiknél nem vagy csak minimális mértékben történt meg ez a fajta fejlesztés. Az alkoholproblémával küzdő klienseknél megállapítható, hogy ala-

38 Rácz J.: Vulnerábilis csoportok droghasználata és a segítés, i. m.

csony szintű vagy változékony az önuralmuk, a státuszuk, a teljesítményük, a felelősségük és az empowermentjük. A legtöbb esetben képtelenek a rendszerben való gondolkodásra, a strukturált életvitelre, az érzelmek, indulatok szabályozására, a felelős döntéshozatalra, a folyamatos, egyenletes munkavégzésre. Több esetben kijelentik, hogy nem érzik magukat felelősnek azokért a dolgokért, amelyek velük történtek.

A súlyosabb alkoholproblémával küzdők kommunikációs stílusukban, szóhasználatukban a leggyakrabban a felmentést alkalmazzák. A felépülőben lévő klienseknél az igazolás fordul elő többször az események és cselekmények kifejezésére.

A kapcsolati hálóban is jelentős eltérés tapasztalható, a függő alkoholfogyasztók esetében a szoros kapcsolatok minimális számúak vagy egyáltalán nincsenek, a gyenge kötődések is csak esetlegesek, a társadalomtól teljesen elszigetelten élnek, s kirekesztettség-érzésükből fakadóan alacsony az önértékelésük és a megküzdési képességük.

A már felépülőben levő szenvedélybetegek stabilabb kapcsolati hálóval rendelkeznek, ami jelentősen befolyásolja az empowermentt, biztosabbak önmagukban, határozottabb a problémakezelési képességük, érzelmeiket kontroll alatt tudják tartani, strukturáltabb az életvitelük, már képesek rendszerben gondolkodni. Rendelkeznek ismeretekkel a betegségükkel kapcsolatban, felismerik a fokozott stresszállapot figyelmeztető jeleit, képesek megoldási sémákat alkalmazni. Hozzártartozóiikkal stabilabb, kiegyensúlyozottabb a kapcsolatuk, kommunikációjuk mentes a szélsőséges interakcióktól.

## EREDMÉNYEK

A terápiás paletta bővítése és további terápiás változatok alkalmazása céljából intézményünk, a nagykanizsai Kanizsai Dorottya Kórház pszichiátria osztálya együttműködik a helyi Vöröskereszt alacsonyküszöbű szolgáltatásának munkatársával, aki rendszeres időközönként állásfoglalási és önéletrajz-írási támogatást biztosít felépülőben lévő betegeinknek, s így több páciensnek sikerült újra beilleszkednie a társadalomba.

Az Anonim Alkoholisták helyi közösségétől kéthetente felkeresik az osztályunkon fekvő szenvedélybetegeket, és támogatják őket felépülésükben, amit az osztályos kezelés befejezését követően a civil életben az AA-csoporttal folytathatnak. Az osztályunkon dolgozó szociális munkatárs a szociális és hivatalos ügyek intézésében nyújt segítséget klienseinknek.

A vizsgálatban részt vevő tíz személy között 2010-ben két kockázati ivó, egy problémaivó és hét függő alkoholfogyasztó volt.

Az utánkövetéses vizsgálat szerint ugyanebben a csoportban 2012-ben három alacsony kockázati ivó, két kockázati ivó és öt függő fogyasztó volt (lásd a 11. ábrát a 305. oldalon).

A nem függő fogyasztók esetében a cél az alkoholfogyasztás csökkentése, függő fogyasztók esetében a fogyasztók motiválása az alkoholológiai kezelés igénybevételére.

A vizsgálat alapján megállapítható, hogy a kockázati, illetve problémaivók sokkal fogékonyabbak az intervencióra, mint a függő fogyasztók. Az lenne az ideális, ha nem várnánk meg, amíg a problémaivóból függő fogyasztó válik, hanem még ebben a stádiumban beavatkozunk, és rábírnánk az adott személyt alkoholfogyasztási szokásai megváltoztatására.

A kliensek az interjúkban több alkalommal is elmondták, hogy szükségük van egy olyan személyre, akivel partneri viszonyt alakíthatnak ki, aki meghallgatja őket, s egyéni vagy csoportos és családi konzultációval segít problémáik kezelésében.

A fekvőbeteg-intézményből való távozás után több beteg rendszeres időközönként visszajár, mert elmondása szerint úgy érzi, hogy ez biztosítja számára a további szermentes életet, s az esetleges megcsúsztatások korrigálását a kapcsolati háló segítségével tudja megvalósítani. A szenvedélybetegek kísérese meghatározó elem a felépülés kezdeti szakaszában, mert nincs rálátásuk a továbblépési alternatívák, megoldásmódok alkalmazására. A felépülésben fontos szerepet játszik a kliens és a segítő kapcsolatának minősége, a betegségviszonyok leépítése és az egészséget előmozdító átmenet elsajátítása.

A felépülőben levő személyek önmaguk és környezetük felé fokozott bizonyítási vágyat,

megfelelési kényszert éreznek, ami az erőforrásaikból többletenergiaikat emészt fel, és fokozott stresszhelyzetet idéz elő számukra, melynek megoldása időnként nem megfelelő formában történik.

## ORSZÁGOS SZINTŰ JAVASLATOK

- A 2009-ben kidolgozott Alkoholpolitika és Stratégia (tervezet) revideálása, elfogadása, támogatása.
- Az országos szinttől a kistérségi szintig kialakított addiktológiai hálózat létrehozása.
- Egységes szempontrendszer szerinti adatbázis létrehozása, működtetése.
- A finanszírozás felülvizsgálata, az addiktológiai ellátások ne csak eseti, pályázati forrásokból származó működési költséggel rendelkezzenek, hanem hangsúlyosabb, felelősségteljesebb állami szerepvállalás szükséges a rendszer működtetéséhez.
- Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztés megvalósítása az alkoholbetegek ellátásában, módszertani központ létrehozása, irányelvek, protokollok megfogalmazása, indikátorok fejlesztése, eddigi gyakorlat felülvizsgálata, torzító tényezők kiszűrése, a felmérés-tervezés-megvalósítás-értékelés-visszacsatolás-újratervelés algoritmus lehetőségének megteremtése, működtetése.
- Védett munkahelyek kialakítása, a szenvedélybetegek foglalkoztatása esetén adókedvezmény biztosítása az őket foglalkoztató munkahelynek.
- Szendélybetegek felépülését támogató képzések, továbbképzések biztosítása.
- Szakszemélyzet (orvosok, szakdolgozók) továbbképzése, az alkoholbetegek felépülését elősegítő szakmai programok, ellátási formák ismertetése.
- A felépülést elősegítő védett szállások biztosítása meghatározott időre és meghatározott feltételekkel.
- Információáramlás biztosítása, hazai és nemzetközi szinten egyaránt.
- Kutatási és fejlesztési programok támogatása.
- Az alkohollal kapcsolatos reklámtevékenység és az alkoholárusítás felülvizsgálata, szigo-

rúbb szabályozása, alkoholmentes irányelvek előtérbe helyezése.

## HELYI SZINTŰ JAVASLATOK

- Kistérségi integrált addiktológiai központok létrehozása.
- Jelzőrendszer kiépítése, együttműködés a térség egészségügyi, szociális, közszolgálati és civilszervezeteivel, önkéntesekkel.
- A kockázati ivók, a problémaivók és a függő alkoholfogyasztók kiszűrése, motiválásuk a kezelésbe kerülésre és kezelésben tartásukra.
- Az alkoholproblémával élők és családjuk részére felépülést segítő programok biztosítása.
- A családok, az alkoholfüggők és a felépült alkoholbetegek bevonása a helyi programokba, utánkövetés.
- Együttműködés és részvétel az országos kutatási, adatszolgáltatási és fejlesztési programokban.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon jelenleg nincs elfogadott alkoholpolitika és stratégia. Az 1990-es években TÁMASZ néven létrehozott, szenvedélybetegeket ellátó országos hálózat ma már csak nyomokban található meg. Nincsenek egységesen kidolgozott irányelvek, a betegutak kiépítettsége viszonylag kezdetleges. A házi orvos, ha találkozik az alkoholbeteggel, a legtöbbször nem az alkoholproblémáját, hanem annak szövődését kezeli. A kliens továbbküldése addiktológiai szempontból csak akkor valósul meg, amikor már jelentkeznek az elvonási tünetek. Nincsenek meg azok a fejlesztési irányvonalak, amelyek mentén a kockázatos alkoholfogyasztók, a problémaivók és a függő alkoholbetegek ellátása programozható lehetne. Nem történne meg azok a visszacsatolások, amelyekre alapozva fejleszthető lenne a rendszer.

A kutatások, adatgyűjtések és adatfeldolgozások megvalósulása esetleges és szigetszerű.

Ma sincs konkrét számadat arról, hogy ténylegesen mennyi alkoholproblémával küzdő egyén keres segítséget, mennyien vannak, akik

*Szendélybetegség – kiutak 2.*

veszélyeztetettek. Igaz, hogy a pszichiátriai járóbeteg-, és fekvőbeteg-ellátásnak adatszolgáltatási kötelezettsége van, de ezek az adatok sem hitelesek, nem tükrözik a valóságot, mert az alkoholbetegség alacsonyabb finanszírozási szorzója kisebb bevételi forrást eredményezne az intézmények számára.

A pszichiátriai és addiktológiai ellátáson kívüli szakambulanciákon és osztályokon az alkoholbetegség mint diagnózis csak ritkán jelenik meg. A beteg vagy hozzátartozója a stigmatizációtól való félelem miatt kéri az alkoholbetegség mint „címke” mellőzését a megállapítások közül, hogy a páciens a későbbiek során ne szenvedjen hátrányt e diagnózis miatt. Az orvos a megfelelő terápiás kapcsolat megtartását szem előtt tartva enged a beteg vagy a hozzátartozó kérésének, szinte tabuként kezelik a problémát, és helyette a szenvedélybetegség szövődésének kerül a fő irányvonalba.

A szenvedélybetegség kezdeti szakaszát a társadalom is elfogadja, természetesnek veszi, ha időnként az emberek úgymond szórakozás, kikapcsolódás, jeles események megünneplése alkalmával alkoholt fogyasztanak, esetleg a kelletnél kicsit többet és kicsit gyakrabban – ez mai kultúránk elfogadott velejárója. A probléma akkor keletkezik, amikor a függőségre hajlamos egyének már teherré válnak az adott közösség számára, ekkor viszont segítségnyújtás helyett kirekesztik őket.

A költségvetésből az alkohol adójából befolyt pénzösszeg töredékét forgatják vissza az alkoholbetegek kezelésére, mert még mindig az a szemlélet uralkodik, hogy az érintett maga tehet problémájáról, ő idézte elő, ne is számítson arra, hogy komolyabb pénzösszegeket befektetnek a gyógyításába. Csupán tűzoltó akciók vannak, amelyekkel nem valósítható meg hosszú távú eredmény, a felépülés elősegítése.

Az alkoholfogyasztás mélyen be van ágyazódva a társadalom szociokulturális rendszerébe.

Korunkban az életritmus felgyorsulása, a fokozottabb egyéni és összetársadalmi elvárások, a halmozottabb stresszhelyzetek az egyének problémakezelő és -megoldó képességének a határát súrolják. Az egyének eltérő stressztűrő, konfliktus- és problémamegoldási képességei

egyéni megoldásmódokat eredményeznek, amely megoldási minták jelentős része a szokásrenden alapul. Az évszázados szokásrendszer csak hosszú távú, tudatos egészségfejlesztéssel lehet módosítani.

Az egészségfejlesztést nem akkor kell elkezdni, amikor már probléma van, ekkor már megfelelő eredmény elérése csak bizonyos százalékban lehetséges. A paradigmaváltáshoz összetársadalmi és szakmapolitikai elhatározás szükséges, amely szakmai irányvonalak mentén határozza meg az alulról szerveződő, közösségekre épülő, tabuk nélküli, tudatos, a családokkal együttműködő, konzultatív fejlesztési formákat.

A szakmaspecifikus fejlesztés kivitelezése – egy mikrotérségi megfigyelő- és jelzőhálózati formával együttműködve (amelybe beletartozik például a háziorvos, a védőnő, a szociális munkás, az óvónők, a pedagógusok, a gyermekjóléti szolgálat, a gyámhivatal és az önkormányzat) – a helyi közösségbe illesztve oldható meg. A megfigyelő- és jelzőhálózat a kockázat vagy a probléma észlelésekor a hozzátartozónak jelzi, hogy hova fordulhat tanácsadásért, segítségért a probléma megoldása érdekében. Kezdetben nem feltétlenül szükséges, de a legtöbbször nem is oldható meg, hogy mindjárt a szenvedélybeteg jelentkezzen az ellátásba. A szenvedélybetegek segítségkérése a legtöbbször közvetett formában, a hozzátartozók által történik. A szerhasználat serdülő- vagy fiatal korban kezdődik, tehát a beavatkozásokat is e korai időpontban kellene megkezdeni.

Társadalmi-gazdasági szempontból ez a fajta ellátás költségtakarósebb megoldási forma, mintha a fekvőbeteg-ellátásban helyeznénk el a beteget, passzív betegszerepbe kényszerítve őt, amelyből sokkal nehezebb a kizozdulás, a társadalmi károkról nem is beszélve (táppénz, különböző hozzájárulások stb.).

A szenvedélybetegek kezelését, felépülését több hónapig vagy akár évekig, élethosszig tartó folyamatként jellemezhetjük. A jelenlegi finanszírozási keretek között sajnos nem valósítható meg, hogy a kórházból kikerülő, de saját elhatározása alapján (mint a közösség tagja) továbbra is a terápiában részt vevő, visszajáró

egyén után – az OEP felé történő eseti bejelentést követően – finanszírozásban részesülünk. A rendszer merevsége, hogy – a népegészségügyi program és a Semmelweis Terv ellenére – az OEP az egészségfejlesztést csak mint orvosi ellátást és beavatkozást finanszírozza, holott az egészségfejlesztés nem kifejezetten az orvosi kompetenciák körébe tartozó tevékenység. Az országgyűlés 2013-as határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített Nemzeti Drogellenes Stratégiáról (2013–2020) rögzítette, hogy az addiktológiai konzultánsokat és egyéb segítőtársaikat be kell vonni a járóbeteg-ellátásba, és finanszírozni kell a tevékenységüket.

A tanulmányomban vizsgált élettörténeti interjúk elemzéséből megállapítható, hogy ha „csak” az alkoholfogyasztás csökkentése, megszüntetése a cél, az a legkevésbé eredményes akkor, ha a családi diszfunkciók hatékony kezelése, rendezése nem történik meg. A család megkerülhetetlen összekötő kapocs a kliens és a terapeuta között, kiemelt szerepe van a felépülés támogatásában, a családi diszfunkciók megszüntetését csak a családtagokkal együttműködve lehet megoldani.

A szenvedélybetegségből való felépülés nem a statisztikai adatok miatt fontos; minden ember felépülése meghatározó jelentőségű az egyénre, a családokra, a közösségekre és az egész társadalmi-gazdasági rendszerre nézve.

A hosszabb időtartamú intézményes rehabilitációs ellátást a betegek zöme elutasítja a földrajzi távolság, a túlzottan zárt rendszer, az idegen helytől, a körülményektől való félelmük

vagy rossz szociális helyzetük miatt. Az is előfordulhat, hogy egyéb – például pszichiátriai – betegségek vagy életkoruk (tizennyolc év alattiak esetében) kizáró okként szerepelhetnek az adott intézményekben.

A kliens szegycelli betegségét, szegycelli problémáit, és főleg azt, hogy nem tudja őket megoldani, ezért is menekül az alkoholba. Maga az alkoholfogyasztó csak akkor fordul segítségért, ha már kialakított egy bizalmas, partneri viszonyt a segítőjével.

Ha létezik ez a fajta partneri viszony, akkor nem várja meg, amíg teljesen összeomlik, hanem időben, az első tünetek jelentkezésekor bizalommal fordul támogatásért, amit ideális esetben komplex ellátás formájában a közvetlen lakókörnyezetében megkaphat.

A fekvőbeteg-krízisellátásban részesülők számára a kórházi elbocsátást követően utógondozás formájában lehetőséget biztosítunk a klienseknek egyéni és csoportos konzultációkra. Az említett két év során az élettörténeti interjúban részt vevő személyek eljutottak arra a szintre, hogy ha probléma van, akkor tudják, hová fordulhatnak segítségért, személyes problémáikat bizalmasan megoszthatják, progresszív és konstruktív megoldási módokat alkalmaznak. A kliens, a segítő és a család közötti hosszú távú személyes kapcsolat pozitívan hat a felépülésre, az alkoholbeteg teljességre törekvő személyiségére épít, a beteg és a család öngyógyító erőinek mozgósításával, az őszinte párbeszéd kialakításával, a kliens autonómiájának növelésével és az egészségi állapot feletti kontroll megvalósításával.

1. táblázat: Alkoholfogyasztási kockázati sávok

	Férfiak	Nők
	hetente	
Alacsony kockázat	21 italig	14 italig
Megnövekedett kockázat	35 italig	21 italig
Ártalmas ivás	35 ital felett	21 ital felett

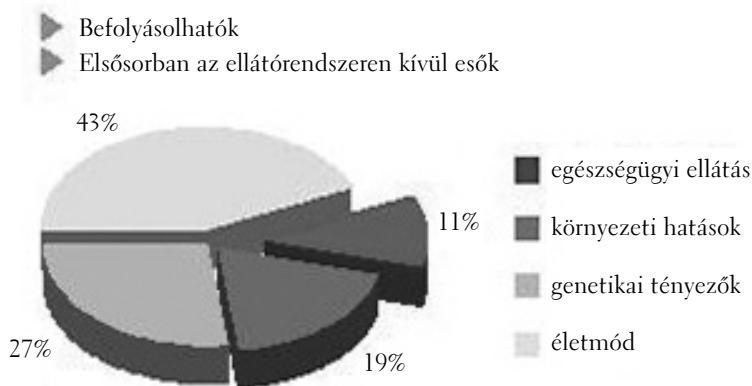
1 ital=egy pohár bor, egy pohár sör, egy adag (3cl) tömény

2. táblázat: Beavatkozási formák alkoholfogyasztóknál

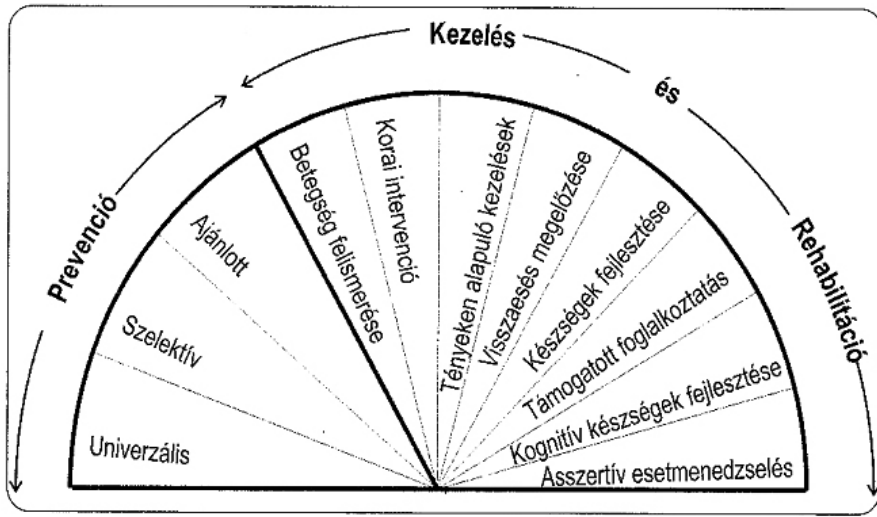
Kockázati szint	Intervenció	AUDIT 10 pontszám
I. Alacsony kockázat	Felvilágosítás	0–7
II. Kockázati ívók	Egyszerű tanácsadás	8–15
III. Problémaivók	Egyszerű tanácsadás Rövid konzultáció Folyamatos monitorozás	16–19
IV. Függő fogyasztók	Szakellátásba irányítás diagnosztikai és terápiás céllal	20–40

1. ábra: Az egészségi állapotot meghatározó tényezők szerepe

Az egészség meghatározói

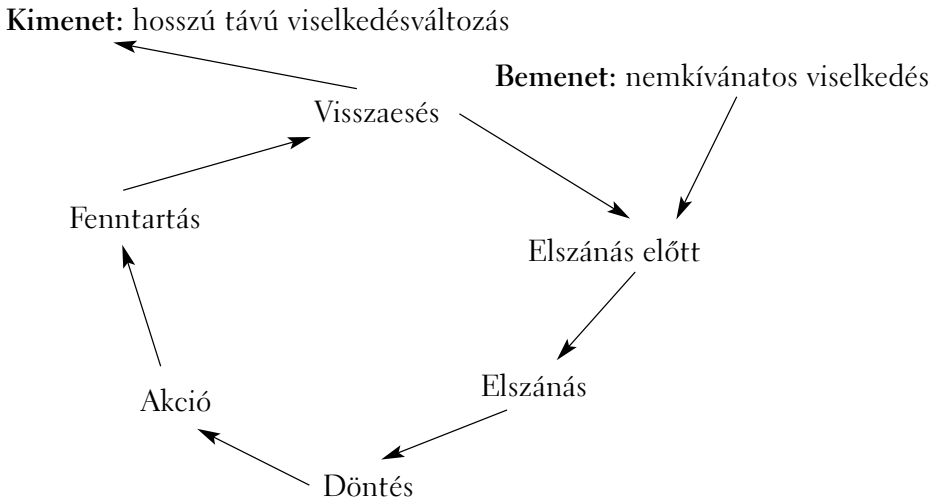


2. ábra: A prevenciótól a kezelésig és a rehabilitációig tartó folyamat



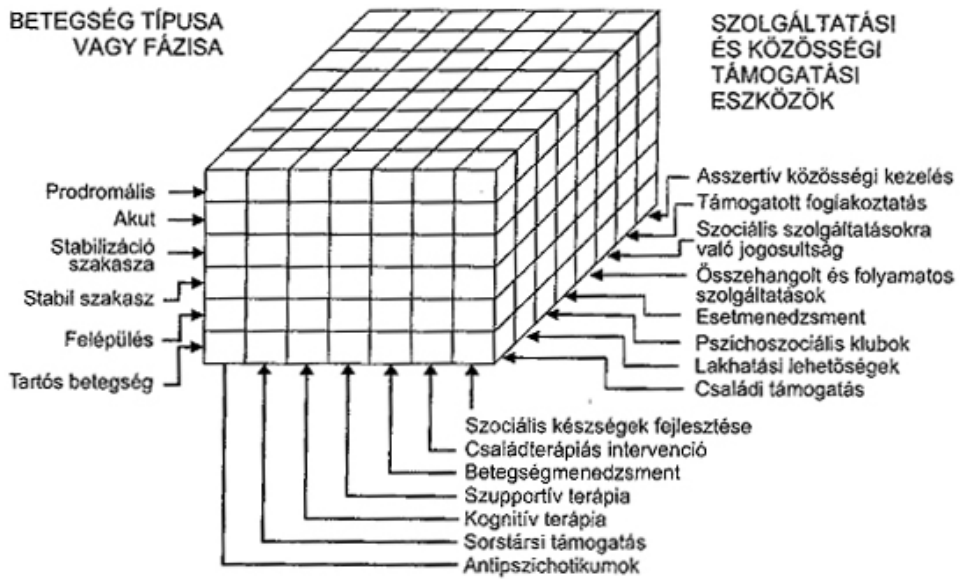
A prevenciótól a kezelésig és rehabilitációig tartó kontinuum

3. ábra: A viselkedésváltozás modellje (Prochaska–DiClemente-modell)

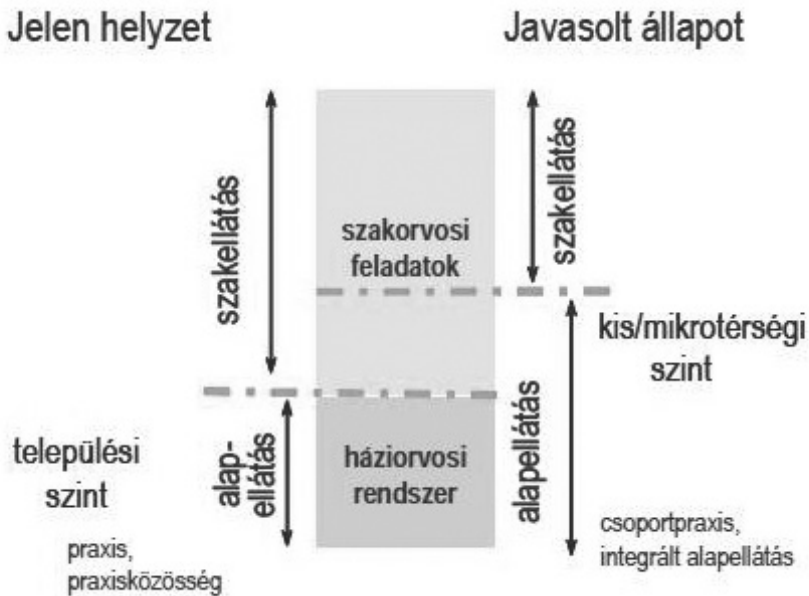


Szenvedély – betegség – kiutak 2.

4. ábra: Kezelési és rehabilitációs modalitások

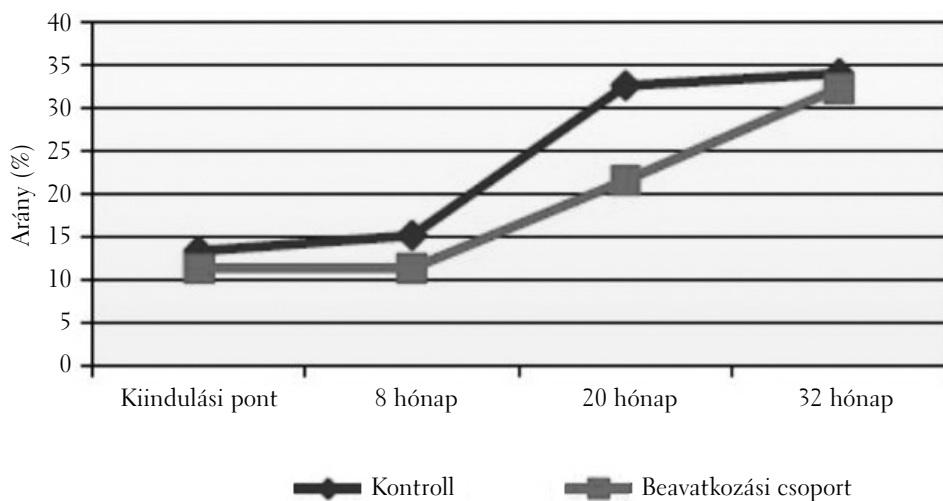


5. ábra: Az alapellátás szükséges változása

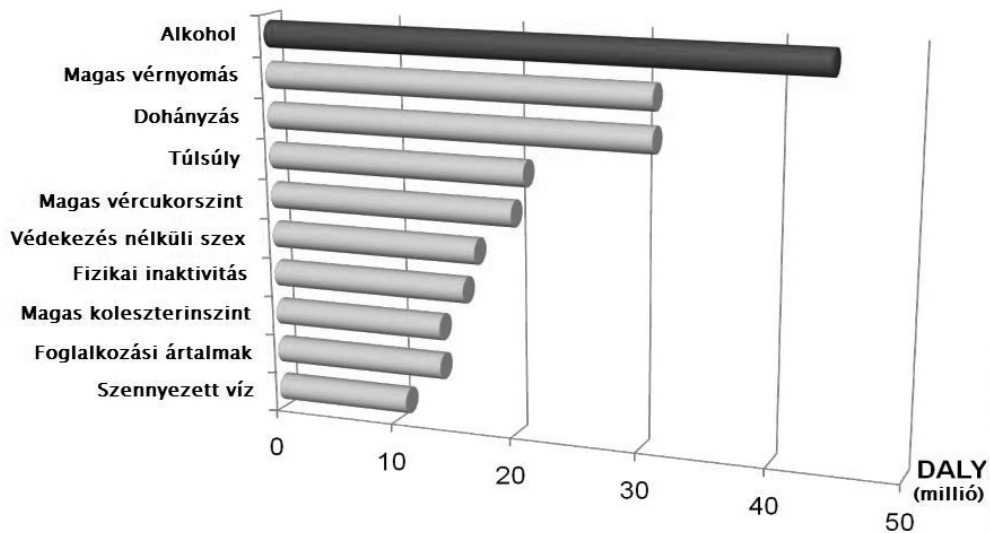




6. ábra: A veszélyes ivók aránya a beavatkozási és a kontrollcsoportban

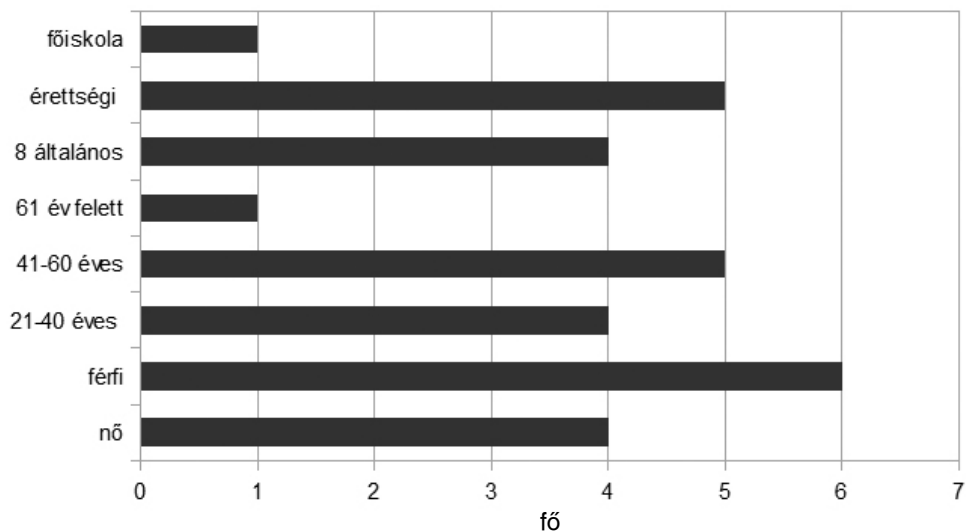


7. ábra: Top 10 DALY kockázati faktor a közepes GDP-vel rendelkező országokban

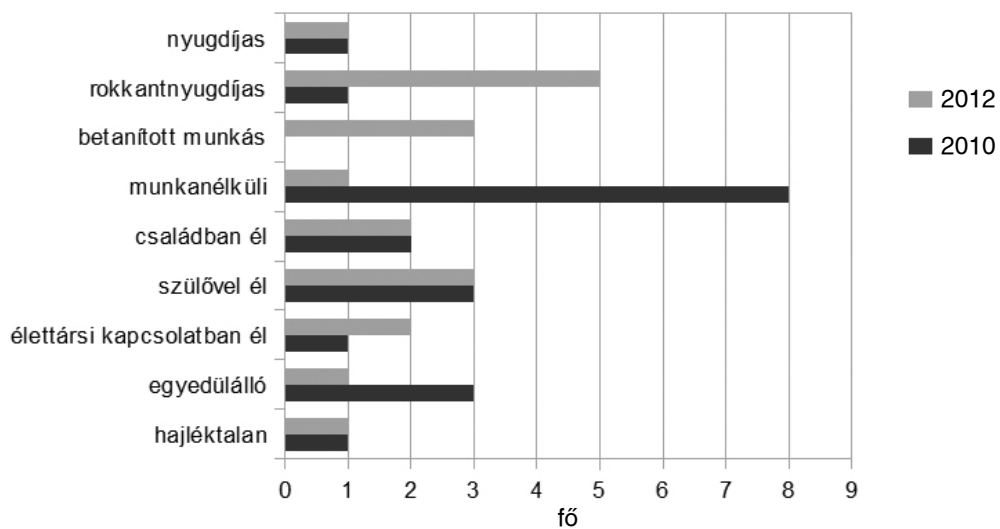


Szenvedély – betegség – kiutak 2.

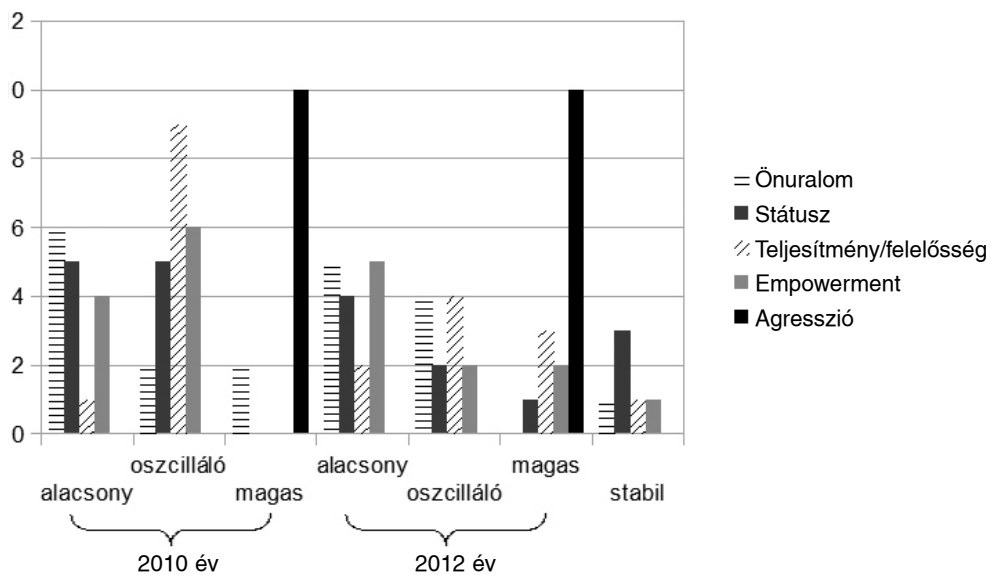
8. ábra: Az élettörténeti interjúkban részt vevők megoszlása nem, életkor, iskolai végzettség szerint (n=10)



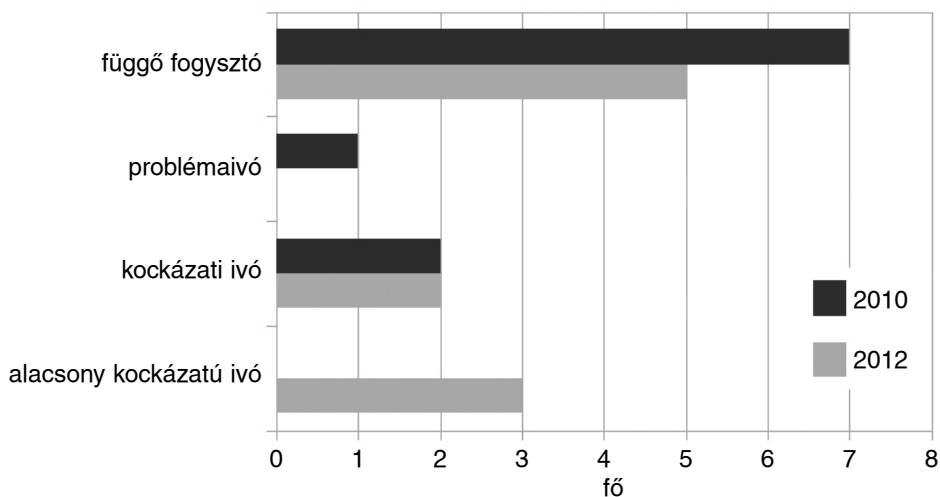
9. ábra: Az élettörténeti interjúkban részt vevők szociális körülményei (n=10)



10. ábra: A 2010. és 2012. évi mcadamsi élettörténeti interjúk eredményeinek összehasonlító bemutatása (n=10)



11. ábra: Alkoholfogyasztási szokások összehasonlítása (n=10)



Szenvedély – betegség – kiutak 2.