

## Dr. Rácz József

### Családorvosi prevenció az addiktológiában

A családorvosok prevenciós lehetőségeit a prevenció felosztása mentén tárgyalhatjuk. Jól ismert a prevenció WHO szerinti hármass felosztás, ami elsősorban a beavatkozás felől közelít: elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció. Terjedőben van az az amerikai megközelítés, mely a célcsoport sajátosságait veszi elsősorban figyelembe. Megkülönböztetik az univerzális (az egész populációra kiterjedő megelőző programok a protektív faktorok erősítésével), a szelektív (veszélyeztetett populációk megcélzása) és az indikatív prevenciót (családra, illetve személyre szabott prevenció, a prevencióra valamilyen szakmai jelzést követően kerül sor, gyakran nehéz eközött és a terápia között a határt meghúzni). A családorvos egyedülálló lehetősége, hogy bepillantást nyerhet az egész család életébe, és akár egy családtagot is kezelve, a család működését pozitív irányban befolyásolhatja a szenvedélybetegségek témakörében (lásd még Rácz, 2001a).

#### Elsődleges prevenció

Gyakran kérnek fel családorvosokat iskolai prevenciós foglalkozások megtartására. 2001-ben egy középiskolai ISM-OM pályázat keretében az ország 340 iskolájában 109 747 9-12 évfolyamos diákot kérdeztek meg többek között arról, kitől származnak a drogokkal kapcsolatos információik. Láthatjuk az 1. táblázatban, hogy az orvosok – más szakemberekkel együtt – elég alacsony pontszámot kaptak az 1-5-ig terjedő skálán. Külön nem mutatom be, de hasonló válaszok érkeztek arra a kérdésre is, hogy „kivel beszélnéd meg a drogozással kapcsolatos esetleges problémáid”. Úgy tűnik, hogy a fiatalok elsősorban a kortársaiktól szerzik az információikat, és a hozzájuk korban közelebb álló személyekben jobban megbíznak. Mindez azt jelenti, hogy nem lehetnek túl nagy illúzióink egy iskolai prevenciós foglalkozástól. Célszerűnek tűnik, ha nem foglalkozást, hanem foglalkozás-sorozatot szervezünk pl. egy szenvedélybetegekkel foglalkozó szakmai szervezettel, amikor képzett kortárs segítők beszélgetnek a diákokkal, és közelebbről a drogokról és azok hatásairól csak a foglalkozás-sorozat második felében esik szó, immár az orvos részéről.

*1. táblázat: „Kitől mennyi információt kaptál eddig a drogokkal kapcsolatban”- kérdésre adott válaszok átlagértéke az ISM-OM programban résztvevők körében  
(az átlagértékek sorrendjében)*

„Informátor”	átlag	szórás
Valaki, aki az osztályfőnöki órán előadást tartott	3,15	1,54
Idősebb haverok	2,92	1,38
Kortárs haverok	2,92	1,33
Kortárs barát	2,72	1,31
Idősebb barát	2,64	1,36
Anya	2,56	1,25

Más szakember	2,49	1,56
Osztályfőnök	2,48	1,33
Orvos	2,3	1,46
Olyan ismerős, aki már használt drogot	2,2	1,5
Apa	2,15	1,16
Más tanár	2,1	1,22
Rendőr	2,04	1,48
Valaki más	1,91	1,27
Más rokon	1,87	1,08
Testvér	1,82	1,2
Leszokott drogos	1,7	1,31
Hitoktató, lelkész	1,41	0,94
Pszichológus	1,33	0,92
Összesen	2,24	

Már az általános iskola felső tagozatában is érdeklődés mutatkozhat ilyen előadások és programok iránt, de én a magam részéről nem tartom szerencsésnek, ha a drogprevenció a drogok „bemutatásából” és a droghasználatról történő elrettentésből áll. Az előző inkább felkeltheti a kíváncsiságot, utóbbi pedig hosszabb távon hatástalan. Ezért az ilyen drogprevenciós foglalkozásokat jobb erre képzett szakemberre bízni.

Más a helyzet, ha a családorvost ismerő, abban megbízó szülő keresi fel a családorvost és kér információkat a drogokról, illetve a gyermek- vagy serdülőkori droghasználatról. Ekkor már az adott személy és családja ismeretében személyre szabott, egyedi információkat tudunk adni. Felmerülhet a kérdés, hogy vajon miért keresett meg bennünket a szülő? Fél, hogy gyermeke drogokat használ, vagy már gyanakszik, esetleg „bizonyítéka” is van erre, vagy már biztos, hogy a gyermeke droghasználó? Ha félelemről és gyanakvásról van szó, akkor a reális információközlés a hatásos, ugyanis annyi téves hiedelem veszi körül a drogokat és azok használóit. Sokszor célszerű javasolni, hogy a szülő próbáljon meg beszélni a témáról a gyerekével – ne úgy, mint potenciális droghasználóval, hanem inkább érdeklődéssel és nyitottan, tapasztalta-e ezt a gyerek pl. az osztálytársai között, mi a véleménye, mit tud a drogokról stb.

Mint szó volt róla, a pusztán információátadáson alapuló prevenció nem hatásos; gondoljunk csak a rövid intervencióra, ahol ugyan információt közlünk, de ennél szélesebb repertoárral dolgozunk – és az 1-2-3-szor 10-20 perces beszélgetések hatékonyak lehetnek. Az elrettentés többek között azért nem hatékony, mert a kockázatkereső személyek számára az elrettentés tárgya különösen vonzóvá válhat, továbbá minél súlyosabbnak gondolunk egy jelenséget, annál kevésbé hisszük, hogy az velünk megtörténhet (irreális optimizmus), végül pedig a közlő a hitelét veszti el, ha pl. azt állítja, hogy egy marihuanás cigarettától meg lehet halni vagy rá lehet szokni a heroinra. Utóbbi esetekben a fiatalnak lehetnek akár saját tapasztalatai,

akár másoktól származó ismeretei, hogy ez nincs így. Ezután pedig már semmit sem fog az információközlőnek elhinni.

A prevenció kifejezés túlmedikalizált szemléletet tükröz; ezért is használják többen az egészségfejlesztés kifejezést, amikor valamit (egy nemkívánatos állapotot) nem megelőzni kívánunk, hanem egy kívánatos állapotot elérni. Nem az a kérdés, hogy valaki mit ne csináljon (ne igyon, ne drogozzon), hanem az, hogyan élhet egészségesen vagy egészségesebben. Az egészségfejlesztés egyben a folyamat holisztikus jellegére is utal, elszigetelt prevenciók tevékenységei (alkohol- és drogprevenció, „túlsúlyosság-prevenció”, mozgásszegény életmód prevenciója stb.) helyett a személyiség, a testi és lelki működések átfogó fejlesztésére koncentrálnak.

### **Másodlagos prevenció**

Az előző gondolatmenetet folytatva, ha kiderül, hogy a gyerek drogot fogyaszt, akkor az idő múltával a család általában többféle módon reagál. Kaufman (1994) droghasználó családokkal szerzett tapasztalatai közül kiemeli ezeket a stádiumokat, melyeken a család végigmegy, amikor felismeri a droghasználóként identifikált egyént:

1. kezdeti tagadás stádiuma: a család nem vesz tudomást a szerhasználatról, néha egyértelmű bizonyítékok ellenére (pl. véres fecskendő, drogozáshoz használt kellékek) sem;
2. túlreagálás stádiuma: összerosódott és kaotikus módon reagál a család a droghasználat felfedezésére és jelentkezésére, különösen intoxikáció és súlyos használat idején;
3. új családi egyensúly alakul ki. Ez lehet olyan, hogy az identifikált személyt (a droghasználót) kizárja a családból, de lehet egy belső határok nélküli összeolvadás is a droghasználóval. Néha a családok a kizárás-összeolvadás stádiumai között ciklikusan mozognak.
4. a szerhasználat abbahagyását követően a családnak újra kell alkalmazkodnia a megváltozott körülményekhez. Kezdetben jönnek a „mézeshetek”, amikor a család minden konfliktust tagad. Előfordulhat az is, hogy korábbi problémák – amelyek addig is jelen voltak, csak az identifikált személy drogozása elvonta róluk a családtagok figyelmét – előtérbe kerülnek, és hogy ez ne így legyen, az identifikált személyt a családi rendszer „visszakényszeríti” a droghasználatához.

A családorvos elvileg mindegyik stádiumban találkozhat a szülőkkel. A tagadás stádiumában esetleg ő az, aki tud a gyerek drogozásáról, és neki – sem – hisznek a szülők. De már az is kérdés, hogy elmondhatja-e a családorvos a szülőknek, ha tudomására jut, hogy a 14-18 éves gyerek drogozik (14 év alatt elvileg kötelező). Itt is a beteg érdeke az elsőrendű: az ideális megoldás, ha a gyerekekkel megértetjük, hogy miért kell erről tudni a szülőknek, és ő mondja el, hogy drogot használt – vagy éppen az elmondásban segítjük egy közös beszélgetéssel.

A túlreagálás semmiképpen sem adaptív családi válasz, esetenként a hatásos kezelést is megakadályozza; a szülők morális kérdést csinálnak a problémából, ahol vagy a gyerek, vagy ők a „bűnösök”. Ez a megközelítés a terápia ellen dolgozik. Máskor azonnali kezelést és leszokást várnak, és ha az egy hét múlva nem következik be, más szakembert keresnek, és így tovább, végül a gyerekük nem fog meggyógyulni. Ilyenkor is a reális megközelítés lehet a legjobb segítő, felhasználva azt, hogy a szülő – mint a családot ismerő orvosban – jobban bízik a családorvosban, mint esetleg egy „idegen” szakemberben. A 3. és a 4. fázis már inkább

a témában jártas szakembert, vagy pszichoterápiás, illetőleg családterápiás képzettségű családorvost feltételez. A bonyolult családi dinamika miatt – különösen sok éves droghasználói karriert követően – csak óvatosan lehet „belenyúlni” az ilyen családok életébe. Visszatérve a droghasználat közléséhez: Gyakran fordulnak a szülők a családorvoshoz, hogy végezzenek gyermeküknél vizeletvizsgálatot: drogozik vagy sem a gyerek. Ez szakmailag és etikailag is nehéz helyzet. Szakmailag azért, mert egyrészt a vizelet-gyorstesztek megbízhatósága alacsony (tehát laboratóriumi konfirmáló vizsgálatra is szükség van), másrészt az orvos nem rendőr, csak betegség gyanúja esetén, diagnosztikai célból végez vizsgálatot. A droghasználat is betegség, tehát ha a diagnózis szükségessége felmerül (a beteg érdekében), akkor el lehet végezni a tesztet, megfelelő konfirmáló vizsgálattal. A közlésre az áll, amit az előzőekben kifejtettem: ne pusztán egy laboratóriumi leletként kezeljük az esetleges pozitív eredményt, hanem olyan közlésnek, ami a család életét megváltoztathatja – akár a droghasználatot körülvevő téves hiedelmek, mitológiák miatt is. Tehát az eredmény közlését kössük össze felvilágosítással, lehetőleg a szülők és a gyermek részvételével. Így az eredmény közlése egyfajta pszichoterápiás, családterápiás foglalkozás: „a tények nem beszélnek magukért”. Fel kell készülni akár a tagadásra, akár a túlreagálásra, és ezek oldására.

Ha a fiatalok pszichoaktívanyag-használatáról gondolkodunk, nem szabad elfelejteni, hogy az alkoholizáló, esetleg ma már egyre nagyobb számban illegális szereket használó szülők gyógyítása és gondozása az egyik legfontosabb prevenciós eszköz a gyermekek szerhasználatának megelőzésében.

A szűkebb értelemben vett másodlagos prevencióval nem foglalkozom, mert az már a terápiák világába vezet (korai felismerés és korai kezelésbevitel).

### **Harmadlagos prevenció**

Az állapotrosszabbodás megelőzése: rehabilitáció és reszocializáció. A szűkebb értelemben vett ártalomcsökkentés is ide sorolható, amikor biztonságosabb pszichoaktív-szer-használatra törekszünk olyan esetekben, ahol az absztinencia hosszabb-rövidebb ideig nem reális célkitűzés.

### ***Szelektív prevenció***

Kockázati, illetve veszélyeztetett csoportok körében végzett prevenciós munka, részben az elsődleges és a másodlagos prevenció határmezsgyéjén helyezkedik el, de a megközelítés itt más logikát követ. Nem az egyének veszélyeztetettségét becsüljük fel, hanem az adott populációét, és ettől függően, lehetőség szerint az adott népességcsoport minél több tagját igyekszünk a prevencióba vonni. A prevenció a kockázati tényezők hatásának mérséklését és a protektív faktorok befolyásának fokozását célozza. A családorvosi gyakorlatban elsősorban a családi, és kevésbé az egyéni kockázati tényezőkkel célszerű foglalkozni; ki kell használni azt a lehetőséget, hogy a családorvos elvileg a család minden tagjával kapcsolatba kerülhet.

A probléma tehát annak meghatározása, hogy melyek azok a családi védő tényezők, melyeket erősíteniünk és melyek azok a kockázati faktorok, melyeket ellensúlyoznunk kell, illetve a családon belül mik azok az interakciós-kommunikációs szokások, melyeket befolyásolnunk kell a megelőzés érdekében.

Jól ismert kockázati tényező pl. a szülő(k) vagy a testvérek alkohol- és droghasználata, dohányzása (akár genetikusan, akár pszichológiailag), e viselkedések iránti elfogadó-pozitív attitűdje, az elhanyagoló nevelés (a gyermek bármely fejlődési szakaszában), a gyermek szexuális vagy fizikai bántalmazása, a család hátrányos vagy instabil szocioökonómiai helyzete, továbbá a család elégtelen nevelési gyakorlata. Protektív tényezők pl. az állandó, kiszámítható, a gyermek viselkedésére reagáló nevelés, a szülő-gyerek közötti erős érzelmi kötés, a szülői felügyelet, a szülők részéről a gyerek felé sugárzott pozitív érzelmek és támogatás. A protektív tényezők közé tartozik a szülők információ- és segítségkérése gyermekük érdekében. Ugyancsak a protektív faktorok mérsékelhetik a rizikófaktorok hatását – pl. a kortársak negatív befolyását (Ashery, Robertson és Kumpfer, 1998).

A prevenció szempontjából fontos tehát tudnunk, hogy mit célzunk meg, és ezek a tényezők – a tudományos vizsgálatok szerint – milyen összefüggésben állnak a gyerekek későbbi droghasználatával. Másik fontos kérdés, hogy kiknél és milyen családoknál tesszük ezt. A prevenció érintheti a szülőket, a gyereket és az egész családot. Leghatékonyabbak azok a módszerek, melyek a családot mint egységet célozzák meg. Ez azonban pl. elvált szülők esetén nehéz: a tapasztalatok szerint szükségessé válhat ilyenkor, hogy az eredeti családról és a két elvált szülő később alapított családjairól is rendelkezünk információkkal, hogy egy adott gyerek viselkedését megértsük.

A családi preventív intervenciók viselkedéses, érzelmi és kognitív irányultságú módszereket egyaránt használhatnak annak érdekében, hogy a családi viselkedéseket megcélazzák. Például ilyenek a szülő-gyerek interakción alapuló stratégiák, a kommunikációs készséget, a gyermeknevelési gyakorlatot és az egész család menedzselését javító módszerek. A *fő hatótényező* a készségfejlesztés (a pusztán edukatív módszerekkel szemben), mely során interaktív oktató/gyakorló módszereket használunk: bemutatást, gyakorlatokat, visszajelzést, házi feladatokat, majd segítjük a családot, hogy továbbfejlessze azokat a készségeket, melyek működnek, és módosítsa azokat, amelyek nem.

Mint minden beavatkozásnál, itt is mérlegelnünk kell, hogy az intervenció nagyobb előnyökkel jár a benne résztvevők számára, mint hátrányokkal, illetve ezeket a beavatkozás közben esetlegesen előálló ártalmakat hogyan tudjuk az alkalmazás folyamatában kivédeni, menedzselni.

Ezekben az esetekben olyan módszerekről van szó, amelyeket a többi prevenciós technikához és eljárásokhoz képest kevésbé alkalmaznak Magyarországon. Ha pedig alkalmazzák is ezeket a módszereket, a szerhasználat vonatkozásában kifejtett preventív hatásuk sokszor a háttérben marad.

Például az egyik családi program, ahol a cél a 8-14 éves gyermekek kockázati viselkedésének csökkentése a szülők és a család befolyásolásán át, öt két-két órás alkalomból áll. A program az Egyesült Államokban 1987 óta működik, és mintegy 120 ezer családot ért el.

Egy másik program pszichoaktív-szer-használó szülők alsó tagozatos gyerekeinél a szerhasználat kialakulását van hivatva megakadályozni (a későbbi életkorokban). Később a programot hatásosnak találták más gyermekkori magatartás- és beilleszkedési problémák esetén is. A program 16 hetes, hetenként 2-3 órás családi készségfejlesztésből áll, melybe a gyereket is bevonják.

Ezek a példák arra jók, hogy a szelektív prevenció hosszúsága és intenzitása érzékelhetővé váljon.

### ***Indikatív prevenció***

Ebben az esetben már valamilyen egészségügyi, szociális vagy gyermekjóléti szervezet utalta be a szerhasználót. Ilyenkor a család általában többszörös problémákkal küszködik, és működése hosszabb ideje diszfunkcionális („sokproblémás családok”). A családdal, illetve a szerhasználóval történő foglalkozás – akár egyénileg, akár családban – már átmenetet jelent a pszichoterápiák, illetve a családterápiák felé, ezért célszerű, ha ez irányban végzett szakember vesz részt ebben a prevenció-típusban.

A családi intervenció tervezése (Rácz, 2001b):

1. A probléma
2. Célcsoport meghatározás
3. Állapot-/Szükségletfelmérés
4. Célkitűzés --- Indikátorok
5. Program kiválasztása
6. Források --- Költségvetés --- Határidő
7. Értékelés tervezése --- Folyamatértékelés – Eredményértékelés
8. Alkalmazás: a program végrehajtása
9. Értékelés --- Az értékelés eredményeinek kommunikálása
10. Az értékelés eredményei alapján az intervenció újraindulhat

1. A probléma: a *családi kockázati és protektív faktorokat*, illetve a *családon belüli interakciókat* hogyan tudjuk befolyásolni annak érdekében, hogy megelőzzük a gyerekeknél a droghasználat kialakulását vagy súlyosabbá válását (itt egyaránt gondolunk az alkohol- és az illegitim droghasználatra, valamint a dohányzásra).
2. Célcsoport meghatározása: univerzális, szelektív vagy indikatív prevenciót kívánunk végezni.
3. Állapot-/Szükségletfelmérés: állapotfelmérés, a család fejlődési fázisának megállapítása, valamint a motiváció feltérképezése tartozik ehhez a ponthoz.
4. Célkitűzés --- Indikátorok: minél általánosabb célokat tűztünk ki, annál általánosabb indikátorokkal tudjuk mérni azokat. Nemcsak közvetlenül a droghasználatra érdemes figyelniük, hanem arra is, hogyan változott a család kommunikációja, problémamegoldása általában. Az indikátorok vonatkozhatnak a szülőkre (pl. nevelési feladatok megoldása, szülői autoritás növekedése), a gyerekekre (droghasználat, magatartászavar, stressz-kezelés stb.) és a család egész rendszerére (pl. az említett családi kommunikáció, a titkok csökkenése).
5. Program kiválasztása: korábban bemutattam néhány példát az egyes prevenciós típusoknál.
6. Források --- Költségvetés --- Határidő
7. Értékelés tervezése --- Folyamat-értékelés – Eredmény-értékelés: a folyamatértékelés arra vonatkozik, hogy a megfelelő családokat értük-e el, sikerült-e megvalósítani velük az előre eltervezett programot, vagy azt módosítani kellett, hány családot értünk el stb. Az eredmény-értékelés már a konkrét rövid vagy hosszabb távon elért eredményeket jelenti: a szerhasználat csökkenése a családtagoknál.
8. Alkalmazás: a program végrehajtása
9. Értékelés --- Az értékelés eredményeinek kommunikálása:
10. Az értékelés eredményei alapján az intervenció újraindulhat.

## **Egészségpolitikai háttér**

Már az első, egészségfejlesztéssel foglalkozó WHO értekezlet (Ottawa Karta, 1986) megfogalmazta – többek között – az egészségügyi intézményrendszer reorientációját, a kuratív hangsúly mellett az egészségfejlesztés irányába. A családorvosok részvétele az addiktológiai prevencióban kiemelt hangsúlyt kap a „Nemzeti stratégia a kábítószer-problémák visszaszorítására” (Országgyűlési határozat, 2000) és az „Egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” dokumentumokban. A hangsúly elsősorban a képzésen van, valamint olyan hálózatok kialakításán, melyek különböző egészségügyi és szociális intézmények, civil szervezetek valamint a családorvos részvételével működnek. 56, 20 ezer főnél nagyobb városban alakultak eddig Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, melyek munkájában a családorvosok reprezentációja is kívánatos (ha nem történt volna meg). A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok munkájának összehangolását a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet végzi.

## **Hivatkozások**

Ashery RS, Robertson EB és Kumpfer KL (szerk.): Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph 177. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. National Institute on Drug Abuse. Division of Epidemiology and Prevention Research. Rockville, MD. 1998.

Kaufman E: Family therapy. Other drugs. In: Galanter M és Kleber HD (szerk.): The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, 331-348, 1994.

Paksi B: A „Középfokú oktatási intézmények számára az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című programban résztvevő tanulók körében végzett kiinduló felmérés értékelése. Kézirat. 2001.

Rácz J: A drogfogyasztás megelőzése. Családorvosi fórum, 3:60-62, 2001a.

Rácz J: A prevenciós programok értékelése. Az Ifjúsági és Sportminisztérium szakmai kiadványa. Budapest, 2001b.

WHO: The Ottawa Charter for health promotion. WHO/HPR/HEP/95.1, 1986.