

ve a visszaesés bekövetkezési valószínűségének minimálisra csökkentése (2).

A már függő, illetve mértéktelenül ivó személyek asszertív felderítésén túl azokat az egyéneket is felderítjük, akiknél fennáll a szenvedélybetegség kialakulásának valószínűsége. Alapvető a korai diagnosztizálás és korai kezelésbevitel, a magas rizikójú csoportok felkutatása, a még nem alkoholfüggő, de veszélyeztetett személyek kezelése (2, 5, 16). Elsősorban azok az egyének tartoznak ebbe a csoportba, akiknek egyik vagy mindkét szülője alkoholbetegségben szenved, akik közvetlen környezetben – munkahely, társas kapcsolatok – halmozott az alkoholbetegek előfordulása, továbbá azok, akik excesszíven fogyasztanak, valamint azok akik az alkoholt szorongásos vagy depressziós tünetek enyhítésére fogyasztják (11, 16, 18).

Kulcsfontosságú az alkoholfüggőség hátterében meghúzódó egyéb pszichiátriai betegségek (depresszió, szorongásos kórképek) pontos diagnosztizálása és kezelése (6).

A betegek, illetve a veszélyeztetett személyek kezelése, illetve gondozása több síkon, több módszer szerint történik (8, 10, 11). A méregtelenítő, elvonó, illetve szomatikus gyógykezelésen kívül az integrált pszichiátriai ellátásban alapvető hangsúlyt kapnak azok a pszichoterápiás irányzatok, melyek legfontosabb célja a társadalmi újrabeilleszkedés, a munkaképesség elérése, az absztinencia hosszú távú, illetve végleges biztosítása, képessé tétel a közösségi, családi, szociális funkciók ellátására (3, 6, 8, 10-11, 15, 18). A hosszú távú, asszertív rehabilitáció mindaddig folytatódik, amíg a károsodás, képességszökkenés és hátrány meg nem szűnik (2).

Az alábbi ábra ezt a folyamatos ellátási ciklust szemlélteti (1. ábra).

1. ábra. Folyamatos ellátási ciklus (2)

korai diagnosztizálás és beavatkozás

célzott kezelés

hosszú távú asszertív esetenmenedzselés

rendszeres átfogó visszajelzés

Az integrált ellátásban multidisziplináris munkacsoportok működnek együtt az elsődleges területi ellátást végző munkacsoportokkal. A betegek, a hozzátartozók, a családorvosok, az elsődleges ellátásban dolgozó nővérek széleskörű, konzultációs lehetőséggel egybekötött képzést kapnak (2).

Az IPE betegellátó egysége a mobilis, közösségi alapokra épülő munkacsoport, amely pszichiáterből, pszichológusból, tréningtechnikákból, illetve szocioterápiában járatos nővérekből, szocioterapeutákból, gondozónőkből, szociális munkásokból áll. A csapat alapvető tulajdonsága az elérhetőség, ami azt jelenti, hogy annak egyik tagja a nap bármely szakában hozzáférhető (sze-

mélyesen vagy telefonon) a beteg számára. Lényeges szempont, hogy az ellátás, az esetleges kórházi beutalásoktól eltekintve a betegek saját szociális környezetében történik, a családtagok, valamint a beteg számára fontos személyek minél szélesebb körű bevonásával.

2. ábra. Az integrált pszichiátriai ellátás alapelemei (2)

Korai felismerés és intervenció

Gyógyszeres kezelés

Pszichoedukáció

Családtagok bevonásával történő stresszkezelés

Specifikus technikák

Életriteli készségek tréningje

1. Korai felismerés

A korai felismerés célja a függő személyek mielőbbi kezelésbe vétele, a még nem függő, de kockázatos mértékben ivó, illetve veszélyeztetett személyek felderítése, az alkoholfogyasztás hátterében meghúzódó pszichiátriai zavarok felismerése, a legcélravezetőbb kezelési stratégiák megválasztása. Technikai kivitelezésére standardizált interjúk, interjúsorozatok, becsülőkártyák és kérdőívek használata a legcélravezetőbb (3, 8).

Alkoholbetegek felmérésére a következő szempontokat javaslom (lásd 1. melléklet):

I. A segítségkérés okának, illetve körülményeinek tisztázása: saját indíttatás, családi, munkahelyi, szociális, jogi ok, speciális esemény stb.

II. Ivási szokások pontos felmérése:

– az ivás időtartama, gyakorisága, napi mennyisége; az alkohol fajtája, a naponta ivással eltöltött idő tartama, az ivás megkezdése, az ivás befejezése, az ivás helye; – egyedül iszik-e vagy társaságban; kikkel iszik együtt a kliens?

– az ivással kapcsolatba hozható helyzetek, események, tevékenységek; melyek azok a helyzetek, melyekben a kliens képes ital fogyasztását kontrollálni, illetve absztinens maradni?

– melyek azok a helyzetek, amelyek a klienst kemény ivásra készítik?

III. Adatok a megelőző absztinens időszakokról

– voltak-e tartósan absztinens időszakok? Mennyi ideig tartottak? Hogyan történt a visszaesés?

IV. Adatok a megelőző leszoktatási kísérletekről: részesült-e a kliens korábban elvonó kezelésben, pszichoterápiában, Disulfiram kezelésben?

V. A függőség szintjének felmérése:

– Adatok korábbi delíriumról, megvonási tünetekről, megvonásos eszméletvesztéses rosszullétről.

VI. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos szervi betegségek felmérése: májbetegség, hasnyálmirigy-gyulla-