

Dr. Pándy László

A szenvedélybetegek személyiségállapota

Terápiás és rehabilitációs esélyfelmérés

A szenvedély maga nem betegség: a személyiség sajátos természetes állapota. Egészségesen is átéljük időszakonként pl. a szerelemben, az alkotó tevékenységben, amikor az egész személyiséget átható érzelmdús lelkesülés rendkívüli erővel, sokoldalúan mozgósítja kreatív készségeinket, találékony-ságunkat. Ez az állapot lehet epizódikus vagy tartósabb meghatározója az egyén életvitelének, járhat konfliktusokkal, de önmegvalósításának természetes motorja. A szenvedélybetegségben hiányzik az érzelmi hangoltságnak a gazdagsága és a tevékenység sokoldalú árnyalt egységisége, bár a vágy, a viselkedés hasonlóan „szenvélyesen” intenzívnek látszik. A függőségben egyfajta differenciálatlan, sablonos örömszerzés valósul meg, redukált értelmi, érzelmi és tevékenységi élménymóddal, aminek a felfokozott intenzitása csak pótolja a teljesség hiányát.

A függőség az *egészséges* szenvedélyesség torzulása: ennyiben szenvedélybetegség. Valamilyen szerhasználatának, szokásnak az egyoldalúságát, kizárólagosságát jelenti, a személyiség korlátozottságát, rabságát. A függőség kialakulásakor a hozzászokó személy sokáig nem vesz tudomást a korlátozottságról. A kialakult függőségben azután tovább próbálja tagadni és rendszerint külső kényszerből, nehezen látja be, hogy kóros állapotba került. A leszokást ilyenkor már nagyon megnehezítik a megvonásos tünetek és sokszor komplex kórházi kezelést igényelnek.

A szenvedélybetegségek hátterében mindig fellelhető a személyiség strukturális és/vagy működés-

zavara. A beteg személyiségének a pontos és prognosztikus kórrajzi leírása nehezebb, mint a szerhasználat körülményeinek, a tüneti képnek vagy a betegség lefolyásának a részletezése. A pszichiátriai tünetbecslő skálák, kérdőívek tünetcentrikusak, a konstans személyiségvonások pszichológiai tesztvizsgálata az állapotváltozások követésére nem alkalmas.

Az elvonókúrára kórházba került szenvedélybetegeknél azt látjuk, hogy legtöbbjük hiányt szenved a *testiessége* megélésében, a *szellemiségük* korábbi és lehetséges képességeiktől elmarad, a *kapcsolataik* beszűkültek, elsváruznak, a *lét*-módjuk iránt *érdektelenné* válnak. „Vészhelyzet” ez, rendszerint többoldalú, személyiség-állapotuk paramétereinek katasztrofális romlása:

testies közöny, egészség-örömtelenség, érzéki igénytelenség és monotónia, szer-függőség, vegetatív zavar, betegségtudat hiánya, beletörődés, távlattalan (itt és most) élménymód

szellemi - értelmi kiüresedés, tompult felfogás, megalvadt érdeklődés, tudati beszűkültség

- érzelmi fáradtság, sivárulás, sorvadás, felszínesség, elhegesedés, hangulatlabilitás

- én-vesztés: fontosság feladása, értékek, vágyak, célok romlása, alkalomvezéreltség

kapcsolatvesztés, magányosodás, öntörvényűség, elzárkózás, alá-főlérendelődés, kötődésképtelenség, agresszió és autoagresszió

lét-érdektelenség: „nincs veszténivalóm” álláspont, javak, pozíció kockáztatása, parazitizmus, felelősségelhárítás, szerep-nivellálódás

Ezek a zavarok, ha többnyire nem is jelentenek pszichotikus állapotot, komplex farmako-pszicho-szocioterápiát igényelnek. Ehhez szükség van a személyiség állapotának fölmérésére.

E négy vészhelyzeti kategóriában

írjuk le a beteg állapotát a szokványos pszichiátriai tünetekre vonatkozó státuszt kiegészítve. A vizsgáló(k) a négy kategóriában 0-4 ponttal minősíti(k) az állapot súlyosságát. E pontok összesítésével egy rehabilitációs esélyt jellemző viszonyszám képezhető, ami útmutató lehet a prognózis felállításánál, a terápiás folyamat egyes szakaszhatárainál (pl. a kórházi kezelés szükségessége, befejezése, a terápiás kontroll csökkentése vagy kiterjesztése) a terápia és a rehabilitáció stratégiájában.

Rehabilitációs esélyösszesítés (terápiás, beavatkozás-igény szempontjából):

0-3=önsegítő

4-7=egyszerű

8-12=összetett

13-16=csaknem esélytelen

A szocioterápia megválasztását, elemeinek, hatótényezőinek célzását is segíti a felosztás:

Testiesség: szomato- és fizio-terápia, pathiás önismeret-fejlesztés, imaginatív, hedonisztikus, antidepresszív !!

Szellemiség: kognitív-, önismereti-, biográfiai-, relevancia-analízis, encounter-th., hipnózis, pszichofarmakon !!

Kapcsolati: pár-, család-, csoport th., pszichodráma, munkaterápia

Lét-érdekltség: terápiás közösség, szerep-, játék-, munkaterápia

Példaként bemutatjuk H.J.-né (dg.:dependencia alcoholica) kórrajzából a felvételi állapotjelzését, amivel az alábbi szokványos pszichés státuszt egészítettük ki:

„**Pszichés status**

éber, orientált, konvencionális. Feszült, enyhe dysthymia. Norm. tempójú psychomotorium, norm. tempójú, tartalmilag ép gondolkodás. Megtartott morbusztudat. Meszico-intell. funkciókban enyhe hanyatlás valószínűsíthető. Suicid tend. nem expl.

Személyiségállapot

Testiessége örömtelen: hanyag küllem, fáradt testtartás, kedvetlen, lusta mozgású. Sztereotíp, igénytelen érzékletiség. Személyes tereinek maradékát keresi.-*válságos*³.

Szellemiségében: értelmileg, érdeklődésében beszűkült-érzelmi krízis, énes szerep-válság (gyermekkorában kivándorolt apja visszatért). Apjával egymásrautaltságuk felettesén/létérdek döntési konfliktust jelent,érzelmileg ellentmondásos, anyját gyermekként vádolja-*kudarcos*².

Kötődése: gyerekei iránt elfásult. Szakmai közösséghez kötődése jó, aktívabb szerepigénye van, aktuális kudarcral.-*kudarcos*².

Létérdekelttsége: állását félti, foglalkozási presztizsét tartani igyekszik, de kockáztatja, felelősségtudata egyenetlen, illúziói vannak - *egyenetlen*¹.

Terápiás rehabilitációs igény: összetett⁸. - Mozgásterápia, személyes szerep-strukturáló szocioterápia, egyéni pszichoterápia, kapcsolati kontroll, egzisztenciális stratégia kialakítása, antidepresszív farmakoterápia⁹.

A személyiségállapotra vonatkozó megállapítások azért hasznosak, mert kezelés során ezekre vonatkozó változásokat lehet és kell megfigyelni. Természetesen új momentumokkal ki is lehet egészíteni és a kezelést módosítani. A terápia eredményességét is ezzel lehet mérni.

A kezelés során az absztinencia beállításának időszakában, a megvonásos tüneteknél elsősorban a gyógyszeres terápia kerül előtérbe. Az absztinencia beállításán túlmenően szükséges

- kezelni a testi szövődeményeket
- *farmako- és fizioterápia*
- feltárni és gyógyítani a pszichés betegségeket a háttérben (depresszió, neurózis, szorongásos, kényszeres állapotok, konfliktusreakciók)

- *farmako- és pszichoterápia*
-mentális és pszichikai funkciókat javítani, gyakoroltatni gyógyfoglalkoztatásban, terápiás csoportközösségben

- *pszicho- szocioterápia*
- gondozásra programot javasolni
- *tercier prevenció, rehabilitáció*

Az absztinencia stabilizálásakor a személyiségromlás javítását kell elérni, az erre irányuló szocioterápiának nagyon sokrétűnek kell lennie:

- szenzo-motoros élménystrukturalás (mozgás-, tánc-, kreatív th.)
- foglalkoztatás, munkaterápia
- kommunikációs tréning
- kognitív- és viselkedésterápia
- önismereti életút-, életmódelemzés és programozás
- csoportterápiák, közösségi szerepgyakorlás
- közösségi öngyógyítás a részvétel és egymásrahatás tudatosításával

A jól strukturált sokrétű szocioterápia megvalósításának számos feltétele van. Osztályunkon ezeknek bizony hűjával vagyunk, Ha nem is mindig és együttesen, de a következő tevékenységeket végezzük osztályunkon:

A kiskovácsi szocioterápiás rendszer

TERÁPIÁS FOGLALKOZÁSOK

- Gyógytorna (egyéni)
- Mozgásterápiás csoport (nyílt)
- Relaxációs csoport (kötött)
- NADA fül-akupunktúra (nyílt)
- Manu-mentál th. csoport (kötött)
- Zenés festés (kötött)
- Aktív zeneterápiás csoport (kötött)
- Irodalmi csoport (kötött)
- Játék-csoport (nyílt)
- Dramatikus csoport (kötött)
- Spirituális (Biblia-) csoport (kötött)
- Szobanővér csoport (kötött)

MUNKATERÁPIA

- Takarítás (belső, külső)
- Tálalás (belső, külső)
- Segédmunka (külső)
- Konyha (külső)
- Kreatív (külső)
- Ipari (külső)

BETEGEK ÖNTEVÉKENYSÉGE

- Holdvilágárok AE Klub
- AA ismertető csoport
- Alkalmi rendezvények
- Kirándulások
- Sport
- Pénteki teadélután

BIZALMI TESTÜLET

- NAGYCSOPORT**
- SZUPERVÍZIO**

Mikor szükséges a kórházi elvonó kezelés (akut és krónikus toxikus szomatikus és vegetatív krízisálapotokon, pszichotikus szövődeményeken kívül)? A következő szempontok szerint mérlegelhetünk:

	Járobetegellátás	Kórház
megvonásos tünet	0-enyhe	kifejezett
testi-szellemi zavar	enyhe	súlyos
együtműködés	jó	vállalja
kontroll	belső	külső
konfliktuskezelésben	aktív	képtelen
prognózis	esély van	esély van
ki motiválja	miért	miért

A szenvedélybetegek kórházi kezelésének eredményei általában rosszak. A kórházból távozottak többnyire visszaesnek, sokan ugyanoda vagy másik kórházba járnak vissza. A „forgóajtó” működik az addiktológiában is!

Az eredmények értékelésénél figyelembe kell venni, hogy

- több éves, évtizedes zavarokról van szó
- a kórházba rendszerint a legsúlyosabb esetek kerülnek
- a motiváció és együtműködés nem valódi
- sokszor csak sokadik kezelés eredményes (sokmenetes ebben a ringben is a küzdelem)
- a kórház után elmarad a gondozás
- a szociális feltételek hiányoznak a beteg sikeres megküzdésének

A szenvedélybetegeknél mindig van zavar a szociális rendszerben is - ezt nem orvosi ellátáson kell számon kérni! Fontos, hogy meg tudjuk ítélni, mikor, mit lehet elérni és ne csalódjunk, ha többre vállalkoznánk!

Mindenesetre a rendszerek (alapszak - fekvőbeteg - szociális ellátás) összehangolásával sokat lehet javítani betegeink sorsán. A kapcsolatok ápolása, a kölcsönös véleménycsere betegeink és a magunk mentálhigiénéje szempontjából is hasznos!