

32. Bányai Éva Aliz, Dr. Funk Sándor, Dr. Molnár Bea, Dr. Váradi Hedvig: „Psychotherapy of the drugdependent patients. An overview” Hungarian Lecture, presented on the IV. annual meeting of the Hungarian Psychiatrist's Association, Győr, 26-28. January 1995.
33. Dr. Funk Sándor: „About the dependencies, generally, and about the smoking - in general” Lecture, presented on the I. All-Country Congress of the Hungarian Association Against Tobacco Smoking (ODE) Hungarian Pécs, Hungary 1995. 06. 8-10
34. Sándor. Funk, M.D., Bea Molnár M.D.: „Psycho- and pharmacotherapy of Hard-Drug-Taker patients” Hospital Gyula Nyíró of the Government of Budapest Department of Addictology 1135 Budapest, Lehel út 59. Lecture, presented on the 1995 WFMH World Congress Dublin Ireland 1995. 08. 15-21.
35. Funk Sándor, Bányai Éva Aliz, Dr. Molnár Bea, Dr. Váradi Hedvig: „The onset and course of the drug disease, by the features of the different kinds of drugs, therapeutic theories” Lecture, presented on the V. Annual Meeting of the Hungarian Psychiatrist's Association, Gyula, Hungary, 28-29. February, 1-2. March 1996.
36. Funk Sándor - Kassai Farkas Ákos: *Methadonnal kapcsolatos javaslatok a Pszichiátriai Szakmai Kollégium Addiktológiai Szakbizottsága részére*. Kézirat. Budapest, 1996. Idézi: Pszichiátriai Szakmai Kollégium, Állásfoglalás, 1998, 13 (4), 477-479
37. Funk Sándor, Molnár Bea: „The dilemmas of the Methadone-therapy”. Lecture, presented on the second annual meeting of the Hungarian Association of the Addictologists, Nov. 1-3 1996, Balatonfüred
38. Funk Sándor - Molnár Bea: „A drogbetegség kezelése, a lefolyási szakaszoknak megfelelően”. Poszter, bemutatva a Magyar Pszichiátriai Társaság éves vándorgyűlésén, Siófok, 1997. február
39. Funk Sándor: „Legális és illegális drogok, illetve ezek viszonya a függőség jellegéhez” Magyar Addiktológiai Társaság II. Országos Kongresszusa 1997. október 16-18. Balatonfüred
40. Dr. Funk Sándor: „A Methadon-kezelés története a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályán 1989-97. Tapasztalatok, tendenciák.” Előadás, a Magyar Pszichiátriai Társaság éves vándorgyűlésén, Budapest, 1998. 01. 22-24.
41. Dr. Funk Sándor: „Az ártalomcsökkentés alapelvei” c. cikkről Szervenvedélybetegségek, VI évf., 2.sz. 1998.
42. Dr. Funk Sándor: *Az alkoholprobléma új szemlélete napjainkban*. Hippocrates, I. évf. 1.sz., 1999. március
43. Funk Sándor, Molnár Bea: *A Methadon-kezelés alapjai, gyakorlata, és jelen helyzete osztályunkon*. Előadás, elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság VII. Vándorgyűlésén, Debrecenben, 1999. 01. 27-30.
44. Funk Sándor: *Elméleti megfontolások és gyakorlati elképzelések drogfüggőség, illetve az úgynevezett polytoxicománia eseteiben*. Előadás, elhangzott a Magyar Addiktológiai Társaság III. Országos Kongresszusán, Balatonfüreden, 1999. október 14-16.
45. Funk Sándor: *Pszichoterápiák lehetőségei az addiktológiai körképekben*. Előadás a Pszichiátriatörténeti és Pszichoterápiás Jubileumi Konferencián, Gyula, 1999. okt. 23.

Dr. Csorba József

A drogfogasztás ambuláns kezelési lehetőségei

A szenvedélybetegségek és ezen belül a drogaddikciók terjedése világszerte és Magyarországon is társadalmi méretűvé váltak. Az egészségügyi ellátás és képzés, sajnálatos módon, nem megfelelőképpen tudta követni a hirtelen jelentkező igényeket.

Követve az egyéb szakterületeken jelentkező trendeket, a drogaddikciók ellátásában is egyre nagyobb teret nyernek az ambuláns kezelési módszerek, mivel a költség – hatékonyság szempontjából előnyösebbnek tűnnek, mint a fekvőbeteg ellátási lehetőségek. Ugyanakkor fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a kórházi ellátás bizonyos esetekben elkerülhetetlen és életmentő lehet.

Mint alapvető betegellátási elv és még hangsúlyozottabban a szenvedélybetegségekben az ember holisztikus (bio - pszicho - szociális) tényezőit fontos figyelembe venni, ha tartós ered-

ményt szeretnénk elérni a kezelés során.

A terápia során érdemes tudomásul venni, hogy nagyon gyakran az addiktív betegség hátterében valamilyen pszichiátriai betegség van jelen, és ennek kezelése nélkül az addiktív probléma nem valószínű, hogy hatékonyan megoldható. Példaképpen említéném, hogy a heroin függő betegeknél a depressziós betegség kb. 40-80% arányban van jelen.

A drogaddikciók ambuláns kezelése is csak az önkéntesség elv betartásával lehetséges, senkit se lehet kezelni akarata ellenére. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a motiváció felkeltése a kezelés iránt az első, sokszor legfontosabb lépés a terápia folyamán.

Pharmakoterápiás kezelési lehetőségek

A farmakoterápiás kezelési módok nagymértékben függenek attól, hogy milyen típusú droghasználatról van szó és, hogy a droghasználat milyen fázisban

van (kipróbálás, alkalmi használat, abúzív használat, függőség).

A kezelésben két alapvető lehetőség létezik:

- a., tüneti kezelés
- b., speciális kezelési formák
- a., tüneti kezelés:

A droghasználat alatt, vagy az elvonási időszakban szinte minden esetben jelentkeznek általános pszichés tünetek, mint például szorongás, ingerlékenység, indulatosság, depresszió, álmatlanság, stb.

A droghasználatához leggyakrabban társuló pszichés tünet a szorongás. A szorongás hatékony kezelése eldöntheti a hosszú távú prognózist. Általában nagy potenciájú szorongásoldó szereket érdemes használni (clonazepam, alprazolam). Ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy a benzodiazepin típusú szorongáscsökkentő szerek aránylag könnyen és rövid idő alatt egy újabb függőséget alakíthatnak ki. Emiatt a dózisokat fokozatosan csökkenteni kell, illetve minél hamarabb elhagyni a szorongáscsökkentő kezelést. Ha

Dr. Csorba József
Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórháza
Drogambulancia és Prevenció Központ
1135 Budapest, Jász u. 84-88.

hosszú távú szorongáscsökkenésre van szükség, érdemes a buspiron származékokat, illetve az SSRI antidepresszáns szereket használni. Hátrányuk, hogy hatásuk kb. három-négy hét után jelentkezik. A szorongáscsökkentő terápiát érdemes úgy tervezni, hogy a kezelést egy nagy potenciájú benzodiazepin szerrel kezdjük és hosszú távon buspiron, vagy SSRI származékot használunk.

Szintén nagyon gyakori tünet a depresszió. A depressziós állapot lehet a kiváltója, vagy a következménye a drogfogyasztásnak. Mindkét esetben megfelelően kezelni szükséges. Az alkalmazandó antidepresszív szerek: SSRI származékok, tianeptin, mianserin, moclobemid, rebotexin. Általában a drogfogyasztáshoz társuló depresszív tünetek kb. az átlagos antidepresszív dózis másfélszeresét igénylik. A kezelés időtartama legalább hat hónapig kell, hogy tartson. Az antidepresszív szerekről bizonyos kutatások azt bizonyították, hogy részben csökkentik a sóvárgást a drogok után.

A drogok elvonási időszakában, szinte függetlenül, hogy milyen drog kategóriáról van szó, aránylag súlyos fokú alvászavarok jelentkeznek. Ez lehet elalvási, átalvási, illetve elalvási-átalvási zavar. Az altató gyógyszerek spektruma igen széles. A kiválasztásnál figyelembe kell venni a hatástartamot, a dozírozás biztonságát, az addiktív potenciát, kombinálhatóságát egyéb gyógyszerekkel. A nagy addiktív potenciával rendelkező altatókat kerülni kell (glutethimid, barbiturát). Elsősorban a következők altatószereket javasoljuk: zolpidem, zopiclon, mianserin.

Bizonyos drogok (LSD, metamphetamine, cannabis, kokain) használata alatt, vagy elvonási időszakban, esetleg flash-back élményként hallucinációk is jelentkezhetnek. A rendszeres pszichostimuláns használat paranoid pszichózist válthat ki. A hallucinációkat és a paranoid, illetve egyéb pszichotikus tüneteket antipszichotikum gyógyszerekkel szükséges kezelni. Az antipszichotikumok között a modern, minimális neuroleptikus mellékhatás-

sal rendelkező szereket kell választani: risperidon, clozapin, ollanzapin, sulpirid. Ha a megfelelő antipszichotikum kezelés mellett a pszichotikus tünetek fennmaradnak, érdemes tisztázni a diagnosztikus háttért (esetleg skizofrén pszichózis).

A drogok (elsősorban ópiát) elvonási időszakában bizonyos esetekben epilepsziás rohamok is előfordulhatnak. Ritkábban egyéb drogok hatásaként is jelentkezhetnek convulziós tünetek. Emiatt carbamazepin típusú antiepileptikum használata szükséges lehet. A carbamazepin az antiepileptikum hatása mellett részben sóvárgás csökkentő hatással és indulatszabályzó hatással is rendelkezik.

Az indulat kontrollzavarokban a tiaprid használata is hatékony bizonyos esetekben.

A pszichés tünetek mellett gyakran jelentkeznek szomatikus tünetek is, amelyeket megfelelő gyógyszeres kezeléssel szükséges ellátni. Pl.: hányáscsillapítók, hasmenéscsökkentők, görcsoldók.

Az ópiát elvonási időszakban egy lényeges tünet az erőteljes, nagy ízületi és végtagi fájdalom. A fájdalomcsillapítás egy nagyon fontos lépés a kezelésben. A leghatékonyabb a tramadol, amely egy opiaid típusú fájdalomcsillapító, ugyanakkor nincs euforizáló hatása. Mivel ugyanakkor bizonyos esetekben függőséget is okozhat, csak pár hetes időszakra érdemes adagolni. Az egyéb típusú fájdalomcsillapítók hatása az ópiát elvonásban kérdéses.

b., speciális kezelési formák

Az ópiát elvonási tünetek kezelésében fontos szerepük van az alfa 2 adrenereceptrokra ható szereknek (clonidin, lofexidin, tizanidin). A fenti szerek hatékonyan csökkentik szinte az összes ópiát elvonási tüneteket.

Magyarországon hozzáférhetőség szempontjából csak a tizanidin kapható. A lofexidin egyéni gyógyszerimportként szerezhető be. A tizanidin napi adagja a terápia elkezdésekor 24 mg, amely fokozatosan csökkentendő.

Egy másik nagyon fontos terápiás lehetőség az ópiátfüggőség

kezelésében a metadon detoxikációs és szubsztitúciós kezelés. A metadon egy szintetikus ópiát-származék. A detoxikációs kezelés céljából aránylag magas metadon dózissal (50-150 mg/nap) kezdjük a kezelést, és fokozatosan csökkentjük a napi dózist. A metadonnal történő detoxikációs kezelés időtartama a kezdő dózistól függően másfél-két hónap.

A szubsztitúciós kezelésnek a célja, hogy az illegális ópiát fogyasztást egy hivatalos, kontrollált ópiát fogyasztással helyettesítsük. A szubsztitúciós kezelés célja, hogy a pácienseket kivonjuk a kriminalitás világából, és egy reszocializációs folyamatot indítsunk el. A szubsztitúciós kezelésnek szigorú szakmai feltételei vannak: folyamatos, heti hét alkalommal gyógyszeradagolás, folyamatos klinikai, illetve laboratóriumi vizsgálatok, rendszeres, szűrőpróbaszerű vizeletvizsgálat, ellenőrzés, csoport, illetve egyéni pszichoterápiás kezelésben való részvétel, bűnöző életmód kerülése, törekvés a munkahelykeresésre stb.

Egy másik speciális kezelési forma, amely szerencsére Magyarországon is egyre jobban kezd elterjedni, a naltrexon kezelés. A naltrexon egy ópiát antagonistá szer, és rendszeres szedése mellett kompetitíven elfoglalja a szervezetben az ópiatreceptorokat. Ilyen módon, ha használ is a beteg valamilyen típusú ópiát-származékot, a szerek a hatásukat nem tudják kifejteni. Azt lehetne mondani, hogy a naltrexon egy biokémiai pajzsot jelent az ópiáttal szemben. A naltrexon kezelésnek is szigorú feltételei vannak: a kezelés elkezdése előtt legalább 5 nap ópiátmentesség, a dózisok fokozatos emelése, a gyógyszer naponkénti, vagy másodnaponkénti bevétele, rendszeres orvosi, illetve laboratóriumi vizsgálat, rendszeres vizeletvizsgálat, egyéni, vagy csoport pszichoterápián való részvétel.

Pszichoterápiás kezelési lehetőségek

Hatékony drogaddikció kezelés elképzelhetetlen folyamatos psi-

choterápiás támogatás nélkül. Nagyon sok pszichoterápiás irányzat, illetve módszer használható a kezelésben, akár egyéni, akár csoportos terápiáról van szó.

A terápia a következő célokra - változásokra kell, hogy törekedjen:

- komoly, reális motiváció felkelése a drogfogyasztás elhagyására
- folyamatos törekvés az idő és tevékenység strukturálására
- reális önértékelés és önismeret
- megfelelő kommunikációs képesség kialakítása

- megfelelő és reális jövőkép
- frusztráció toleráló képesség javítása
- stresszkezelő hatékony technikák

Habár nem elsősorban orvosi, illetve egészségügyi feladat minden drogproblémákkal küszködő betegnek a szociális háttérű problémákat szükséges megoldani, illetve rendezni. Nagyon gyakran a szociális háttér megnyugtató rendezésén múlik, vagy bukik a kezelés eredményessége.

Mint általában minden embernél, a drogbetegségben szenvedő betegeknél is gyakran előfordulhatnak szomatikus betegségek, amelyek társulnak a drogfogyasztáshoz, vagy a drogfogyasztás súlyosbítja a szomatikus betegségeket. Mivel a drogfüggő betegek hajlamosak bagatellizálni a betegségek tüneteit, fontos, hogy minden esetben részletes belgyógyászati vizsgálat történjen és az esetleges problémákat hatékonyan kezeljük.

Irodalom a szerzőnél

Dr. Szemelyácz János

Droghasználók terápiaközpontú megközelítése, kezelésük ambuláns lehetőségei

Szokás a szenvedélybetegségekről általánosságban gondolkodni. Ennek oka a nyilvánvaló hasonlóság az alkoholista és a heroin-használó, vagy a játékszenvedélyes működési mechanizmusai között.

Főleg a kezelés kapcsán hangsúlyozódnak azok a különbségek, amelyek figyelmen kívül hagyása akár a terápiás folyamat megszakadását jelenthetik. Itt elsősorban nem a szerek, vagy a viselkedési típusok alapvető különbségeire gondolok, hanem a kliens életkorára, családi, környezeti körülményeire, a függőségben eltöltött időre, ennek társadalmi megítélésére (lásd. pl. a cigarettázásról való leszokás esélyeit), valamint a szermentes élet kínálta lehetőségekre (ugye milyen különbségeket találunk a látszólagos hasonlóságok ellenére, ha összehasonlítunk pl. egy 21 éves 3 éve heroinizó, családban élő évhalasztó egyetemistát, egy 25 éves 10 éve szípuzó hajléktalant és egy 50 éves munkanélküli alkoholistát).

A kémiai- és viselkedéses addikciókat krónikus betegségnek tekinthetjük. Ez talán nem is kér-

dés számunkra, amikor a problémát kialakító okokat és ezek hatásának időtartamát keressük, hiszen a személyiség struktúrájában lévő "lyukak", a korai kötődés hiányának következményei, a családi légkör elviselhetetlenné válása évek alatt hozzák meg eredményeiket.

De ezt már sokkal nehezebben fogadjuk el a gyógyulás, a gyógyítás időszakában. Nemegyszer elvárnánk (és ez alól sokszor a szenvedélybetegekkel professzionálisan foglalkozók sem kivétel), hogy már a terápia kezdetén absztinens legyen, ezt tekintjük a motiváltság mércéjének, és ennek teljesíthetetlensége esetén azt mondjuk, még nem alkalmas terápiára, mossuk kezeinket (sokszor tapasztalunk hasonló pszichiátriai osztályra kerülésekor, mert a terápia megszakadásának jól bevált indoka a „nem együttműködő, a kereteket tartani nem tudja” jelző). Ugyanezt jelzi az is, hogy a problémának gyors megoldását várjuk, türelmetlenek vagyunk, intoleránsak a relapszusokkal, nem hagyunk „kiskapukat” a botlások utáni visszatérésekre.

Aztán ezen sikertelenségeken elkeseredve az addikciókat gyógyíthatatlannak tituláljuk.

Tudjuk, hogy a krónikus beteg-

ségek gyógyíthatóságának egyik alapfeltétele a korai kezelésbevetel, a korai intervenció. Ebben a családorvosokra, az alapellátásban dolgozóakra igen komoly feladat és felelősség hárul.

(Itt nem térek ki a prevenció fontosságára és lehetőségeire, de nem kérdés ennek jelentősége és érthetetlen jelenlegi állapota.)

A második fő jellegzetesség az addikciók fertőző betegségekhöz hasonló terjedése. Ekkor nem a divatra vagy a fogyasztói társadalom káros hatásaira célozok, hanem arra az egyszerű tapasztalati tényre, hogy a függőségben szenvedő ember létfeltétele a környezetében lévő droghasználók jelenléte, mivel ez nemcsak társaságot, de megélhetési forrást is jelent. Másrészt a drogok páratlan élménnyel kápráztathatják el használojukat, és kitűnő eszközei a serdülőkori lázadás, a másság kifejezésének. Az „öreges” azok, akik beavatják a fiatalokat, akik megtanítják őket anyagozni. A kábítószer képes arra, hogy pilótajáték-szerűen terjedjen. Ha egy „érintetlen” területre betelepítenék néhány droghasználót, hamarosan számuk rohamosan emelkedni fog. Ne ringassuk magunkat abban a tévhitben, hogy majd a rendőrség és a hatalom szigorú

*Dr. Szemelyácz János
Baranya Megyei Drogambulancia
7623 Pécs, Szendrey Júlia utca 6.*