



FÓKUSZBAN A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

*A téma szakértője
dr. Szemelyácz János,
az INDIT Közalapítvány,
Baranya Megyei
Drogambulancia
vezető főorvosa*



– Vitatott a dohányzás szenvedélybetegségek közé sorolása. Sokan, az önkéntes leszokásra utalva, cáfolják azt. Szendélybeteg-e a láncdohányos, ha nem képes az öngyógyításra?

– A nikotin pszichoaktív szer, serkentőszer, fokozza az élénkséget, a figyelmet, a koncentrációképességet, az információfeldolgozás sebességét. Ezt nyugodt állapot követi, amelyben jelentős szerepet játszik a lassan gomolygó füst, a cigarettázás tevékenységéhez kapcsolódó tanult megerősítés. A hiánytünetek ingerültséget, feszültséget, erős sóvárgást jelentenek. Egy cigaretta elszívása csökkenti ezeket, így a dohányos inkább nyugtató hatását éli meg. A függőség tehát nem csupán a nikotinnal szemben, hanem a dohányzáshoz kapcsolódó bizonyos tevékenységekkel, helyzetekkel – felkelés, kávézás, baráti beszélgetés, relaxáció – szemben is kialakul.

A függőség kialakulásának egyik jeleként értékelhetjük a tolerancia létrejöttét is, és hiány esetén a megjelenő fizikai elvonási tüneteket.

Kijelenthetjük tehát, hogy a dohányzásra jelentős függőség alakul ki, a legnehezebben elhagyható szerek közé tartozik – ebben társadalmi elfogadottsága is nagy jelentőséget kap –, a leszokni vágyók közel 80%-a esik vissza egy év alatt.

Önmagában az a tény, hogy valaki spontán le tud szokni a dohányzástól, nem kérdőjelezi meg a dependencia tényét, hiszen minden pszichoaktív szerrel kapcsolatos függőség esetén

van példa a spontán, önkéntes leállásra (akár heroin esetén is).

– Középkorú betegem naponta 8–12 szál cigarettát szív. Az elhízás veszélye miatt nem mer leszokni. Az akaratérőn, a fokozott fizikai aktivitáson és a reklámokban látottakon kívül milyen módon segítsük a leszokásban, illetve az elhízás elkerülésében?

– A dohányzás utáni sóvárgás valóban csökkenthető az evéssel, ezáltal súlynövekedéshez vezethet, ez jelentős akadálya a leszokásnak. (Hasonló jelenséggel találkozunk más serkentőszert, például az amfetaminszármazékokat használóknál is.)

Fel kell világosítani a dohányzó személyt: szenvedélyének feladása életmód-változtatást tesz szükségessé. Meg kell beszélni vele, hogy mihez kezdjen a felszabaduló idővel, a kritikus helyzetekkel, eseményekkel, amikor a sóvárgás a legerősebb. Lépéseket kell tennie az egészségesebb életmód kialakítása felé. Szokásává válhat például a rendszeres mozgás, amely étvágyfokozódás esetén is segít korábbi formáját tartani; szintén fontos táplálkozási szokásainak átalakítása.

A sóvárgás és az ezzel járó negatív érzelmi állapotok oldására alkalmazhatunk gyógyszeres terápiát is, például a Wellbutrin SR (bupropion) nevű szelektív szerotonin-újrafelvételt gátló szert (SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor), amely feszültségcsökkentő, hangulatjavító hatása mellett elviselhetetlenné teszi a cigaretta

ízét, a füst szagát, segítve ezzel a leszokást. Az első füstmentes napokat követő két-három hónapig hasznos szedni. Ezt követően csak relapsus veszélye esetén kell újra használni, körülbelül egy hónapig.

Ez évtől egy új gyógyszer áll a leszokni vágyók és az őket segítő orvosok rendelkezésére. A vágy- és nikotinéhséget csökkentő Champix (vareniclin) igen kedvező hatásáról széles körű szakirodalom tanúskodik. Napi egy, reggel beszedendő tablettával indítjuk a terápiát. Ezt az adagot néhány napon belül 2×1-re emeljük, és a kezelést körülbelül három hónapig kell folytatni. Visszaesés esetén egy-egy hónapos időtartamra újra adható.

– A dohányzást abbahagyó betegek új ízekről, illatokról számolnak be, mintegy csodaként átéltve ezt. Mi ennek a fiziológiai háttere?

– E jelenség szépirodalmi megjelenését olvashatjuk Fekete István egyik novellájában, aki majd fél évszázados dohányzás után újra megérezte a virágba borult akácfa illatát. A cigaretta „búze” elnyomhat más szagokat, illatokat, ez nyilván saját szaglós- és ízérzékelő receptorainkra is hat. A kérdésben említett „csoda” megjelenése, ennek előrejelzése segítheti a leszokás nehézségeitől kímélő kliensünket.

– A kábítószereket „könnyű” és „nehéz” drogokra osztjuk fel, az alkohollal kapcsolatban pedig „érlelt” és



„égetett” szeszekről beszélünk. Van-e különbség az általuk előidézett megbetegedésekben, illetve a dependencia kialakulására gyakorolt hatásokban?

– A szerek között tényleg teszünk különbséget, még ha tudományos értelemben nem is feltétlenül használjuk a „könnyű” és „nehéz” drog kifejezést. Valóban vannak veszélyesebb és kevésbé veszélyes pszichoaktív szerek. Az angol szakirodalomban például három csoportra osztják ezeket, az elsőben olyanok találhatóak, mint a heroin, a kokain, az LSD, az ecstasy; a másodikba az amfetamin és a nagy potenciálú benzodiazepinek tartoznak, a harmadikba pedig az enyhébb nyugtatók és a cannabis származékai (marihuána, hasis). Hazánkban épp jelenleg zajlik egy ezzel kapcsolatos vita, remélhetőleg a közeljövőben nálunk is megtörténhet az osztályozás.

Természetesen a veszélyesebb szerekről elmondhatjuk, hogy nagyobb az addiktív potenciáljuk (jobbán „etik” magukat), kisebb adaggal elérhető a kívánt hatás, emiatt könnyebben túladagolhatóak, gyakran alakul ki fizikai függőség, és gyakoribbak a rendszeres használatukat követő szövödmények, bio- és pszichoszociális területen egyaránt. A felsorolt problémák közül sok jellemző a kevésbé veszélyes sze-

kre is, azonban használatuk során lassabban, és általában a használók kisebb hányadánál alakulnak ki.

– Sorolhatjuk-e a játékszenvedélyt, internettfüggőséget, mobiltelefon-dependenciát a szenvedélybetegségek közé? Léteznek-e más, az érzelmi étellel kapcsolatos, például szerelmi, szexuális, vásárlási, pénzszerzési vagy más egyéb beteges szenvedélyek?

– Természetesen igen. Az ember addiktív lény, így bármihez képes hozzászokni, ami kellemes állapotot teremt számára vagy megoldásként szolgál valamilyen hiányállapotára.

Az utóbbi időben számos – korábban máshová sorolt – probléma kapott addiktológiai címkét. Magyarul is több könyv jelent meg ezzel kapcsolatban: például Patricia Wallace: Az internet pszichológiája; Jennifer Schneider–Robert Weiss: Szex-net; Kelemen Gábor: Az addikciók széles spektruma; Túry Ferenc: Anorexia, bulimia – Önsegítő és családsegítő kalauz; Phill Mollon: Szégyen és féltékenység stb.

A függőségek egy töröl eredését hivatott bizonyítani az addiktív ciklus fogalma, amelyben gyakorlatilag benne foglaltatik a kényszer természete is, így minden kényszeresen végrehaj-

tott viselkedést szemlélhetünk az addiktológia szemüvegén át. Az addiktív ciklusra az ismételt késztetés jellemző valamilyen viselkedési, szerhasználati sztereotípiára végrehajtására, és ennek összetevői azonos sorrendiséget követnek. A viselkedéssorra jellemző, hogy a szer használata során a belső feszültség folyamatosan nő, majd azt követően gyorsan csökken, s eufóriaszzerű kielégülés következik be; ez az élmény komoly szerepet játszik a tevékenység fennmaradásában. Az addikció súlyosságától függően ezt negatív érzések, élmények követhetik (bűntudat, depresszió, testi és kapcsolati problémák stb.), amelyek meghosszabbíthatják az absztinens időszakot, de az ismétlési kényszer törvényszerűen visszatér. Így a ciklus újraindul.

Az addiktív problémákat két nagy csoportra, kémiai és viselkedéses addikciókra osztjuk. Az előbbiek körébe tartozik az összes, a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos kérdés (legális és illegális), a viselkedésesbe pedig számos, akár a mindennapi élethez tartozó olyan tevékenység, amellyel kapcsolatban elveszítjük a kontrollt, és az kezd irányítani bennünket, a normális életünk nem működik nélküle. Ilyenek például az evési problémák (kényszeres falánkság), a játékszenve-



ESETTÁR

A 40 éves nőt férje kérésére vizsgáltam meg kettős látása miatt. Első találkozásunk során egyértelművé vált számomra, hogy az asszony komoly alkoholgondokkal küzd: erős acetonszag vette körül, szép arcán a rendszeres alkoholfogyasztás jól látható nyomokat hagyott. Fennálló problémáját az alkoholfüggőség következményeként interpretáltam, és rehabilitációs kezelést javasoltam. Ezzel párhuzamosan koponya-MR-vizsgálat is készült: meglepetésemre, a szemmozgató idegek központját érintő, agytörzsi vérzést okozó fejlődési rendellenességre derült fény. Az elváltozás nem volt operábilis, azóta is fennáll a veszélye annak, hogy bármikor újra vérezhet, akár sokkal súlyosabb tüneteket okozva. A beteg alkoholproblémáját bagatellizálta, szokásos tagadások – „Abba tudom én hagyni, nincs még semmi gond, egyedül is kigyógyulok!” – hangzottak el. Azzal váltunk el, hogy ha sikerül absztinenciát tartania, akkor a kettős látása is hamarabb javul és

az újravérzés esélye is kisebb. Megállapodtunk, hogy egy hónap múlva találkozunk.

A beteg nem jelentkezett, férje hívott két hónap múlva. Az alkoholgondok annyira súlyosbodtak, hogy kórházi felvételét kérte. Ezzel nem értettem egyet, azt kértem, hogy előtte üljünk le megbeszélni ezt a dolgot. Az asszony enyhén részegen jelent meg a találkozón. A beszélgetés során kiderült, hogy gondjai tíz évre nyúlnak vissza, és a mostani súlyos helyzet hátterében már komoly veszteségek állnak: munkahelyi gondok, családi zűrök, részegen vezetés (miközben a gyerekek az autóban vannak), a gyerekek sem értik, mi történik otthon. Több alkalommal nekifutott már a terápiának, váltig állítva, hogy most biztosan fog menni, egy pap barátját fogja keresni telefonon, aki korábban is segített már, akkor egy hétig is absztinens tudott maradni.

Próbáltam elmagyarázni, hogy a kórházi felvétel csak a gondok takargatását és a megoldás elodázását jelenti. Megbeszéltük, hogy csak abban az esetben jön szóba hospitalizáció, ha vállal egy későbbi rehabilitációs kezelést. Ígértem, segíték abban, hogy mihamarabb felvegyék



dély, a szex-, szerelem- és romantika-addikciók. Ilyenek a korábban a szexuális perverziók körébe sorolt pszichiátriai zavarok is, a munkafüggőség (workaholic), a kockázatkeresés, az internettel és televízióval (akár a képernyővel) kapcsolatos problémák, a testedzés- és futásfüggőség (runaholic). Idesoroljuk az egészséges életmóddal és egészséges táplálkozással, fogyókúrával kapcsolatos addikciókat, a vásárlási kényszert, továbbá a társfüggőséget (kodependencia), valamint a segítők betegségét, a kényszeres segítséget (helper- vagy helper syndrom) is.

Függőség kialakulásáról tehát fizikai függőség nélkül is beszélhetünk, sőt, a dependencia, a leküzdhetetlen vágy elsősorban lélektani állapot.

– Szervedélybeteg-e a kórosan sokat és sokszor evő személy? Ha igen, meddig falánk és mikor szervedélybeteg?

– Említettem már Túry Ferenc: Anorexia, bulimia – Önségítő és családsegítő kalauz című könyvét, amelyet a házi orvosok is sok haszonnal forgathatnak, hiszen a táplálkozási zavarokkal küzdők jelentős része soha nem jut el pszichiáterhez, családterapeutához. Gyakran a házi orvos is csak a következményekkel találkozik, a testsúly-, az önértékelési, a lelki problé-

mák tartós fennállásával. Fontos, hogy a klienssel találkozó első szakember tisztában legyen ezekkel a kérdésekkel, csak így van esélye, hogy felismerje a tüneteket, és adekvát segítséget lehetséges ajánljon betege számára.

A táplálkozási problémák esetén nem az a fontos, hogy addiktológiai vagy más pszichés problémának tekintjük-e, hanem az, hogy felismerjük. Sokszor nem könnyű határvonalat húzni az addiktív evészavar és a normális fogyókúra vagy a jóízű „zabálás” között, de segít, ha figyelünk az egyén vagy a környezet következményes problémáira.

Változatos formái vannak, és széles kontinuum, amely felöleli az anorexiától (koplaló- és önhánytató-hashajtó) a hiperorexiáig (orexis=étvágy) terjedő körképeket, a kettő határán lévő bulimia nervosával. Találkozunk időleges kontrollvesztéssel és kényszeres túlkontrollálással, különböző testsúlyokkal, és testképzavarral, a willendorfi Vénusztól Barbie babáig.

– Ismerünk-e olyan genetikai eltéréseket, amelyek szervedélybetegségek kialakulásához vezetnek?

– Az addikciók genetikai megalapozottságára direkt bizonyíték nincs, de számos indirekt bizonyítékot sorozhatunk fel.

Ilyenek például az ikervizsgálatok, ahol bizonyították, hogy az alkoholizmus együttes előfordulása gyakoribb a homozigóta ikerpároknál, mint a heterozigótáknál. Adoptált gyermekek között az alkoholista szülők gyermekei – nem alkoholista nevelőszülők esetén – 25%-ban lesznek alkoholisták; alkoholista apák fiai között ötször gyakoribb az alkoholizmus, mint az átlagpopulációban; a mongoloid emberfajtánál jelentős százalékban találunk alkoholintoleranciát; a nők kedvezőtlenebbül reagálnak a rövid és hosszú távú alkoholintoxikációra; szintén indirekt bizonyítékként fogható fel bizonyos dopaminreceptor-típusok jellemző megjelenése alkoholistáknál.

– Tudjuk, hogy bizonyos szervedélybetegségben szenvedők kriminális cselekedeteket követhetnek el. Van-e olyan bűnelkövetési habitusok, amelyekre jellemző lehet a szervedélybetegség, mint magartászavar – lehet-e valaki szervedélyes rabló, erőszaktevő, gyilkos stb.? Szervedélybeteg-e például a kleptomániás abban az értelemben, mint a drog- vagy alkoholfogyasztó, aki tisztában van szokása társadalmi veszélyességével, mégsem képes azt korlátozni?

oda, férje pedig abban támogatja, hogy az otthoni és a munkahelyi dolgait elrendezi a várhatóan többhetes kórházi kezelés alatt.

Az asszony a következő napokban absztinens maradt, a rehabilitációs kezeléssel kapcsolatos kifogásait és tagadásait egyre jobban artikulálta. Hivatkoztam az elmúlt tíz év sikertelen terápiás próbálkozásaira, családi és munkahelyi ellehetetlenülésére, arra, hogy az alkoholfüggőség akarati és kognitív szinten nem megoldható betegség, valamint arra, hogy a rehabilitációs kezelésen való részvétel a mai ismereteink szerint a leghatékonyabb segítség.

Végül négy nap múlva elfogadta a felajánlott segítséget. Az intézetben meglátogattam. Az ott dolgozó segítők szerint nagyon aktívnak bizonyult, de már az első napon kikötötte, hogy csak hat hétig marad, nincs több ideje. Távozása óta négy hét telt el, azóta is tiszta, tartja a teljes alkoholtilalmat és látogatja a Névtelen Alkoholisták csoportot. Most már remélhető, hogy az elmúlt tíz hét az elkövetendő évek sikeres kezdete.

(A beküldő neurológus szakorvos)

— Kommentár

Az illegális szerhasználók körülbelül 10%-a, az alkoholistáknak csak körülbelül 5%-a és a viselkedéses függőségekben szenvedőknek pedig még ennél is kisebb hányada kerül kezelésre. Komoly felelősség hárul az alapellátásban dolgozó orvosokra, hogy felismerjék és minél előbb megkezdjék a terápiát, vagy megfelelő helyre irányítsák az addiktológiai problémákkal küszködő betegeiket.

Hasonlóképp jelentős szerep hárul rájuk a megelőzésben, valamint a hozzátartozók szemléletének formálásában. Ha érzékennyé válnak a fenti jelenségekre, ha lesz fülük a felszín hangjai mögött meghallani az igazi bajokat, valószínűleg eredményesebbek lehetnek munkájukban, lerövidíthetik egy-egy ember szervedélybetegségével való bajlódásának idejét.

dr. Személyácz János
pszichiáter-addiktológus-pszichoterapeuta



– A kényszer- és szenvedélybetegség jellemzői, működési mechanizmusai között számos hasonlóságot találunk. Ebben az értelemben tekinthetünk szenvedélybetegnek kényszeres, meghatározott rituálé szerint öltöztetett, de természetesen ők is tisztában lehetnek tettük következményével, sőt, büntudatuk is lehet, hacsak személyiségzavaruk nem olyan fokú, hogy ezt az érzést nem ismerik. Nem vagyok kriminológus, de nem gondolom, hogy ez túl gyakori.

Természetesen hajlamosít a bűnelkövetésre – a gátlások, morális fékek kiiktatódása miatt – az intoxikált állapot (például az alkoholizáláshoz köthető családon belüli erőszak), az elvonás kínjai, vagy a pénztelenség, amely megakadályozza a szenvedély kiélését, továbbá olyan személyiségzavarok, amelyek gyakran együtt járnak addiktológiai problémák kialakulásával (például borderline, antiszociális személyiségzavar).

A kleptománia inkább betegség – sokszor jelentős büntudattal –, mint a szerencsejátékos anyagi szükségletét fedező rablás.

– Ismert a vallásos téboly fogalma. Szendélybeteg-e a bigottan, kórosan vallásos egyén?

– A vallásos tébolyba menekülő embernek inkább önértékelési, identitás-zavara, bizonytalanságérzése van, hiányoznak a reális életvitelhez szükséges életvezetési készségei, egészséges önvédelmi mechanizmusai. Az addikció széles spektrumába sokféle probléma belefér, de ebben az esetben úgy gondolom, nem erről van szó. Gondoljuk végig, hogy belefér-e ez a jelenség az addikciók alapjellemezőjét jelentő addiktív ciklusba. Valószínűleg nem.

– Van-e Magyarországon kiépített hálózat, intézményi rendszer a szenvedélybetegségek kezelésére? Milyen módon érhető el ezek a háziorvosok számára? Mit tehet a háziorvos a korai felismerés, a prevenció, illetve a betegek gondozása érdekében?

– A magyar ellátórendszerben szinte minden, a korszerű ellátáshoz hozzá tartozó szolgáltatás, intézmény megtalálható, csak kevés helyen.

A szenvedélybetegek ellátására szakosodott szolgáltatóknál jellemző a szociális és egészségügyi tevékenység keveredése (www.szip.hu). Az ellátórendszer-piramis alján az alacsony küszöbű, ártalomcsökkentő szolgáltatók [például „beeső” (drop-in) klubok, tűcsere-szolgálatok, utcai munka és más elérő „outreach” programok, információs, tanácsadó szolgálatok], a szenvedélybetegek közösségi, nappali ellátója található. Ezeket követik a drog-, az addiktológiai ambulanciák, az alkoholgondozók, a Tamasz Ambulanciák, az addiktológiai osztályok (ebből szinte alig van az országban), a speciális rehabilitációs otthonok (www.madrisz.hu) és a reszocializációs intézmények (félutas házak, védett munkahelyek).

Az egyik legkomplexebb rendszer Pécsen és környékén alakult ki (www.indit.hu), itt – az addiktológiai osztály kivételével – a rendszer összes eleme megtalálható, prevenciószolgáltatásokkal kiegészülve (Füge drogprevenciósz program, alternatíva, iskolai szociális munka).

Az addiktológiai ambulanciákra nem szükséges beutaló, a szociális intézményeket pedig szintén bárki igénybe veheti.

A 20 000 vagy annál nagyobb lélekszámú településeken kábítószerügyi egyeztető fórumok (KEF-ek) működnek, amelyek közösségi színterei a probléma tárgyalásának. Fontos, hogy más, speciális ellátók hiányában (de természetesen azok megléte esetén is), a háziorvosok és ezek a fórumok találjanak kapcsolódási pontokat.

– Melyek a legújabb gyógyszeres lehetőségek, és milyen eredmények érhetőek el a szenvedélybetegségek leküzdése, gyógyítása terén?

– A józanság elsősorban nem gyógyszerrel érhető el. Az eredményekről nyilatkozni azért is bonyolult feladat, mert ez sokban függ attól, hogy mit tekintünk eredménynek: A teljes szermentességet? Ha az illető valamennyire – akár átmenetileg – kontrollálni képes szenvedélyét? Vagy akár szerhasználóként is, de adófizető tagja lesz társadalmunknak? Vagy ha rendszeresen jár öngyógyító csoportokba, és segíti felépülőben lévő sorstársait? Esetleg az egészt együtt?

Ambuláns munkám során – főleg il-

legális szerhasználóknál és viselkedésses problémákkal jelentkezőknél – a terápiás idő átlagosan egy év; körülbelül harmaduknál következik be gyökeres változás, harmaduknál alakul ki motiváció a változásra (de még csekély eredmény felmutatásával), illetve harmaduknál nincs különösebb pozitív előrelépés.

Pontos adataim saját rehabilitációs otthonainkból vannak (Pécsvárad Váltóház és Kovácsszénajai Méréföldkő), ahol a terápiában legalább hat hónapot eltöltők között (akiknek zöme reszocializációs programjainkban folytatja a felépülést) a stabil józanságot tartók aránya körülbelül 85%.

A gyógyszereket tekintve leggyakrabban a pszichiátriában használatos szerek (altatók, nyugtatók, szorongásoldók, antidepresszívumok, antipszichotikumok) jönnek elsősorban szóba az elvonás időszakában, illetve kettős diagnózis esetén (amikor a szenvedélybetegség mellett markáns pszichopatológiai problémát is találunk). Van még néhány speciális kezelési forma, például a fenntartó (szubsztitúciós, helyettesítő) metadonkezelés – amikor valaki nem tud vagy nem akar az opiát használatáról lemondani –, a naltrexonkezelés (Antaxon, Devia), amely meggátolja az opiát és az alkohol receptorhoz kötődését „kémiai védett környezetet biztosít”, akár veszélyeztető helyzetekben is. A naltrexon adása alkoholbetegeknél az averzív módszert jelentő Antaethyl- és Esperal-terápiánál modernebb és előremutatóbb kezelés.

Sürgősségi beavatkozás során, például túladagoláskor, két szertípus esetén áll ellenanyag a rendelkezésünkre: az opiátoknál a naloxon (Narcanti), a benzodiazepineknél a flumazenil (Anexate). Egyéb szerek túladagolása esetén méregtelenítünk és tüneti terápiát alkalmazunk.

– Egyre többen fogyasztanak folyamatosan altató- és nyugtatószereket. Sok esetben problémát okoz a gyógyszerek dózisának önkényes emelése. Milyen kritériumok alapján ítéltetünk valakit ezért szenvedélybetegnek? Mely gyógyszerek esetében csekély, illetve fokozott a dependencia esélye?

– A szenvedélybetegekre jellemző, hogy nagyon rövid idő elteltével



önmedikalizálásba kezdenek. Nem bízható rájuk a gyógyszer, és gyógyszeres terápia szükségessége esetén folyamatosan kontrollálni kell őket.

Általános jelenség, hogy mind a pszichiáterek, mind a háziorvosok meglehetősen könnyelműen bánnak a nyugtató- és altatószerekkel. Sokszor úgy tűnik, hogy a terápia megkezdése előtt nem sikerült eldönteniük, milyen hosszú távra szándékoznak megoldást találni. Így fordulhat elő, hogy olyan gyógyszereket (Xanax, Frontin, Rivotril, Eunoctin, Dormicum, Gerodorm stb.), amelyeknek az adását – függőséget kialakító hatásuk miatt – egy-másfél hónapban maximalizálhatjuk, évekig írják be-tegeiknek. Gyakran bagatell problémára is – a kliens panaszainak lezárására – függőséget kialakító szert írnak elő.

Egyértelmű, hogy ez gyakran az orvoshoz forduló igénye is, mert olyan

világot élünk, amikor „nincs idő a fájdalomra”; próbáljuk meg elfogadtatni vele, hogy a valós problémamegoldó módszerek időt, részvételt, életmód-változtatást igényelnek.

Ha kevésbé veszélyes gyógyszert keresünk, akkor a carbamazepinszármazékok alkalmasak sóvárgáscsökkentőnek, de a szélsőséges hangulati ingadozások megszüntetésére is (Lamictal, Neurotop retard, Tegretol stb.).

– Egy 14 éves kora óta dohányzó fiatal nőbetegem esetében sikerült kiderítenem, hogy a szülést követő gyermekápolási idő két éve alatt szokott rá az italra (főleg konyakot iszik) és a kábítószerre (marihuána) is. Családján belül nem tudnak e szokásairól, csak arról, hogy a házassága megromlott. Vállalná a leszoktatást. Mi a stratégiája ennek a folyamatnak, és a folyamat mely fázisá-

ban játszhat jelentős szerepet a háziorvos?

– Ha a betegnek van belátása és némi motivációja, akkor komoly az esély arra, hogy absztinenciaorientált programot kezdhet.

A háziorvosnak legfőképpen a kezelés első szakaszában, a terápiára motiválásban, a család bevonásában, támogató hozzáállásának megszerzésében van szerepe, illetve az absztinenciaorientált program befejezését követő visszailleszkedési, reszocializációs fázisban.

A szülést követő időszak a fiatal nők számára igen kritikus periódus, számos pszichiátriai probléma indukálódhat ekkor (elsősorban nem addiktológiai bajok, de ezek sem zárhatók ki), így a háziorvosnak ebben az időszakban fontos szerep jut az esetleges problémák felismerésében, betegének adekvát terápiába való menedzselésével.

VÁRJUK KÉRDÉSEIKET ÉS ESETLEÍRÁSAIKAT!

Tisztelt Olvasóink!

Várjuk írásait Esettárunkba! Nem „tökéletes” esetismertetésekre számítunk, egyrészt azért, mert a terjedelem korlátozott, másrészt azért, mert az egészségügy mindennapjai eltérnek az elvekben megfogalmazott ideális helyzetektől. A kórtörténetek bemutatásával ebben a rovatban nem a szakmai irányelvek hű tükröztetése a célunk, hanem hogy szembesítsük a megvalósult gyakorlatot a szakmai elvárásokkal.

Az optimális terjedelem hozzávetőleg 2-3000 karakter, azaz egy-másfél kézirattoldal. Szívesen közlünk illusztrációként egy-két képet is, a be-

teg identifikálására alkalmas adatok mellőzésével.

A beküldött esetleírásokat szerkesztve, a szerző neve és címe nélkül tesszük közzé.

*dr. Kramer Imre
és dr. Holvay Endre rovatvezetők*

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE
Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu

Tervezett témák és szakértőik:

Onkohematológia,
dr. Demeter Judit
A gasztroenterológiai sebészet újabb lehetőségei és határai,
prof. dr. Jakab Ferenc
Kardiológia: szívélgtelenség,
dr. Czuriga István
Incontinencia,
prof. dr. Romics Imre,
prof. dr. Rákóczi István

A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.