SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG

A felépülés alapú gondozási megközelítés
Szakmai tanácskozás
(2 nap, 20 óra)

Előadások leiratai

Tartalomjegyzék, mely a jóváhagyott tematika alapján készült

1. A felépülés alapú gondozás elméleti alapjai
2. A családi konzultáció jelentősége a gondozási folyamatban
3. Célkitűzés, keretek lefektetése a tervezés során
4. Pszichoedukáció, stresszkezelés, relapszus prevenció
5. A kettős diagnózisú személyekkel való foglalkozás sajátosságai
6. Életviteli készségek javítása
7. Az önsegítésben rejlő lehetőségek
8. Gondolkodtató kérdések, feladatok
9. Összefoglalás
10. Bibliográfia

A továbbképzésen résztvevők előzetes tudása, munkahelyi tapasztalatai: Az előadásokat olyan szociális szakembereknek tartjuk, akik a szenvedélybetegekkel, a mentális betegségekkel érintett személyekkel és hozzátartozóikkal foglalkoznak, szociális alapszolgáltatásokban vagy szakosított ellátásokban dolgoznak. A felhasználóik, klienseik szenvedélybetegek, mentális betegek és hozzátartozóik, akik szociális ellátást kértek. A szenvedélybetegek számára nyújtható szolgáltatásokat a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény (továbbiakban: Szt.) tartalmazza, ~~törvény (továbbiakban: Szt.) tartalmazza,~~ melyet még a későbbiekben részletesebben ismertetünk. A szolgáltatások egyik körében kifejezett célcsoportként vannak megjelölve a szenvedélybetegek. Olyan szolgáltatások is vannak, melyek nevükben nem tartalmazzák a szenvedélybetegséget, másoknak is segítenek, de a szenvedélybetegek számára is nyújtanak különféle szolgáltatásokat. Ilyenek pl. a családsegítés, étkeztetés. A továbbképzés résztvevőinek szociális szakképesítése van, melyek jogszabály alapján meghatározottak. Ezek a szakképesítéseket interdiszciplináris tudást fejeznek ki.

[RNT1] megjegyzést írt: Javaslom a rövidítés leírását, mivel a szövegben a későbbiekben is szerepel így.

[u2R1] megjegyzést írt:

A továbbképzés módszerei: Az előadásokat interaktív csoportok, workshopok követik, ahol az elméleti témák továbbgondolására és a gyakorlati teendők megvitatására van lehetőség. Már az előadások közben is van lehetőség kérdésekre, vélemények elmondására, amellyel segítsük a téma gyakorlati felhasználhatóságát. Az előadók építenek a már meglevő tudásra, a meglevő munkahelyi tapasztalatokra. Törekedjünk az ismereteink, képességeink, készségeink felhasználására és fejlesztésére a továbbképzés során. Ösztönözzük a továbbképzés témáinak további feldolgozását a munkahelyi csoportokban, esetmegbeszéléseken, a segítő munka fejlesztése érdekében. Használjuk a Gondolkodtató kérdéseket, feladatokat. Segítsük a résztvevők önellenőrzését és további

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és
VEKOP-7.5.1-16-2016-00001
kiemelt projektek

Cím: 1071 Budapest, Peterdy u. 15.
E-mail: efop382@szgyf.gov.hu
E-mail: vekop751@szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

ismeretbővítését. Hivatkozzunk további forrásokra, on-line felületek használhatóságára.

Elmélet és gyakorlat aránya: A szakmai tanácskozás szabályozása nem határozza meg számszerűen az elmélet és gyakorlat arányát, de a gyakorlat központúság a cél. Ezért innovatív módszerekkel az előadásokat is úgy tartjuk meg, hogy legyen lehetőség hozzászólni és tartalma is gyakorlatias, speciális, módszer specifikus legyen. Csoportmunka, a saját munkatapasztalat beemelése, fejlesztése, önfejlesztés, önellenőrzés és visszacsatolás segítik a gyakorlat központúságot. A továbbképzés összességében így a gyakorlat aránya kétharmad, az elmélet aránya egyharmad.

Összefoglaló kiindulópont: A felépülés szemléletének a lényege, hogy a kliens/felhasználó a saját, személyes változásait éli meg, saját céljai, értékei, attitűdjei mentén. Ez azt jelenti, hogy a személyiségen belülről láttatja a saját helyzetét, átéléseit, változásait, elakadásait és újrakezdéseit. Ebben a szemléletben fontossá válik a szubjektív élmény. Nem csak egy melléktermék a folyamatnak, hanem a főszereplője, erőforrása és fő hajtó ereje.

A továbbképzés célja, a jóváhagyott tematika alapján: A továbbképzési program azokat a szakembereket segíti a felépülés alapú megközelítés gyakorlati alkalmazásában, akik a szenvedélybetegekkel, a mentális betegségekkel érintett személyekkel és hozzátartozóikkal foglalkoznak. A tanácskozás résztvevői képet kapnak a hozzátartozókkal és a természetes hálót alkotó személyekkel való konzultációkról és azok lefolytatásának módszereiről. Ezen kívül szerepet kap a szerződéskötés, a célok és a keretek kijelölésének fontossága. A résztvevők megismerik a stressz egyéni állapotokra gyakorolt hatásait, illetve a stressz kezelési technikák alkalmazását, és az állapotrosszabbodás vagy visszaesések megelőzésének lehetőségeit.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



1. A felépülés alapú gondozás elméleti alapjai

Célja: A szakmai tanácskozás minden témakörének elméleti keretét jelenti a felépülés alapú szemlélet. Az elméleti alapok felvázolásával az a célunk, hogy megváltozzon a szenvedélybetegekkel való foglalkozás alapvetése, a kliensek önfejlesztő képességének elismerésével.
Fogalmak: Személyes felépülés, klinikai felépülés, felépülési tőke, érzelmi intelligencia

A felépülés fogalmát egyre gyakrabban használja az egészségügyi és a szociális szakma. Elsősorban az angolszász nyelvterületen megjelenő értelmezés egyre nagyobb szerepet játszik a hazai szakirodalomban is. (Prochaska – DiClemente, 1982), (Petke – Tremkó, 2018), (Bugarszki, 2013), (Rácz, 2001). Érdemes szemügyre venni az USA-ban, Nagy-Britanniában és Új-Zélandon kiteljesedő folyamatot és megvizsgálni hazai megvalósíthatóságát és minden szolgáltatásban való elterjesztését, integrálását. A szenvedélybetegség mentén (is) jól használható szemléletnek vannak nemzetközi és hazai előzményei is, amelyekre lehet építeni.
A felépülés szemléletének a lényege, hogy a kliens/felhasználó a saját, személyes változásait éli meg, saját céljai, értékei, attitűdjei mentén. Ez azt jelenti, hogy a személyiségen belülről láttatja a saját helyzetét, átéléseit, változásait, elakadásait és újrakezdéseit. Ebben a szemléletben fontossá válik a szubjektív élmény. Nem csak egy melléktermék a folyamatnak, hanem a főszereplője, erőforrása és fő hajtó ereje. A felépüléshez a kliens számára elérhető szolgáltatásokat kínál.

A felépülés elvei és értékei (Petke – Tremkó, 2018)

Felépülés	
Elvek	Értékek
Empowerment (képessé tétel)	Választás, együttműködés (koprodukció), partnerség, egyéni problémamegoldás, erőforrás alapú segítő munka, tulajdonlás (a felépülési utazást sajátnak és nem más által ráerőszakoltnak érzi)
Fejlődés, növekedés	Remény, érzelmi és spirituális intelligencia, önmeghatározás, önfejlődés, önátalakítás, tanulás a hibáinkból, aktív megküzdés, tudás, tapasztalat, bölcsesség
Autonómia	Önirányítás, ambíciók, öntudat
Befogadás, azonosulás	Közösséghez tartozás, kapcsolati háló és támogatás, sorstársi szolidaritás, kölcsönös előnyökön alapuló csoporttagság
Állampolgári tudat	Emberi jogok, társadalmi szerep, társadalmi azonosságtudat, megszégyenítéstől, stigmáktól és bűntudatkeltéstől mentes személyes tér. Felelősség. Hozzájárulás.
Különbözőség	A különbségek tisztelete, megbecsülése és ünneplése, a kulturális erőforrások kiaknázása, elérhetőség/nyitottság

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



A sérülékeny személyek védelme és gondoskodás róluk	Biztonságos, megbízható környezet, kockázatcsökkentés, ártalom-megelőzés, támogatottság a nehéz helyzetekben a sorstársak és a segítők által
Család és gondoskodó személyek	Folyamatos gondoskodás, a család és a gondozók bevonása a felépülésbe, informálás, az élmények megosztása

A felépülési tőke lesz a segítő munka alapja. Felépülési tőkének nevezzük a kliens által bejárt utat, a saját céljaival, értékeivel és azok változásaival. A megélt tapasztalat lesz a kliens változásának fő ereje, mutatója. Ebben lehetséges a visszaesés, melyet az újabb változás egyik erőforrásának tartunk. A felépülési tőkének személyes, közösségi, társadalmi dimenziói vannak. Ezért sem állhatunk meg az egyéni esetkezelésnél, hanem a családi, környezeti változásokat, kapcsolatokat is be kell vonni a segítésbe.

Az érzelmi intelligencia az ember egyik alapvető jellemzője. Így van ez a szenvedélybetegek esetében is. Az érzelmek megélése sokszor akadályba ütközik, melyeket le kell bontani. Az akadály sokszor a közvetlen környezetben rejlik, akár a saját családban, a kliens személyében. A gyermekkori utánzásnak kiemelkedő szerepe van. A kortárscsoport, az óvoda és az iskola légköre sokat segíthet ennek a megélésében, megtapasztalásában, fejlesztésében. Ugyanakkor azt is tapasztaljuk, hogy éppen az ellenkezője is lehetséges: az érzelmek elfedése, kigúnyolása, mely destruktív mintákat ad a gyermek számára. Kiemelkedő lehet a tárgyi ajándékokhoz kötődő élményvilág, mely sokszor csak percekig, néhány óráig tartó örömet okoznak. Az emberi fejlődéshez tartozik az érzelmeink irányítását megtanulni. A megélés, az érzelmek irányítása a családi, spirituális nevelés része. Jó, ha a gyermek kicsi korától ez így van, rossz, ha hiányzik. Meg kell tanulni érzelmeinket kifejezni. Ez talán könnyebb pl. öröm kifejezésekor, de szükséges pl. a szomorúság megélését, kifejezését is megtanulni. Az érzelmi intelligenciánk egész életünkben alakul. Kiemelkedően fontosak a krízisek, ahol nyersen, nyíltan megjelennek ezek a tulajdonságaink. Érdemes vizsgálni a szenvedélybetegség ok-okozati viszonyát az érzelmi intelligencia alakulásával.

Az elméleti modellek rendelkezésre állnak a felépülés kivitelezéséhez. Andresen, Prochaska-DiClemente elméletei mellett az AA, AAA csoportok gyakorlatai, a Nyírő Gyula Kórházban megvalósuló alkotó munka és az ország minden területén tetten érhető önsegítő csoportok jelentik a fő támaszt a továbbfejlesztéshez. A modellek segítenek a tudás csoportosításában is. A felépülés szakaszai segítenek megérteni a folyamatot. A felépülés szakaszai:

- Remény megjelenése – mi fog velem történni?
- Az identitás előre törése – ki vagyok én?
- Mi történik velem most – mit jelent ez számomra?
- Személyes felelősség megjelenése – mit tudok tenni magamért, a környezetemért?

Ebben a szemléletben az egyén döntéshozatalára összpontosítunk. A változáshoz a kliens akarata és tevékenysége, motivációja szükséges. Az emberek viselkedését nem lehet gyorsan megváltoztatni. Főleg a minden napi viselkedés megváltoztatása hosszú folyamat. Ez ciklusokon keresztül érhető el.

1. Elutasítás (pre-kontempláció). Még nincs szándék a változásra. A kliens elhárítja a feltételezést, de közvetlen környezete, családja, munkatársai érzékelhetnek problémát. A kliensek gyakran nincsenek tisztában azzal, hogy viselkedésük problémás vagy negatív

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



következményekkel jár. Az érintettek ebben a szakaszban gyakran alábecsülik a viselkedés megváltoztatásának előnyeit, és túl nagy hangsúlyt fektetnek a viselkedés megváltoztatásának hátrányaira. Nem járnak el kezelésekre, hacsak nem kényszerítik erre. Még élvezi a szerhasználatot, a viselkedést. Itt a segítő direkt beavatkozása csak felületes eredményt hozhat. A segítő kapcsolat megteremtése, az elfogadás és az információ nyújtás lehet a professzionális segítő eszköztára. A kapaszkodó emberek, a tapasztalati szakemberek tehetnek legtöbbet ebben a ciklusban. A felépülés logikája alapján a kliens elutasító, tagadó magatartását nem erősítjük, a távolságot nem növeljük, mert ez csak ronthat a helyzeten. A motivációs interjú alkalmazása lehetséges, mely megmutatja, hogy következik-e a második ciklus.

2. Töprengés (kontempláció). Folyamatosan változik a kliens helyzetértékelése. Néha megjelenik a változtatás gondolata, de még elmúlik. Ez egy belső, szemlélődő gondolkodás. Ebben a szakaszban az emberek belátható időn belül meg akarják kezdeni az egészséges magatartást. A kliensek felismerik, hogy viselkedésük problematikus lehet, és átgondoltabban és gyakorlatiasabban mérlegelik a viselkedés megváltoztatásának előnyeit és hátrányait, egyforma hangsúlyt fektetve mindkettőre. Ennek a felismerésnek az ellenére is ellentmondásosnak érezhetik magatartásukat.

3. Elhatározás, előkészület. Ebben a szakaszban a kliensek készen állnak a cselekvésre rövid időn belül. Apró lépéseket tesznek a viselkedés megváltoztatása felé, és úgy gondolják, hogy viselkedésük megváltoztatása egészségesebb élethez vezethet. A segítő szakember ebben a ciklusban kapcsolódhat a kliens kisebb-nagyobb céljaihoz. Azokban segíthet, azokhoz ajánlhat szolgáltatást, ezzel növelve a kliens önbizalmát, bizalmát és motivációját.

4. Cselekvés, akció. Elkezdődik a viselkedés megváltoztatása. Az elhatározott tevékenységeket elvégzik és folytatni kívánják ezt a viselkedésváltozást. A kliensek vagy megváltoztatják a régi viselkedésüket vagy új tevékenységeket végeznek, új értékrendet követnek. Ez a szakasz kitartást kíván és a visszaesés esélye is meg van. A visszaesés ne összeomlás legyen. Minden szakasznál lehet visszacsúszás, mely esetben onnan kell folytatni, módosított motivációval. A visszaesés egy tanulási folyamatként értelmezendő.

5. Fenntartás. A megváltoztatott magatartás folyamatos és kezd stabilizálódni. A szándékos viselkedésváltozás, az önbizalom, a sikerbe vetett hit megerősödik. A kliens szándéka és akarata kell a visszaesés megakadályozására.

6. Megszüntetés, befejezés. Befejeződött a viselkedésváltozás. A régi viselkedés nem tér vissza. Nincs visszaesés, a változás befejezettnek mondható, fennmaradása végleges. Vita folyik arról, hogy ez a szakasz létezik-e vagy az ötödik szakasz az élete során végig szükséges. A relapszus prevenció minden ciklusban, itt is alkalmazandó.

A felépülés folyamatában a kliens a főszereplő.
A segítő szerepe speciális. Ezt foglalja össze az alábbi táblázat (Rácz, 2001)

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



A változás szakaszai és a terapeuta feladatai (Miller - Rollnick, 1991)

A kliens stádiuma	A terapeuta motivációs feladata
Prekontempláció	A kételkedés felkeltése: növelni a kliens kockázatészlelést és a jelenlegi viselkedésével kapcsolatos problémáit
Kontempláció	Az egyensúly felborítása: hangsúlyozni a változáshoz szükséges okokat, a nem-változás kockázatait, megerősíteni a kliens jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességét.
Előkészület	Segíteni a klienst abban, hogy a számára legmegfelelőbb akciót válassza ki a változás-keresése során
Akció	Segíteni a klienst, hogy a változás irányában lépéseket tegyen.
Fenntartás	Segíteni a klienst, hogy meghatározzon és használjon olyan stratégiát, melyek megelőzik a visszaesést.
Relapszus	Segíteni a klienst, hogy újrakezdje a kontemplációt, az előkészületet és az akciót, anélkül, hogy „beragadna” valamelyik stádiumba vagy demoralizálódna a relapszus miatt.

A klinikai és a személyes felépülés

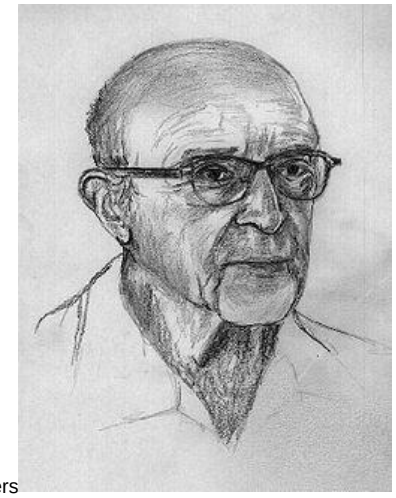
A felépülés alapú gondozási modell mellett felmerül a kérdés, hogy mi a különbség a klinikai és a személyes felépülés között. A klinikai modell egy hiányt diagnosztizál a kliens megfigyelése, vizsgálata alapján. Azokat értékelve egy kategória rendszerbe illeszti be és abból a kimeneti állapotot írja le. Ezzel nem tudja figyelembe venni a kliens individuális lényét. A felépülésnél pedig ez az alapvető és az összes többit ebből vezetjük le. Vannak olyan nézetek, hogy ez a kettő alapvetően kizárja egymást, mások szerint viszont összekapcsolható. Mind a két modellnek az előnyeit igyekszünk kiaknázni. abban egyezik mind a két modell, hogy változást akar elérni a kliens viselkedésében. A korszerű gondolkodás abban jelenik meg, hogy az emberi viselkedés megváltoztatásának melyek az eredményes útjai.

A pszichiátriai ellátás és az addiktológiai segítés viszonya átalakulóban van. Erősödik a pszichiátriai ellátás megújításának szándéka és gyakorlata. Együttműködések alakulnak ki a pszichiátria és az addiktológia területei között. Ezt sürgeti a közös kliensek nagy száma és a korszerű szakemberek felismerése. Jelentős szerepe van a tapasztalati szakembereknek. A korszerű pszichiátria és az addiktológia is felhasználja a humanisztikus pszichológia felismeréseit.

Carl Rogers amerikai pszichológusnak elavulhatatlan szerepe van a humanisztikus pszichológiában és a kliens központú terápiákban. Jelentőségét Freud ismertségével szokták összemérni.

Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



Carl Rogers

Könnyű felismerni a felépülés folyamatában a rogers-i szemléletet. A 20. század nagy változásai között kap helyet a totális intézményhálózat kiépítésével szemben a kliens központú gondolkodás. A segítő szakemberek évtizedek óta elfogadják ezt az alapvető szempontot. A 20. század utolsó harmadában érdekes ellentmondás alakul ki a szociális szakma területén. Még – főleg Magyarországon – jellemzőek a totális intézmények a szociális területen, de a szakemberek oktatásában, szemléletében erősen megjelenik a kliens-központú gondolkodás. Próbálkozásaik dilemmái: hogyan lehet humanizálni a totális intézményeket? Ebben a folyamatban kezdenek megjelenni és elterjedni új alapszolgáltatások, pl. a szenvedélybetegek közösségi gondozása is. Ebben az eszmeáramlatban tárgyaljuk a felépülés folyamatát. A kliens motivációja alapvető kérdés. Miller és Rollnick kifejlesztette a motivációs interjút. Ezt a negyedik előadásban részletezzük. Mindezek mutatják, hogy a felépülés szemlélete egy hosszabb szemléleti változás következő lépése. Ez erősíti a kliens központú gondolkodás térnyerését és megalapozza a szenvedélybetegek felépülési folyamatát.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

2. A családi konzultáció jelentősége a gondozási folyamatban

Célja: A különböző életciklusokban levő családokban kialakuló problémák kezelésének megismerése. A szenvedélybetegség kialakulásának összefüggései a család működésével. A család mozgósítása a problémák megoldásához, a felépülés segítéséhez.
Fogalmak: család, a mai család, családi konzultáció, családterápia, első interjú

A család bármely tagja összefüggésben van a család többi tagjával. Jól működő család esetében mindenki közreműködője és élvezője a harmóniának. Konfliktus esetén is tudnak jól működni. A rosszul működő család esetén mindenki vesztes. A probléma okozója nehezen határozható meg. Általában a probléma felvállalója bűnbakként jelenhet meg. Ez nem segíti a probléma érdemi kezelését.

A mai család

A mai családok szerkezete, tartalma átalakulóban van. Megismerésük elméleti felkészültséget is igényel. Új fogalmak, új viszonyok jelennek meg, melyeket nem lehet feltárni a régebbi családszociológiai fogalmakkal. Főállású ifjúságunk alakult ki. gyermekeink akcelerációja megtörtént, a családi következtetések már kevésbé. Ebből megerősödő problémája származik a családnak, az iskolának, az egész társadalomnak. Az akcelerált (volt) gyermekek lassan már az aktív korúak között is meghatározó létszámúak lesznek. Az egy gyermekes családok új helyzeteket eredményeznek. A gyermekvállalási hajlandóság mai megerősödése további segítséget kap és elemzése folyamatos feladat. A szenvedélybetegek felépülésében az időskorú, hagyományos családban felnövő embertől kezdve a fiatal és gyermekkorú személyekre is gondolnunk kell. Ehhez a segítő munkában az adott családot jól meg kell ismerni: összetételében, működésében, értékeiben, ártó-védő jellegében. Egyediségében kell kezelni és segíteni.

Módszerek és gyakorlati alkalmazásuk

A családdal folytatott első interjú megkülönböztetett jelentőségű. A segítő kapcsolatok pszichológiája ismereteit kell alkalmaznunk. Most csak a bizalmi kapcsolat kiépítését, megerősítését és fenntartását emeljük ki. Az első interjú nem lehetséges segítő kapcsolat nélkül. Ha a segítő kapcsolat nem áll fenn, netán ellenállás, agresszió van, akkor először ezekkel kell foglalkozni.

A családkonzultáció olyan szakmailag kvalifikált munka, amely az egyén és család interperszonális kapcsolataival foglalkozik. A mindennapi életvitelben elakadt, de klinikai értelemben nem beteg személyek, párok, családok konfliktuskezelésének megsegítése, krízishelyzeteik rendezése és valamely család fejlődési ciklusban fellángoló problémáik megoldásának facilitálása képezi a családkonzultáció feladatát.

A családterápia olyan folyamat, amelyhez szorosan kapcsolódik a megelőzéshez. Elsődleges célja a zavarok, tünetek, betegségek következő generációra történő "átörökítésének" megelőzése, amely a nem megfelelő

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



működéshez vezető utat megtörheti, korrigálhatja, nem csak a létrejött családi működési zavarokkal foglalkozik. Pszichoterápiás szemlélet és módszer, amely során a szakemberek a problémákat, tüneteket hordozó egyénnel és annak családjával együttműködve, megváltoztatják a család viselkedését, az élmények átélésének minőségét, a lehetőségekhez igazodva optimalizálják a családi rendszer működését. Alkalmazásának célja megszüntetni a tüneteket, elősegíteni, egy új, harmonikusabb egyensúly kialakítását a családban. Eredményesség esetén nemcsak az aktuális problémák, tünetek szűnnek meg, hanem kisebb lesz a testi és lelki tünet megjelenésének valószínűsége a következő generációkban is.

A család szerepe a felépülés különböző ciklusaiban

1. Elutasítás. Amikor a szenvedélybeteg kliens részéről még nincs szándék a változásra. A kliens elhárítja a feltételezést, de közvetlen környezete, családja, munkatársai érzékelhetnek problémát. Minél hamarabb veszi észre valamelyik családtag a változást, annál jobb. A függőség kialakulása mellett a család teljes működését jó lenne megvizsgálni ebben a szakaszban, mert lehet, hogy a szenvedély elhatalmasodása egy családtagnál már más családi problémának a következménye. Valamely másik családi problémának az okozata. Ebben az esetben nyilván az alapok megkeresése és megszüntetése a feladat. Az emberek gyakran nincsenek tisztában azzal, hogy viselkedésük problémás vagy negatív következményekkel jár. A kliensek ebben a szakaszban gyakran alábecsülik a viselkedés megváltoztatásának előnyeit, és túl nagy hangsúlyt fektetnek a viselkedés megváltoztatásának hátrányaira. Sok múlik a család működésén ebben a szakaszban.

2. Töprengés. A család értékeinek stabilitása meghatározó. Persze a családi értékek sem változtathatatlanok, de stabilitásuk meghatározó lehet egy krízis esetén. Folyamatosan változik a kliens helyzetértékelése. A családi stabilitás megerősítő szereppel bír. Néha megjelenik a változtatás gondolata, de még elmúlik. Ekkor segítsen rögtön a család. Ebben a szakaszban az emberek belátható időn belül meg akarják kezdeni az egészséges magatartást. A család többi tagja segíthet felismerni, hogy a kliens viselkedése problematikus lehet, és átgondoltabban és gyakorlatiasabban mérlegelik a viselkedés megváltoztatásának előnyeit és hátrányait, egyforma hangsúlyt fektetve mindkettőre. Ennek a felismerésnek az ellenére is a kliensek ellentmondásosnak érezhetik magatartásukat. Az ellentmondás csak folyamatosan nő akkor, ha a család teljes dinamikájában lenne szükséges változtatni. Ehhez is szükséges lehet külső szakember segítsége.

3. Elhatározás. A család megerősítő szerepe folyamatos. Saját magának is át kell alakulni, új munkamegosztást, új szerepeket és főleg másként kell ellátnia. Ebben a szakaszban a kliensek készen állnak a cselekvésre, rövid időn belül. Apró lépéseket tesznek a viselkedés megváltoztatása felé, és úgy gondolják, hogy viselkedésük megváltoztatása egészségesebb élethez vezethet.

4. Cselekvés. Elkezdődik a viselkedés megváltoztatása. Az elhatározott tevékenységeket elvégzik és folytatni kívánják ezt a viselkedésváltozást. A kliensek vagy megváltoztatják a régi viselkedésüket vagy új tevékenységeket végeznek, új értékrendet követnek. A családi zavarok enyhülnek, de újak is megjelennek. Fontos a változás közös akarása. Közös megtorpanásra is fel kell készülni, az se okozzon összeomlást. Ez a szakasz

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



kitartást kíván és a visszaesés esélye is meg van. A visszaesés ne összeomlás legyen. Minden szakasznál lehet visszacsúszás, mely esetben onnan kell folytatni, módosított motivációval.

5. Fenntartás. A megváltoztatott magatartás folyamatos és kezd stabilizálódni. A családban megerősödik az összetartozás, oldódnak a problémák, az együttes változást együttes előnyökkel élhetik meg. A szándékos viselkedésváltozás, az önbizalom, a sikerbe vetett hit megerősödik. A kliens és a család együttes szándéka és akarata kell a visszaesés megakadályozására.

6. Megszüntetés, befejezés. Befejeződött a viselkedésváltozás. A régi viselkedés nem tér vissza. Nincs visszaesés, a változás befejezettnek mondható, fennmaradása végleges. Vita folyik arról, hogy ez a szakasz létezik-e vagy az ötödik szakasz az élete során végig szükséges. abban nincs vita, hogy a családnak felkell készülnie a következő életciklusra, ami új kihívásokat fog okozni. A tervezhető ciklusváltás mellet megjelenhetnek váratlan krízisek is. Mindezek fogadására és kezelésére mindig nyitottnak kell maradni a családnak. Közben a család maga is változik: bővül, szűkül, átalakul. A változását saját magának, tagjainak kell menedzselnie.

A gondozási folyamat nélkülözhetetlen része a család mozgósítása a felépülési folyamathoz. A család lehet a felépülés támasza, hajtóereje, de önmaga átalakulására is fel kell készülnie.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



3. Célkitűzés, keretek lefektetése a tervezés során

Célja: A segítő folyamat szabályainak megfelelő célkitűzési tevékenység áttekintése, dokumentálása, a konstruktív fejlesztési terv összeállítása
Fogalmak: problémamegoldó modell, krízisintervenciós modell, gondozási terv, egyéni gondozási terv, egyéni rehabilitációs program, egyéni fejlesztési terv, egyéni szolgáltatási terv, szerződéskötés, erőforrás

A segítő folyamat tervezésében megfogalmazható célok szerkezete

A segítő folyamat célzott, tervezett folyamat. Céljai összetettek, elágazóak, sőt visszaesésekkel jellemezhetőek. A felépülés keretében kliens központúan gondolkodunk. Ennek megfelelően azok a célok a meghatározóak, melyek a kliens személyét veszik alapul és a kliens aktivitásával számolnak.

A céljaink meghatározásánál abból indulunk ki, hogy van-e krízis a kliens körül. Ha nincs, akkor a problémamegoldó modell adja a kereteket. Ez a folyamat teljes körű felmérésre, szükséglet meghatározásra épül, hosszabb folyamat és tartós eredményt ígér. Ha krízis van, akkor a krízisintervenció szabályai szerint járunk el. Mind a két esetben szükség van a helyzet feltárására, de az utóbbi esetben erre kevesebb időnk lesz. A krízisintervenció megtörténte után minden esetben szükség lesz a problémamegoldó modell alkalmazására is.

Több fajta célt ismerünk. Időtartamban rövid, közép és hosszú távú célokat. Megkülönböztetjük a kliens céljait, a környezet, család céljait és adott esetben a szakmai célokat. A felépülés logikája a kliens céljait emeli ki. Arra kell alapozni a segítő munkát. Komoly konfliktusok alakulhatnak ki a többi céllal összevetve. A kliens céljai teljes mértékben ellent mondhatnak a többi célnak. A tervek készítésekor ezek összecsiszolását végezzük el.

A célok tartalma

A segítő munka tervezése során át kell gondolnunk, hogy milyen típusú célokra számíthatunk. Négy fajta célra kell gondolnunk.

- Célunk a kliens felerősítése annak érdekében, hogy a szükségleteit önmaga ki tudja elégíteni. Az arányosan megfelelő mértékű segítség adásával, de a kliens aktivitása mellett érhető el ez a cél. Az együttműködés fenntartása a megfelelő módszer és kerülendő a kliens helyett való cselekedet.
- A kliens egyéni szükségleteinek megfelelő szolgáltatások megtalálása. Ehhez fel kell mérni a kiindulási helyzetet, a kliens adekvát szükséglethiányát. a szakembernek szükséges ismernie a rendelkezésre álló összes egészségügyi, szociális és közcélú szolgáltatást. ezek után tudja összekapcsolni a kliens a megfelelő szolgáltatásokkal.
- Célunk, hogy a szociális szakember a szolgáltatások egy részét saját maga biztosítsa. A Szakmai rendeletben és a saját munkaköri leírásában meghatározottak alapján vesz részt a kivitelezésben.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



- Negyedik célunk az ellátó rendszer fejlesztése. Az emberi szükséglethiányok annyira változóak, hogy a szabályozásban megjelenő szolgáltatások és folyamatok gyakori módosítása, kiegészítése szükséges. A változtatás másik hajtóereje a környezet változása, ami szintén módosításokat kíván a segítő folyamatban. Mindezeket a kliens közvetlen segítése során a szociális szakember veheti észre elsőként, ezért meghatározó a fejlesztésben betöltött szerepe.

A tervezés dokumentumai

A szakmai szabályok és a jogszabályok alapján összeállított terv a segítő munka alapját jelenti. Legtöbbször interdiszciplináris megközelítést kíván. Az intézmények szakmai programjai, házirendjei adják a keretet az egyéni tervek készítéséhez. Jogszabályi kötelezettség is ennek a megalkotása. A vonatkozó magyar jogszabály az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (továbbiakban: Szakmai rendelet). A terveket több néven szerepelteti, a jellegének megfelelő, arra ráutaló megnevezéssel. Különbségük alapja a megcélzott klienskör, illetve az adott szolgáltatás. Ennek megfelelően tükrözi a segítő munka más-más célját az adott szolgáltatásokban. Gyűjtőnévként a gondozási tervet használja és három féle formában határozza meg: egyéni gondozási terv, egyéni rehabilitációs program és egyéni fejlesztési terv. Mindegyik közös jellemzője, hogy a kliens szükséglet feltárására épít, számít a kliens aktivitására. A tapasztalatok alapján azt mondhatjuk, hogy a felépülés logikája ettől még jobban szeretne építeni a kliens aktivitására. Nézzük a részletes szabályozását:

„7. § *(1)Gondozási tervet kell készíteni*

a) a szakosított intézményi ellátásban részesülő személyre vonatkozóan, ide nem értve az idősotthoni ellátásban részesülő gondozási szükséglettel nem rendelkező személyt és a támogatott lakhatást vagy szakápolási központ ellátását igénybevevő személyt.

b) az idős, fogyatékos, pszichiátriai vagy szenvedélybeteg személyek részére átmeneti elhelyezést biztosító intézményi ellátásban részesülő személyre vonatkozóan, ha az ellátást legalább hat hónap időtartamra veszi igénybe, valamint a hajléktalan személyek átmeneti szállásán ellátásban részesülő személyre vonatkozóan, ide nem értve a külső férőhelyen nyújtott ellátást,

c) az alapszolgáltatásban részesülő személyre vonatkozóan akkor, ha azt e rendelet kötelezővé teszi.

(2) A gondozási terv egyénre szabottan határozza meg az ellátásban részesülő állapotának megfelelő gondozási, ápolási, fejlesztési feladatokat és azok megvalósításának módszereit. A gondozási tervet az ellátás igénybevételét követően egy hónapon belül kell elkészíteni.

(3) A gondozási terv típusai

a) az egyéni gondozási terv,

b) az egyéni rehabilitációs program,

c) az egyéni fejlesztési terv.

(4) Az egyéni gondozási terv – a fogyatékos személyek otthona és a szakápolási központ kivételével – az ápolást, gondozást nyújtó intézményben elhelyezett, valamint az (1) bekezdés c) pontjában meghatározott alapszolgáltatásban részesülő személy ellátásához kapcsolódó, az e rendeletben meghatározott feladatokat rögzíti.

[RNT3] megjegyzést írt: Célszerűbb lenne a vonatkozó jogszabályok kifejezés használata, mivel az ellátások szabályozási rendszere összetett. Javaslom a rendelet megnevezését annak ellenére, hogy az idézett szöveg alatt szerepel a forrás megjelölés. Ez azt is lehetővé teszi, hogy a rendelet rövidített neve megadásra kerüljön – továbbiakban: Szakmai rendelet, ami egyszerűsíti a későbbiekben a hivatkozást.
A dokumentum egészében megfontolásra javaslom ennek módosítását.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



(5) Az egyéni rehabilitációs program – a fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye kivételével – a rehabilitációs intézményben elhelyezett személy számára nyújtott életvezetési, pszichés, mentális, szociális, a foglalkoztatáshoz való segítségnyújtást tartalmazó dokumentáció.

(6) Az egyéni fejlesztési terv a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, valamint a fogyatékos személyek otthonában, illetve a lakóotthonban elhelyezett személy részére az egyénre szabott bánásmód leírását, az önellátási képesség fejlesztését tartalmazó dokumentáció. Az egyéni fejlesztési terv az ellátott személyről készített (gyógy)pedagógiai, egészségi és mentális állapotra vonatkozó jellemzés alapján készül.

(7) Ha a rehabilitációs intézményben, a pszichiátriai betegek otthonában, valamint a fogyatékos személyek otthonában ellátott személynek az Szt. 112. § (3) bekezdésében meghatározott szakértői bizottság más szociális intézménybe történő áthelyezését javasolja, az ellátott részére ezen intézménytípusra előírt gondozási tervtípust kell elkészíteni.

***8. §** (1) A gondozási terv elkészítéséről és az abban meghatározott feladatok teljesítéséről tartós bentlakásos, illetve átmeneti intézményi ellátásban részesülő személy esetén az intézmény vezetője gondoskodik.*

(2) A gondozási tervet, annak módosítását az ellátást igénybe vevő személlyel, illetve törvényes képviselőjével közösen kell elkészíteni. A gondozási terv eredményességének feltétele az ellátást igénybe vevő aktív közreműködése.

(3) A gondozási terv kidolgozását munkacsoport végzi, amelyben az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember, valamint az intézményvezető által kijelölt szakemberek vesznek részt (pl. orvos, gyógypedagógus, foglalkoztatás vezető, mentálhigiénés szakember).

(4) A gondozási terv orvos szakmai kérdéseiről az intézmény orvosa pontos és részletes tájékoztatást nyújt az ellátást igénybe vevő részére.

***8/A. §** Az alapszolgáltatásban részesülő személy esetében a gondozási terv elkészítéséről a gondozást végző személy, az abban meghatározott feladatok teljesítésének biztosításáról a szolgáltatás szakmai vezetője gondoskodik. A gondozási terv elkészítésére a 8. § (2) bekezdésében foglaltakat alkalmazni kell.*

***8/B. §** Amennyiben a kiskorúság miatt korlátozottan cselekvőképes 16 és 18 év közötti személy az Szt. 93. § (4) bekezdése szerint a törvényes képviselő beleegyezése vagy jóváhagyása nélkül tesz jognyilatkozatot, a szenvedélybetegek közösségi alapellátását és nappali ellátását nyújtó szolgáltató a családdal való kapcsolatfelvétel eredménytelensége esetén felveszi a kapcsolatot az illetékes család- és gyermekjóléti szolgálattal. A szakmai kapcsolatfelvételt követően a szolgáltatók az igénybe vevő ellátása érdekében együttműködnek és kölcsönösen tájékoztatják egymást.*

Az egyéni gondozási terv

***9. §** (1) Az egyéni gondozási terv tartalmazza*

a) az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzetét,

b) az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatokat, azok időbeli ütemezését,

c) az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemeit.

(2) Az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember folyamatosan figyelemmel kíséri és elősegíti az egyéni

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

gondozási tervben meghatározottak érvényesülését. Az egyéni gondozási tervet kidolgozó munkacsoport, illetve az alapszolgáltatások esetében a gondozási tervet készítő személy évente – jelentős állapotváltozás esetén annak bekövetkeztekor – átfogóan értékeli az elért eredményeket, és ennek figyelembevételével módosítja az egyéni gondozási tervet.

Az egyéni rehabilitációs program

***11. §** (1) Az egyéni rehabilitációs program tartalmazza*

a) a segítségnyújtás formáit, a rehabilitáció egyes elemeinek meghatározását a segítő folyamatban,

b) a rehabilitációval elérendő rövid és hosszú távú célok meghatározását, a várható eredmények elérésének módját, időtartamát, ütemezését,

c) a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,

d) a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait,

e) szükség esetén az intézményen kívüli élet, vagy a védett környezetben történő életkörülmények kialakításának módjait,

f) az ellátást igénybe vevőnek a társadalomba, a korábbi közösségébe történő visszailleszkedése érdekében szükséges, koordinált intézkedéseket.

(2) A rehabilitációs program eredményeit a programot kidolgozó munkacsoport félévente értékeli, szükség esetén módosítja a programot, meghatározza a további feladatokat.

Az egyéni fejlesztési terv

***12. §** (1) Az egyéni fejlesztési terv tartalmazza*

a) az ellátást igénybe vevő állapotának leírását és az abban bekövetkezett változást, az egyéni fejlődést,

b) az egyénileg szükséges külön szolgáltatásokat, pedagógiai, mentális, egyéb segítségnyújtási feladatokat, azok időbeli ütemezését, a foglalkoztatásban való részvételt,

c) szükség szerint az új szolgáltatás vagy az új ellátási forma igénybevételére való felkészítést,

d) a hiányzó, vagy korlátozottan meglévő személyes funkciók helyreállítása, pótlása érdekében teendő intézkedéseket,

e) a konfliktushelyzetek kezelésének, megoldásának módjait.

(2) Az egyéni fejlesztési tervet kidolgozó munkacsoport félévente értékeli az elért eredményeket, és szükség esetén módosítja az egyéni fejlesztési tervet.

Az egyéni szolgáltatási terv

***12/A. §** (1) A támogatott lakhatást igénybevevők esetében egyéni szolgáltatási tervet kell készíteni.*

(2) Az egyéni szolgáltatási terv a 110/B–110/C. § szerinti komplex szükségletfelmérés eredményén és tartalmán alapul.

(3) Az egyéni szolgáltatási terv tartalmazza

a) az Szt. 75. § (1) bekezdés b)–d) pontja szerinti szolgáltatások nyújtásának felelőseit,

b) a szolgáltatásnyújtással elérendő rövid- és hosszú távú célok meghatározását, a várható



eredmények elérésének módját, időtartamát, ütemezését,

c) az életvitel támogatását szolgáló tevékenységek körét és a megvalósításhoz szükséges eszközöket,

d) a kockázati tényezők felsorolását és azok elhárításának lehetséges eszközeit, módját és eljárásrendjét,

e) az ellátást igénybevevőnek a társadalomba, a közösségbe történő beilleszkedése érdekében szükséges, koordinált intézkedéseket,

f) a család és az egyéb támogatók bevonásának módját, a támogatói háló tagjait,

g) az Szt. 75. § (3) bekezdése alapján a más szervezet által biztosított szolgáltatásokat és azok felelőseit.

(4) Az egyéni szolgáltatási tervet a szolgáltatás nyújtásának kezdő időpontjától számított három hónap elteltével felül kell vizsgálni, majd ezt követően legalább félévente értékelni, és szükség esetén – a komplex szükségletfelmérés eredményére és tartalmára figyelemmel – módosítani kell.

(5) Az egyéni szolgáltatási tervet és a (4) bekezdés szerinti módosításait az intézményvezető, a támogatott lakhatást igénybevevő személy, valamint az Szt. 75. § (1) bekezdés b)–d) pontja szerinti szolgáltatásokat nyújtó intézmény, szolgáltató vezetője által kijelölt személy írja alá." (1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről)"

Forrás: 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

A szenvedélybetegek ellátása alapszolgáltatásban és szakosított ellátásban is lehetséges. Olyan szolgáltatást is kaphatnak, ahol nem a szenvedélybetegségük alapján kerülnek besorolásra, hanem más ok miatt. A különböző szolgáltatásokban különböző gondozási terveket kell készíteni, eltérő szabályok alapján. Ezért mindegyik ismerete szükséges. A célok feltárásában és a tervezés gyakorlati kivitelezésében folyamatos feladat a klienssel való együttműködés. Az ő céljai, aktivitása sosem maradhat ki. Ez lesz a későbbiekben a fő motivációs erő, ami nélkül az eredmény nem érhető el. A helyzet változása során is be kell tartani ezt a szabályt. A célok módosítását, az újratervezést is együttesen kell elvégezni.

A nyújtható szolgáltatások

A szenvedélybetegek számára nyújtható szolgáltatásokat a Szt. tartalmazza, melyet most nézzünk meg közelebbről. A szolgáltatások egyik körében kifejezett célcsoportként vannak megjelölve a szenvedélybetegek. Olyan szolgáltatások is vannak, melyek nevükben nem tartalmazzák a szenvedélybetegséget, másoknak is segítenek, de a szenvedélybetegek számára is nyújtanak különféle szolgáltatásokat.

A szociális alapszolgáltatások és szakosított szolgáltatások összessége:

***„57. §** (1) Szociális alapszolgáltatások*

a) a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás,

c) az étkeztetés,

d) a házi segítségnyújtás,

e) a családsegítés,

f) a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás,

g) a közösségi ellátások,

h) a támogató szolgáltatás,

i) az utcai szociális munka,



j) a nappali ellátás.

(2)A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást
a) az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,
b) a rehabilitációs intézmény,
c) a lakóotthon [a továbbiakban a)–c) pont együtt: tartós bentlakásos intézmény],
d) az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény [a továbbiakban a)–d) pont együtt: bentlakásos intézmény],
e)a támogatott lakhatás,
f) az egyéb speciális szociális intézmény nyújtja."

Forrás: 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

Programunk számára különösen fontos a közösségi ellátás, ezért azt bővebben nézzük:

„Közösségi ellátások

65/A. §*(1) Közösségi ellátások a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott (2) bekezdésben meghatározott közösségi alapellátás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott (3) bekezdés szerinti alacsonyküszöbű ellátás.*

(2) A pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére a közösségi alapellátás keretében biztosítani kell
a) a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában,
b) a meglevő képességek megtartását, illetve fejlesztését,
c) a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését,
d) a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást,
e) az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését,
f) megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

(3) A szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás keretében a (2) bekezdés e)–f) pontjában meghatározottakon túl biztosítani kell
a) a szenvedélybetegség okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatásokat,
b) a kríziskezelést az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére."

Forrás: 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

A Szakmai rendelet ~~1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet~~ a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szól. Az alábbiakban idézzük a számunkra legfontosabb szolgáltatást, a szenvedélybetegek közösségi ellátását.

„39/J. §*(1) A szenvedélybetegek közösségi ellátása olyan önkéntesen igénybe vehető, hosszú távú, közösségi alapú, az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történő gondozás, amelynek célja az életmódváltozás elindítása, segítése és folyamatos nyomon követése.*

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



(2)A szenvedélybetegek közösségi ellátása
a) tanácsadás,
b) esetkezelés,
c) készségfejlesztés,
d) gondozás és
e) megkeresés
szolgáltatási elemeket biztosít.
(4)A szenvedélybetegek közösségi ellátására egyebekben e rendelet közösségi pszichiátriai ellátásra vonatkozó szabályait kell alkalmazni azzal az eltéréssel, hogy a gondozó addiktológiai konzultáns bevonása mellett végezheti a feladatát.

39/K. §*A közösségi ellátások szakmai programjának – az 5/A. §-ban meghatározottakon túl – tartalmaznia kell az egészségügyi szolgáltatókkal, különösen a területileg illetékes pszichiátriai, illetve addiktológiai gondozóval való együttműködés módját.*

39/L. §*(1) A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a megkereső munkára, valamint az anonim és önkéntes igénybevételre épülő szolgáltatás, amelynek célja a szenvedélybetegség által okozott ártalmak csökkentése, az életet veszélyeztető helyzetek elhárítása, valamint az életmódváltozás elindítása, segítése.*

(1a)A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása a 39/J. § (2) bekezdés a)–c) és e) pontjában foglalt, valamint háztartási vagy háztartáspótló segítségnyújtás és közösségi fejlesztés szolgáltatási elemet biztosít.

(3) A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása magában foglalja
a) az egészségügyi ártalmak csökkentését, így különösen a tűcsereprogramok körében a szerhasználat, illetve -függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentését steril és kiegészítő eszközök, készítmények biztosításával, illetve használt eszközök begyűjtésével, továbbá az egészségügyi szűréshez, orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezését,
b)a krízis-intervenciót, az egészségügyi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban való részvétel ösztönzését,

(5) A (3) bekezdés a) pontja szerinti szolgáltatási forma ellátása esetén biztosítani kell a segítségnyújtáshoz, a használt ártalomcsökkentő eszközök begyűjtéséhez, azok biztonságos tárolásához, szállításához szükséges tárgyi feltételeket.

(6) A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása során minden esetben biztosítani kell az anonimitást, a személyes adatokat nem kell megadni, igazolni és nyilvántartani, illetve egyéni gondozási tervet nem kell készíteni. A szolgáltatás nem tagadható meg az absztinencia hiánya és a szenvedélybetegség során jelentkező tünetek, magatartási formák miatt mindaddig, amíg azok nem veszélyeztetik a biztonságos feladatellátást.

39/M. §*A szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter az általa irányított minisztérium honlapján a közösségi ellátások működéséhez kapcsolódó szakmai ajánlást tesz közzé.*

39/N. §*(1) A szenvedélybetegek közösségi ellátásában és alacsonyküszöbű ellátásában – a (2) bekezdés szerinti kivétellel – csak olyan személy foglalkoztatható, akit a foglalkoztatás kezdő időpontjában a munkáltató bejelentett a szenvedélybetegek közösségi ellátása képzésre vagy a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása képzésre, és azt a foglalkoztatás kezdő időpontjától számított két éven belül elvégzi.*

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



(2) Az (1) bekezdés szerinti képzés elvégzése alól mentesül

a) a szenvedélybeteg gondozó OKJ 55 762 05, az addiktológus szakorvos, a pszichiáter szakorvos, az addiktológiai pszichológus, a klinikai szakpszichológus, a pszichológus, az addiktológiai konzultáns képesítéssel rendelkező személy, és

b) az a személy, aki szenvedélybetegek közösségi ellátásában vagy alacsonyküszöbű ellátásában egy évnél hosszabb foglalkoztatotti jogviszonnyal rendelkezik."

Forrás: (1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

Szolgáltatási elemek a tervezés során

A fenti szolgáltatások jogszabályi követelményei szolgáltatási elemeket tartalmaznak, melyeket az alábbiakban ismertetünk a Szakmai rendelet alapján. Ezt a jogszabály egy keretrendszerben tartalmazza. A szenvedélybetegek ellátásában mindegyik szolgáltatási elem előfordulhat, más-más konkrét szolgáltatás esetében eltérő összetételben. Ezt majd a szakmai programok tartalmazzák.

„Ia) tanácsadás: az igénybe vevő bevonásával történő, jogait, lehetőségeit figyelembe vevő, kérdésére reagáló, élethelyzetének, szükségleteinek megfelelő vélemény-, javaslatkialakítási folyamat, a megfelelő információ átadása valamilyen egyszerű vagy speciális felkészültséget igénylő témában, amely valamilyen cselekvésre, magatartásra ösztönöz, vagy nemkívánatos cselekvés, magatartás elkerülésére irányul,

Ib) esetkezelés: az igénybe vevő, vevők szükségleteinek kielégítésére (problémájának megoldására, illetve céljai elérésére) irányuló, megállapodáson, illetve együttműködésen alapuló, tervszerű segítő kapcsolat, amely során számba veszik és mozgósítják az igénybe vevő, vevők saját és támogató környezete erőforrásait, továbbá azokat a szolgáltatásokat és juttatásokat, amelyek bevonhatók a célok elérésébe, újabb problémák megelőzésébe,

Ic) pedagógiai segítségnyújtás: szocializációs, pedagógiai, andragógiai és gerontológiai eszközökkel végzett tervszerű tevékenység, folyamat, amely olyan viselkedések, attitűdök, értékek, ismeretek és képességek átadásának közvetlen és közvetett módját teszi lehetővé, gyakoroltatja, aminek eredményeként az igénybe vevő lehetőséget kap képességei kiteljesítésére, fejlődésében egy magasabb szint elérésére,

Id) gondozás: az igénybe vevő bevonásával történő, tervezésen alapuló, célzott segítés mindazon tevékenységek elvégzésében, amelyeket saját maga tenne meg, ha erre képes lenne, továbbá olyan rendszeres vagy hosszabb idejű testi-lelki támogatása, fejlesztése, amely elősegíti a körülményekhez képest legjobb életminőség elérését, illetve a családban, társadalmi státuszban való megtartását, visszailleszkedését,

Ie) étkeztetés: gondoskodás hideg, illetve meleg ételről alkalmilag vagy rendszeresen a szolgáltatást igénybe vevő lakhelyén, szolgáltatónál, egyéb étkezdében vagy közterületen,

[RNT4] megjegyzést írt: Pontosítást javaslok e téren: nem csak arról van szó, hogy a szakmai programok szolgáltatási elemek tartalmaznak, hanem az adott ellátási típus szempontjából releváns szolgáltatási elem bemutatása történik a szakmai programban, azaz leírásra kerül, hogy milyen módon valósul meg a gyakorlatban.
Fontosnak tartom ezt a pontosítást, mert a szakmai programok gyakori hibája, hogy felsorolják a szolgáltatási elemeket szakmai tartalommal való megtöltés nélkül.

[RNT5] megjegyzést írt: Javaslom pontosítani: minden szolgáltatási elem előfordulhat, de ellátási típusonként más-más szolgáltatási elemek relevánsak.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



lf) gyógypedagógiai segítségnyújtás: a fogyatékosságból adódó akadályoztatottság kompenzációjára szolgáló – a gyógypedagógia körébe tartozó – komplex tevékenységrendszer az igénybe vevő, családja és környezete képességeinek legteljesebb kibontakoztatása, a funkciózavarok korrekciója és a rehabilitáció érdekében,

lg) felügyelet: az igénybe vevő lakó- vagy tartózkodási helyén, illetve a szolgáltatásnyújtás helyszínén lelki és fizikai biztonságát szolgáló, személyes vagy technikai eszközzel, eszközökkel biztosított kontroll,

lh) háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás: az igénybe vevő segítése mindennapi életvitelében, személyes környezete rendben tartásában, mindennapi ügyeinek intézésében, valamint a személyes szükségleteinek kielégítésére szolgáló lehetőségek és eszközök biztosítása, ha ezt saját háztartásában vagy annak hiányában nem tudja megoldani,

li) szállítás: javak vagy szolgáltatások eljuttatása az igénybe vevőhöz, vagy az igénybe vevő eljuttatása a közszolgáltatások, szolgáltatások, munkavégzés, közösségi programok, családi kapcsolatok helyszínére, ha szükségleteiből adódóan mindezek más módon nem oldhatóak meg,

lj) készségfejlesztés: az igénybe vevő társadalmi beilleszkedését segítő magatartásformáinak, egyéni és társas készségeinek kialakulását, fejlesztését szolgáló helyzetek és alternatívák kidolgozása, lehetőségek biztosítása azok gyakorlására,

lk) lakhatás: az életkorhoz, egészségi állapothoz, családi állapothoz vagy helyzethez igazított, rövid vagy hosszú távú lakhatási lehetőség, amely elősegíti a személyes biztonságot és az emberi méltóság megőrzését, a tanulásban, a foglalkoztatásban és a közösségi életben való részvételt, illetve a családtagok közötti kapcsolat fenntartását,

ll) megkeresés: szociális problémák által érintett vagy veszélyeztetett azon egyének közvetlen, illetve közvetett módon történő elérése vagy felkutatása (a releváns szolgáltatásokhoz való hozzájuttatás céljából), akik vélhetően jogosultak egy adott szolgáltatásra, de azt bármilyen okból elérni nem tudják,

lm) közösségi fejlesztés: egy településrész, település vagy térség lakosságát érintő integrációs szemléletű, bátorító-ösztönző, informáló, kapcsolatszervező tevékenység, amely különböző célcsoportokra vonatkozó speciális igényeket tár fel, szolgáltatásokat kezdeményez, közösségi együttműködéseket valósít meg."

Forrás: (1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről)

[RNT6] megjegyzést írt: Fontos lenne egy szakaszban azt is kifejteni, hogy a szolgáltatási elemek miként kapcsolódnak az előadás témájához.

A szakmai programok tartalmazzák, hogy a szolgáltatásuk milyen tevékenységekből, szolgáltatási elemekből tevődnek össze. Ezért a célok kitűzésénél, a tervezés folyamatában szükséges ismerni az összes szolgáltatási elemet. Egy következő szakaszban konkretizálni kell, hogy az adott szolgáltatásnak megfelelő szolgáltatási elemek, hogyan írhatók le az adott



intézményre vonatkozóan. Ahány fajta szolgáltatást fognak végezni, ezt annyiszor kell átgondolni és leírni. Az intézmények, amikor összeállítják a szakmai programjukat, akkor nemcsak felsorolják a szolgáltatási elemeket, hanem annak gyakorlati megvalósítását is leírják, hogy náluk hogyan fog működni. Így töltik meg konkrét szakmai tartalommal.

Az erőforrások felmérése

Az erőforrások felmérése alapvető szakmai feladat. A belső és a külső erőforrások segíthetik a munkánkat, a kliens felépülését. Belső erőforrások között kiemeljük a kliens törekvéseit, vágyait, motivációját. Értékes lehet a saját kompetenciája élete irányításában. A képességei, jellemvonásai között a segítő, erősítő jellegűeket kell keresni. A kliens önbizalma, énképe valószínű, hogy a folyamat elején még gyenge. A felépülés folyamatában ezek erősítése a célunk, mely a kliens együttműködésével valósítható meg.

A külső erőforrásokhoz tartozik minden olyan segítség és ellátás, amelyet az ellátórendszer tud nyújtani. Ezek a szolgáltatások segíthetik a felépülés folyamatát. A társas kapcsolatok is az erőforrásokhoz tartoznak. A család, a helyi környezete, a munkatársai, a szomszédság, mind szerepet játszik a felépülésben. Spontán módon is alakul a külső erőforrás. Az éppen kínálkozó lehetőségek között is lehetnek a felépülést segítő és persze akadályozó körülmények. Szenvedélybetegeink között ebben nagy különbségek lehetnek.

A szociális ellátórendszerben sokan vannak a hatalomból kiszorult, még a társadalomból is kiilleszkedő emberek. Ők a szenvedélybetegségből való felépüléshez is kevesebb külső erőforrással indulnak. Viszont a szenvedélybetegek egy része a szakmájánál, munkakörénél, jó anyagi körülményénél fogva hatalommal rendelkezhet. A külső hatalmánál fogva környezete előtt tovább tudja leplezni a szenvedélybetegségét. A segítő szakmának ezt fel kell ismernie és a bizalmi kapcsolat kiépítésével ezt külső erőforrásként felhasználhatja.

Szerződéskötés

A szakmai szerződéskötés a segítő folyamat egészére vonatkozik. Tartalma a különböző célok megfogalmazása, a közösen követett cél meghatározása, a segítő folyamat terve, módszerei és a kliens helyzetének javításáért végzett tevékenységek sorozata. Szereplői lehetnek a kliens, a segítő, a kliens környezete, családja és a segítő környezete, munkahelye, team társai. Figyelni kell az adatok felhasználására, megőrzésére, továbbítására, az etikai szabályok betartására. A szerződésben megfogalmazott célok, tevékenységek felülvizsgálatát el kell végezni és szükség esetén azokat módosítani kell. A gyakorlatban ez különösen akkor fordul elő, amikor a kliens állapota változik, szakaszosan romlik vagy kiemelkedően javul. Ezeket a változásokat kell követni a szakmai szerződés módosításával. A szakmai szerződéskötésen kívül jogszabályi kötelezettség a megállapodások megkötése is. Ezt a Szt. szabályozza és a kliens jogviszonyát megalapozó dokumentum. A kettő nem ugyan az, két féle dokumentumról van szó.

[RNT7] megjegyzést írt: Tisztázandó, hogy a megállapodás és a szakmai szerződéskötés célját és tartalmát tekintve is különböző dokumentumok. Míg a megállapodás tartalmi elemeit tekintve kötött, Szt. 94/C.§ szerint meghatározott, a jogviszonyt megalapozó, és ebből kifolyólag a finanszírozás (költségvetési támogatás) megalapozó dokumentuma. A szakmai szerződés alatt vélhetően a tervezés, közös célok és alkalmazott módszerek, beavatkozások rögzítését értjük. Ez azonban most a leírásból nem derül ki egyértelműen.

4. Pszichoedukáció, stresszkezelés, relapszus prevenció

Célja: A pszichoedukáció, stresszkezelés és a relapszus prevenció fogalmának megismerése, jelentésének értelmezése és felkészülés a gyakorlati alkalmazására szenvedélybetegek felépülése keretében.
Fogalmak: Pszichoedukáció, stresszkezelés, relapszus prevenció, motivációs interjú

Pszichoedukáció

A modern gyógyítás keretében már sokszor alkalmazzák a pszichoedukációt. A beteg felvilágosítása betegsége lelki okairól és azok lehetséges megszüntetéséről segíti a gyógyulást. A felépülés során a kliensé a főszerep, tehát még fontosabb a tájékozottság.

A kliensek tájékoztatása a szenvedélybetegség természetéről könnyű műfaj lenne, rendelkezésre állnak a tudományos ismeretek. A nehézséget a folyamat összetettsége jelenti. Már a kezdeteknél szembe kell nézni a betegség elfogadásával. A segítésnek ez lehet az előfeltétele, ebben az esetben csak fenn kell tartani a segítő kapcsolatot és azt erősíteni. De vannak olyan esetek, amikor ez a hajlandóság még nem áll fenn és ekkor is kell tenni valamit. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások erre valóak. A pszichoedukációnál különösen fontos a bizalmi kapcsolatra építeni, azt fenntartani és erősíteni.

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A hozzátartozók tájékoztatása a betegségről a pszichoedukáció fontos feladata. Egyáltalán fel kell tárni, hogy kik azok a hozzátartozók, akik hajlandók az együttműködésre. Az ő tudásuk milyen szintű a szenvedélybetegségek vonatkozásában. Szükséges felmérni a motivációjukat, szemléletüket. Szerencsés helyzet, ha ez kezdetektől fogva támogató. Annak hiányában a destruktív magatartásuk változását kell célul kitűzni és segíteni. Mind a klienseknél, mind a hozzátartozóinál lehetséges előítélet, elavult tudás. Ezek felismerése és fejlesztése különösen akkor fontos, ha a helyi környezet egészére jellemző. Ez megnehezíti a fejlesztést.

A várható eseményekre, javulásra, visszaesésre való felkészítés is feladata a pszichoedukációnak. Ha a kliens megérti az állapotát, lehetőségeit, akkor hatékonyabban tudja irányítani saját felépülését. Ahogy nőnek az ismeretei az állapotával kapcsolatban, úgy nő meg az aktivitása is. A sikerélmény, a szorongás csökkenése újabb erőforrásként jelenik meg. Így válik a kliens saját életének legjobb szakértőjévé, tapasztalati szakértő lesz, akinek a munkája más kliensek esetében is szükséges lesz. A tapasztalati szakértő segít másokon, ezzel tovább erősíti saját felépülését is.

A kliensek kiszolgáltatottság érzését csökkentjük és már ez önmagában növeli a felépülés esélyét. Legalább a kliens együttműködését érjük el. Éreztessük meg a klienssel, hogy tudja a saját életét irányítani. Ez a képesség és ez az élmény a felépülés fontos motivációja és eredménye is lehet. Az esetleges visszaesés esetén újabb erőforrást jelenthet a pszichoedukáció. A pszichoeduáció erősítheti a megküzdő képességet.

Megküzdő képesség és a stressz

A coping, a megküzdő képesség minden embernél fontos. Egyénenként ebben nagy különbséget látunk. A szenvedélybetegek nagy részében kezdetben gyenge, elfáradt megküzdő képességgel találkozunk. Ez még oka is lehet a szenvedély elhatalmasodásának. A coping erősítésével, új megküzdési stratégiák kialakításával foglalkozhat a segítő folyamat. Az alkalmazkodó képesség és a feszültségtűrő képesség erősítése is segíti a felépülést.

A mai világban segítségünkre lehet az internet, az online konzultáció, a skype konzultáció. Az ettől való idegenkedéstől sokat hallunk, de nem ezzel érdemes foglalkozni. Ha a kíváncsiságot, a motivációt megtaláljuk, azzal az idegenkedés rohamosan csökkenni fog.

Nagyobb problémát jelent a hitelesség. A klienseket meg kell tanítani az interneten található ismeretek szűrésére. Ez nagyobb probléma, mint amit ma jól meg tudnánk oldani. Az információ robbanás kielőzte az emberi képességeket, a hagyományos módon nem tudunk lépést tartani a rengeteg új ismerettel. Főleg nem tudjuk azokat összemérni, elemezni és a saját álláspontunkat stabilan meghatározni. Egyszerű segítségként a szakmailag ellenőrzött oldalakat tudjuk ajánlani.

Az online és a skype konzultáció ebből a szempontból biztonságosabb forma. A szakember hitelessége olyan, mint a hagyományos találkozáskor. Azonban itt is vannak eltérések. Az online találkozás eltakarhat több non-verbális jelet, ami fontos lehet a szenvedélybeteg felépülése szempontjából. Ez a hiány nagy lehet, ha csak e-mailen történik a kapcsolat fenntartása. Jobb megoldás a skype konzultáció, de a fenti veszélyekkel azért itt is kell számolni. számottevő innovációs képesség kell ezekhez a

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



korszerű formákhoz a szakemberek részéről. Fokozza a terhüket, hogy szakmai felelősséget várnak tőlük minden online viszonylatban. Sokszor ezért a teljes elutasítást, elhárítást tapasztaljuk a részükről. Ugyanakkor látható, hogy nélkülük is használják a kliensek ezeket a felületeket. Jobb ezekben a folyamatokban aktívan részt venni és a felépülés érdekében a felhasználásukat megtanítani.

Életünk mindennapos részévé vált a stressz. Az ember abban az alapösszefüggésben él, hogy reagál a környezet ingereire. Ez egy természetes folyamat. Azonban a mai világban az ingerek száma annyira felszaporodott, hogy az emberek azokat nem tudják változatlan stratégiákkal feldolgozni. Folyamatos feszültség alakulhat ki, mely tartós idegességhez, kimerüléshez vezethet. Gyengül az ellenálló képességünk. Ezt az ördögi kört kell megszakítanunk a felépülő szenvedélybeteg életében.

A stressz könnyen látható formája traumatikus eseményekhez kötődik. Halálozás, munkahely elvesztése, anyagi biztonság megrendülése. Könnyebb a felismerése a nyíltan látható probléma miatt. Az más kérdés, hogy a szakemberek már a traumatikus események mögött is látnak kikerülhető okokat.

A mindennapi életünk is tele van stresszt okozó jelenségekkel. A közlekedés önmaga is okoz stresszt, főleg az arra érzékeny embereknél, akik erre nem tudtak felkészülni. Pl. lakóhely váltása kisebb településről egy nagyobbra. Ezért a kollégiumba költözés vagy egy munkahelyváltás miatt messzebbre költözés önmagában is stresszt keltő esemény. Érdemes előre mérlegelni ezekben az esetekben a stresszkezelési technikáinkat.

A pontos időhöz, az adott időjáráshoz való viszonyunkat előre fel kell mérni. Sok esetben a szenvedély tárgyai ekkor szereznek nagy teret az emberek életében. Ilyenkor a felépülés keretében nem a szerhasználat megszüntetése az egyedüli feladat, hanem az adott helyzetben szükséges megküzdési képesség kifejlesztése. Megoldás lehet az ilyen költözések megelőzése az erre érzékeny embereknél.

A stressz kialakulásában és kezelésében is szerepet játszhatnak a belső értékeink. Az érzelmi intelligenciánk, etikai normáink lehetnek a legerősebb segítőink. Ha ezek nem stabilak, akkor azok fejlesztése az elsődleges feladat. A felépülés első fázisa lehet.

A mai világban sokszor találkozunk versennyel, ki a jobb? Ismerjük-e ennek különböző formáit? Mi a különbség a verseny, versengés, együttműködés között? A játékelméletek hogyan hatnak a minden napi életünkre? Az emberek életében hány győztes lehet? Egy, a legjobb, a legelső, a leggyorsabb? Vagy mindenki, de más módon és további fejlődési lehetőségekkel. A felépülés logikáját az utóbbi élet stratégia segíti. Minden más csak növeli a negatív stressz terheit.

Két fajta stresszt tudunk megkülönböztetni. A pozitív és a negatív stressz.

A pozitív stressz kellemes élményt jelent, növeli a teljesítményt, javítja a szervezet működését, egy ideig fejlesztő, motiváló hatású. A baj akkor kezdődik, ha ez a helyzet hosszabb ideig terheli a személyiségünket és nem tudjuk feloldani újabb megküzdési stratégiák kifejlesztésével. Gyorsan, gyakran és sokszor ellentétes irányba változó világban élünk. Ehhez kell alkalmazkodnunk egészséges és szenvedélybetegként, emberként egyaránt.

A megküzdési képességünk egyik fokmérője lehet az alvásunk minősége. Sokan nem veszik ezt olyan komolyan, mint amennyire a tudomány előre haladt ezen a területen. Kezdetben virtust is jelezhet az éjszakázás: erős vagyok, nincs



szükségem alvásra. Más esetekben az élet természetes részének tűnik. A több műszakos munkarendek, éjszakára kitalált munkakörök hordozzák ezt a problémát. A szenvedélyek megjelenése is kötődik az alvás idejéhez. Az alvás helyett kapnak teret a majdani szenvedélybeteg életében. Az alvás mennyiségét és a minőségét is be kell emelni a felépülés tartalmába. Mindezek az erősségek segítenek megelőzni a visszaesést.

Relapszus prevenció

A relapszus prevenció keretében fel kell ismerni a visszaesés kockázatát erősítő tényezőket. Szoktunk beszélni elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevencióról. Mind a három alkalmazandó a szenvedélybetegek felerősödése érdekében.

A tapasztalati szakértő megjelenése iskolai programok keretében mind a három fajta prevenció alapján értelmezhető. Másik felosztás szerint létezik univerzális, szelektív és indikált prevenció. Az indikált prevenció szempontjai között is hangsúlyos szerepet kap a kliens mellett a saját családja, iskolája, munkahelyi és lakókörnyezete.

A visszaesés a felépülés logikája szerint egy újabb szakasz kezdete, erőforrása legyen. Ne jelentsen összeomlást, keressünk reális alternatívát.

A felépülés folyamata kerüli a vagy-vagy helyzeteket. Folyamat-szemlélettel dolgozunk. A relapszus se legyen vagy-vagy kérdés. Vagy iszik – vagy nem. Absztinencia vagy relapszus. Ezért használunk egy közbülső fogalmat: megcsúszás. (Marlatt - Barett, 1994). A felépülés folyamatában először, egyszer megjelenő visszalépést jelenti. Itt kell megtanulni a megcsúszást kezelni, erőforrásként felhasználni a visszaesés megakadályozására. A visszaesés fogalma maradjon meg az eredeti, teljes mértékben kontrollálatlan állapotba való visszaesés számára.

Motivációs interjú

Az első előadásban utaltunk a motivációs interjúra, most nézzük részletesebben Miller és Rollnick alapján. (Miller - Rollnick, 1991). A felépülés tehát a kliens döntésén alapul. A motivációja tehát nem egy részletkérdés, hanem a folyamat alapja. A motivációs interjú sem csupán egy eszköz, hanem az egész folyamat filozófiáját szemlélteti és követi.

A folyamathoz empátia szükséges. A segítő szakemberek ezt tudják, tanulják, alkalmazzák. Mégis kerülnek olyan helyzetekben, ahol más érdekek miatt ez a háttérbe szorul. Kész is a segítő csapdája, hogy ilyenkor mit tegyen? A szenvedélybetegek kezelésében megjelent, hogy a kliensek túl erős én-védelmi rendszerét meg kell törni, szakítani, azzal konfrontálódni kell. Miller és Rollnick szerint ez csak arra jó, hogy a kliensek ellenállását fokozza. A kliensek motivációját folyamatként mutatják be. A motiváció megszületik, fejlődik, visszafejlődik, újra erősödik. Ezt a folyamatot kell a segítőnek észlelnie. A módszer öt alapelemből áll (Rácz, 2001):

1. Az empátia kifejezése. A kliens elfogadása, a segítő beleérző képessége fokozza a kliens változtatási szándékát. A folyamat

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

elején még bizonytalan a kliens, ezért a rövid ideig megcsillanó szándékot azonnal ismerjük fel és erősítsük.

2. Diszkrepancia kialakulása. A kliens elfogadása nem jelenti azt, hogy minden tevékenységét megerősítjük. A szenvedély tárgyában megjelenik a kliens kérdése, hogy jó ez nekem vagy rossz ez nekem? Ha elértünk a folyamatnak ehhez a billegéséhez, akkor tehetjük meg, hogy a kívánatos viselkedési formát erősítjük, de meghagyjuk a kliensnek azt a lehetőséget (és felelősséget), hogy ő döntsön. Egy lehetséges döntési helyzetet mutatnak be az alábbi táblázattal:

Döntési helyzet a motivációs interjú során, (Miller – Rollnick, 1991)

Döntési egyensúly			
Folytatni az ivást, mint eddig		**Változtatni az iváson**	
Előny	**Hátrány**	**Előny**	**Hátrány**
ellazít	elveszíthetem a házasságom	boldogabb házasság	mit szólnak a barátaim
feldob	rossz példa a gyerekeknek		

Minden kliens esetében máskor jön el az a pillanat, az a szakasz, amikor ezek az alternatívák megjelennek és esélyt adnak a változás eldöntésére és végig vitelére. a segítőnek ezt a szakaszt kell elérnie, felismernie és segítenie. Természetesen az adott előnyök és hátrányok is különböznek minden kliens esetében. Ezt ő mondja meg.

3. A vitatkozás elkerülése. A vita, a megbélyegzés növelheti a kliens ellenállását, ez pedig nem kívánatos. A kliens változtatásba vetett hitét, akaratát kell erősítenünk. Állításuk szerint nincs szükség arra, hogy elismerje a beteg szerepét. Úgy gondolják, hogy a betegszerep csökkenti a változásba vetett hitét, motivációját és akaratát.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

4. Játék az ellenállással. A kliens ellenállása esetén el kell kerülni a konfrontációt. A segítőnek hátrább kell lépnie egyet, bízni kell abban, hogy a kliens majd maga is a jó utat fogja választani. Saját életét akarja megváltoztatni.

5. A változtatás képességének támogatása. Abból indultunk ki, hogy a kliens meg akarja változtatni az életét, a viselkedését. Ha ez a hit meg van, akkor ezt kell erősíteni. Hiszen a kliens választ, ő dönt, ő változik.

Szintén Miller és Rollnick alapján beszélünk a rövid intervencióról. Az intenzív terápiáktól sokkal rövidebb, 1-3 találkozás tartozik bele. Kutatások bizonyítják, hogy bizonyos esetekben hatékonyabb, mint az intenzív terápia és persze hatékonyabb, mintha nincs beavatkozás.

A módszert olyan embereknél alkalmazták, akik a szenvedélybetegség útján járnak, még nem azok, de a viselkedésükön és egyéb leleteiken már látszik a változás. A rövid intervenció elemei:

a. Visszajelzés. A kliens viselkedése, pszicho-szociális állapota, laboratóriumi eredmények alapján látott problémák visszajelzése a kliens számára. Szakmai tudásunk alapján elmondjuk, ha ez összefüggésben állhat a szenvedélybetegséggel.

b. A változtatás felelőssége a kliensé. Nem vesszük át a felelősséget és a döntési helyzetet nem mi oldjuk meg. Információt adhatunk, kérdésére a jövőben bekövetkező romlásról, következményeiről beszélhetünk. Önsegítő anyagokat, csoportokat, on-line felületeket ajánlhatunk.

c. Tanácsadás. Mivel még a szenvedélybetegség állapotáig nem jutott el a kliens, ezért elképzelhető, hogy egy egyszerű tanács is elegendő a viselkedésváltozás elindításához.

d. Menü biztosítása. Szolgáltatások kínálatával, tevékenységek széles választékával hozzuk választási helyzetbe a klienst. ezzel erősítjük a változáshoz való viszonyát.

e. Empátia. a folyamatban végig biztosítani kell az empátiát.

f. Önhatékonyság. A módszer alapja a reménybe és

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



optimizmusba vetett hit. A kliens képes megtenni a változást. Ezt kell éreznie a kliensnek és a segítőnek egyaránt.

Összefoglalás

A felépülés korszerű folyamatában a kliens a főszereplő. A segítő folyamat arról is szól, hogy a klienst képessé kell tenni a felerősödésre, a felépülésre. Ennek eszköze lehet a pszichoedukáció, amely a klienssel és a támogató családjával, környezetével együtt képes lesz a megküzdésre és a visszaesés megelőzésére.

5. A kettős diagnózisú személyekkel való foglalkozás sajátosságai

Célja: A pszichiátriai és az addiktológiai diagnózis megismerése, egymáshoz kapcsolódása, alkalmazása a szenvedélybetegek felépülésében
Fogalmak: kettős diagnózis, pszichiátria, addiktológia

A kettős diagnózis

A pszichiátriai és az addiktológiai problémák együttes előfordulása gyakori jelenség a szenvedélybetegek életében, ellátásában. A kettős diagnózist az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is meghatározza: valamely pszichoaktív anyag használatából származó rendellenesség és egy másik pszichiátriai rendellenesség együttes előfordulása azonos személyben" (WHO, 1995.) A kettős diagnózisú személy problémás kábítószer használó vagy egyéb módon került függőségbe, lett szenvedélybeteg. Nekünk ő a főszereplő. E mellett létezik egy vagy több másik problémája, melyek pszichiátriai diagnózissal írhatóak le.

A szenvedélybeteg személynél való együttes előfordulásuk különös helyzeteket tárnak a szakemberek elé. A kliens életútja is összetett tevékenységek, kezelések sorát jelenti.

Krausz négy kategóriát állapít meg a kettős diagnózisnál:

- A kliensnek egy mentális betegsége van elsődlegesen diagnosztizálva és később keletkezi a szenvedélybetegség felismerése, diagnózisa. Ez tovább rombolja az amúgy is gyenge mentális állapotot.
- A második esetben a függés az elsődleges diagnózis és később kapcsolódik hozzá pszichiátriai rendellenesség és ez rombolja a mentális állapotot.
- Harmadik lehetőség, hogy a két diagnózis megállapítása egyszerre történik meg.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



- A negyedik lehetőség a legbonyolultabb, de nagyon is gyakorlatias. Mind a két diagnózis mögött meghúzódik a háttérben egy olyan trauma, mely mind a kettő okaként nevezhető meg. Ezek a poszttraumás stresszek befolyásolják az egyén életét több területen. (Krausz, 1996)

Mindezek az időbeli eltérések lényeges különbséget takarnak, mert az ok-okozati kapcsolat szempontjából nem mindegy, hogy melyik keletkezett hamarabb. Még bonyolítja a helyzetet, hogy a felismerés és a diagnosztizálás sorrendjét ismerjük inkább, mely ellenkező lehet a tényleges sorrendhez képest. A validitást segíti, ha a diagnosztizálásokat ugyanaz a személy végzi (erre kevés lehetőség van) vagy legalább team munkában, intézményi munkamegosztásban dolgoznak és működnek együtt.

A kettős diagnózis után következő kezelésre több modell létezik:

- Szekvenciális, sorozatos kezelés. A pszichiátriai és a szenvedélybetegség kezelése egymás után történik. Elválasztva térben és időben, szakemberben egyaránt. A sorrendet sokszor a súlyosság foka, vagy a szakember elérhetősége határozza meg. nagy a véletlen szerepe. Ebben a modellben elvész az a lehetőség, hogy a két kezelés egymást segítse, erősítse. Segít, ha legalább a két szolgáltató kommunikál egymással.

- Párhuzamos kezelés. A két diagnózis mentén mind a kettőre egyszerre kap kezelést a kliens, de megközelítés módjában, a tartalmi segítésben kevés az együttes munka. A két szolgáltató tud egymásról, kapcsolatban vannak, de a terápiás megközelítéseik különböznek. Ez nem csak kisebb eltérés lehet, hanem nyílt ütközés a két betegség felfogásában, gyógyító-felépülő szemléletében. Komoly intézményvezetési koordinációt jelent e kettőnek az összhangját biztosítani. Könnyebb a helyzet, ha mind a két terület a holisztikus megközelítés alapján a BPSS modell alapján dolgozik.

- A helyzet akkor a legjobb, ha integrált a kezelés. Ilyenre kevés gyakorlatot látunk, de erre kell törekedni. Ezt a tevékenységet kell megismerni, megtanulni és minél többször alkalmazni. Ez működhet egy intézményen belül, jól összehangolt szolgáltatásokkal. a viselkedési beavatkozás, a motiváció erősítése, a visszaesések megelőzése, a farmakoterápia és a szociális megközelítés összhangját együttesen biztosítják.

A gyakorlati esetek között fennáll olyan lehetőség, hogy van egy pszichés probléma és annak öngyógyító kezelésére veszi elő a kliens a szereket. Ezzel a pszichiátriai betegség tüneteit szeretné elnyomni. Persze ez a későbbiekben csak rontja a helyzetet, újabb problémákat generálva. Logikus az a felvetés is, hogy a kémiai addikcióval foglalkozzanak először, hogy kiderüljön a valóságos pszichiátriai probléma, amit már nem fed el a szenvedélybetegség. Mindegyik esetben hatással van a két (vagy több) rendellenesség egymásra, a teljes személyiségre.

Láthatjuk, hogy a problémás kábítószer fogyasztók az esetek nagy részében mentális rendellenességben is szenvednek. A komorbiditás jelen van. Ennek a felismerése szükséges. Ez több szakember együttműködésével valósítható meg. Egy szolgáltatás nem tudja az összes problémát kezelni. Nincs egyetlen, legjobb megoldás. Az is előfordulhat, hogy emiatt több intézmény, több szolgáltatása között vándorol a kliens. Vannak olyan szolgáltatások, amelyek előfeltételként



szabják meg a másik probléma hiányát. Ezzel gyakorlatilag kizárják ezeket az embereket a szolgáltatásaikból. A szakemberek képzettsége különböző lehet. Kevés az olyan szakember, aki minden érintett területen professzionálisan képzett. Képzettségük lehet orvostudományi, pszichológiai, szociális, mindegyik csak egy részterületen tevékenykedik. Ezért is szükséges a team munka. A komorbid állapotok javulása esetén az elért eredményt is interprofesszionálisan kell elemezni, a minőségbiztosítását komplexen kezelni.

A komorbid állapotok kezelése általában hosszabb időt vesz igénybe, mintha azok egyesével jelentek volna meg. Ezt a betegutaknál figyelembe kell venni. A kábítószerfüggő betegek esetében a személyiségzavar és az affektív zavarok együttes előfordulása a leggyakoribb.

Összefoglalható teendők:

- A komorbiditás összetevőit azonosítani kell. Mindegyik betegség megállapítása, diagnosztizálása történjen meg.
- A kezeléshez szükség van a diagnosztizált jelenség egyedi megismerésére. Ez kiemelt jelentőséggel bír a szenvedélybeteg felépülésében.
- A kezelések sikere múlik az intézményi koordináción, melynek biztosítania kell a szolgáltatások integrált megvalósítását. Szükséges az esetmenedzsment működtetése.
- A holisztikus szemlélet elsőbbségét kell biztosítani mindegyik szolgáltatási elemnek.
- Az utókezelés és a társadalmi reintegráció legyen része a komplex segítő munkának. Ezzel a visszaesések csökkentése, megszüntetése érhető el.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



6. Életviteli készségek javítása

Célja: A kliens életviteli készségeinek felismerése, kompetenciájának elismerése, ehhez megerősítő szolgáltatásokat adni.
Fogalmak: Életviteli készségek, a kliens felerősítése, önellátás

3

[RNT8] megjegyzést írt: Erre kevéssé ad gyakorlati útmutatást a leírás, javaslom ilyen tartalommal még kiegészíteni.

A kliens életviteli képessége részben rosszul működik, amikor szenvedélybeteggé válik. Természetesen ez alól kivétel, amikor elsődleges prevenciót végzünk. Ez azonban ritkán, csak a folyamat legelején valósulhat meg. Többször szükség lenne rá.

Belátási képességek

A belátási képességeink fokozatosan alakulnak ki, nem jár a születésünkkel együtt. Az ember belátási képessége sok éven keresztül alakul ki. Az életviteli kompetencia fejlesztése minden ember életében feladat. A belátási képesség gyermekkorban folyamatosan erősödik, ha a gyermek egészséges és a családja környezete támogató. Nagykorúsága idejére jogilag teljesen felelős a cselekedeteiért. Az érett személyisége ettől eltérő időben alakul ki: lehet olyan személyiségjegye, ami hamarabb és lehet olyan, ami később teljesedik ki. Felnőtt korban is előfordulhat a belátási képesség csökkenése, ezt a gondnoksági rendszer működtetésével lehet segíteni. A támogatott döntéshozatal, az előzetes jognyilatkozat ennek a legújabb eszközei.

Életviteli készségek, képességek

A felépülő szenvedélybeteg életében fontos a saját kompetenciájának a megőrzése, megerősítése. Ez a fejlesztő munka lényege. Ehhez minél erősebb, fejlettebb életviteli készségek szükségesek. A szenvedélybetegek életében nagy különbségek lehetnek az alábbi



életviteli képességekben, azok szintjében, módszerében, társadalmi elfogadottságában. A család támogató jellege sokat segíthet a képességek megtartásában és sajnos, destruktív család esetében a rontásában is. Ez különösen veszélyes lehet gyermek esetében, akinek az önálló belátási képessége még törékeny, kialakulatlan. Az életviteli képességek alapvető csoportjai:

- Önellátás, önkiszolgálás az élet mindennapi területein.
- Lakóterület kiválasztásának képessége, annak fejlesztése, cseréje.
- Szomszédsági viszonyok működtetéséhez szükséges képességek, viszonosság megteremtése
- Egészséges életmódhoz szükséges ismeretek és képességek
- Társas viszonyokhoz szükséges képességek, harmonikus családi élet megteremtése
- Pénz beosztásának képessége, anyagi típusú szerződések, vásárlások.
- Kommunikációs képességek, beszélgetés, vitakultúra.

- Érzelmi intelligencia és arról való beszélgetés
- Tanuláshoz való viszony, megújulási képesség
- Munkaviszonyhoz szükséges képességek és azok fejlesztése
- Szabadidő eltöltéséhez szükséges képességek.
- Állampolgári és emberi jogok és kötelességek ismerete.

Természetesen a csoportok folytathatóak és más felosztásban is értelmezhetőek. Akárhogy soroljuk fel, mindegyik szükséges az emberi élethez. A szociális szakemberek számára a fenti képességek felismerése, fejlesztése szinte minden kliens csoport esetében szükséges. Ezért ez bármelyik szakképesítésben része a tananyagnak. A szenvedélybetegek körében ne csak azokra a képességekre fektessük a hangsúlyt, amelyek láthatóak, közvetlen összefüggésben vannak a szenvedéllyel, hanem az összesre. A képességhiány és a szenvedélybetegség megjelenése során az ok-okozati viszony hamar megfordulhat, ezért mindegyikkel kell foglalkozni. A csoportmunka keretében a résztvevők által hozott példákat igyekezzünk a fenti keretekben értelmezni, az elakadási

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

pontokat megtalálni és a továbbfejlődést segíteni.

A család szerepe, erőforrások

A támogató családok esetében a képességek legnagyobb részét a gyermek észrevétlenül elsajátítja utánzással. Mire tudatosul benne, már csak folytatnia kell. Interiorizálódik és ezzel a leghatékonyabban fog működni. Azonban ez nincs így a destruktív családi nevelésben. Ezt a hiányt csak fokozott erőfeszítéssel lehet pótolni. Ha a belátási képesség fejlődése megreked, akkor azonnal jönnek a negatív következmények. Így a veszteségek minimalizálásával már sok idő és energia elfogy. Csak utána következhet a felerősítés. A szenvedélybeteg életében a fenti képességek csökkenése megelőzheti a függőséget, okozhatja a függőséget és maga a függőség tovább fogja rontani ezeket a képességeket. Ezt a láncolatot kell megszakítani.

Minden esetben a rendelkezésre álló erőforrásokat tudjuk felhasználni. Azokat tudjuk allokálni és ezzel a felépülést szolgálni. Számba kell venni a belső és a külső erőforrásokat. Belső erőforrások között kiemeljük a kliens törekvéseit, vágyait, motivációját. Értékes lehet a saját kompetenciája élete irányításában. A képességei, jellemvonásai között a segítő, erősítő jellegűeket kell keresni. A kliens önbizalma, énképe valószínű, hogy a folyamat elején még gyenge. A felépülés folyamatában ezek erősítése a célunk, mely a kliens együttműködésével valósítható meg. A külső erőforrásokhoz tartozik minden olyan segítség és ellátás, amelyet az ellátórendszer tud nyújtani. Ezek a szolgáltatások segíthetik a felépülés folyamatát. A társas kapcsolatok is az erőforrásokhoz tartoznak. A család, a helyi környezete, a munkatársai, a szomszédság, mind szerepet játszik a felépülésben. Spontán módon is alakul a külső erőforrás. Az éppen kínálkozó lehetőségek között is lehetnek a felépülést segítő és persze akadályozó körülmények. Szenvedélybetegeink között ebben nagy különbségek lehetnek.

A normák szerepe

Az életviteli képességek alkalmazása társadalmi, helyi és családi normák szerint történik. Ezekben nagy különbségek, konfliktusok alakulhatnak ki. Akár törvényes határok átlépésére vállalkozik a kliens, akár bűncselekményt is elkövet. Ezekhez való viszonya, alkalmazkodó és megváltozási hajlandósága egyénenként nagyon eltérő lehet. Ezeket is fel kell tárnunk a felépülés folyamatában. A társadalmi normák gyakorlati alkalmazását a kliensünk valószínűleg részben megtette. Más részében viszont nagyon valószínű, hogy összeütközésbe került vele. Ezeket konkrétan meg kell ismernünk. Ez nem nehéz feladat, mert a kliens életútjának megismerése választ ad rá. A családjához való viszonya, iskolai karrierje, munkahelyi viszonyai erre jól rávilágítanak. A sikereit és a kudarcait egyaránt ismerjük meg és tárjuk fel bennük a segítő, támogató erőforrásokat. A helyi normákhoz való alkalmazkodását már összetettebb feladat megismerni, elemezni. A család, a kortárs csoportok belső normái rejtve maradhatnak. A kliensre gyakorolt hatásuk viszont erős lehet, sokszor erősebb, mint a társadalmi normáké. Ilyen társadalmi és helyi normák elemzését is végezhetjük a csoportmunka keretében.

[RNT9] megjegyzést írt: A téma egészét tekintve célszerű lenne gyakorlati megvalósításra vonatkozó példákkal kiegészíteni.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



7. Az önsegítésben rejlő lehetőségek

[RNT10] megjegyzést írt: Az egész fejezet tartalmi mondanivalóját javaslom integrálni a szociális ellátórendszerhez: Hogy kapcsolódik ahhoz? Mi lehet a szakember feladata e téren? A szociális szakember hogy tudja hasznosítani az önsegítő csoportok működését a támogató tevékenységben?

Célja: Az önsegítés elhelyezése a felépülés logikájában, alkalmazásának lehetőségei.
Fogalmak: önsegítés, tájékozott beleegyezés, compliance, concordance, felépülés, önsegítő csoportok, intézménytelenítés.

Az önsegítő csoportok

Az önsegítő csoportok a kölcsönös segítésre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoport struktúrák. Azonos élethelyzetű emberek hozzák létre, egymás kölcsönös segítésére. Az önsegítő csoportok társulásának célja egy közös szükséglet kielégítése, közös egészségkárosodás vagy probléma leküzdése, a kívánt társadalmi illetve személyes változás előidézése, szemtől szembeni interakciókat, a tagok személyes felelősségét hangsúlyozzák, anyagi segítséget és érzelmi támogatást egyaránt nyújtanak egymásnak.

[RNT11] megjegyzést írt: Ezt javaslom az előadás leirat bevezetésébe emelni.

Az önálló életvitel és az önsegítő csoportok

Az önálló életvitel, az önsegítés és az önsegítő csoportok működése nélkülözhetetlen része a segítő munkának. Ezek azonban nem statikus állapotok, hanem folyamatosan alakultak, erősödtek és átalakultak. A régi típusú zárt intézmények, sok beteggel összezsúfolva már szakmai értelemben a múlté. Azonban messze vagyunk még attól, hogy megnyugodhatnánk.

Távolodás a totális intézmény jellegétől

Pszichiátriai és szenvedélybetegekkel foglalkozó ápoló-gondozó otthonaink még sok esetben hasonlítanak a totális intézményekre. A nagy létszámú intézmények kiváltási programja, a támogatott lakhatás térhódítása jelenleg is zajló folyamatok. A nappali ellátások megerősödése, a közösségi szolgáltatások térhódítása az önsegítéssel együtt jelenti a korszerű irányt. Ezt folytatja a felépülés folyamata. A szenvedélybetegeink ellátása szempontjából nyugodtan mondhatjuk, hogy paradigmaváltás történik.

A tájékozott beleegyezés fogalma megerősödött az egészségügyi és a szociális ellátó rendszerben. Azonban sokszor tapasztaljuk, hogy a tájékoztatás és a beleegyezés egyensúlya megbomlik, csak adminisztrált beleegyezés történik. Ez is egy fejlődési folyamat.

A compliance jelentésében még csak arra gondoltunk, hogy a szakszemélyzettel legalább működjön együtt a beteg. Már gondoltunk rá, de nem partneri szerepben. Betegjogi és ellátottjogi képviselők dolgoznak, terápiás csoportok működnek.

A concordance már a két fél megállapodásáról szólt. A közös erőfeszítések sorozatáról szólnak

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



ezek a megállapodások. Még tovább lépett a felépülés logikája, mely kifejezetten főszereplővé tette a klienst saját viselkedésének megváltoztatásában. Ez az önsegítés legmagasabb szintje. Komoly szerephez juthatnak a tapasztalati szakértők. Nagy figyelem kísérhetjük az angolszász fejlődést az USA-ban, Ausztráliában, Nagy-Britanniában és Új-Zélandon. Új lendületet kaphatnak az AA, AAA csoportok. A modern média sokat segíthet ebben a folyamatban, érdemes lenne alkotóan kihasználni. Így érhetjük el, hogy ne eseteket lássunk, hanem embereket. Ahogy mondják, nem vagyok egyenlő a diagnosztizált betegségemmel.

A Minnesota modell is terjedőben van. Bentlakásos körülmények között a 12 lépés programját követik. A pszichoterápia és az önsegítés határán foglalnak helyet. Felhasználják az AA tapasztalatokat, a felépülés adta erőt, mindezt multidiszciplináris team munkájával és tapasztalati szakértők közreműködésével. A betegség koncepció keretében értelmezik az érzelemkezelés súlyos zavarait. A 12 lépés spirituális alapváltozatát használják. A családi rendszert is bekapcsolják a szenvedélybetegek felépülésébe.

Az AA csoportok sok évtizedes működése kiérlelte a 12 lépés gyakorlatát. Ha összehasonlítjuk pl. az alkoholbetegségben érintetek számát a csoportok számával, akkor még sok teendőnk következik belőle. Kevés van belőle. Fel kell tárni azokat a társadalmi erőforrásokat, amelyek képesek az ilyen csoportok számát lényegesen megemelni. Tehát érdemes a 12 lépést megismerni és nem kell félni a különböző módon megjelenő adaptációktól. A lényeg, hogy működjenek. Nézzük az AA hitvallását, melyet a honlapján az alábbi szerkezetben is fontosnak tartotta kiemelni.

„12 Lépés

1. *Beismertük, hogy tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben – hogy életünk irányíthatatlanná vált.*
2. *Eljutottunk arra a hitre, hogy egy nálunk hatalmasabb Erő helyreállíthatja lelki egészségünket.*
3. *Elhatároztuk, hogy akaratunkat és életünket a saját felfogásunk szerinti Isten gondviselésére bízzuk.*
4. *Félelem nélkül mélyreható erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.*
5. *Beismertük Istennek, magunknak és egy embertársunknak hibáink valódi természetét.*
6. *Teljességgel készen álltunk arra, hogy Isten megszabadítson bennünket mindezektől a jellemhibáktól.*
7. *Alázatosan kértük őt hiányosságaink felszámolására.*
8. *Listát készítettünk mindazokról, akiknek valaha kárára voltunk, és hajlandóvá váltunk mindnyájuknak jóvátételt nyújtani.*
9. *Közvetlen jóvátételt nyújtottunk nekik, ahol lehetséges volt, kivéve, ha ez sérelmes lett volna rájuk, vagy másokra nézve.*
10. *Folytattuk a személyes leltár készítését, és haladéktalanul beismertük, amikor hibáztunk.*
11. *Igyekeztünk ima és meditáció útján elmélyíteni tudatos kapcsolatunkat a saját felfogásunk szerinti Istennel, csak azért imádkoztunk, hogy felismerjük velünk kapcsolatos akaratát, és hogy legyen erőnk a teljesítéséhez.*
12. *E lépések eredményeként spirituális ébredést éltünk át, megpróbáltuk ezt az üzenetet alkoholistákhoz eljuttatni, és ezeket az elveket életünk minden dolgában érvényre juttatni.*

12 hagyomány

1. *Közös boldogulásunk álljon az első helyen, személyes felépülésünk az A.A. egységétől függ.*

[RNT12] megjegyzést írt: Célszerűnek tartanám leírni, hogy miben különbözik a 12 lépéstől, és hogy miért kerül itt beemlésre.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

2. *Csoportügyekben egyetlen abszolút tekintély létezik – egy szerető Isten –, aki csoporttudatunkban megnyilvánulhat. Vezetőink csupán bizalmunkat élvező szolgálattevők, nem pedig irányítók.*
3. *Az A.A.-tagság egyetlen feltétele az ivással való felhagyás vágya.*
4. *Legyen minden csoport független, kivéve azokat az ügyeket, amelyek más csoportokat, vagy az A.A. egészét érintik.*
5. *Minden csoport egyetlen, elsődleges célja az, hogy eljuttassa üzenetét a még szenvedő alkoholistához.*
6. *Egy A.A.-csoport soha ne adja pénzét, nevét vagy támogatását semmilyen kapcsolódó intézménynek vagy külső vállalkozásnak, nehogy a pénzzel, tulajdonnal és presztízzsel kapcsolatos problémák eltérítsék elsődleges céljától.*
7. *Minden A.A.-csoport legyen teljesen önfenntartó, hárítsa el a külső hozzájárulásokat.*
8. *Az Anonim Alkoholisták Közössége maradjon mindig nemhivatásos, bár szolgálati központjaink alkalmazhatnak hivatásos szakembereket.*
9. *Az A.A. maga soha ne szerveződjék, de alakíthatunk szolgálati testületeket vagy bizottságokat, amelyek közvetlen felelősséggel tartoznak azoknak, akiket szolgálnak.*
10. *Az Anonim Alkoholisták Közösségének nincs véleménye külső ügyekről, ezért az A.A. név soha ne legyen bevonható nyilvános vitába.*
11. *A nyilvánossághoz való viszonyunk alapja elsősorban a vonzerő, nem a reklám. Személyes névtelenségünket mindig meg kell őriznünk a sajtóban, a rádióban és a filmekben.*
12. *Hagyományaink spirituális alapja, a névtelenség mindig emlékeztet bennünket arra, hogy az elvek előbbre valók az egyes személyeknél."*

(AA honlapjáról letöltve 2020. október 31-én)

Más önsegítő csoportok is működnek nagy számban. Örülni kell és segítsük a munkájukat, életüket. Néhány további példa, akik online (pl. fogado@maltai.hu) is elérhetőek:

- Narcotics Anonymus
- Anonim Alkoholisták
- Anonim Túlevők
- Alkoholisták Felnőtt Gyermekei
- Al-Anon Családi Csoport
- Anonim Szex- és Szerelemfüggők
- Névtelen Munkaholisták
- Névtelen Érzelemfüggők
- Gamma gt – Szenvedélybetegek Önsegítő csoportja
- Katolikus Alkoholistamentő Szolgálat

3 **[RNT13] megjegyzést írt:** Legalább említés szintjén jó lenne írni róluk, hiszen ezek alapján tudnak rákeresni a szakemberek.

Az önsegítő csoportok és a szociális intézmények kapcsolata

Minél inkább távolodik egy intézmény a totális jellegtől, annál inkább kapcsolatba tud kerülni az önsegítéssel és az önsegítő csoportokkal. Közös alaphelyzet, hogy a kliens aktivitása, önsegítése minél nagyobb mértékben valósulhasson meg.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



Ez a totális intézményben vissza fog fejlődni. Tehát a korszerű irány az aktivitás, önsegítés, felépülés. Ebben az esetben kölcsönösen tudják egymást segíteni, eredményességüket növelni. A kliens felerősödése érdekében hatékony lehet az együttműködésük. Szervezeti szempontból több lehetőség adott. Szervezetileg az önsegítő csoport lehet független az intézménytől, lehet független, de együttműködnek és arra is van lehetőség, hogy az intézményi keretek között működjön önsegítő csoport. Kulcspozícióban lehetnek azok a szakemberek, akik fontosnak tartják az önsegítő szereplőket beemelni a szakmai folyamatokba. Ugyanakkor a kliensek további aktivitását biztosítják, felerősítik.

8. Gondolkodtató kérdések, feladatok

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



1. Gondolja át, hogy melyik lenne az első ötlete, amit munkahelyén megvalósítana a ma hallottakból.
2. Emeljen ki egy kifejezést a mai napból, ami legjobban megragadt a gondolkodásában.
3. Gondolatban cseréljen szerepet egy kliensével, ő mit emelne ki a ma hallott előadásokból.
4. A következő munkanapján megkérdezik a kollégái, hogy mit hallottál? Mit fog mondani nekik?
5. Szakmai munkájában melyik volt a leghasznosíthatóbb gondolat?
6. Ha ön szervezne a munkahelyén egy csoportmunkát, műhelybeszélgetést, esetmegbeszélést, akkor a mai napból melyik témát folytatná részletesebben?
7. Nevezzen meg egy kliens szerepet, amiről ma hallott!
8. Munkahelyén milyen gondozási tervet használnak?
9. Munkahelyén Ön írt-e már gondozási tervet?
10. Munkahelyének szakmai programjából emeljen ki olyan részt, amelyről ma is hallott!
11. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek legszélesebb a családi kapcsolata?
12. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek legszélesebb a szomszédsági kapcsolata?
13. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek legszélesebb a munkahelyi kapcsolata?
14. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek legszélesebb a hitéleti kapcsolata?
15. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek a legkisebb a belső erőforrása?

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



16. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek a legkisebb a külső erőforrása?

17. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek volt legutóbb visszaesése?

18. Gondolja át a klienseit és válassza ki, hogy kinek volt legutóbb visszacsúszása?

19. Nevezze meg az Ön számára legjobban ismert önsegítő csoportot. Mit tart az erősségüknek?

20. Javasoljon egy érdeklődő újságírónak egy olyan témát, amivel erősíthetné a szenvedélybetegek elfogadását, segítését!

9. Összefoglalás

A szakmai tanácskozás összefoglalta a felépülés alapú megközelítés előnyeit a szenvedélybetegek korszerű segítésében. Megismertük a felépülés fogalmát, folyamatát, a hozzátartozók szerepét. A felépülés szemléletének a lényege, hogy a kliens/felhasználó a saját, személyes változásait éli meg, saját céljai, értékei, attitűdjei mentén. Ez azt jelenti, hogy a személyiségen belülről láttatja a saját helyzetét, átéléseit, változásait, elakadásait és újrakezdéseit. Ebben a szemléletben fontossá válik a szubjektív élmény. Nem csak egy melléktermék a folyamatnak, hanem a főszereplője, erőforrása és fő hajtó ereje.

Módszer specifikus előadások, csoportmunkák, egyéni aktivitások segítették a résztvevők ismereteinek, képességeinek, készségeinek fejlesztését. Ösztönözzük a továbbképzés témáinak további feldolgozását a munkahelyi csoportokban, esetmegbeszéléseken, a segítő munka fejlesztése érdekében. Használjuk a Gondolkodtató kérdéseket, feladatokat. Segítsük a résztvevők önellenőrzését és további ismeretbővítését. Hivatkozzunk további forrásokra, on-line felületek használhatóságára.

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu



10.Bibliográfia:

- Arany Zoltán (2019): Családkonzultáció speciális élethelyzetben lévő családokkal. In.: Addiktológiai problémával küzdő családokkal folyó segítői munka. SZTE, Szeged, 2019.
- Bugárszki Zsolt (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. Esély, 2013/5.sz. 68-85.
- Demetrovics Zsolt (szerk)(2007): Az addiktológia alapjai. Budapest, Eötvös
- Hegyesi Gábor, Talyigás Katalin (szerk)(1996): A szociális munka elmélete és gyakorlata. Budapest, Semmelweis
- Krausz, M. - Verthein, U. - Degkwitz, P.(1999): Psychiatric comorbidity in opiate addicts (Az ópiátfogyasztók körében tapasztalt pszichiátriai komorbiditás), European Addiction Research, 5. köt., 1999, 55–62. o.
- Petke Zsolt, Tremkó Mariann (szerk)(2018): Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat. Budapest, Medicina
- Prochaska, J.O. - DiClemente,C.C. (1982).Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: teory, research, practice, 19(3), 276.
- Rácz József (2001): Addiktológia. Tünettan és intervenciók. Budapest, Semmelweis Egyetem
- Rácz József (2011.): Betegség-egészség és a zöld környezet. Addictológia Hungarica, 10:1, 56-110.
- William R. Miller - Stephen Rollnick (1999.): A motivációs interjú. Ed.Paidos. Barcelona
- Winfried Huber (1993): Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében. Debrecen, Forrás Egyesület
- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt
Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
Székhely:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Postacím:1132 Budapest, Visegrádi utca 49.
Honlap: www.szgyf.gov.hu

