Rehabilitáció-felépülés alapú elvek, állapotfelmérés és útmutató a fejlesztési/gondozási tervhez

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

Rehabilitáció-felépülés alapú elvek, állapotfelmérés és útmutató a fejlesztési/gondozási tervhez

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Békésiné Füvesi Ágnes

Dr. Harangozó Judit

Dr. Kassai Szilvia

Pelbát Gergely

Szakmai lektor

Hábencius Judit

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című

kiemelt projekt

Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával,

az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A kiadvány a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú,

Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt keretében készült

Kiadja Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

1132 Budapest, Visegrádi utca 49.

Telefon: +36 1 769 1704

www.szgyf.gov.hu

Felelős kiadó Benedek István Zsolt főigazgató

Budapest, 2019.

Tartalom

Rehabilitáció jelentősége az ellátottak gondozásában, a rehabilitáció fogalma, elemei, szükségletek 6

1. Társadalmi integráció és rehabilitáció 6

1.1. A rehabilitáció lehetősége a társadalmi integráció sikerességében, felépülés alapelvei (az összes célcsoportra vonatkozóan) 7

1.2. Család 8

1.2.1 A család, mint a társadalom legfontosabb egysége 8

1.2.2 A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik) 10

1.3. Rehabilitáció megközelítése a szükségletek felől 11

1.3.1. Maslow féle szükségletpiramis és egyéb szükségletekre épülő modellek bemutatása 11

1.3.2. A szükségletek fontossága a rehabilitáció és a felépülés, illetve a rehabilitációs és fogyatékosság területén 14

Rehabilitáció megjelenése az ellátási formákban - amit a fogyatékosságról és a szenvedélybetegségekről tudni kell. Különböző felépülési modellek bemutatása a szenvedélybetegek rehabilitációjában 18

2. Rehabilitáció a fogyatékossággal élő személyek ellátásában 18

2.1 Fogyatékosság általános elméleti keretei 19

2.1.1. Mely célcsoportoknál jelenik meg a fejlesztés és hol a rehabilitáció. 25

2.1.2. A rehabilitáció és a fejlesztés módszerei (pl. vakoknál az elemi rehabilitáció, mozgássérültek esetében mi a rehabilitáció szerepe) 28

2.2.Kommunikáció fogyatékossággal élő személyekkel 32

2.2.1. Érzékenyítés 32

2.2.2. Kommunikáció egyes helyzetekben, esetekben (pl. krízis esetén, szuicid hajlamú kliensekkel) 35

3. Rehabilitáció a szenvedélybetegségben érintett személyek ellátásában 40

3.1. A szenvedélybetegségekről általánosságban, elméleti keretek 40

3.1.1 Szenvedélybetegség a családban, a család szerepe a szenvedélybetegségekben: 45

3.1.2 Különböző felépülési modellek bemutatása 46

3.2 Kommunikáció szenvedélybeteg személyekkel 54

3.2.1. Kapcsolatfelvétel, kapcsolat kialakítás 54

Rehabilitáció megjelenése az ellátási formákban-, amit a pszichiátriai betegségekről tudni kell. 58

4. Rehabilitáció a pszichiátriai betegségben érintett személyek ellátásában 58

4.1. A szociális intézményekben leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek ismertetése (skizofrénia, hangulatzavarok, affektív rendellenességek). *Elméleti keretek* 59

4.1.2. Ismeretek a szkizofréniáról 60

4.1.3. Ismeretek a depresszióról 63

4.1.4. Egyéb, pszichoszociális fogyatékosságot okozó mentális zavarok 63

4.1.5. A felépülés-elvű közösségi ellátás alapjai pszichiátriai problémákkal élők számára és a kliensekkel való kommunikáció 64
4.1.6. Mi a pszichoedukáció? 70
4.1.7. A munka-rehabilitációról 75
4.2. Kommunikáció pszichiátriai beteg személyekkel 77
Tapasztalati szakértők 77
Állapotfelmérés és útmutató a fejlesztési/gondozási tervek elkészítéséhez 79
5. Az esetmunka lépései 79
5.1. Kapcsolatfelvétel a klienssel 79
5.2. Állapotfelmérés 82
5.2.1. Állapotfelmérés fogyatékos személyek esetén 82
5.2.2. Állapotfelmérés pszichiátriai beteg esetén 83
5.2.3. Állapotfelmérés szenvedélybeteg esetén 84
5.3.Gondozási terv/fejlesztési terv készítése 85
Felhasznált irodalom 89

REHABILITÁCIÓ JELENTŐSÉGE AZ ELLÁTOTTAK GONDOZÁSÁBAN, A REHABILITÁCIÓ FOGALMA, ELEMEI, SZÜKSÉGLETEK

1. Társadalmi integráció és rehabilitáció

Összefoglalás

A fogyatékossággal élők gyakran kiszorulnak a társadalomból, nem kapnak egyenlő esélyeket és megbélyegzéssel is meg kell küzdeniük. A hátrányok és a megbélyegzés mint egy "második betegség" tovább ronthatja az állapotukat és lehetőségeiket. A rehabilitáció célja, hogy komplex szolgáltatásokkal segítsük az érintetteket újabb esélyekhez és társadalmi részvételhez, a stigma legyőzéséhez. A rehabilitáció során azt tudjuk elősegíteni, hogy a kliensek másokkal egyenrangú "polgártársakká" váljanak és a fogyatékosságuk ellenére is teljes életet tudjanak élni. Az ilyen módon "mássággal" élők társadalmi integrációja nem csak az egyén, de a közösség érdeke is: a humán diverzitás a közösség erőforrásait bővíti.

A felépülés-szemlélettel dolgozó módszerek hatásosabbnak bizonyulnak, mint a hagyományos rehabilitációs modellek, mert a felépülés szemlélete további értékeket, segítői attitűdöt és szervezeti kultúrát feltételez. A felépülés-szemlélet kapcsolódik a „mássággal" élők emancipációs mozgalmaihoz, a fenntartható fejlődés kultúrájához, és nyitott a különböző kultúrákra. A felépülés-szemléletben a segítők tudatosan törekszenek a klienseket korlátozó intézményi hatások kiküszöbölésére.

Cél

A rehabilitáció megközelítései, ezen belül a felépülés-szemléletének megismertetése, a család, rehabilitációban betöltött szerepének ismertetése, egyes gyakorlati elemek bemutatásának megkezdése: pl. gondozási terv alapjai, a helyzetgyakorlat, a család bevonása.

Kulcsszavak

Felépülés, személyes célok, empowerment, család

Tanulást segítő kérdések

Mi a rehabilitáció célja?

Ki dönt a rehabilitációs célokról?

Hogyan azonosíthatóak a szükségletek a felépülés során?

Mi a család szerepe a sikeres rehabilitációban?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény https://www.feszt.eu/projektjeink/nemzetkozi-egyezmenyek-monitorozasa/dokumentumtar/

Bulyáki T.- Harangozó J. (szerk.) (2018): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. Budapest, Ébredések Alapítvány, 398 p.

Petke Zs. (2018): A függőség felépülés-központú megközelítése In: Petke Zs., Tremkó M. (szerk.) (2018): Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat. Budapest, Medicina, 444 p.

1.1. A rehabilitáció lehetősége a társadalmi integráció sikerességében, felépülés alapelvei (az összes célcsoportra vonatkozóan)

1.1.1. Mi a rehabilitáció célja?

Korábban

- a VISSZAILLESZKEDÉS segítése,
- majd az ÉLETMINŐSÉG javítása volt a rehabilitációs gondozás célja.

A „**visszailleszkedés**" a társadalom érdekeit jeleníti meg, valójában nem mindenki szeretne és nem is mindig tud azokba az élethelyzetekbe visszamenni, amelyek talán hozzájárultak a pszichoszociális, vagy másfajta fogyatékosságához. A betegség és a fogyatékosság óriási krízis az emberek életében, és a megrázkódtatás nyomán nem túl valószínű, hogy az illető pont a korábbi életét akarja élni. A visszailleszkedés-modell persze fontos lehet a társadalom, a közösség szempontjából. Mégis, úgy látszik, hogy jobbak a társadalmi integráció lehetőségei, ha a kliens személyes útját követjük és nem akarunk előírni "beilleszkedési utakat".

Az **életminőség** egy jobb változat volt, de ezzel meg az a probléma, hogy nagyon szubjektív és kevéssé mérhető. Előfordulhat, hogy valaki mondjuk egy pszichiátriai tünet miatt boldogabb, mint valaha, és nem látja át, hogy ez az állapot mégsem jó. Ilyenkor felfelé torzít a kliens megítélése. Hasonlóan torzíthat egy mámoros függőségi állapot, amikor az ember nem érzékeli az életét kockáztató tényezőket. Máskor pl. mérsékelt depresszió is súlyosnak megélt életminőség-romlással jár, miközben lehet, hogy az életkörülmények egyáltalán nem romlottak. Ilyenkor esetleg „lefelé torzít" ez a mérőeszköz. Fontos szempont marad persze a szubjektív szempontok megértésében. Megtanítja a segítőt, hogy ráhangolódjon a kliens személyes világára.

Ma a helyüket átvette a **FELÉPÜLÉS** fogalma.

1.1.2. A felépülés

A **FELÉPÜLÉS** eredetileg a radikális beteg-szervezetek, érdekvédők "emancipációs" koncepciója, akik sokszor a kezelések *ellenére* is el tudják képzelni az önálló életvitelt, a szabadságot és tartalmas életet. Hatalmat akarnak gyakorolni az életük és a döntések felett, jogokat és beleszólást akarnak. "Semmit rólunk, nélkülünk" - ez az egyik szlogenjük, amely kifejezi azt a harcos nézetet is, hogy a fogyatékossághoz sokszor nem a belső, hanem a külső tényezők, pl. a diszkrimináció, a stigma, az akadálymentesítés elmulasztása vezet. A fogyatékosságot egy olyan "másságnak" kezelik, amely a társadalom számára értéket jelent, más nézőpontokat, képességeket, kreativitást. Ez a szemlélet az emberi sokféleség értékét emeli ki, amely a fenntartható fejlődésnek ugyanolyan, vagy még fontosabb része, mint a biológiai sokféleség, a növények és állatok sokfélesége (CRPD, 2007).

A felépülés kifejezés alatt persze más értelmezések is elterjedtek:

- az orvosi megközelítéshez legközelebb áll az az értelmezés, amely a tünetek visszaszorulását hangsúlyozza.
- egy másik értelmezés szerint inkább a funkciók visszanyerése a lényeg (tehát a belső változásokra koncentrál ez a megközelítés)
- mégis, a radikális értelmezés vált dominánssá, amely a következő értékeket hangsúlyozza:
- *emberi méltóság, önbecsülés, mások tiszteletét élvezni, stigma legyőzése*

- *szabad döntések, tájékozott beleegyezés, jogok - kézbe venni az életünket*
- *remény (mindig van remény a felépülésre)*
- *empowerment, önsegítés, önkontroll, kompetencia*
- *akár a tünetekkel, fogyatékossággal is lehet teljes életet élni*
- *jövőkép és személyes célok*
- *közösségi integráció* (Petke – Tremkó, 2018)

A FELÉPÜLÉS eszerint egy személyes út, ami mindenkinél egyénien alakul. Ezért a felépülés-alapú szolgáltatások mindig személyes célokból indulnak ki, és minden kliensnél másképp épülnek fel. A felépülés-alapú szolgáltatók kerülik a betegek számára kialakított „kollektív" programokat és megoldásokat. A csoportos programok csak akkor indokoltak, ha egy „csoportra való" kliensek egyéni gondozási terveiben megjelenik ez a szükséglet. A felépülést legjobban a személyes célok felmérésével és segítésével segíthetjük elindulni. A kliensek legtöbbször megfogalmaznak olyan célt, amely a társadalmi integrációt is segíti. Fontos tudni azonban, hogy ezen célok elérése érdekében a segítő munka során a környezet "akadálymentesítésével" is dolga van a segítőknek.(Bulyáki, Harangozó, 2018.) Ezzel a területtel a későbbiekben részletesen foglalkozik a tananyag.

A felépülés-szemléletű segítő munka során nyitottnak kell lennünk más megközelítések felé. Pl. a spiritualitás, ezotéria, kulturális alternatívák, etnikumhoz kötődő megközelítések. Ezt a szemléletet képviseli a kultúrák közti, más néven **transzkulturális szemlélet**. A segítő szakmák is egy szempontot képviselnek, de másképp is lehet látni; a szakember elmondja a szakmai álláspontokat, a kliens meg mérlegel...és dönt. Ez azt jelenti, hogy a szakember nem mondja meg, "mi az igazság", hanem nyitott és tárgyal, kölcsönös tanulásra törekszik. A felépülés-értékek személyközpontú szervezeti kultúrát is feltételeznek és változik a segítő-kliens kapcsolat is.

1.2. Család

1.2.1 A család, mint a társadalom legfontosabb egysége

Az ember társas lény, éppen ezért a társadalomban élő emberek különböző motivációk alapján csoportokba tömörülnek, melyek létszámuktól függően lehetnek nagycsoportok és kiscsoportok. A szociológusok szerint a kiscsoport olyan csoport, melynek tagjai kettőnél többen vannak, személyesen ismerik egymást, érzelmi kötelék is összefűzi őket, és létszámuk nem haladja meg a 12 főt. Ilyen kiscsoport a család is. Andorka szerint "családnak nevezzük a szociológiában az olyan együtt élő kiscsoportot, amelynek tagjait vagy házassági kapcsolat, vagy leszármazás, más szóval vérségi (kivételes esetben örökbefogadási) kapcsolat köti össze." (Andorka, 2006) Ugyanakkor a család fogalma mára kibővült, hiszen a magyar társadalomban gyakori jelenséggé vált a nem házasságban élő, ugyanakkor gyermeket vállaló egyénekből álló család. A család nagyon sokféle funkcióval rendelkezik, ezek egyike a reprodukció, mely a gyermekvállalást jelenti. Másik nagyon jelentős funkciója a családnak a szocializáció. A szocializáció jelentése: "A szocializációt többféleképpen definiálhatjuk. Az egyik definíció szerint az a folyamat, amelynek során az emberi személyiség kialakul. Ezt a definíciót inkább a pszichológia használja. A másik definíció szerint a szocializáció az a folyamat, amelynek során a gyermekek megtanulják, hogyan lehetnek társadalmuk hasznos tagjai, hogyan kell a társadalomban élniük. Ebben az értelemben a szocializáció során a gyermek megtanulja a környező társadalom kultúráját, normáit, értékeit." (Andorka, 2006) Vagyis a szocializációt többféleképpen definiálhatjuk, de ami a közös bennük, hogy a családnak kiemelkedő jelentősége van a szocializációban, mert a család az első szocializációs közeg. A családtagoktól tanulja meg a gyermek, milyen szabályok, viselkedésformák elfogadhatóak és melyek nem az adott társadalomban. Ezek átadása kiemelkedő jelentőséggel bír arra nézve, hogy a gyermek, amikor kikerül a család védelmező burkából, milyen értékek mentén fog viselkedni az óvodában, az iskolában, és egész életében.

Ha szocializációról beszélünk, fontos megemlíteni, hogy a család után van még két szocializációs közeg, mely befolyásolja életünket, ezek az óvoda/iskola/kortárscsoport, mint második szocializációs közeg, majd a munkahely lép be harmadik szocializációs közegként az ember életébe. A gyermek és felnőtt esetében is nagyon fontos értékhordozók a különböző közegekben megismert emberek, mert az általuk képviselt vélemények, értékek, normák befolyással bírhatnak a személyiségfejlődésre, az értékrend kialakulására. Gondoljunk arra, hogy egy karizmatikus, gyermekszerető, tanítani szerető tanár milyen jelentős hatással tud lenni egy csoport tanulási kedvére, az adott tantárgy megítélésére, a tudásvágy felélesztésére. Vagy azok az integrált óvodák/iskolák, ahová járnak fogyatékkal élő gyermekek, nagymértékben fejlesztik az oda járók empatikus készségét, elfogadó attitűdjét, a fogyatékossághoz való pozitív hozzáállásukat, ezáltal segítve, hogy a felnövekvő generáció sokkal elfogadóbb, a társadalmi problémák észrevételére érzékenyebb legyen. Ugyanakkor a jól funkcionáló család az az óvó, védelmező közeg, amely biztonságot, szeretetet, megértést, odafigyelést, és támogatást ad a tagjainak, legyenek azok felnőttek és gyermekek egyaránt. Éppen ezért fontos funkciója még a családnak a felnőttek pszichés védelme, amely nagyon sokrétű. Ide sorolhatjuk nemcsak a közös teherviselést, a gyermeknevelést vagy a jövőre vonatkozó közös gondolkodást, hanem hatalmas jelentőséggel bír a felnőttek egymással és gyermekeikkel történő minőségi időtöltése, a problémák közös felvállalása és megoldásukra törekvés, egy olyan védőháló kialakítása, amely megvédi mindkét felnőtt családtagot a felmerülő nehéz helyzetekben. Ilyen lehet egy “rossz” főnök, egy mérgező munkahely, nem együttműködő munkatársak, problémás rokonok, vagy az egyén saját szerepében való megingás, akár munkahely elvesztése, stb. Ezekben a helyzetekben kiemelkedően fontos, hogy a felnőttek segítsék egymást meghallgatással, odafigyeléssel, empátiával, közös megoldások keresésével, támogató szeretettel, mert ezek segítségével tudják megvédeni egymást a felmerülő nehezebb helyzetekben.

A felépülés folyamata a tünetek kezelésén túl az új és építő kapcsolatok kialakítását, új célok elérését és az ehhez szükséges képességek elsajátítását is magában hordozza. Egy olyan folyamat, ami sosem ér véget. A tüneteket, az emberi kapcsolatok minőségét és az életcélokat nagymértékben a család jellemzői határozzák meg.

A család működésére különböző elméleteket állítottak fel:

A szociális kontroll elmélet szerint a családban rejlő szoros kötelékek képesek arra, hogy az egyént, önmagával és másokkal szemben is felelősségteljes viselkedésre motiválja. Ezek a kötelékek örömteli és reális életcélok felépítése felé terelhetik az egyént, továbbá segíthetik azok elérését.

A szociális tanulás elmélet a családban élő személyek hozzáállásának és viselkedésének fontosságára hívja fel a figyelmet. A családtagok példát nyújtanak arra, hogyan viszonyuljunk a világ különböző dolgaihoz, valamint arra is, hogyan viselkedjünk. A családtagok megfigyelésén keresztül önkéntelenül is lemásoljuk attitűdjeiket és viselkedésüket.

A stressz és megküzdés elmélet szerint a család nem csak támogatást nyújt. Minden családban előfordulnak vészhelyzetek. A család alkalmas gyakorlóterep arra, hogy a krízisekkel járó érzelmeket megtanuljuk elvieselni, és azok kezelésére hatékony stratégiákat tudjunk kidolgozni. A kötelékek hiánya, vagy rossz minősége pedig éppen a felsoroltakkal ellentétes hatást válthat ki.

Az önmagunkról és a világról kialakított képünket nagymértékben befolyásolja a család. Az önképünk, a másokhoz fűződő kapcsolataink minősége és a céljaink pedig meghatározzák az életünket körülvevő tág környezetet, vagyis azt, hogy milyen minőségű társadalmat vagyunk képesek együtt kialakítani. A felépülés tehát nem csak az egyén szintjén értelmezhető. Mindannyiunk érdeke, hogy olyan társadalmat alakítsunk ki amely segíti az egymást támogató és elfogadó kapcsolatok kialakítását, továbbá az örömteli, reális célok kitűzését és elérését (Kelly és White, 2011) .

1.2.2 A család, mint a rehabilitáció egyik legfontosabb szereplője (szerepük, feladataik)

Ha egy krumplit egy pincében, minden fénytől, friss levegőtől és termő táptalajtól elzártan tartunk, akkor is hajtásokat kezd ereszteni. Persze nem olyat, mint azok a testvérei, akiknek mindaz megadatott, ami a pincében sínylődő krumplinak nem. Girbegurba, gyenge hajtásokat ereszt. Ha ez a girbegurba krumpli megfelelő környezetbe kerül, gyenge hajtásait idővel életerősekre tudja cserélni. (Rogers, 1980)

Minden emberben megvan az erő, hogy növekedjen, még a legrosszabb körülmények között is. Sokszor éppen a család az, amely hátráltatja a személyes kiteljesedést. Azonban ha a családmegfelelően működik, vagy képes a változásra, akkor elősegítheti a krízisben, bajban lévő családtag felépülését.

A mai napig nem eldöntött, hogy a tragikus életesemények mennyire felelnek a későbbi pszichiátriai problémákért vagy a szenvedélybetegségért. Egyes kutatások azt állítják, hogy a traumák hatásánál erősebb az, ha úgy érezzük, egyedül maradtunk a fájdalmunkkal. Emiatt a későbbi kríziseket sem biztos, hogy meg tudjuk oldani.

Azok a szoros kötelékek - legyenek azok családi, baráti, spirituális (vallási közösségek) vagysorstársi (anonim alkoholisták) alapon szerveződők – amelyek általános támogatást nyújtanak, segítenek a rövid távú, reális és pozitív célok meghatározásában és aktívan bevonódva segítik a célok elérését, azok nagymértékben támogatják az egyén felépülését. Ez nagymértékű empátiás megértést (a másik érzelmeinek megértését) és elfogadást igényel a családtagoktól, akik szintén sérülhetnek a folyamatban, ezért nekik ugyanannyira szükségük lehet egy térre ahol őszintén, kifejezhetik érzéseiket. (Holdstock, 1977)

A felépülés-alapú rehabilitáció során, ahogy korábban említettük, a környezet “akadálymentesítése” is a feladatunk. Ezért is kulcsfontosságú a családtagok és a kliens számára más fontos személyek bevonása a rehabilitációs folyamatba. Fontos, hogy ők is kapjanak segítséget, és ne csak “támaszkodni” akarjunk rájuk. A gondozás minden résztvevőjének “nyereségesnek” kell éreznie a folyamatot. Ezt úgy érhetjük el, hogy a bevont családtagok személyes szükségleteit és céljait is felmérjük. Az ő céljaik elősegítése hasonlóan fontos, mint a kliens céljai. A segítő feladata a résztvevők céljait összehangolni. A rehabilitációs terv kialakításához néha kisebb lépésekre kell bontani a célokat, hogy rövid távúak, reálisak és emellett mindenképp örömteliek is legyenek. Ezek képezik a rehabilitációs terv alapját. (Bulyáki - Harangozó, 2018).

Fogyatékossággal élők esetén a rehabilitáció az elvesztett funkciók újratanulását, amennyiben ez nem lehetséges, új funkciókkal való pótlását, illetve orvosi, foglalkozási, mentális, pedagógiai és szociális felépülést jelent, a kliensek életcéljai elérése érdekében. Természetesen minden fogyatékossággal élő személy a saját képességeihez mérten rehabilitálható, ami minden egyénnél más és más határok átlépését tűzi ki célul. A rehabilitáció sikerességében kiemelt szerepe van a családnak. A szocializáció során már csecsemő kortól fontos a fogyatékosság tudatosítása az egyénben és a különböző segítő lehetőségekkel való megismertetése, vagyis egy látássérülten született gyermeknek a kezdetektől szükséges a biztonságos mozgás megtanítása, a segítő eszközök/lehetőségek, a fehérbot, a vakvezető kutya, a hanggal jelző gyalogátkelőhely használatának támogatása, és olyan iskolák/fejlesztők elérésének a megteremtése, amelyek során minden, a számára a mindennapi életet megkönnyítő segítő eszközök használatát, megtanulhatja. A családnak az élet minden területén alkalmazkodnia szükséges a fogyatékossággal élő családtag igényeihez annak érdekében, hogy az egyénnek lehetősége legyen a fogyatékosságával együtt a számára legönállóbb életvitel kialakítására. Az igényekhez való alkalmazkodás mellett kiemelt jelentőséggel bír a család mentális támogatása, mert mind a veleszületett mind a szerzett fogyatékosság feldolgozása nagyon nehéz folyamat mind a fogyatékossággal élőnek, mind a családta-

goknak. Egymás támogatása nélkül sok olyan nehézséggel találják szemben magukat az egyének, melyek megoldása külső segítség igénybevétele nélkül szinte lehetetlen. Ugyanakkor sok esetben a családok külső segítséget csak a legvégsőbb, legelkeseredettebb helyzetekben vesznek igénybe.

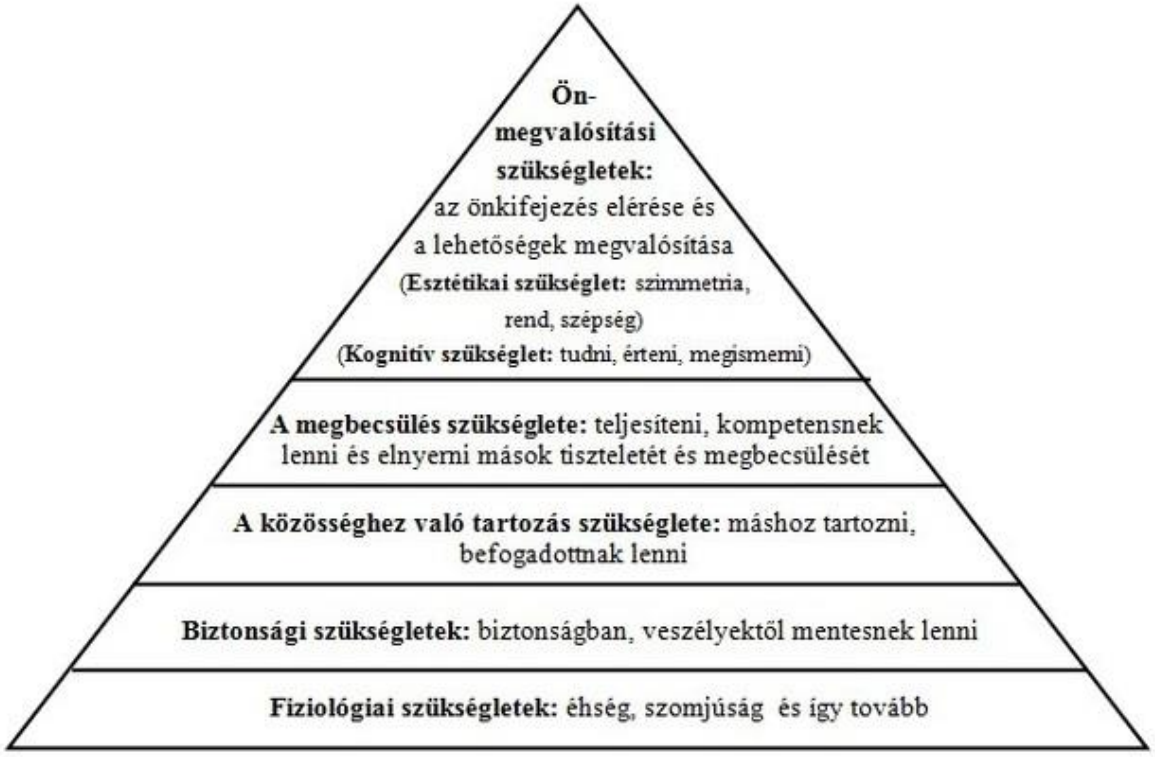
A jól funkcionáló család egy egész életen, illetve a családtagok életében, támogató hálót nyújt a fogyatékossággal élő embernek, akinek segítenek képességei maximumát elérni, elfogadják azt a fejlettségi szintet, amire a családtagjuk képes volt eljutni, támogatják az életét minden olyan területen, ahol szüksége van támogatásra, ugyanakkor meghallgatják és tiszteletben tartják a véleményét, az igényeit, és arra törekednek, hogy elérje a saját képességeihez mért legnagyobb önállóságot annak érdekében, hogy minél kiegyensúlyozottabb és teljesebb életet tudjon élni.

Szenvedélybetegek rehabilitációjában és felépülésében a családnak szintén jelentős szerepe van. Tekintettel arra, hogy a függőség kialakulása a család diszfunkcionális működésének (kapcsolati, kommunikációs, érzelmi zavarok) kifejeződése a rehabilitáció sem képzelhető el a család egészének bevonása, kezelése nélkül. A kezelés célja ebben az esetben nem (csupán) a függőség gyógyítása, hanem annak a családi folyamatnak a visszafordítása, amelynek következtében a függőség megjelent. A családterápia eszközeinek beépítése a szenvedélybetegek rehabilitációjába elengedhetetlen, segíteni kell a családot abban, hogy új egyensúlyt találjon, amely nem jár újabb betegségtünet kialakulásával (Huber, 1993.).

1.3. Rehabilitáció megközelítése a szükségletek felől

1.3.1. Maslow féle szükségletpiramis és egyéb szükségletekre épülő modellek bemutatása

Maslow elméletének (1943) alapja az, hogy az embereket szükségleteik kielégítése késztet bizonyos cselekvésre és ezek a szükségletek hierarchikus rendbe állíthatóak. Az emberi vágyak, a fiziológiai, a biztonság iránti, a szociális igények kielégítése, a megbecsültség és az önmegvalósítás. Ezek egymásra épülnek, hierarchiát alkotnak.



Maslow szükséglethiearchiája

1. **Fiziológiai szükséglet**

Homeosztatikus fiziológiai szükségleteknek nevezzük az éhséget, szomjúságot, fiziológiai szükségleteink közé tartoznak a szexualitás, az álmosság, az öncélú aktivitás, stb. Ezen szükségletek kielégítése meghatározza az ember cselekvését, vagyis ha valamely szükséglet kielégítetlen, akkor cselekvése annak kielégítésére fog irányulni. A fiziológiai szükségleteket nem különíthetjük el teljesen más szükségletektől, hiszen ha valamely személy azt gondolja hogy éhes, az nem feltétlenül jelenti azt, hogy a szervezetében valóban táplálékhiány van; étkezhet pusztán függőségből is.

2. Biztonsági szükséglet

A biztonságos, stabil, kiszámítható, rendezett világ igénye, a megszokott napi ritmus, a védelem, a struktúra, a törvény, a határok és keretek iránti igény, félelemtől, szorongástól, káosztól való mentesség igénye. A biztonságra való törekvés megjelenik abban, hogy jobban kedveljük a megszokottat a szokatlannál, az ismertet az ismeretlennél. A fizikai biztonság mellett a pszichológiai védelem szintén alapvető, vagyis az ember kiszámítható, rendezett világra való törekvését jelenti.

Biztonságérzet elemei:

- megjósolhatóság: ha egy negatív esemény bekövetkezését előre megjósolják, az akkor is csökkenti a trauma mértékét, ha a személy nem tud ellene tenni
- kontroll lehetősége (befolyásolhatóság): ha bizonyos helyzeteket nem tudunk befolyásolni, kezelni sem tudjuk

3. Szociális szükséglet

A szeretet, a gyengédség, a valahová tartozás szükségletéhez hozzá tartozik, hogy szeretve legyünk és szerethessünk, hogy tagjai legyünk egy kisebb közösségnek (család, barátok). A valahová tartozás

igénye egész életünkön keresztül alapvető igényeink közé tartozik. Az emberi kapcsolatok fontossága (szerelem, barátok, gyerekek, munkatársak…). A szeretet szükséglete esetén fontos a kölcsönösség, a szeretet adása és kapása.

Maslow két különböző szeretet-típust különböztet meg:

- a magasabb rendű létszeretetet, amely önzetlen szeretet, a másik létének szeretetét jelenti,
- valamint az éretlenebb, kölcsönösségen alapuló, deficitszeretetet, amelyet „követelő szeretetnek" is nevezünk

4. Megbecsülési szükséglet

Ennek a szintnek a jelentősége az a tapasztalat, hogy nemcsak elfogadnak, hanem értékelnek is, a megbecsülési szükséglet szoros kapcsolatban áll az önértékeléssel, a világgal szemben az erő, a teljesítmény, a megfelelés, a hatalom, a kompetencia, az önbizalom, továbbá a függetlenség és a szabadság igénye; valamint a jó hírnév, a presztízs, a rang, a dominancia, az elismerés, a figyelem és a megbecsülés igénye. A társas értékelésben szerepe van az egyén önmagához való viszonyának (pozitív énkép, hozzáállás),

5. Önmegvalósítási szükségletek

5.1. Kognitív szükségletek

A tudás és megértés szükséglete, önismeret, a tudás, a megértés, a megismerés, a kutatás vágya, az intellektuális érdeklődés. A tudás tudattalanul dominanciát, uralkodást, kontrollt jelent a másik fölött, a tudásvágyat a biztonsági szükséglet is módosítja (újdonság – állandóság), ugyanakkor a növekvő tudásvágy csökkentheti a biztonsági szükségleteket.

5.2. Esztétikai szükségletek:

Esztétikai, művészeti érdeklődés: a rend, szépség, a szimmetria, a tökéletesség és az elegancia igénye (együtt a művészetben jelenik meg). Vizuális, akusztikus, szaglási, érintési, stb. ingerek, esztétikai szükségletünket kielégíthetjük a természetben, művészetekben, stb. Gasztronómiai esztétikai élvezet, giccs kedvelése, happy end igénylése is ide tartozik.

5.3. Az önmegvalósítás szükséglete

A fejlődés szükséglete, az önmegvalósító ember már kielégítette alapvető szükségleteit, így sokkal autonómabb, kevésbé függ környezetétől. A fejlődésnek nincs meghatározott végpontja, a folytonos előrehaladás, fejlődés vezérli.

Maslow eredeti modelljében (1943) öt szintet azonosított a szükségletek hierarchiájában. Ennek tovább dolgozása során kerültek a hierarchiába a kognitív és az esztétikai szükségletek (Maslow, 1970a), majd később a transzcendecia is megjelent (Maslow 1970b). Így tehát az szükségletek hierarchiájának öt szintje nyolc szintre bővült.

Maslow által alkotott szükséglet hierarchiája lényege annak kibontása, milyen úton módon juthat el a személy az önmegvalósításig. Ennek alapja, hogy Maslow elsősorban nem a pszichopatológiára helyezte a fókuszt, hogy mi megy rosszul az emberrel, hanem mi mehet jól. Elsősorban a humán potenciált hangsúlyozza, és azt, hogyan töltheti be a személy ezeket a lehetőségeket. Elmélete alapján az egyén motivációi azon alapulnak, hogyan találja meg a saját növekedésének és szükségletei kielégítésének

lehetőségeit. Az elmélet szerint a személy mindig változásban van, sohasem marad ugyanaz, mindig az élet értelmének felkutatása a célja, ennek érdekében a motivációi különböző utakra viszik.

1.3.2. A szükségletek fontossága a rehabilitáció és a felépülés, illetve a rehabilitációs és fogyatékosság területén

Az egészség és felépülés felé vezető út hosszú időt vesz igénybe. Amíg például egy függőség általában a Maslow által alkotott szükséglethierarchia lépcsőfokain visszacsúszással jár, a felépülés folyamata magába foglalja ennek visszaállítását, a szükségletek mentén történő előremozdulást. A felépülés egy olyan folyamat, amelyben nagy hangsúlyt kapnak az egyéni szükségletek, ezért ennek folyamata személyenként különböző lehet, ugyanakkor fontos támpontokat adhatnak hozzá a maslowi szintek. A pszichiátriai problémákkal élők esetében a szükségletek megjelenítése az örömteli személyes célok kitűzésével történik a gondozási tervben, ahogyan ezt több példán is látni fogjuk a képzés során.

Fiziológiai szükségletek a felépülés során

A felépülő függők esetében a fiziológiai szükségleteknek már a detoxikálás során is nagy jelentősége lehet. A felépülők esetében az ilyen szükségletek kielégítése vezethet a kontrollérzet növekedéséhez és csökkenti az ezekkel kapcsolatos stresszt és frusztrációt. A felépülő kábítószerhasználók esetében, tekintettel a függőség jelentős biogenetikai velejáróira, a fiziológiai szükségletekkel kapcsolatos hiányérzet olyan negatív érzelmeket mozgósít, amelyek előidézhetik a visszaesést. Az ilyen jellegű szükségletek kielégítése azonban támogathatja a józanságot hosszú távon is, lehetővé teszi a szükségletek hierarchiáján történő tovább haladást.

Fiziológiai szükségletek fogyatékossággal élők rehabilitációja esetén

A súlyos, halmozott fogyatékossággal élőknél szélsőséges esetben a fiziológiai szükségletek kielégítése jelenti szinte a létezés egészét. Súlyos, közepesen vagy enyhén súlyos esetekben a ezen szükségletek megoldásának önálló elvégzése jelentheti a rehabilitációs folyamat irányát. Vagyis a minél önállóbb vagy teljesen önálló toilette használat, étkezés, felöltözés elérése nagy eredménynek számít azon fogyatékossággal élők esetében, akik előzőleg ezeket a tevékenységeket nem tudták elvégezni.

Biztonsági szükséglet a felépülés során

A felépülés során, ahogyan kibontakozik a felépülés folyamata a biztonságérzet és az iránti vágy kezd előtérbe kerülni. A biztonság keresése segít abban, hogy a sokszor kaotikus külvilág ellenére az egyén bejósolhatóságot és biztonságot éljen meg. A biztonságérzet olyan környezetet teremt, amely hosszú távon segíti a felépülést. Az életnek számos eleme nem bejósolható és nem kontrollálható, ezért a szociális életben, a megbecsülésben és az önmegvalósításban is a biztonságra érdemes törekednie egy felépülő személynek.

Biztonsági szükségletek fogyatékossággal élők rehabilitációja esetén

A biztonság a rehabilitáció egyik alapja. Például a látássérültek esetében az elemi rehabilitáció a fizikai biztonság megteremtésére fókuszál, megtanítja az egyént, hogyan tudja az életét úgy élni, hogy a fizikai biztonsága minden helyzetben megfelelő legyen.

Szociális szükségletek fontossága a felépülés során

A felépülés egyik igen fontos eleme a támogató környezet, a felépülést segítő baráti és családi kapcsolatok megléte, amely reményt és elfogadást adhat az egyénnek, biztosítva egy nem-ítélkező és elfogadó környezetet (Terry - Cardwell, 2015). A felépülő személy számára ezért ajánlott, hogy olyan emberekkel vegye körül magát, akik hisznek a felépülésében és abban, hogy képes hosszú távon a változásra. Ilyen támogatói hátteret jelenthetnek nem csupán a családtagok, barátok, de más felépülő személyek, akár az önsegítő csoport tagjai is.

Szociális szükségletek fogyatékossággal élők rehabilitációja esetén

A szociális biztonság szintén kiemelkedő a fogyatékossággal élők rehabilitációja során, hiszen támogató környezet nélkül nagyon nehéz a hosszadalmas, sokszor fizikailag és mentálisan is fájdalmas rehabilitációs folyamatban részt venni. A pozitív eredményeket bemutató sorstársak pedig erősíteni tudják a rehabilitációt végző egyént saját jó példájukkal, a megélt tapasztalataikkal, segíteni tudnak saját élményeikkel, megélt fájdalmaik, küzdelmeik megosztásával és példát mutathatnak, reményt adhatnak a rehabilitációs folyamatot végző társuknak.

Megbecsülés szükséglete a felépülés során

A megbecsülésnek két fajtája van: az önértékelés és a mások általi tisztelet. Ezeket nevezhetjük belső megbecsülésnek és külső megbecsülésnek.

A belső megbecsülés, vagy önbecsülés az önértékelés érzéséhez kapcsolódik. Ide tartoznak azok a történetek, amelyeket magunkról mesélünk és arról, hogy kik vagyunk. A felépülés egyik fontos eleme, hogy ezeket a történeteket az egyén újra fogalmazza és ezáltal identitását újra alkossa. Azáltal, hogy felismeri, hogy a jelenben nem folytathatók a múlt cselekedetei, tartós változás akkor érhető el, ha az önmagáról alkotott definíciót és a belső dialógusokat átfogalmazza a felépülésnek megfelelően. Sok esetben ez a stigmával való megküzdést és annak önmagára nézve elutasítását is magával hozza.

Mások tiszteletének elérése, más csoporttagok elismerésének kivívása teljesíti be a külső megbecsülés szükségletét. Ez függ attól, hogy az egyén milyen csoportba tartozik. Felépülő személyek számára ajánlott olyan személyek megbecsülését kivívni, akik egészségesek és támogatók.

Megbecsülés szükséglete a fogyatékossággal élők rehabilitációja esetén

A fogyatékossággal élők sokszor egész életükben alacsonyabbrendűnek érzik magukat ép társaikhoz képest. Ennek mind társadalmi, mind egyéni okai vannak. A társadalom a fogyatékossággal élőket már az ókortól kivetnivaló, alárendelt, elrejtenivaló egyénekként kezelte. Ez az évszázadok alatt nem változott, illetve a változás általában nem az egyént figyelembe véve történt, gondoljunk a cirkuszban borzongató látványosságként mutogatott testi fogyatékossággal élő emberekre. Később intézményeket hoztak létre, ahová elhelyezték ezeket az egyéneket, ezzel megkímélve a társadalom tagjait a fogyatékosság látványától, megélésétől. Napjainkban törvények, rendeletek, Európa Uniós projektek erősítik azt, hogy minden, fogyatékossággal élő állampolgár ugyanolyan tagja a társadalomnak, mint ép társai. A társadalmi attitűdnek kell még formálódani ahhoz, hogy ne kelljen átélnie egy kerekesszékes embernek azt, hogy megbámulják vagy mutogatnak rá az utcán. Az ehhez kapcsolódó ismeretek a tananyag későbbi fejezetében kerül részletesen kibontása. Elöljáróban annyit fontos kiemelni, hogy a fogyatékosság nem teszi az egyént alacsonyabbrendűvé, kihasználhatóvá, kevésbé értékessé, ugyanolyan joga van a minőségi élethez, mint bármelyik másik ép társának. A rehabilitációs folyamatnak egyik eleme, hogy az egyén felfedezze magában az értékes dolgokat, ezekre büszke legyen, és képes legyen saját javára fordítani, illetve másik eleme, hogy a társadalom számára közvetítse és segítse elő az attitűdformálást.

Önmegvalósítás

Maga Maslow is többször felülvizsgálta az önmegvalósítás jelentését. Felismerte, hogy ez túlmegy azon, hogy az egyén szükségleteit kielégíti, ehhez hozzátartozik az odaszentelés egy nagyobb cél érdekében. Tehát egyfajta altruista motiváció nyugszik ennek a szükségletnek a mélyén. A felépülés kulcsa az adás, visszaadás. Ez iránti vágy akkor következhet, ha a többi, alapvető igény kielégítése megtörtént. Ez megtanítja az egyént arra, hogy legyen jelen a jelenben. A függőség, vagy egyéb romboló viselkedésformán történő túllépés és ebben mások számára segítségnyújtás a hosszú távú boldogság és siker alapja a felépülés során

Önmegvalósítás szükséglete a fogyatékossággal élők rehabilitációja esetén

Maslow azt fejtegeti, hogy egy ember csak akkor lesz teljes egész, boldog ember, amennyiben sikerül a számára legjobb, legkielégítőbb életet élnie. Ennek feltétele, hogy megtalálja azokat a lehetőségeket, tevékenységeket, amelyek egésszé teszik az életét, és természetesen nem az anyagi javakról van ebben az esetben szó. A szájjal és lábbal festő művészek súlyos fogyatékossággal élnek, és mégis képesek maradandó, művészi értéket teremteni. A rehabilitációs tevékenységnek az a feladata, hogy segítse a fogyatékossággal élő egyént a saját önmegvalósításának formájának megtalálására.

A Maslow-féle szükségletmodell kritikája

A Maslow-féle szükséglethierarchia számos kritikát kapott, már akkor is, amikor azt Maslow publikálta, és azóta is számos ponton meghaladott elméletnek számít. Elsősorban a kritikai megállapítások arra vonatkoznak, hogy Maslow ezeket a szempontokat egy homogénebb csoport jellemzői alapján alkotta meg, tehát ez a szükségletpiramis inkább egy angolszász középosztálybeli személy motivációit jellemzi. Továbbá számos vizsgálat során felmerült annak lehetősége, hogy egyes szükségletek félretehetők annak érdekében, hogy magasabb, nemesebb célt elérjünk (Neher, 1991).

A szükségletekre épülő modell mellett a **felépülés elemeit érdemes** figyelembe venni egy felépülő személy életútjának követésében és segítésében. Az alábbiakban ezeket tekintjük át.

1.3.2.1 A felépülés elemei

A felépülési folyamat (legyen szó függőségből, pszichiátriai, mentális betegségből, káros viselkedésből, vagy egyéb életbeli elakadás, krízisből történő felépülésről) egyénenként különböző lehet, azonban számos közös elemet is tartalmaz, amely a legtöbb ilyen személyes felépüléstörténetben felfedezhető. Ezek az elemek a felépülésnek olyan területeit, állomásait jelentik amelyek valamely szükségletre adott válaszként alakulnak ki, jelennek meg.. Felépülő személyekkel végzett vizsgálatok eredményét vetette össze Terry és Cardwell (2015), akik a következő elemeket azonosították, mint a felépülési folyamat fontos alapköveit.

- **A felépülés folyamatos utazás**

A felépülés úgy is jellemezhető, mint egy folyamatos utazás: a döntést a változás mellett nem csak egyszer kell meghozni, hanem folyamatosan. Meg kell küzdeni a félelemmel, a stigmával, szorongással. Ebben segítséget jelent egy megtartó közösség jelenléte, ezért a szerhasználatból való felépülés esetében egy új közösség kialakítására is szükség van, miközben a felépülő személynek szükséges eltávolodnia azoktól, akik a szerhasználatra bíztatják.

- **Szubjektivitás**

A felépülés egy szubjektív folyamat, az egyén megélése határozza meg. Ezért minden felépülési folyamat más, egyénenként eltérő lehet, nincsen recept, vagy előre megadott útvonal, amit követni érdemes.

- **Identitás és ágencia**

A felépülés egyik legfontosabb eleme egy pozitív, koherens identitás kialakítása. Ennek része, hogy a felépülő személynek el kell képzelnie magát a szerhasználatán túl. Ehhez szükséges, hogy értelmet adjanak az a szerhasználó múltjuknak, és a kialakuló pozitív identitásuknak, valamint megtalálják a megfelelő, „értelmet adó" szerepeket, és ezt mindenki egyénileg tudja kialakítani.

A felépülés során továbbá fontos az ágencia, a saját erejük és cselekvőképességük hangsúlyozása, megélése. Ennek része, hogy egy olyan dolog mellett legyenek képesek dönteni, amely más, mint az eddig megszokott droghasználat.

- **Élet értelme**

Az identitás szorosan kapcsolódik az életben betöltött szerepekhez. Ilyen „értelmet" adó szerep lehet az anyaság, tapasztalati szakértő, tanácsadó szerep. Az élet értelmének megtalálása hozzájárul a társadalomba való integrálódáshoz, annak átéléséhez, hogy hozzátesznek valamit a világhoz.

- **Szociális kapcsolatok**

A pozitív identitás építése nem választható el a társadalmi tőkétől, azaz a megtartó szociális kapcsolatoktól, amelyek képesek azt a megfelelő támogatást, empátiát, inspirációt, bátorítást, segítséget, visszajelzést nyújtani, amelyeken keresztül a pozitív identitás megerősödik. Az interperszonális kapcsolatokban tapasztalt támogatás képes leginkább megerősíteni a felépülési folyamatot, mert nem csak értelmet adó szerepeket kínálnak, hanem lehetőséget a „visszaadásra", az ágencia megélésére, valamint ezek adják meg a valahova tartozás érzését.

- **Remény és jövőbe tekintés**

A felépülés minden esetben jövőfókuszú, nem helyezi már előtérbe a múltbéli hibákat, függőséget, tüneteket. A remény szerepe fontos ebben a folyamatban, mert ennek segítségével látnak lehetőséget a változásra, megerősítve ez által a felépülés valamennyi fontos faktorát, mint identitást, értelmet adó szerepet és a társadalmi tőkét.

REHABILITÁCIÓ MEGJELENÉSE AZ ELLÁTÁSI FORMÁKBAN - AMIT A FOGYATÉKOSSÁGRÓL ÉS A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEKRŐL TUDNI KELL. KÜLÖNBÖZŐ FELÉPÜLÉSI MODELLEK BEMUTATÁSA A SZENVEDÉLYBETEGEK REHABILITÁCIÓJÁBAN

2. Rehabilitáció a fogyatékossággal élő személyek ellátásában

Összefoglalás

Ez a fejezet a bevezetőként a fogyatékosság általános elméleti kereteiről, majd a fogyatékosság típusait határozza meg, és mutatja be az egyes fogyatékosság típusok jellemzőit. Ezután a habilitáció, a rehabilitációs és a fejlesztés definiálása következik, majd az egyes fogyatékossági típusokhoz tartozó rehabilitációs és fejlesztési módszerek kerülnek kifejtésre. Ezt követi a társadalmi illetve egyéni érzékenyítés fogalma és lehetőségei jelennek meg, majd a kommunikációs lehetőségekkel zárul a fejezet.

Cél

A tanuló rálátást kapjon a fogyatékosság típusaira és azok jellemzőire, a rehabilitáció és a fejlesztés fontosságára, és különböző módszerekre, mellyel munkája során nap mint nap találkozik. A kurzuson résztvevő számára váljon világossá az érzékenyítés célja és funkciója, illetve a kommunikáció kiemelkedő jelentősége

Kulcsszavak

fogyatékosság, fogyatékosság típusok, rehabilitáció, fejlesztés, érzékenyítés,

Tanulást segítő kérdések

Kit tekintünk fogyatékos személynek?

Mit jelent az intézményi férőhely-kiváltás?

A fogyatékosság mely típusait különböztetjük meg?

Mit jelent a habilitáció?

Mit jelent a rehabilitációs?

Mit jelent a fejlesztés?

Mely célcsoportnál használunk rehabilitációt és melyiknél fejlesztést?

Milyen rehabilitációs módszereket alkalmazunk fogyatékos személyeknél?

Miért fontos az érzékenyítés?

Mi jellemzi az asszertív kommunikációt?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

Jókai E, Koloszár K, Mogánné Tölgyes Sz, Pataki M (2010): *Rehabilitációs támogató technikák*, Budapest, TYPOTEX

2.1 Fogyatékosság általános elméleti keretei

Fogyatékosságok típusai: mozgás, látás, hallás sérültek, autizmus spektrum

A 2011-ben megjelent Fogyatékosságügyi Világjelentés szerint több mint 1 milliárd fogyatékos ember él a Földön. (WHO, 2011).

Könczei György és Hernádi Ilona egy négy elemből álló modellrendszerben mutatják be a fogyatékosságot gyógypedagógiai szempontból. (Könczei - Hernádi, 2011; Könczei, 2011).

- **Morális modell:** Ennek az elvnek a központjában az áll, hogy a fogyatékosság – különösen a mentális és a testi – az egyén személyes problémája. Hátterében feltehetően valamilyen súlyos bűn húzódik meg, amelyet az érintett személy vagy felmenői követtek el. A fogyatékos ember rászolgált a megvetésre és méltó a sajnálatra. A fogyatékosságot a korai és az érett középkorban ítélte meg a morális modell alapján az akkori társadalom. Ebből eredeztethető, hogy ma is jelentős különbség van a fogyatékossággal élők és az épek közötti általános társadalmi megítélésben, hiszen sok esetben találkozhatunk azzal, hogy a mindennapokban fogyatékos személyekre alacsonyabb rendűként, sajnálnivalóként, szánnivalóként tekint a többségi társadalom.

- **Medikális modell:** Alapvetésként ebben az esetben is az egyén problémájaként jelenik meg a fogyatékosság, de a fogyatékosságot gyógyítható betegségként, megelőzhető és elhárítható, megszüntethető és megszüntetendő rossz állapotként kerül leírásra. Itt előkerül a normalitás elérésének a vágya, vagyis ezen értelmezés szerint az orvostudomány teljes fegyverzete rendelkezésre áll a fogyatékosság megszüntetésére.
  A medikális modell alapján történő fogalomalkotás és -használat az 1980-as évektől az 1990-es évekig volt meghatározó jelentőségű a szakmai közbeszédben. Ezt jelzi, hogy a WHO 1980-ban közzétett osztályozása még három, tartalmában és fokozatában elkülönülő fogalmat határoz meg: 1. impairment (károsodás), 2. disability (fogyatékosság) és 3. handicap (hátrány). Az első az ember testi és pszichés összetételének komolyabb rendellenességére vagy hiányosságára utal, a második már az érintett ember cselekvésében megnyilvánuló módosulásra, korlátozottságra utal, a harmadik pedig a mindezekből fakadó társadalmi hátrányokat és korlátokat írja le. (Könczei és Hernádi, 2011, Könczei, 2011)

- **A szociális modell** abból indul ki, hogy a fogyatékos ember életét korlátozó akadályok nem természet adta, objektív létezők, hanem azokat az úgynevezett „normális" társadalmi többség igényeihez és szükségletihez szabott emberi-tárgyi környezet állítja fel. (Könczei, 2011) Eszerint nem a hatalomnak kiszolgáltatott egyén a fogyatékos, hanem a társadalom az, amely – a többség hatalmával visszaélve – korlátokat és akadályokat állítva rekeszti ki magából a kisebbséget. A szociális modell által kifejezett kritika hatására az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) újabb értelmezéssel állt elő az ezredforduló utáni években (ENSZ, 2003). Ez már a fogyatékos személyeknek a társadalmi életében gyakorolt tevékeny részvételére helyezi a hangsúlyt, és felhívja a figyelmet az egyén fölött hatalmat kifejező környezetre is. Könczei György és Hernádi Ilona a következőképpen összegzik ennek az állásfoglalásnak a lényegét: „Így válik egyértelművé a társadalom felelőssége és az, hogy gyakran nem, vagy nem elsősorban az állapot, hanem a közeg tesz fogyatékossá." (Könczei és Hernádi, 2011, 14.)

- A négy modellből álló rendszer utolsó eleme az **alapvető emberi jogokat** helyezi előtérbe. A fogyatékosságot olyan kérdésként tematizálja, amely összefüggésben van az elnyomással, a kirekesztéssel, illetve a befogadással és az emberi jogokkal. (Könczei - Hernádi, 2011, 15-16.)

A legújabb nemzetközi egyezmények már az emberi jogi modell szemléletét tükrözik. A fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény – amelyet az ENSZ Közgyűlése 2006. december 13-án fogadott el – például így fogalmaz: „Jelen egyezmény célja valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes és egyenlő gyakorlásának előmozdítása, védelme és biztosítása valamennyi fogyatékossággal élő személy számára, és a velük született méltóság tiszteletben tartásának előmozdítása. Fogyatékossággal élő személy például minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, intellektuális, mentális vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását." (Egyesült Nemzetek Szervezete, In: Könczei, 2009, 180. Idézik: Könczei és Hernádi, 2011, 16.)

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény a következőként definiálja a fogyatékos személy fogalmát:*'az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással - illetve ezek bármilyen halmozódásával - él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja."* Ebből a fogalom meghatározásból is láthatjuk, hogy a társadalmi részvétel sérülése kerül kihangsúlyozásra, ezzel is jelezve, hogy a társadalmi részvétel fontossága kiemelkedő a fogyatékos személy jól létében is, illetve a társadalomnak feladata olyan berendezkedést biztosítani, mely garantálja a fogyatékos személyek jól létét a társadalomban.

A 2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról rendelkezik a támogatott döntéshozatal, a támogatott személy és a támogató definíciójáról.

Támogatott döntéshozatal: "a cselekvőképességet nem érintő, az érintett személy önrendelkezését és jogainak védelmét szolgáló jogintézmény" (2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról, 1§ 2.)

Támogatott személy: "az egyes ügyei intézésében, döntései meghozatalában belátási képességének kisebb mértékű csökkenése miatt segítségre szoruló nagykorú személy, akinek a gyámhatóság támogatót rendel" (2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról, 1§ 3).;

Támogató: "a támogatott személy kérelmére vagy a bíróság megkeresése alapján a gyámhatóság által a támogatott személlyel egyetértésben, a támogatott személy segítésére kirendelt személy"(2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról, 1§ 4.)

A támogató feladata, hogy a támogatott személy kérésére azoknál a közigazgatási, polgári és büntetőeljárási cselekményeknél, amelyekben a támogatott személy érintett, jelen van, egyeztet a támogatott személlyel, jelen van jognyilatkozatának megtételekor, elősegíti tanácsaival és tájékoztatásával a jognyilatkozat megtételét, segítséget nyújt döntésének meghozatalához, és személyes jelenlétével közreműködik a döntés meghozatalában. A támogató írásba foglalja, hogy milyen tanáccsal látta el és miben segítette a támogatott személyt. (2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról, 4§)

Hivatásos támogatót rendel ki a gyámhatóság, amennyiben nincs olyan, a támogatott személy által megjelölt személy, akit támogatóul ki lehetne rendelni, és a támogatott személy egyetért hivatásos támogató kirendelésével. (2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról, 7§)

A támogatott döntéshozatal célja, hogy segítse azokat, akik nem állnak cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt, ugyanakkor úgy érzik, hogy szükségük van a különböző élethelyzetükkel kapcsolatos döntésük meghozatalában külső segítségre. Tehát a támogató nem a támogatott személy helyett dönt, hanem segíti őt adott élethelyzetében a döntésben.

Az alábbiakban a fogyatékosság típusait ismertetjük. A pszichoszociális fogyatékossággal, mely a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben pszichiátriai betegségként jelenik, meg a tananyag 3. fejezete foglalkozik.

Mozgáskorlátozottság

A mozgáskorlátozottság elsősorban a hely- és helyzetváltoztatás, valamint a manipulációs képességek zavarát, hiányosságát jelenti. A mozgáskorlátozottság, vagy mozgássérültség fiziológiai fogyatékosság. A különböző betegségek más és más formában hatnak a mozgásra és a mozgásrendszerre, ezért nehéz egységes kategóriaként kezelni. A mozgásképességre a sérülések kiterjedtsége és súlyossága is nagy hatással van.
Christoph Leyendecker (2005) szerint egy személy akkor mozgássérült, ha mozgásszervi sérülései, más szervi károsodásai vagy krónikus betegsége miatt viselkedési lehetőségei annyira beszűkültek, hogy az akadályozza a szociális interakciókban.

A mozgássérülés fő típusai:

a) Petyhüdt bénulások
A bénulás egy izom vagy egy izomcsoport működésképtelenségét jelenti. Az érintett testrész érzéktelenné is válhat.
Leggyakoribb okai:

- Nyitott gerinc
- Izombetegségek
- Gyermekbénulás (Heine-Medin kór)
- Baleseti gerincvelő-sérülések
- Szülési felsővégtag-bénulás (paralisis obstetrica)

b) Ortopédiai elváltozások
Az elváltozások vagy önmagukban is mozgásszervi betegségnek számítanak, vagy egy mozgásszervi megbetegedés tünetei. Gernicelváltozások, tartási rendellenességek kísérik.

c) Agykárosodás utáni rendellenességek
A mozgás rendellenességének típusa az agy sérülésének helyétől függ; a tünetek a sérülés helyétől függően keveredhetnek.

d) Amputáció
Az amputáció egy testrész elvesztését jelenti. Lehet baleset, vagy sebészeti beavatkozás következménye. A megrövidített végtagot csonknak nevezzük. A jó csonk fájdalommentes, és jól terhelhető, ami fontos a művégtag viselésnél. A műtét után az amputált paciens hosszabb - rövidebb kórházi ellátásra szorul. Az amputáció pszichésen is megterheli az egyént. Megfelelően végzett amputáció után általában lehetséges a protézis (művégtag) viselése, ami nagymértékben megkönnyítheti a sérült rehabilitációját.

e) Végtaghiányos fejlődési rendellenességek
Jellemző az ízületek, vagy a végtagok részleges vagy teljes hiánya, és az összenövések. Ezek gyakran együtt fordulnak elő. Az amputációnál kevesebb pszichés megterheléssel jár, mert a sérült a rendellenességgel együtt nő fel.

f) Beszéd
A mozgássérülteknél a beszélőszervek is érintettek lehetnek. Az agysérültek nagy részénél súlyos beszédzavarok alakulnak ki. Az agyi sérülés következtében létrejött beszédzavarok összefoglaló neve afázia, míg a beszédmozgások koordinációjának, ill. a kiejtésnek a zavara a dizartria

Látásfogyatékosság

A látássérült emberek a térbeli tájékozódás és az információszerzés terén akadályozottak, és ez nagyban érinti a szociális interakcióikat, aktív jelenlétüket a társadalomban, ezáltal az életminőségüket is. Képességcsökkenésük mértéke szerint 3 fő csoportba sorolhatóak:

a) Gyengénlátók
Látásuk élessége a távolság növekedésével erősen csökken. Látómezőjük beszűkült. Tájékozódó képességük gyenge, a váratlan akadályokra érzékenyek. Hangok, hangjelek, színkontrasztok, geometriai alakzatok nagy segítséget jelentenek számukra.

b) Vakok
A környezet érzékelésében gyakorlatilag csak hallásra és tapintásra tudnak hagyatkozni, akiknek látásteljesítménye (vízusa) nincs, fényt sem érzékelnek.

c) Aliglátók
Fényérzékenyek, ujjolvasók, nagytárgylátók. (Gadó, 2006)

A fogyatékosság kialakulásának többféle oka lehet, ezek az örökletesség, fejlődési rendellenesség, gyulladás, sérülés, látóideg sorvadás, agydaganat, cukorbetegség, különféle fertőző betegségek szövődményei; és főleg az idősebb korban bekövetkező vakság esetén: szürkehályog, zöldhályog. (Megygyesné - Máténé, 2013)

Hallássérülés

A halláskárosodás/hallássérülés kifejezés annak a részlegestől a súlyos siketségig terjedő hallás-tartománynak a leírására szolgál, amelyben a hallásvesztés elég nagy ahhoz, hogy hátrányosan befolyásolja a személy képességét a szokványos mindennapi tevékenységek ellátására. A halláskárosodás lehet öröklött vagy szerzett. A legtöbb ember életében előfordul valamilyen hallási nehézség, akár születésétől fogva, akár balesetből vagy betegségből adódóan. Lehet, hogy saját maga okozza, azzal, hogy hangos zenét hallgat, vagy nem visel fülvédőt munka közben. Lehet egyszerűen az öregedési folyamat velejárója is (időskori nagyothallás).

a) Siket vagy hallássérült
A siketség kb. 50%-ban öröklött rendellenesség. A fennmaradó 50%-ban a halláskárosodás szerzett, vagyis betegségnek, baleseteknek, gyógyszer mellékhatásának tudható be. A siketség korrigálható, amennyiben a rendellenesség a középfülben van jelen. A „siket" megnevezés kevésbé elterjedt, de maguk a siketek előnyben részesítik a „süket"-tel szemben (ez utóbbinak a siketek szerint a köznyelvben negatív mellékjelentése van az illető észbeli képességeire vonatkozóan). Mindenképp a siket (vagy hallássérült) megnevezés használandó. A siketek általában képesek szájról olvasni, másrészt a testbeszéd is árulkodó lehet, ha a jelenlétükben róluk beszélnek.

b) Nagyothalló
A nagyothallók hallókészülékek segítségével többé-kevésbé megértik a hangzó beszédet, és ők maguk is érthetően beszélnek. Néha előfordul, hogy hangjukon és kiejtésükön érezhető a hallászcsökkenés és a kontroll hiánya. Mivel a hangzó kommunikáció elérhető számukra, a jelnyelvet nem használják, gyakran nem is ismerik. Gyenge beszédkészség esetében előfordulhat az elszigetelődés is, így sem a siketek, sem a nagyothallók világában nem érzik jól magukat. A jól jelelő és érthetően beszélő nagyothallók ezzel szemben szabadon dönthetnek, hogy melyik közösség tagjai lesznek. Vannak

olyan nagyothallók, akik tudatosan vállalják a „híd”, az összekötő szerepét a két közösség között. Okai lehetnek örökletes, veleszületett rendellenességek éppúgy, mint szerzett betegségek (gyulladás, zajártalom).

A szájról olvasás az a technika, amivel az alkalmazója vizuálisan, a szájmozgások alapján ismeri fel a beszédet. Az így látható mozgássorozat a szájkép. Sok olyan hang van, amiknek ugyanaz a szájképe (például m, n és b), sőt egyes szavak is ugyanolyannak látszódnak. Az ember legfeljebb az elhangzottak harmadát képes így felismerni, a többit a téma és a szövegkörnyezet alapján kell kikövetkeztetnie. Főként, de nem kizárólag a hallássérültek (siketek és nagyothallók) alkalmazzák tudatosan. Ez irányú képességük nagyban különböző. Vannak siketek, akik olyan jól olvasnak szájról, hogy nem lehet felismerni, hogy nem hallanak, és vannak, akik egyáltalán nem képesek rá. Kiegészítésként is használják a jelelés érthetőségének növelésére. A legtöbb halló nem tud ugyan tudatosan szájról olvasni, de nem tudatosan igen. Az információszerzés terén és a kommunikációban akadályozottak. Mozgás- és látószerveik épek. Gyalogosan és a tömegközlekedési eszközzel korlátozás nélkül tudnak közlekedni. A látható információk fokozottan szükségesek számukra. A hallássérültek számára a hangos információkat szöveggel, képekkel, fényjelzésekkel kell helyettesíteni, kiegészíteni. A kommunikációjuk jelentős részét a jelelés teszi ki, amelyet veleszületés esetén gyermekkorban sajátítanak el, de később is megtanulható, beépíthető a kommunikációba. Gyakran segédeszközt, vagy személyi segítőt, illetve jelnyelvi tolmácsot vesznek igénybe.

Autizmus és az autisztikus spektrum zavar

Az autizmus szociális, kommunikációs kognitív készségek minőségi fejlődési zavara, amely az egész életen át tartó fogyatékos állapotot eredményezhet. Ez lehet igen súlyos, járulékos fogyatékosságokkal halmozott sérülés, illetve többé-kevésbé kompenzált (ritkán jól kompenzált) állapot. A súlyosan érintettek egész életen át teljes ellátásra, a jó képességűek egyénileg változó támogatásra szorulnak. Az állapot leírása viszonylag késői volt, emiatt az ellátás megszervezése elmarad a többi fogyatékos területekétől, bár óriási fejlődésen ment át az utóbbi két évtizedben. Megfelelő speciális módszerekkel igen jó eredmények érhetők el (az egyén szintjén) a nehézségek kompenzálásában és a szociális beilleszkedésben és az eredmény jobb a korábban elkezdett kezeléseknél. Az autizmus gyakran jár együtt értelmi, vagy egyéb fogyatékossággal.
Súlyos zavar vagy speciális nehézség, furcsa jellemzők, amely a következőkben nyilvánulhat meg: a társas kapcsolatokban: pl. társaktól való elkülönülés vagy szokatlan közeledés

- egyoldalú interakció
- a kommunikációban (beszéd, gesztus, mimika): pl. a beszéd hiánya, a beszéd
- szintjéhez képest gyenge beszédhasználat, kommunikáció, vagy a nyelv szó szerinti értelmezése, furcsa tartalma, szokatlan hanghordozása
- az érdeklődés, aktivitás és játék területén: pl. szokatlan, sztereotip, repetitív tevékenységek, hobbik
- a gondolkodásban, a tanulásban és a mindennapi alkalmazkodásban, pl.: ragaszkodás az állandósághoz, a megszokotthoz
- a mozgás területén: pl. repkedő kézmozgás, lábujjhegyen járás
- az érzékelés-észlelés területén. pl. csökkent fájdalomérzés.

A gyermekek a legsúlyosabb tüneteket 2-5 éves koruk között mutatják. A hagyományos felfogással szemben az autizmust nem betegségnek, nem elmebetegségnek (pszichózis) tartjuk, hanem a fejlődés olyan zavarának, amely minőségében és mennyiségében is eltér a normál fejlődéstől, és az esetek többségében fogyatékos állapothoz, típusosan igen súlyos fogyatékossághoz vezet. Ennek megfelelően orvosi értelemben nem gyógyítható. A várható élettartamot az autizmus nem befolyásolja.

A minőségi károsodás és általános elmaradás három területe:

a) a kölcsönösséget igénylő szociális interakciókban nem tudnak a társadalmi elvárásoknak megfelelően viselkedni, nehézséget jelent számukra a szemkontaktus használata, a szociális kapcsolatok megértése, fenntartása, a kölcsönösség, a kortárskapcsolatok kialakítása, a vigasz,az empátia, az öröm megélése.

b) a kommunikáció hiánya, vagy a kialakult beszéd funkcionális használata, hangsúly, nonverbális kommunikációs eszközök megértése vagy használata okoz nehézséget, nem beszélő gyermeknél általában vizuális eszközökkel kompenzálják a beszéd hiányát

c) a rugalmas viselkedés nehézséget okoz számukra, ragaszkodnak egy megkezdett folyamathoz, tevékenységhez, játékhoz, nehezen váltanak a különböző tevékenységek között

Beszédfogyatékosság

A beszéd kialakulását több tényező befolyásolja, ezek az ép beszédszervek, a látás és a hallás, ám ugyanennyire fontos a környezet, hiszen a gyermek utánzással sajátítja el a beszédet, a helyes kiejtést, a non-verbális kommunikáció formáit az őt körbe vevő személyeket figyelve.

- Némaság - különbséget kell tenni a nem beszélő és a néma ember között. A nem beszélő tud beszélni, csak valami ok miatt nem beszél, a néma ember pedig képtelen az érthető beszédre.
- Dadogás - Légzési, hangadási, és artikulációs zavar, mely a beszédben megakadásokat és hangismétléseket okoz. Dadogó ember általában nem dadog, ha verset mond, énekel, suttog, bábozik vagy kiabál.
- Afázia - Olyan összetett beszédzavar, mely organikus agyi sérülés következtében alakul ki és hatással lehet a beszédértésre, kiejtésre, írásra, számolásra illetve olvasásra egyaránt. Az afázia jelentése szólási képtelenség.
- Pöszeség - A beszédhangok következetes torzítása, he-lyet-te-sí-té-se vagy kihagyása. Lehet részleges (2-3 hangra kiterjedő) vagy általános (több magán- vagy mássalhangzókra kiterjedő).
- Diszlexia, diszgráfia - Az olvasás és írás olyan zavara, melynek során a betűk olvasása, leírása, felismerése problémát okozhat. A diszlexiás egyén súlyos tünetekkel küzdhet az egyik nyelven, míg egy más nyelven akár tünetmentes lehet.
- Hadarás - A beszéd olyan zavara, amelyre jellemző a rendkívüli gyorsaság, a hangok, a szótagok kihagyása, a pontatlan hangképzés, a monotónia, a szegényes szókincs.
- Diszfónia - Olyan hangképzési zavar, mely a hangszalagok helytelen használatának következtében rekedtes, fátyolos, préselt hangszínt eredményez. A diszfóniás gyakran köhög vagy krákog.
- Orrhangzós beszéd - A hangok nazális színezete változik meg (pl. nyitott szájpadlás esetén). Nyelvünk orrhangjai elvesztik orrhangzósságukat vagy a nem orrhangok válnak orrhangzóssá. A helytelen hangképzés nemcsak a kiejtést, hanem a hangszínt is megváltoztathatja, emiatt a beszéd nehezen érthetővé válik.

Értelmi fogyatékosság

„Az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első életévektől kezdve – számottevően elmarad, és emiatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott”. (Czeizel-Lányiné-Rátay; www.massag.hu, 2009). A környezet érzékelése, a tájékozódás, az ingerek értékelése, a kommunikáció, az önálló döntéshozatal a fogyatékosság fokától függő nehézséget jelenthet az értelmi fogyatékos emberek számára. Mivel az értelmi képességek elmaradása már az első évektől érzékelhető, ez biztosan megkülönbözteti az értelmi sérülést a pszichózisoktól és a demenciáktól. Az értelmi fogyatékosság alapvető oka a központi idegrendszer sérülése. Ha az idegrendszer károsodik valamilyen okból, a gyermek nem feltétlenül lesz értelmi fogyatékos, de minden értelmi fogyatékos esetében elmondható, hogy az idegrendszer károsodott.

Szintén a fenti definícióból következik, hogy mivel az általános értelmi képesség legelfogadottabb mérési módja az intelligenciateszt, a népesség átlagától való eltérés az intelligenciahányadossal adható meg legegyszerűbben. A legismertebb osztályozás is az IQ-értékek alapján sorolja be az értelmi sérülteket: enyhe (IQ 50-70), középsúlyos (35-49) és súlyos (35 alatt) kategóriába. Itt jegyzendő meg, hogy korábban a debil, inbecil, idióta elnevezések is használatban voltak a szakemberek körében, ezek megfeleltethetők az előbbi hármas osztályozásnak El kell azonban mondani, hogy az IQ-tesztek a többségi társadalmak részére készülnek, így alábecsülhetik a más kultúrából érkezők értelmi képességeit, vagy a saját kultúrájához, életmódjához ragaszkodó, a többségtől elszigetelődő kisebbségből származók intelligenciáját. Halmozott sérülés esetén a társult sérülés fajtájához adaptált tesztet használnak (Illyés, 2000).

Súlyos- halmozott fogyatékosság

A súlyos fogyatékosság meghatározásában a „súlyos" jelző elsősorban arra utal, hogy a diagnosztizált sérülés, károsodás, fogyatékosság olyan akadályozó tényezővé válik, ami tartósan, maradandóan, véglegesen és jelentős mértékben nehezíti, akadályozza, gátolja a különböző funkciók kialakulását vagy fejlődését.

A halmozott jelző egyértelműen arra utal, hogy egyidőben két vagy több, egymással nem közvetlen oki kapcsolatban álló különböző fogyatékosság is megfigyelhető. A halmozódóan, párhuzamosan fennálló fogyatékosságok kialakulásáért általában a központi idegrendszer komplex sérülése felelős, aminek következtében egyszerre több fő vagy vezető tünet is kialakul és nem következményesen (másodlagosan, harmadlagosan) kialakult fogyatékossággal állunk szemben.

A súlyos-halmozott fogyatékosság meghatározása korántsem egyértelmű feladat. Márkus (2003) számos aspektusát felsorolja a meghatározásnak, így megközelíthető orvosi, pszichológiai, jogi, pedagógiai, szociológiai, perszonális és még számos oldalról egy lehetséges definíció. Hazánkban a súlyos-halmozottan fogyatékos személyek definíciójának a gyógypedagógiai gyakorlat alapján az alábbi személyeket tekintjük:"akik legalább két területen minősülnek fogyatékosnak és ezek közül legalább az egyik területen a legsúlyosabb minősítést kapják" (Illyés, 2000). A legsúlyosabb értelmi fogyatékos minősítést kapók esetében a verbális kommunikáció nehezített, sok esetben teljesen hiányzik. A hiányzó kommunikáció következményeként a környezettel való kontaktus felvétel nehezített, legyen az szűkebb vagy tágabb környezet, ennek a következménye pedig az izoláció (Fröchlich 2010).

2.1.1. Mely célcsoportoknál jelenik meg a fejlesztés és hol a rehabilitáció.

Habilitáció:

Gyógypedagógiai értelmezés szerint a habilitáció a veleszületett ok, fejlődési rendellenesség vagy betegség miatt fejlődésükben megzavart és ezért a közösségi részvételben akadályozott személyekre irányul. Olyan, a társadalom által biztosított, szervezett tevékenységek és támogatások rendszere, amelyek segítségével e személyeknek a közösségi életben való részvétele javítható, kiteljesíthető. A gyógypedagógiai habilitációra leggyakrabban veleszületett, vagy korai gyermekkorban keletkezett ok miatt van szükség, ezt a kifejezést részesítik előnyben a rehabilitációval ellentétben (Czibere-Faragóné, 2006).

Rehabilitáció:

Gyógypedagógiai értelmezés szerint a rehabilitáció: helyreállítás, visszaállítás; tágabb értelemben minden egészségügyi, pedagógiai és mentálhigiéniai tevékenység, amely azt szolgálja, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekeket, az egyes fogyatékossági típusba tartozó egyéneket, a pszichiátriai betegeket, a szenvedélybetegeket, és a hajléktalan személyeket a többségi nevelési, oktatási intézményekbe, majd a többségi társadalomba minél nagyobb sikerrel tudjuk visszahelyezni. A cél a minél

nagyobb önállóság elérése a szükséges, de elégséges támogatás biztosításával az egyéni szükségletek, igények figyelembevételével.

Az a felfogás, ami a fogyatékos személyek vélt tehetetlenségére épült, mára a múlté. A fogyatékos személyek rehabilitációjáról a hangsúly a társadalom globális átalakítására tevődik át. (Könczei, 2009) A rehabilitáció új értelmezésében a rehabilitáció során kétirányú tevékenység folyik. Egyik a kliens-központú irány, amely a kliens helyzetének megváltoztatását jelenti. A másik irány a társadalom-központú irány, amely szűkebb értelemben a fogyatékos ember környezetének, tágabb értelemben a társadalomnak az átalakítását jelenti. A rehabilitáció feladata nem pusztán a kliens rehabilitálása, hanem a társadalom, a közeg rehabilitálása: megfelelő átalakítása. A rehabilitáció egyik alanya tehát a kliens: a rehabilitációs szolgáltatásokban részesülő egyén, másik alanya maga a társadalom, ami azáltal, hogy a fogyatékos ember befogadására, adott állapotában képtelen, maga is rehabilitálásra szorul (Bulyáki- Füzessy- Póti, 2007).

A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény megfogalmazásában a rehabilitáció *"az egészségügyi, mentálhigiénés, oktatási, képzési, átképzési, foglalkoztatási, szociális rendszerekben megvalósuló folyamat, amelynek célja a fogyatékos személy képességének fejlesztése, szinten tartása, a társadalmi életben való részvételének, valamint önálló életvitelének elősegítése" (1998. évi XXVI tv. 4.§. (b.))*

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban Eü. tv.) 100§-a szerint *a "rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.*

(2) A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása."

Az Eü. tv. külön rendelkezik az orvosi rehabilitációról:
"(4) Az orvosi rehabilitáció célja, hogy az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat - az egészségtudomány eszközeivel - meglevő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, más közösségbe való beilleszkedésre.

(5) A rehabilitációs medicina szerves része különösen a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása is.

(6) A gyógyászati segédeszközök az alapvető életműködések megtartását, illetve a kiesett funkciók pótlását szolgálják és ezáltal az önfenntartó képességet, az életminőséget és a munkaképességet javítják." (Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 100§)

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról (továbbiakban: Szoc tv.) szabályozza, hogy melyik célcsoport számára hozható létre rehabilitációs célú intézmény, amely a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja. (Szoctv. 72 §). "*Ezen célcsoportok a pszichiátriai betegek, a szenvedélybetegek, a fogyatékos személyek, és a hajléktalan személyek.*

A Szoc tv. alapján *“pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget, illetve 16. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód.” (Szoctv. 73 §)*

A fogyatékosok rehabilitációs intézményét az alábbiak szerint szabályozza a Szoctv.:

74. § (1) “ A fogyatékosok rehabilitációs intézménye azoknak a fogyatékos, valamint mozgás-, illetőleg látássérült személyeknek az elhelyezését szolgálja, akiknek oktatása, képzése, átképzése és rehabilitációs célú foglalkoztatása csak intézményi keretek között valósítható meg.
(2) A fogyatékosok rehabilitációs intézménye előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást.”

Az Eü tv. 100§-a a habilitációt a következőképpen definiálja: *“A habilitáció a veleszületett, illetőleg fejlődési rendellenesség, betegség vagy baleset miatt fejlődésében megzavart és ezért a közösségi életben akadályozott gyermekekre, esetlegesen felnőttekre irányuló rehabilitációs tevékenység.”*

A 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről 26. cikke a következőként definiálja a habilitációt és a rehabilitációt:

“*Habilitáció és rehabilitáció*

1. A részes államok megtesznek minden hatékony és szükséges intézkedést - ideértve a sorstársi segítségnyújtást is - annak érdekében, hogy a fogyatékossággal élő személyek számára az élet minden területén biztosított legyen a legteljesebb függetlenség, a fizikai, mentális, szociális és szakmai képességek, valamint a teljes befogadás és részvétel elérése és megtartása. E célból a részes államok átfogó habilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokat és programokat hoznak létre, erősítik és kiterjesztik azokat, különös tekintettel az egészségügy, a foglalkoztatás, az oktatás és a szociális szolgáltatások terén, oly módon, hogy a habilitációs és rehabilitációs szolgáltatások és programok:

a) a lehető legkorábbi szakaszban kezdődnek, és az egyéni igények és képességek multidiszciplináris értékelésén alapulnak
b) támogatják a közösségben való részvételt és az abba való befogadást, önkéntes alapon működnek, és a fogyatékossággal élő személyek lakóhelyéhez - a vidéki régiókat is beleértve - a lehető legközelebb vannak.
2. A részes államok támogatják a habilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokban dolgozó szakértők és személyzet képzésének és továbbképzésének fejlesztését.
3. A részes államok támogatják a habilitációhoz és rehabilitációhoz kapcsolódó, a fogyatékossággal élő személyek számára tervezett támogató-segítő eszközök és technológiák elérhetőségét, ismeretét és használatát.”

Fejlesztés: az értelmező kéziszótár szerint a szó a következőt jelenti: Növekedés okozása; erősödés elősegítése, amikor azt elérjük, hogy egy működés nőjön, növekedjen, javuljon, tökéletesedjen. (Magyar Értelmező Kéziszótár, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006.) Nőjön, növekedjen, javuljon, tökéletesedjen. A szociális területen végzett fejlesztésnek is a javulás, tökéletesedés a célja, bár ezek a szavak, ha a fejlesztésben érintett célcsoportjainkra gondolunk, az elfogadást egyáltalán nem közvetítik, de hangsúlyozzuk ugyanakkor, hogy adott állapothoz képest történő pozitív elmozdulás jelentős életminőség-változást eredményezhet egy fejlesztésben érintett egyén életében. A fejlesztés elsősorban a gyermekek, illetve a fogyatékossággal élők számára nyújtott gyógypedagógiai, pedagógiai, mentális,

pszichológiai módszerek összessége, amely az egyéni képességek, részképességek javulását, illetve a társadalmi elvárásoknak megfelelő részvételt segít növelni.

A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről 4§. 4.a bekezdés szerint:

"*egészségügyi és pedagógiai célú habilitáció, rehabilitáció: a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározott fejlesztési területekre és a fejlesztéshez szükséges szakemberre vonatkozó javaslat figyelembevételével a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló egyéni szükségleteinek támogatására, az akadályok leküzdésére, új funkciók kialakítására és a környezeti feltételek optimalizálására irányuló kötelező foglalkozás"*

Azon célcsoportok, melyek inkább a rehabilitációban érintettek:

a) fogyatékos, valamint mozgás-, illetőleg látássérült személyek
b) pszichiátriai betegek,
c) szenvedélybetegek
d) hajléktalan személyek
e) időskorúak

Fontos megjegyezni az időskorúaknál, hogy mennyi féle területen szükséges az egészséges öregedéshez a megfelelő támogatás. Az egészséges öregedést befolyásoló tényezők:

- a fizikai állapot
- táplálkozás
- testedzés, az egészségi állapotnak megfelelő mozgás
- mentális állapot
- társas kapcsolatok
- élethosszig tartó tanulás
- a társadalom idősekhez való viszonyulása

Azon célcsoportok, melyek inkább a fejlesztésben érintettek:

a) gyermekek
b) sajátos nevelési igényű gyermekek és tanulók
c) fogyatékossággal élők, főképpen a hallássérültek, a beszédfogyatékos személyek, az autisták, értelmi fogyatékos személyek, súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek

2.1.2. A rehabilitáció és a fejlesztés módszerei (pl. vakoknál az elemi rehabilitáció, mozgássérültek esetében mi a rehabilitáció szerepe)

A mozgásfogyatékossággal élők esetén a korai fejlesztés a gyermekeknél alkalmazandó legfontosabb rehabilitációs lehetőség, mely esetén a szakértői bizottságnak kell megtalálni azt a formát, amely igazodik a gyermek adottságaihoz, lehetőségeihez. A korai rehabilitációnak, a mozgás fejlesztésének a fogyatékosság csökkentésében, a hátrányos helyzet kialakulása megelőzésében van jelentős szerepe: ha a csecsemőkorban kialakult funkciózavarok maradandóak, hátráltathatják vagy megakadályozhatják a környezethez való alkalmazkodást. A rehabilitációnak elsősorban erre kell összpontosí-

tania. A sikeres rehabilitáció segítheti az óvodai beilleszkedést és az óvodaérettség elérését. A családjukban mozgásfogyatékos gyermeket nevelőknek nyújtott szolgáltatások formái a teljesség igénye nélkül:

- Egyéni, komplex gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás, melynek során a gyógypedagógus, megismerve a gyermek fejlődési profilját, a gyermek erősségeire alapozva segíti a megkésett területeken a fejlődést.

- Dévény-féle speciális manuális technika (DSGM) – Célja, hogy a mozgásrendszerben rejlő zsugorodások (izom, ín) elhárításával megteremtse a mozgás anatómiai feltételeit, valamint az idegrendszer ingerlésével felgyorsítsa a meglassult mozgásfejlődést. A szakember kézzel kezeli a fogyatékossággal élő gyermeket.

- Tervezett Szenzomotoros Tréning (TSMT): Mozgásos feladatokra épülő terápia, mely előre tervezett ingerekkel indít el spontán fejlődést a gyermekeknél. Elsősorban az egyensúlyérzéket és a mozgások összerendezését segíti, de változásokat eredményez a viselkedésben, a magatartásban és a figyelemben is. Indikációk lehetnek a mozgáskoordinációs, mozgástervezési problémák, megkésett pszichomotoros fejlődés, egyensúlyzavar, szenzoros integrációs zavar, éretlenség, megkésett beszédfejlődés, hiperaktivitás, figyelemzavar, rizikós koraszülöttség, adaptációs-szabályozási nehézségek, viselkedésszervezési problémák, autizmus spektrum zavar

- HRG (hidroterápiás rehabilitációs gimnasztika): A HRG módszer egy magyar rehabilitációs, langyos vízben alkalmazható eljárás. A módszer és a feladatok rendszeres és kellően intenzív alkalmazásának az idegrendszer kéreg alatti szabályozásának normalizálódására van pozitív hatása. Ezzel párhuzamosan a sikeres viselkedésszervezéshez és a kognitív funkciók végrehajtásához szükséges agykérgi sémák is bejáratódnak. A különböző mozgáselemek a vízben könnyebben elvégezhetők, mint a szárazföldön. Ez kedvezően hat a gyermek motorikus és szenzomotoros képességeire.

-- Zeneterápia – melynek során a zenét, mint eszközt használjuk személyiségfejlesztés, korrekció, gyógyítás, és rehabilitáció érdekében. Céljai a gyermek sérülésének és a család igényeinek megfelelően a magatartászavarok enyhítése, mozgás-, figyelem- és kommunikációfejlesztés, a szorongások oldása, a bölcsődére és az óvodára való előkészítés, az anya-gyermek kapcsolatban az elfogadás segítése lehetnek. (http://www.meosz.hu/szulo-vagyok/rehabilitacio-terapia/)

- Snoezelen vagy multiszenzoros környezet (MSE) terápia: A terápia elsődleges célja a pszichés alapfunkciók (figyelem, érzékelés, észlelés) fejlesztése, aktivizálása. Legfontosabb eleme maga a terápiás helyiség, mely egy biztonságos, stresszmentes környezet, melynek ezzel együtt erős stimuláló hatása is van. A helyiségben több érzékszerv stimulálása valósulhat meg különböző ingerek, a fény-, szín-, hanghatások, a zene, az illatok által. A berendezés a következő elemkből állhat: vízágy (benne hangfalak, így érezhető is a zene rezgése) és babzsák-fotelek, színes lámpák, lávalámpa, aromaterápiás párologtató, disco-gömb, illat- és normál gyertyák, sómécsesek, cd-lejátszó, hangfal. Ezek segítségével érzékelhetik a különböző ingereket a súlyosan, halmozottan sérültek, a hallássérültek, az autizmus spektrumzavaros személyek, az értelmi fogyatékossággal élők, a viselkedészavaros személyek.

Amennyiben releváns a korai fejlesztés, nagyon látványos eredményeket lehet elérni kisgyermekkorban a mozgásképesség javításáért, hiszen elmondható, hogy a mozgássérült emberek állapota nagyon széles skálán jellemezhető, egyesek képesek a teljesen önálló életre a számukra megfelelő segédeszköz segítségével, míg mások élethosszig tartó, teljes körű ápolásra szorulnak. A cél, minden esetben, a képességekhez mért legnagyobb önkiszolgálás megvalósítása.

Ezt számos segédeszköz segíti az élet minden területén:

- a közlekedést segítő eszközök, például igénybe vehetnek botot, járókeretet, rolátort, kerekesszéket, mely lehet mechanikus, vagyis saját maga által hajtott, vagy elektromos
- testápolást segítő eszközök, például nyeles tisztálkodási eszközök
- szájhigiénia, például elektromos fogkefe

- fürdés, zuhanyozás, például mennyezeti emelő, fürdetőszék, akadálymentes zuhany
- toaletthigiénia, például biztonsági rögzítés, rátétek
- öltözködés, például a megfelelő, könnyen felvehető ruhadarabok előnyben részesítése
- táplálkozás, például speciális tányérok, füles poharak, speciális evőeszközök, etetőgép alkalmazása,
- háztartási tevékenységek, például kihúzható asztallap, elektromos kés, elektromos konzervnyitó, tárgytámasztékok, tapadókorongos tárgyrögzítők
- tanulási és munkatevékenységeket segítő eszközök

Léteznek különböző művégtagok, implantátumok, melyek az amputált végtagot pótolják. A mozgássérült emberekkel nagy kihívás a segédeszközök használatát elsajátítani, illetve a pszichés, mentális problémák kezelése, kísérése fontos feladat. A velük foglalkozó szociális szakember feladat, hogy a képességeinek megfelelő fejlesztésben aktívan részt vegyen, a gyógypedagógusok, fejlesztőpedagógusok, konduktorok, gyógytornászok, és egyéb fejlesztő szakemberek munkáját segítse, motiválja az érintettet a fejlődésre, megteremtse az egyén számára legideálisabb fizikai, és mentális környezetet, amely lehetőséget biztosít számára a fejlődésre, ezáltal egy jobb életminőség elérésére.

A látássérültek elemi rehabilitációja módszertanának kifejlesztésével és bevezetésével a szakemberek célja az volt, az érintettek képesek legyenek az önálló életvitelre, hiszen jelentős részük értelmileg nem akadályozott, vagyis élhetnek hétköznapi életet, ugyanakkor fontos számukra azoknak a speciális eszközöknek, módszereknek az elsajátítása, amely lehetővé teszi számukra a teljesen önálló életet. Az elemi rehabilitáció az élet olyan területeire fókuszál, ahol a látássérülésből fakadóan különleges odafigyelés, tudás szükséges. Ezek a közlekedés, a mindennapi tevékenységek (higiéniai tevékenységek, háztartási tevékenységek, vásárlás, ügyintézés).

Az elemi rehabilitáció történhet:

a) ambuláns forma azt jelenti, hogy alkalmankénti beutazással veszi igénybe a rehabilitációs szolgáltatásokat

b) bentlakásos forma esetén intézményi keretek között, kiszakadva családi környezetéből rehabilitálódik

c) otthontanításos formában a rehabilitációs szakember megy a látássérült ember otthonába, és ott valósulnak meg a rehabilitációs szolgáltatások. Ennek nagy előnye van a mindennapos készségek tanításánál, hiszen ezeket a tevékenységeket túlnyomórészt otthon kell majd végezni.

A formát az egyén szükségletének, illetve a szolgáltató szervezet adottságainak, lehetőségeinek figyelembevételével szükséges meghatározni (Dávid - Dr. Gadó-Csákvári, 2008).

Az elemi rehabilitáció célja a teljes önkiszolgálás, amennyiben az érintett képes erre. A Braille-írás elsajátítása is az elemi rehabilitáció része, ma már az élet számos területén találkozhatunk ezzel az írással, gondoljunk a papírpénzre, vagy a közlekedési tájékoztatók elérésére, a gyógyszeres dobozok megjelölésére. A számítógép nagy segítséget jelent az érintettek számára, a különböző felolvasó programok lehetőséget teremtenek mind a munkavégzésre mind az információszerzésre a látássérültek életének önállóvá válásában.

A halláskárosodás tüneteinek kezelésére a hallókészülékek jelentenek megoldást. Vannak fül mögé és a fülre szerelhető készülékek. A legmodernebb készülékek a hallójáratba illeszthetők. A vezetéses és az idegi típusú nagyothallás műtéttel is javítható. Léteznek hanghelyettesítő, hangpótló berendezések, melyek a telefoncsengés jelzők, a kapucsengő jelzők, babasírás jelzők, amelyek fénnyel jeleznek, ezáltal válik érzékelhetővé a jelzés a hallássérült számára. Ugyanakkor fontos fejlesztési módszer

a szájról olvasás technikájának vagy a jelbeszéd megtanítása is. Hallássérülteknél problémaként jelentkezhet az egyensúly nem megfelelő érzékelése, ennek javítására egyensúly-fejlesztő gyakorlatokat végezhetünk az egyénnel.

Az autizmus sok esetben nem kerül azonosításra, nem diagnosztizálják, ezért az érintettek jelentős része nem kap autizmus-specifikus segítést az életében. Egy autista ember világa sokkal egyszerűbb és letisztultabb, mint a nem autistáké, amit látnak, amit hallanak, amit éreznek, az a valóság, nem gondolnak mögé átvitt értelmeket, nem értik a viccet, a szimbolikát, hanem mindent teljes valóságukban látnak, éreznek. Ezért okoz számukra gondot a nem autista emberek világának a megértése, ami tele van nem egyértelmű dolgokkal, és ők ezt nem tudják értelmezni. Viszont azt érzékelik, hogy valami nincs rendben, hogy nem értik a környezetüket, ez pedig szorongást és frusztrációt okoz bennük. A szorongás és frusztráció pedig agressziót vált ki belőlük, amelyet nem tudnak irányítani, kezelni. Sok esetben a szorongást a beszéd kialakulásának elmaradása is jelenti, vagyis nem érti, mi történik körülötte, és ő sem tudja elmondani, mi történik benne. Ennek következménye saját maga és/vagy mások bántása, bántalmazása.

Az autista ember minél szorongásmentesebb, és ezáltal agressziómentesebb életének segítéséhez ma már nagyon jó gyakorlatok állnak rendelkezésünkre. Amennyiben azt szeretnénk, hogy könnyebbek legyenek a mindennapok egy autista emberrel, biztonságot kell számára teremtenünk a következő módszerekkel:

- lehetőség szerint az egyén rendelkezzen saját szobával, vagy ha ez nem lehetséges, a szobán belül próbáljuk elkülöníteni az ő területét egy paravánnal, függönnyel. Ez a tömegből, zajból, együtt lakásból fakadó feszültség nagy részét elsimítja.
- nagyon fontos egy kiszámítható, ismétlődő napirend kialakítása az egyén számára. Ismétlődjenek a vele történő események, és ezekre mindig készítsük fel, tájékoztassuk, mire számíthat aznap, mi fog vele történni.
- vizuális segédeszköz alkalmazása. A feszültség és az ebből adódó agresszió a bizonytalanság mellett a kommunikáció hiányából fakad. Amennyiben nem képes az egyén beszédre, nem tudja kifejezni, hogy mit szeretne, hogy fázik, vagy éhes. Eszközt kell adnunk a kézébe, amellyel tudtunkra tudja adni, ami a fejébe van. Vizuális segédeszköz a rajz, a napirendkártyák, tevékenységkártyák, folyamatábrák, amelyek részletesen, lépésről lépésre lebontják a tevékenységet, bemutatják a napját, mi fog vele történni, kifejezhetik a fájdalmukat, az érzéseiket, a kérdésieket, vágyaikat. Ezeket a kártyákat magunk is elkészíthetjük, vagy vásárolni is lehet őket. Mindig az egyén által jól látható helyre kell kiraknunk, és fontos a rajta találhatók megbeszélése az egyénnel, hiszen csak akkor fogja érteni, mit jelentenek a rajzok, ha megtanítjuk nekik.
- az idő érzékelése szintén nehézséget okoz az autizmusban érintetteknél. Ennek megoldása lehet, egy úgynevezett timer használata, amely megmutatja vizuálisan, hogy mennyi ideje van felöltözni, sétálni, játszani, pihenni, ez is segíti a bizonytalanságból való feszültség oldását.

Ahogy az autista személyeknél, úgy a beszédjében sérült egyéneknél is nagyon sok szorongást és feszültséget teremt a fogyatékosságuk. Ennek következménye lehet a túlzott agresszió, vagy a másik véglet, teljes elszigetelődés, mert ezek az emberek az életük során nagyon sok gúnyolódást, bántást, kirekesztést éltek meg, amelyek jelentős nyomot hagynak a viselkedésükben, személyiségükben, az emberekhez való viszonyulásukban. A logopédus a kulcs ennek a fogyatékosságnak a kezelésében, szakmai tudása és módszerei nagyban csökkenthetik az érintettek fogyatékosságát, segíthetik azt, hogy jobban megértessék magukat a környezetükkel.

Nem logopédusként feladatunk a beszédsérült ember mindennapi támogatása türelemmel, odafigyeléssel. Megóvni a társai esetleges gúnyolódásaitól, kezelni az ebből adó konfliktushelyzeteket. A társakat érzékenyíteni az érintett állapotával kapcsolatban. Használni azokat a segédleteket, amelyeket a logopédus meghatároz, amelyekkel könnyíthetjük az érintett kommunikációját, ezáltal jobban tudja

közvetíteni a mondanivalóját, és ennek következtében kevesebb feszültség halmozódik fel benne, ezáltal mind ő, mind a környezete kevesebb konfliktussal élheti a mindennapjait.

Az értelmi fogyatékosság fontos meghatározója az egyén állapotának megfelelő támogatási szükséglet. Ez a szükséglet lehet időszakos, korlátozott vagy kiterjedt. (Schalok et al, 2010). A szükségletétől függ, hogy milyen mértékű gondozásra, ápolásra, segítésre van szüksége. Az egyén saját szükségletét az egyén és környezete, illetve a vele foglalkozó szakemberek közösen határozzák meg. A velük való munkában elengedhetetlen a fejlesztőpedagógus vagy gyógypedagógus bevonása, mert ők tudnak egyénre szabva olyan módszereket meghatározni, amelyek az adott egyén személyes szükségleteire reagálnak, és ezek a szakemberek képesek meghatározni az egyén képességeit, amelyek fejleszthetőek, előhívhatóak, akár kialakíthatóak. Hiszen a fejlesztések hatására az érintett képes lehet jobban együttműködni a környezetével, az őróla gondoskodó emberekkel, a fogyatékosságából fakadó viselkedészavarok, állapotok, melyek jelentősen nehezíthetik az integrálódást a csoportba, enyhülhetnek. A türelem és a fejlesztők által meghatározott terápiák, módszerek alkalmazása nagyban javíthatja az érintettek életminőségét. Kisgyermekkorban a korai fejlesztés jelentősége kiemelkedő. Míg enyhe értelmi fogyatékos gyermekeknél az integrált óvodai, iskolai együttnevelés, gyógypedagógus segítségével, lehetőség szerint kiscsoportban, a fejlesztés leghatékonyabb módszere, addig a súlyos-halmozottan sérült gyermekek esetén az egyéni fejlesztés hoz eredményeket. A középsúlyos értelmi fogyatékos gyermekeknek főképpen a kiscsoportos vagy az egyéni fejlesztés ajánlott. Ugyanígy van a felnőtteknél is, kiscsoportban vagy egyéni fejlesztésben részesítik az egyéneket. A fejlesztés főbb kritériumai:

- minden esetben az egyéni sajátosságokra reagálnak,
- a konkrét szemléltetés eszközét alkalmazzák,
- nagyon kis lépésekben és nagyon sok ismétléssel haladnak előre,
- az egyén számára fontos, értékelt dolgokkal keltik fel a motivációt feladathelyzetben, melynek sikeres megoldásával az önbizalom megerősítésére törekednek
- állandó pozitív visszajelzést adnak az egyéneknek
- minden fejlesztő helyzetben a következetességet szem előtt tartják

2.2.Kommunikáció fogyatékossággal élő személyekkel

2.2.1. Érzékenyítés

"*Az érzékenyítés során egy személy, csoport, populáció figyelmét hívják fel egy fontos (társadalmi) kérdésre. Célja, hogy a célcsoport figyelmét felkeltse, érzékenységét fokozza egy téma iránt. A meghatározásból három dolog következik:*

1. Ismernünk kell azt a populációt, amelynek figyelmét rá szeretnénk irányítani az adott kérdésre.

2. Képesnek kell lennünk a célcsoporttal kommunikálni.

3. Meg kell határoznunk, mely módszerek segítségével tudjuk aktivizálni őket, és milyen változást várunk tőlük.

Láthatjuk, hogy az érzékenyítés az egyszerű tájékoztatásnál sokkal többet jelent. Az információ célja egy üzenet közvetítése. Az érzékenyítés során a résztvevőben nem tudatos folyamatok zajlanak, ez feltételezi az üzenet beépülését, az attitűd és a viselkedés megváltozását. Az érzékenyítés az egyén vagy a társadalom számára megadja a lehetőséget, hogy döntsön, és felelősséget vállaljon életének irányításában." (Meggyesné-Máténé, 2013)

Vagyis az érzékenyítés egy attitűd, hozzáállás, tudatosság átadása egy adott csoport, közösség, vagy az egész társadalom számára. A társadalom érzékenyítése sokféle módon valósítható meg: könyvek, filmek, reklámok, a televízió, az internet, a közösségi oldalak, a blogok, a vlogok, különböző érzékenyítő rendezvények, az Ability Park mind-mind azt a célt szolgálhatják, hogy elérjük a társadalom tagjait, felnőtteket, fiatalokat és gyermekeket egyaránt a másság elfogadásának üzenetével.

"Az attitűd három összetevőre bontható, melyek mindegyike hatással van a többi összetevőre:

Szemlélet (ahogyan az emberek a körülöttük zajló történéseket látják, hiedelmeik, tények, feltételezések, értelmezések, tapasztalatok)

Érzelmek (ahogy az emberek éreznek, szubjektivitások)

Cselekedetek (ahogy az emberek az érzelmeik és szemléletük befolyása alapján cselekszenek, amit az attitűdjüknek megfelelően tesznek)" (Meggyesné-Máténé, 2013)

A társadalmi attitűdváltozást a fogyatékossággal kapcsolatos szemléletváltással érhetjük el. Azért nehéz ez, és igényel sok időt, odafigyelést, és érzékenyítést, mert a fogyatékosság hosszú évszázadokon keresztül egy rejtegetnivaló, eldugnivaló, szégyelnivaló jelenség volt, nem véletlen, hogy nagyon sok, fogyatékossággal élőket ellátó intézmény a lakott településektől messze vagy településhatáron találhatóak, hiszen ezzel az elkülönítéssel érték el azt, hogy a társadalom tagjainak nem kellett szembesülniük a fogyatékossággal.

A mai Magyarországon sokféle törekvés és cselekedet van annak érdekében, hogy a hátrányos megkülönböztetés, az elkülönítés megszűnjön. Ennek napjainkban zajló folyamata az Intézményi férőhely-kiváltás. 2011. július 21-én a Kormány elfogadta az 1257/2011. (VII.21.) kormányhatározatot a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról, amely meghatározó jelentőségű lépés a közösségi alapú szolgáltatásokra történő áttérés szempontjából. A Kormányhatározat mellékletét képező stratégia (a továbbiakban: stratégia) közvetlen célcsoportjába azok a fogyatékos személyek tartoznak, akik nagy létszámú intézmény által nyújtott ellátásban részesülnek, illetve azon személyek is, akik szenvedélybetegséggel, pszichiátriai zavarral küzdenek. A stratégia időtávja eredetileg 30 év volt. Az első három év átalakításának megvalósítása a stratégia alapján a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP) pályázat segítségével valósult meg, amelynek keretében 6 helyszínen az 50 főnél nagyobb férőhelyszámú, fogyatékos személyek, pszichiátriai- vagy szenvedélybetegek számára ápolást-gondozást nyújtó bentlakásos szociális intézményi férőhelyek kiváltása történt támogatott lakhatásokba.

A következő lépésként 2017-től újabb 50 fő fölötti intézmények kerülnek kiváltásra az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) keretében. A kiváltás célja 10 000 fő kiköltöztetése támogatott lakhatási formába, ahol kis létszámban, 6-8-12-25 fős házakban vagy lakásokban élhetnek az ellátottak. Ezen szociális szakosított ellátási forma lehetőséget ad a minél szélesebb körű önállóság megteremtésére, a családias, egymást támogató közösség létrehozására, a integrációra a lakókörnyezetben, olyan minőségi élet megélésére, amelyre az 50 fő feletti intézményekben nem adódik lehetőség. Minden támogatott lakhatásban költöző ellátott a saját képességeihez mérten vesz részt a közös életben, az ott dolgozó szociális szakemberek pedig segítik a minél önállóbb élet megteremtését, természetesen az ellátottak szükségleteit és képességeit figyelembe véve.

2019-ben elfogadásra került A fogyatékossággal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2019-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepció, mely megerősíti az előző koncepció alapelveit, ugyanakkor kiemeli, hogy a létrejövő lakások és támogatott lakhatási szolgáltatások infrastrukturális szempontból jobb helyzetű, nagyobb lakosságszámú településeken jöjjenek létre, ezzel is segítve a célcsoportok integrációját, illetve felhívja a figyelmet a nagylétszámú bentlakásos intézményekből kiköltöző fogyatékossággal élő emberek mellett a családokban élő fogyatékossággal élő emberek szükségleteire is. Kiemeli az érdekvédelmi szervezetek véleményének fontosságát, a foglalkoztatás jelentőségét is.

Az attitűdváltozás elősegítésére kiemelkedő gyakorlat a „Semmit rólunk, nélkülünk” elve, mely azt jelenti, hogy a fogyatékossággal élő személyek saját jogon vagy a maguk választotta képviselőik útján, értelmi fogyatékossággal élő, autizmus spektrumzavarral élő és súlyosan-halmozottan fogyatékossággal élő emberek esetében saját jogon vagy törvényes képviselőik (szüleik, gyámjaik, gondnokaik) útján, vagy velük együtt részt vesznek az életüket meghatározó döntések előkészítésében, a döntések meghozatalában és a döntések végrehajtásában. Különösen vonatkozik ez a kormányzati és önkormányzati jogalkotásra, a fogyatékossággal élő személyek életkörülményeinek javítását célzó fejlesztési források elosztására. (A fogyatékossággal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2019-2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról, www.kormany.hu, 2019.)

Másik jó példája az attitűd változásának a 2007. évi XCII. törvény, mely aláírásával Magyarország elfogadta a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezményt és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyvet a 8. cikkben a tudatosság növelését, mint elvárt célt fogalmazza meg. Az Egyezmény aláírásával Magyarország vállalta, hogy támogatja a társadalmi tudatosság formálását célzó kampányokat, elismeri a fogyatékossággal élő személyek szakértelmét, érdemeit, képességeit, valamint a munkahelyi és a munkaerő-piaci hozzájárulásuk jelentőségét. Támogatja a fogyatékossággal élő személyek jogait tiszteletben tartó magatartásforma tudatosítását az oktatásban ösztönzi a médiát, hogy a fogyatékossággal élő személyek a jogaik figyelembevételével jelenjenek meg. Ezekből következik, hogy nagy hangsúlyt kell fektetnünk a különböző tévhitek, hiedelmek lebontására, megcáfolására.

“Murfitt szerint a fogyatékossággal kapcsolatos attitűdök pozitív megváltoztatásában kulcstényező a fogyatékos személyekkel létesített interakció. A fogyatékos személyek elfogadására vonatkozó szemléletváltozásnak a személyes tapasztalatokon kell alapulnia. Ez a személyes tapasztalás a mindennapi eseményekben való részvételtől az egyszeri, formális érzékenyítő programokig terjedhet. A rendszeres, gyakori találkozás fogyatékos személyekkel kedvezőbb hatással van a pozitív attitűd alakulására. Murfitt (2006) négy tényezőt azonosít, melyek az érzékenyítő programok során pozitív irányba mozdíthatják az elfogadást:

- *a fogyatékos és nem fogyatékos személyek egyenrangú státusza*
- *egymás megismerése*
- *közös célok elérése, közös részvétel a feladatokban*
- *ismeretek nyújtása az adott fogyatékossági területről (ez bizonyult a legkevésbé fontos elemnek)*

Az egyenrangú kapcsolatokban szerzett személyes tapasztalatok nagyobb befolyásoló hatással bírnak, mint a fogyatékosságról nyújtott célzott tájékoztatás (Murfitt, 2006)” (Meggyesné-Máténé, 2013).

Segítő szakemberként a fogyatékosság elfogadása a munkával együtt járó elvárás, amelyben az empátia készsége nyújthat segítséget. Az empátia beleérző/átérző képességet jelent, vagyis azt, hogy át tudjuk érezni a másik ember helyzetét, bele tudjuk képzelni magunkat abba életszituációba, amiben az adott ember van. A fogyatékossággal élő emberek számára a legnehezebben elfogadható tényező a társadalom által feléjük közvetített sajnálkozó, nem elfogadó, őket a többségi társadalom tagjainál kevesebbnek gondoló attitűd. Sokszor érzik azt, hogy úgy beszélnek és viselkednek velük, mint a gyerekekkel, holott ők már felnőtt emberek saját gondolatokkal, érzésekkel, vágyakkal és igényekkel. Gondoljunk arra, hogy a legtöbb szociális alapszolgáltatásban vagy szakosított ellátási formában “srácok”-nak vagy “fiatalok”-nak hívjuk az ellátottakat. Azokat az ellátottakat, akik sokszor már az 50.életévüket is betöltötték. Ahhoz, hogy eredményesen tudjunk együtt dolgozni fogyatékossággal élő emberekkel, elengedhetetlen megérteni, hogy ők ugyanazokkal a jogokkal rendelkeznek, mint ép társaik, és az igényeik is ugyanolyanok, mint az épeknek. Segítő szakemberként munkánk során arra kell törekednünk, hogy minden fogyatékossággal élő egyén saját igényeit térképezzük fel, segítő odafordulással adjunk esélyt mindenkinek arra, hogy ki tudja fejezni a vágyait, az érzéseit, a szükségleteit, melyek megoldá-

sában kell segítséget nyújtanunk. Ugyanakkor fontos kiemelni azt is, az egyéni képességeket, készségeket, határokat minden esetben szem előtt kell tartanunk, és ezek figyelembevételével szükséges végezni a munkánkat.

2.2.2. Kommunikáció egyes helyzetekben, esetekben (pl. krízis esetén, szuicid hajlamú kliensekkel)

A hatékony kommunikáció olyan emberi érintkezési, kapcsolattartási forma, amely lehetővé teszi gondolataink, érzéseink, érdekeink megfogalmazását mások számára, s egyben azt is, hogy mi magunk megismerjük és megértsük mások gondolatait, érzéseit, érdekeit. Jelentése lényegében azonos az asszertív kommunikációval. Mindkét fogalom feltételezi, hogy a hatékony kommunikáció képessége nem csak a helyzetből, a helyzetre vonatkozó tudatos felkészülésből áll, hanem a kommunikációban részt vevő felek személyiségét is jellemzi az asszertivitás.

A hatékony kommunikáció olyan emberi érintkezési, kapcsolattartási forma, amely lehetővé teszi gondolataink, érzéseink, érdekeink megfogalmazását mások számára, s egyben azt is, hogy mi magunk megismerjük és megértsük mások gondolatait, érzéseit, érdekeit. Gyakran halljuk az asszertív kommunikáció kifejezést is, amelynek jelentése lényegében azonos a hatékony kommunikációval. Mindkét fogalom feltételezi, hogy a hatékony kommunikáció képessége nem csak a helyzetből, a helyzetre vonatkozó tudatos felkészülésből áll, hanem a kommunikációban részt vevő felek személyiségét is jellemzi az asszertivitás. Ez a fogalom önérvényesítést, önelfogadást, valamint a közvetlen környezet elfogadását és mások irányába is hasonló bizalom nyújtását jelenti.

A hatékony kommunikáció elsődleges feltétele, hogy a vitás helyzetek során minden érdekelt fél kongruens kommunikációt folytasson. A kongruens kommunikációs jelentése: A verbális, nonverbális és metakommunikáció összhangja. Az egyéni sajátosságok megnehezítik a kongruens kommunikációt. (Buda Béla, 1986.)

Az egy közösségben élő társakat kiemelkedő jelentőségű érzékenyíteni egymás fogyatékosságából fakadó speciális viselkedésminták elfogadásával kapcsolatban, hiszen minden fogyatékosság-típusnak megvan a maga sajátossága, a hozzá tartozó jellegzetes viselkedésmintával, amelyet jelentősen árnyalhat az egyén egyedisége, személyisége. Ezért nagy hangsúlyt kell fektetni a csoportdinamikára, a csoportban megfigyelhető változásokra, ezeknek okaira. Hiszen a konfliktusok nagyrészt a különbözőségekből és ezek nem elfogadásából eredeztethető. Törekednünk kell arra, hogy a csoport minden tagja tudja tolerálni a többiek különbözőségeit, az ebből fakadó nehézségeket. Erre megoldási alternatívákat kell mutatnunk, tanítanunk az érintetteknek, fontos lehetőséget, alkalmat adnunk nekik, hogy külön vonulhassanak, vagy tudtunkra hozzák a saját kommunikációs lehetőségeikkel a bennük felgyülemlett feszültséget, és ezzel egyidejűleg törekednünk kell ezen feszültségek elsimítására közös játékkal, az elvonulás lehetőségével, a feszültséget teremtő csoporttag fejlesztésével. Fontos kiemelni, hogy a megalázás, a fizikai vagy verbális agresszió, a nevetségessé tétel soha nem vezet a konfliktushelyzet megoldására, ezekkel a módszerekkel az egyén izolációját, elszigetelődését segítjük elő, ezért ezeket ne alkalmazzuk.

Általánosságban elmondható, hogy az érintettekkel való kommunikációnál a szakembernek a segítő kompetenciájába tartozó készségeket kell alkalmazni:

- türelem
- odafigyelés
- asszertivitás
- nyitottság
- érthetőség, egyértelműség
- az egyéni képességek, értelmi szint figyelembe vétele
- egyéni szükségeltek figyelembe vétele
- elfogadás

- támogatás
- következetesség

Ugyanakkor az egyes fogyatékossági csoportoknál a speciális igényeiket figyelembe véve alkalmazni szükséges még plusz eszközöket is.

Mozgássérültek:

Mindig térképezzük fel először a személy kommunikációs lehetőségeit, és az adottságainak megfelelően kommunikáljunk vele. Ne kiabáljunk, ne használjunk túlzott artikulációt, csak abban az esetben, ha erre valóban szükség van. Minden esetben partnernek tekintsük az egyént. Ha kommunikálni szeretnénk egy keresszéket használóval, minden esetben forduljunk felé, és törekedjünk arra, hogy egy magasságba kerüljünk vele. Ne tegyünk az állapotából adódó megjegyzéseket , és ne fogalmazzunk kétértelműen, mert ezeket félreértheti. Ha nehézséget jelent számára a verbális kommunikáció, eldöntendő kérdésekkel segítsük, melyre igen-nem válaszokat tud adni. Mozgássérülteknél motoros beszédzavar alakulhat ki, amitől nehezen érthető lesz a beszéde, de ettől ő nem értelmi fogyatékos, vagy hallássérült személy, a kommunikációnkban erre figyeljünk (Meggyesné-Máténé, 2013).

Látássérültek:

A látássérülttel való találkozáskor, amíg meg nem ismer minket, minden esetben mondjuk meg a nevünket érthetően, illetve mondjuk el, kik vannak még jelen velünk, vagy a környezetünkben, és ők hol helyezkednek el a helyiségben a látássérült emberhez képest.

Minden esetben kérdezzük meg, hogy szüksége van-e segítségre, egy egyszerű: Segíthetek? kérdéssel, hagyjuk meg a lehetőséget neki, hogy eldöntse, meg tudja-e oldani egyedül az adott helyzetet, vagy szüksége van külső segítségre. Természetesen a testi épségét minden esetben szükséges szem előtt tartani.

Kézfogás esetén mi fogjuk meg az ő kezét, mert ő nem látja a miénket. Egyéb segítő tevékenység esetén is mi vezessük őt.

A látássérültet ne hagyjuk ott szó nélkül, minden esetben jelezzük számára érzékelhető módon, ha be szeretnénk fejezni a beszélgetést, vagy elhagyjuk a szobáját, a helyiséget vagy a területet, ahol közösen tartózkodunk

Látássérültek esetén hatékony kommunikációs eszköz lehet a Braielle írással írt szöveg, ugyanakkor ennek az írásnak a megtanulása fiatalabb korban egyszerűbb, mint idős korban, mert idősebb korban a tapintás is kevésbé érzékeny. A Braille írás a papír felületéből kidomborodik, ezt az ujjbegyekkel kitapintva, dekódolva olvassák el a látássérültek a szövegeket.

Esetükben a hanggal való kommunikációnak kiemelkedő jelentősége van, mert sok esetben a látássérült hallásával nincs probléma. Vagyis érthetően, egyértelműen, nem hadarva, tiszta beszéddel szükséges látássérülttel kommunikálni, a megértésben ez nagy mértékben segít, hiszen ők nem látják a beszélő szájmozgását, és a nonverbális kommunikációját sem.

Kiemelkedő jelentőségű a tapintás a látássérültek körében. Tapintással ismerik meg a körülöttük lévő világot, amit nem láthatnak. Ezért feladata a látássérültet segítőnek, hogy irányítsa és segítse a megismerést tapintás útján, és minden megfogott dolgot nevezzen meg, ezzel tanítsa meg a körülvevő világban lévő tárgyak felismerését (Meggyesné-Máténé, 2013)

A tánc, bármilyen mozgásforma és a zenehallgatás ebben az esetben is nagyon jelentős fejlesztési módszerek.

A segédeszközök használata, illetve használatának a segítése alapvető feladata az érintettek környezetében tartózkodóknak. Türelemmel, odafigyeléssel, empátiával szükséges segíteni a látássérültet a számára alkalmazható eszközök használatának és módszereknek az elsajátításában. Elveszíteni a látást igazán nagy traumát okoz az egyén életében, amelynek könnyen lehet depresszió vagy szuicid hajlam a következménye, amelyre minden, az érintett környezetében lévő embernek figyelnie kell,

érzékelni kell, és jeleznie kell a megfelelő szakember, mentálhigiénés szakember, pszichológus, pszichiáter felé. Fontos figyelni arra, hogy a látó társak ne diszkriminálják negatívan, vagy ne használják ki a nem látó embert. Segíteni kell az integrációját a csoportba.

Hallássérültek:

Amikor hallássérült személlyel kommunikálunk, mindig hozzá beszéljünk, rá nézzünk. Aki szájról tud olvasni, ne csak ránézzünk, hanem lassan és tisztán, artikuláltan beszéljünk hozzá, rövid tőmondatokat használjunk és ne takarjuk el a kezünkkel a szánkat, mert akkor nem tudja leolvasni, amit mondani szeretnénk. Hallássérültek esetén kézjelekkel és a különböző nonverbális kommunikáció eszközeivel, vagyis érzelmeink arcunkkal történő kifejezésével segíthetjük a beszélgetést.

Ha szeretnénk hallássérült személy figyelmét magunkra irányítani, érintsük meg enyhén a vállát, vagy intsünk a kezünkkel, de semmiképpen ne kiabáljunk, mert az nem segít, ha nem tudjuk magunkat megértetni, akkor írjuk le, amit közölni szeretnénk.

Kommunikációs lehetőség még hallássérültek esetében a jelelés, amennyiben nem tudunk jelelni, jelnyelvi tolmács/segítő használata ajánlott. (Meggyesné-Máténé, 2013)

Segítségül hívhatunk még vizuális segédeszközöket, képeket, fotókat, videókat is, melyek szükségleteket, igényeket fejeznek ki.

Autizmus és autizmus spektrum zavar

Az autizmus egy nagyon összetett állapot, az egyén viselkedése, mindennapjai nagyban függnek attól, hogy a spektrum melyik részén helyezkedik el, ugyanakkor látunk ismétlődő jellemzőket, viselkedésformákat. Amennyiben kisgyermekkorban, akár már 18 hónapos kortól, nem kezdődött el a gyermek autizmus-specifikus fejlesztése, felnőtt korára jelentős viselkedés,- és kommunikációs problémákkal küzdhet az autizmusban érintett. A velük való kommunikációban kiemelt hangsúlyt kapnak a vizuális segédeszközök: a napirend kártyák, a folyamat kártyák, a szabályokat bemutató kártyák. Ezeket magunk is el tudjuk készíteni. Fontos az egyenlő bánásmód alkalmazásának elve, az egyértelmű fogalmazás, a kétértelműség, irónia kerülése, mert az autizmussal élők ezt nem tudják értelmezni. Akkor segítsünk az egyénnek, ha úgy látjuk, hogy szükséges, egyéb esetben hagyjuk, hogy maga próbálja megoldani az adott helyzetet. Utána megbeszélhetjük vele, hogy mi történt a helyzetben, hogyan lehetett volna másképpen megoldani, mi okozott számára feszültséget, nehézséget. Kiemelkedő fontosságú autizmusban érintett személyekkel való kommunikáció esetén a türelem, a csendes, higgadt, nyugodt beszéd. Az utánzás révén tanulnak meg társas helyzetekben viselkedni, a szabályokat betartani, ezért figyelnünk kell a viselkedésünkre, mert mind a helytelen mind a helyes viselkedést könnyen megtanulják, és alkalmazzák a későbbiekben.

Beszédfogyatékosok

„A beszédhibásokkal, beszédfogyatékosokkal történő kommunikáció során a beszédpartnerhez való alkalmazkodás nélkül nem képzelhető el zavarmentes beszélgetés, társalgás, információ- átadás. Ennek megvalósulása érdekében beleélő-képességre, odafigyelésre, megértésre, elfogadásra van szükségünk” (Gáspár és Kisházy, 2010.)

Esetükben fontos a természetes viselkedés, a szemkontaktus tartása, olyan tevékenységeket válaszszunk számukra, melyek nem a beszédkészségre koncentrálnak, jól megválasztott gesztusokkal, mimikával, artikulációval tudjuk segíteni a megértést. Türelemmel megvárjuk, hogy a saját eszközeivel kifejezhesse magát.

A jelelés segítheti még a kommunikációt, és az írásban való kommunikáció is elterjedt formája a beszédfogyatékosok esetén.

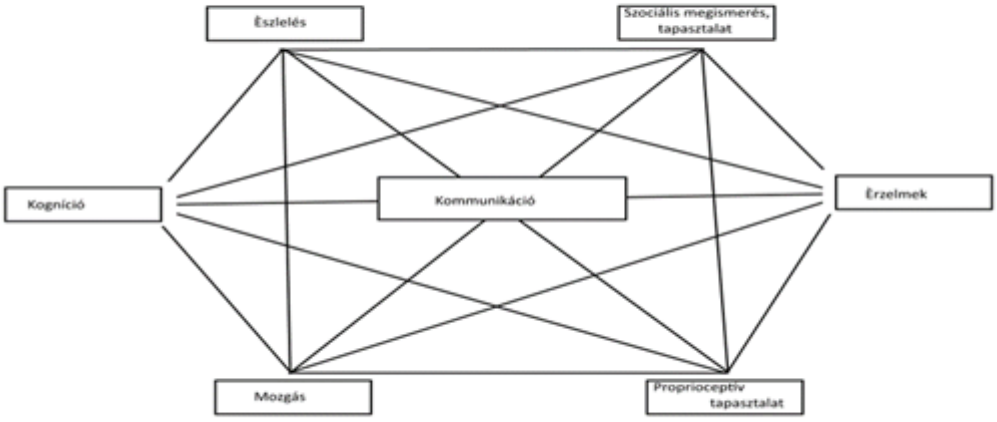
Értelmi fogyatékosság

Minden érintettel a saját értelmi szintjének, képességeinek megfelelően szükséges kommunikálni, aminek megtalálása sokszor nagyon nehéz. Igénybe vehetünk segítségül képeket, segédeszközöket, a zenét, bármilyen típusú mozgást, tornát, a testi kontaktust, simogatást, ölelést

Gyakori jelenség, hogy az emberek kényelmetlenül érzik magukat értelmi fogyatékos személy társaságában. Jellemző például, hogy nem tudják eldönteni, hogy az értelmi fogyatékos emberhez, vagy kísérőjéhez beszéljenek, vagy bajban vannak például a tegezés-magázás kérdésében. Mivel az értelmi fogyatékos egyének az általánosan használt nyelvet legtöbbször nem tudják hatékonyan használni, különösen nehezített a verbális (beszélt és írott) kommunikáció, gyakran nem képesek szavakba önteni érzéseiket, gondolataikat. Általában erősségük a nonverbális lehetőségek kihasználása, fontos tehát az érzékenység kommunikációs partnerünk nonverbális kifejezésmódjára. Ha értelmi fogyatékos emberrel beszélünk, rövid mondatokat szükséges használni, közismert szavakat, elvont fogalmak használatát célszerű kerülni, tagadó mondatok kerülése célszerű. (http://downalapitvany.hu/sites/default/files/)

Súlyosan-halmozottan fogyatékosok: A legsúlyosabb értelmi fogyatékos minősítést kapók esetében a verbális kommunikáció nehezített, sok esetben teljesen hiányzik. A hiányzó kommunikáció következményeként a környezettel való kontaktus felvétel nehezített, legyen az szűkebb vagy tágabb környezet, ennek a következménye pedig az izoláció (Fröchlich 2010).

A különböző területek optimális fejlődése elengedhetetlen a bio-psziho-szociális egység kiegyensúlyozott működéséhez. Fröhlich és Haupt modellje jól példázza, hogy a különböző területek egymással szorosan összefüggenek egymásra hatnak fejlődésük során. A fejlesztést tekintve ez az is jelenti, hogy egy-egy területet nem lehet és nem is érdemes izoláltan fejleszteni. A fejlesztés egész személyre ható pedagógiai folyamat, melyet a tervezés során figyelembe kell venni.



Az ábra középpontjában a kommunikáció áll, mely jól illeszkedik ahhoz a szemlélethez, mely a kommunikációt a jéghegy csúcsaként írja le. A kommunikáció erősen épít más területek fejlődésére, de a kommunikáció maga is visszahat ezekre a területekre. Bármely terület érintetté válik a fejlődés során, az kihat a többi terület fejlődésére is, ez igaz természetesen a kommunikációra is.

Fröhlich és Haupt modellje a fejlődési folyamatok komplexitására és a teljes ember fejlesztésének a jelentőségéről (Fröhlich, 1991.)

A súlyosan-halmozottan fogyatékos személyek csoportja egy heterogén csoport, így a kommunikációs lehetőségeik nagyon individuálisak. Fröhlich és Haupt fenti ábráját követve azonban elmondható, hogy minden egyes terület érintett még ha személyenként az egyes területek érintettségének mértéke nagy eltéréseket is mutat. A kommunikáció gyakorta nonverbális kommunikációt vagy néhány gyakorta individuális szót, szótöredéket jelent esetükben, de a jól kivehető kommunikációs jelzések hiányával is találkozhatunk súlyos-halmozottan fogyatékos személyekkel való kapcsolatunk során. Mall (Grunick - Maier-Mihalitsch 2010) nyolc személyközi kommunikációs csatornát különböztet meg, a szemkontaktust, a légzés ritmusát, a beszélt nyelvet, hangadást, a mimikát, az érintést, a gesztusokat és a mozgást. A legsúlyosabb értelmi fogyatékos személyek kommunikációs csatornáit tekintve a légzés ritmusát, a hangadást, az érintést és a mozgást kell kiemelnünk, mint gyakori kommunikációs csatornát. A társadalom mintegy 10 %-a olyan fogyatékos személy , akiknek a fogyatékossága állandó.

Az agresszív viselkedés is lehet kommunikációs csatorna. Természetesen nem minden helyzetre igaz ez, hiszen az önkárosító, sztereotip tevékenységek hátterében sok más ok is meghúzódhat. Ezen viselkedések pedagógiai értelmezése is sokat változott az idők során (lásd Márkus, 2003.). Adott pedagógiai helyzetben érdemes azonban megvizsgálni, hogy kapcsolatba hozható-e és ha igen milyen kommunikációs szándékkal hozható összefüggésbe egy-egy agresszív megnyilvánulás, legyen az az érintett személy esetén önmagára vagy a környezetére irányuló agresszió.

A környezettel való kommunikáció, az egymás megértése gyakorta nagyon nehezített, esetenként kölcsönösen frusztráló folyamat, különösen igaz ez a fogyatékos személlyel újonnan kapcsolatba lépő emberek esetén. Közvetlen hozzátartozók is gyakorta számolnak be az egymás megértésnek nehezítettségéről és annak pszichés terhéről. A súlyos-halmozottan fogyatékos személyek kommunikációjukban erősen rá vannak utalva környezetükre, pedagógiájukat tekintve a fejlesztési feladatok között a kommunikáció területének kiemelt jelentősége van (Adam, 1993)

3. Rehabilitáció a szenvedélybetegségben érintett személyek ellátásában

3.1. A szenvedélybetegségekről általánosságban, elméleti keretek

Összefoglalás

A szenvedélybetegséget egy olyan betegségnek tekintjük, amely a krónikus betegségekhez hasonlóan hosszantartó, sokszor élethosszig tartó figyelmet igényel. A szenvedélybetegség kialakulásakor a személy pszichoaktív szerhasználata (és/vagy viselkedése) krónikussá válik, hétköznapi cselekedeteit, gondolatait kapcsolatait a szerhasználat köré építi.
A szenvedélybetegségből való gyógyulási folyamatot felépülésnek nevezzük, amelynek során a személy a társadalom teljes jogú tagjaként megtanul a szerhasználat nélkül élni, amelyhez kialakítja készségeit, identitását és jövőképét.A szerhasználat megelőzésében, kialakulásában, fenntartásában és gyógyításában is jelentős szerepe van a családnak, attól függően, hogy milyen viselkedést biztosít mintaként, milyen megküzdési stratégiákat ajánl, és milyen magatartást támogat.

Cél

A szenvedélybetegség egy új, a közösség szerepére is koncentráló megközelítésének bemutatása különböző modelleken és gyakorlatokon keresztül.

Kulcsszavak

szenvedélybetegség, absztinencia, sorstárs, motiváció, felépülés,

Tanulást segítő kérdések

Hogyan védelmezhet a család a szenvedélybetegség kialakulásától?

Miben különböznek a felépülés eltérő megközelítései?

Mit érdemes feltérképezni egy szenvedélybeteggel való első találkozáskor?

Hogyan segíthetjük a változásra való motivációt?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

Demetrovics Zs. (szerk.) (2007). Az Addiktológia alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Demetrovics Zs. (szerk.) (2009). Az Addiktológia alapjai II. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Barát Katalin - B. Erdős Márta - Buda Béla - Demetrovics Zsolt - Dénes Balázs - Dr. Hoyer Mária - Kardos Edina - Kelemen Gábor - Komáromi Éva - Kurimay Tamás - Pikó Bettina - Rácz József - Takács István Gábor - Topolányszky Ákos - Urbán Róbert (2009). Az Addiktológia alapjai III. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft.

Demetrovics, Zs. és Kun B. (2010). Az Addiktológia alapjai IV. Viselkedési Függőségek. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó Kft

Bodrogi, A. Harangozó, J. Bulyáki, T. és Falloon I.R.H. (2014) A közösségi addiktológia kézikönyve. Budapest, Ébredések Alapítvány

Petke, Zs. és Tremkó, M (szerk.) (2018). Felépülés a függőségből: szerencsejáték és szerhasználat Budapest: Medicina.

B. Erdős M, és Márk, M. (2014) Felépülő közösségek. Pécs: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány.

Addikció/függőség fogalma

A függőség fogalomköre az utóbbi pár évtizedben jelentősen megváltozott, kibővült, a hagyományosnak számító pszichoaktív anyagfüggőség mellett bizonyos magatartás és viselkedés ciklikus ismétlésén alapuló formákkal. Ezek akkor tekinthetők rendellenességnek vagy betegségnek, ha az egyénre vagy a környezetére nézve hátrányosak, azaz maladaptívak. Ez utóbbi kórképeket nevezzük viselkedési addikcióknak, szemben az anyaghasználaton alapuló kémiai addikciókkal (Rácz, 2004).

A függőség kialakulása

A függőség kialakulása az ismételt szerfogyasztással (viselkedéssel) kezdődik, amely kezdetben fokozza az átélt eufória erősségét, de minden eufórikus állapotot egyre erősebb negatív élmény (elvonási tünet) követ. Később az eufória egyre gyengébb lesz, majd a kezdeti "semleges" érzelmi szintet sem éri el az eufória -- ugyanakkor a drogos egyre erősebb diszfóriás (nyugtalan, elégedetlen, szorongó hangulat) állapotokat él át. Ekkor a szerhasználatra (viselkedés végzésére) már csak azért van szüksége, hogy az egyre rosszabb diszfóriás állapotoktól -- ideiglenesen -- megszabaduljon. A kiindulási (a szerhasználatot/túlzásba vitt viselkedést megelőző) állapot nagyon nehezen áll vissza; a szerhasználat/viselkedés abbahagyását követően is még sokáig fennáll a veszélye annak, hogy akár egyszeri szerhasználatot (viselkedést) fokozott eufória, majd fokozott diszfória kövessen -- amit megint csak drogszedéssel tud csak az egyén ellensúlyozni. Ez az egyik magyarázata a visszaesés nagy kockázatának (Rácz, 2005).

A szerfüggőség és viselkedési függőség közös tulajdonságai:

1. ismételt késztetés egy viselkedési sztereotípia véghezvitelére (sajátossága, hogy nem produktív);

2. a viselkedés-sor befejezéséig emelkedik az egyén belső feszültsége;

3. a viselkedés-sor befejezése után átmeneti és gyors feszültségcsökkenés következik be, ez közvetlen viselkedés-megerősítésként hat, ami a legfontosabb tényező a függőség fennmaradásában;

4. A késztetés fokozatosan, órák, napok alatt visszatér, miközben az egyén negatív következményeket él át (melyek lehetnek fizikaiak, társasak vagy az önértékeléssel kapcsolatosak), aminek következménye az ismétlési kényszer, a függőségi ciklus újraindulása.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság és a WHO meghatározásai szerint mindkét típusú függőség négy fő jellegzetessége: 1. kontrollvesztés; 2. ingerhez kötöttség (a kontrollvesztés akkor a legerősebb, ha a droghasználó olyan körülményekkel találkozik, ahol lehetősége van a droghasználatra, , vagy „felhívó” ingerek veszik körül); 3. nehézség a droghasználat (vagy egyéb viselkedési függőség) szabályozásában; 4. a használat (viselkedés) sztereotipizált mintája, a droghasználati repertoár beszűkül (pl. az egyik napi ivás, ugyanolyan, mint egy másik napié).

A kémiai függőség

A drog definíciójának fogalmi elemei :

A drog kémiai anyag, 1. amely megváltoztatja a központi idegrendszer működését (ez a legismertebb definíció), 2. fogyasztása pozitív és negatív megerősítést nyer különböző biológiai mechanizmusok révén, 3. rendszeres használata hozzászokást (toleranciát), függőséget (dependenciát), szenzitizációt (fordított toleranciát) együttesen: addikciót okoz, 4. abuzív módon, azaz az uralkodó normáktól eltérően fogyasztható, 5. rövid távon kevés averzív hatása van, hosszabb távon az averzív hatás egyre jelentősebb (ezért vannak a drogkarriernek „mézeshetei”), 6. nem csak magát helyettesíti, 7. a természetes megerősítőket kiválóan helyettesíti, sőt hosszabb távon a természetes megerősítők jutalmazó, pozitív

megerősítő hatását megszünteti. A drogok lehetnek legálisak (alkohol, nikotin, gyógyszerek), vagy illegálisak (kannabiszok, kokain, heroin, speed, extasy stb.). Az illegális drogokat nevezzük kábítószernek. A kábítószer kifejezés tehát nem a drog hatására utal, hanem büntetőjogi kategória. Kábítószernek minősülnek azok a természetes vagy mesterséges anyagok, amelyet a jogszabály kábítószernek minősít.

A droghatások típusai:

1. Megerősítés: a drogok használata kellemes állapotot idéz elő (pl. eufória), vagy megszüntet kellemetlen állapotokat (pl. szorongás). Az előbbi esetben pozitív, az utóbbi esetben negatív megerősítőkről van szó.

2. Averzív hatás: a drogok használata kellemetlen állapotot okoz. A rövid távú averzív hatásra hamar alakul ki tolerancia, a megerősítő hatásra sokkal lassabban.

3. Diszkriminatív droghatás: a drogok képesek arra, hogy hatásuk alapján használójuk a többi drog közül kiválasszák a legmegfelelőbbet.

4. Kondicionálódás: a droghatás környezeti (külső) és belső ingerekre kondicionálódik.

Ilyenkor semleges események, tárgyak, helyzetek is kiválthatják a drogéhséget. Az ilyen ingerek hatása ellentétes a droghatással. Ez azt jelenti, hogy megszokott környezetben az ugyanolyan dózisú drog hatása gyengébb, mint ismeretlen környezetben. Ez a jelenség magyarázza a túladagolásnak látszó hirtelen haláleseteket olyankor, amikor nem történt dózisemelés.

Az addikció:

A kémiai megerősítők igazi veszélye abban áll, hogy az idő előrehaladásával fokozatosan kiszorítják a fogyasztó életéből a természetes megerősítőket. A rendszeres fogyasztás következtében csökken az igény a sportolásra, műélvezetre, vagy éppen a szexuális aktivitásra. Az élettevékenység teljesen beszűkülhet a drog megszerzésére és fogyasztására. Ha a drog beszerzésére és elfogyasztására szánt idő uralja az ébren töltött idő jelentős részét, addikcióval, azaz hozzászokás kialakulásával számolhatunk. Az addikció rendszerint toleranciával, szenzitizációval és dependenciával (a szoros értelemben vett függőség) járhat együtt.

A tolerancia:

Szó szerint tűrőképességet jelent, az addiktológiában azonban jelentése: hatásgyengülés. A drogok folyamatos használata közben azok hatása fokozatosan csökken, azaz ugyanannak a hatásnak az eléréséhez egyre nagyobb adagokra, vagy intenzívebb szerhasználatra van szükség. Az azonos hatás eléréséhez a drogfogyasztónak a függőség súlyosbodásával

1. emelnie kell az adagot (dózist),

2. hatékonyabb használati módra kell áttérnie (pl. szájon át való szedésről, illetve orron át való szipantásról az intravénás injekciós használatra),

3. enyhébb hatású drog helyett át kell állnia erősebb hatásúra (pl. marihuánáról a hasisra),

4. csökkentenie kell a két drogfogyasztás között eltelt időt.

A hasonló hatású szerek között kereszttolerancia alakulhat ki. Ilyenkor az egyik drog (pl. a heroin) iránt kifejlődött tolerancia a másik droggal (pl. a metadon) is megmutatkozik. A szenzitizáció (érzékenyebbé válás) a drog hatásának növekedését jelenti ismételt adagolás következtében. „Fordított toleranciának” is nevezik. Bár a tolerancia és a szenzitizáció ellentétesen hatnak a szervezetre, mindkét jelenség a

drogfogyasztás növekedéséhez vezethet. A dependencia a szertől való kényelmetlen (olykor az elviselhetetlenségig fokozódó fájdalommal járó) megválást, azaz szerfüggőséget jelent. Két formáját különböztetjük meg:

1. Pszichés (pszichológiai, lelki, érzelmi) függőség: a pszichés függőség a drogkereső magatartásban, a szer megszerzésére irányuló kényszerítő vágyban, sóvárgásban jut kifejezésre. A sóvárgás (drogéhség, craving) erős, kóros vágy a drog iránt. A drog iránti sóvárgás olyan erős lehet, hogy az egyén élettere teljesen beszűkül a drog megszerzésére és fogyasztására. A lelki függőség ismérve, hogy a használó drog nélkül képtelen jól érezni magát, a drog-hatás szükséges a jó közérzet fenntartásához. Intenzitása változó: az enyhe vágyódástól a kínzó drog-éhségig terjedhet.

2. Fizikai (fiziológiai, testi) függőség: testi függőségről akkor beszélünk, ha a drog megvonását követően hosszabb-rövidebb időn belül elvonási tünetek jelennek meg.

A fizikai függőség általában akkor lép fel, ha a szert hosszú ideig alkalmazzák. A különböző szerek hosszabb-rövidebb idő alatt alakítanak ki függőséget, mivel nem azonos az addiktív potenciáljuk, „megkötöző erejük". A pszichés függőség a legtöbb esetben megelőzi a testi függőséget, de nem szükségszerűen vezet el ahhoz.

Az addikciók lefolyásának szabályszerűségei:

Az alkohol, vagy drog révén az ember képes szabályozni közérzetét, hangulatát, érzelmeit. A szerhasználat kezdetén ez a hatás alkalomszerű, eseti és jó érzéseket okoz. A szer kiürülése után a hangulat visszaáll a kiindulási pontra. A droghatás árnyoldala még nem jelentkezik (I. fázis). Később a drogfogyasztás periodikussá válik, az elvonosái tünetek miatt a hangulat átlendül a negatív tartományba. A szerhasználónak folyamatosa kell a szert a szervezetébe bevinnie, hogy csökkentse a z elvonási tüneteket, rossz közérzetet. A szer átveszi az uralmat használója felett (II. fázis). A drogkarrier előrehaladtával a szer nem a jókedv, sőt nem is normális közérzet elérésének eszköze, hanem csupán abban segít, hogy a szerhasználó kevésbé érezze rosszul magát, vagy ne legyen elviselhetetlen helyzetben. (III. fázis). A droghatások miatt ez a folyamat mindaddig halad előre, sőt egyre gyorsuló módon halad előre, amíg a beteg segítséget nem kap, hogy megtörje az ördögi kört.

A drogok fajtái és csoportosítása:

A drogokat, vagy más szóval a pszichoaktív anyagokat a jog, és ennek megfelelően a rendőrség, bíróság, valamint az orvostudomány másképpen osztályozza. Jogi szempontból megkülönböztetnek illegális szereket, ezek a kábítószerek és az ún. veszélyes pszichotróp anyagok, melyek előállítását, forgalmazását, terjesztését és használatát a törvény tiltja. A legális, azaz jogilag nem tiltott, a társadalom, az adott kultúra által elfogadott drogok az alkohol, a nikotin (a cigaretta hatóanyaga), a koffein (a kávé hatóanyaga) és a nyugtató, altató hatású és fájdalomcsillapító gyógyszerek (orvosi alkalmazás keretében használva!) Az orvostudományi megkülönböztetés a legális és az illegális szerek közé nem húz éles határvonalat, mert a legális szerekkel kapcsolatban is kialakulhat súlyos függőség, addikció és minden olyan jelenség, ami a kábítószerek hatására jellemző (gondoljunk csak az alkoholizmusra vagy a gyógyszerfüggőségre). Ezért a drogokat az orvostudomány egységes szemléleti keretben tárgyalja, és gyógyszertani-pszichológiai hatásuk alapján csoportosítja őket.

Az alábbiakban e szempont szerint történik a drogok csoportosítás:

a) Ópiátok: morfin-származékok, a mák kémiai anyagaira visszavezethető szerkezetű szerek.

b) Lassítók: a központi idegrendszer működését lassító, tompító szerek (depresszánsok). Ide altatókat, nyugtatókat, szorongás-csillapítókat sorolunk. Hatását tekintve ebbe a csoportba sorolható az alkohol is.

c) Gyorsítók: a központi idegrendszer működését serkentik, élénkítik, stimulálják. A kokain (és származékai) és az amfetaminok tartoznak ebbe a csoportba. Néha ezt a két csoportot külön szerepeltetik.

a) nikotin (a dohány hatóanyaga): stimuláns hatásai miatt ebben a csoportban is szerepeltetjük, de szokás önálló csoportként feltüntetni;

b) koffein (a kávé hatóanyaga): stimuláns hatásai miatt ebben a csoportban is szerepeltethetjük, de szokás önálló csoportként is feltüntetni.

d) Hallucinogének: hallucináció (külső tárgy nélküli észlelet) és a tudatállapot, elsősorban az érzékelés és az észlelés sajátos megváltozását idézik elő. Ide soroljuk az LSD-ket, egyes gombák, és más növények speciális hatóanyagait.

a) kannábisz-származékok: az indiai kenderből (Cannabis sativa) előállított anyagok. A marihuánát és a hasist a hallucinogének közé sorolják, de sok egyéb jellegzetességük miatt külön csoportban is szokás szerepeltetni őket.

b) szerves oldószerek: a „szipuzás” során használt anyagok tartoznak ide, ezeket szokták külön csoportban is szerepeltetni.

c) egyéb szerek: kéjgáz („lufizás”), nitritek stb.

Szenvedélybetegség

A szenvedélybetegség azt jelenti, hogy egy hétköznapokban elterjedt, normálisnak tűnő vagy csak enyhén deviánsnak látszó viselkedésmód elszabadul, dominánssá válik (Buda, 1992).

A szenvedélybetegség felismerése nehéz feladat. A hosszútávú szerhasználat biológiai következményei, a személyiség fejlődését gátló vagy elterelő hatásának a viselkedésben megnyilvánuló jelei gyakran összemosódnak a köznyelvben. Hajlamosak vagyunk a szerhasználó személyeknek azonnal erős személyiség torzulást és fizikai függőséget tulajdonítani.

Segítőként leginkább az nyújthat segítséget, ha megvizsgáljuk a kliens jelenlegi állapotát , vagyis, hogy a kliens szerhasználata, hogyan változott az élete során; milyen az érzelmi kapcsolata az általa használt szerekkel; a fontos életterületek hogyan változtak a szerhasználat alatt: fizikai és mentális egészség, emberi kapcsolatok, munka, hobbik, büntető ügyek. A felsorolt életterületeken tapasztalható megrekedés vagy romlás, az emberi kapcsolatok minőségének hanyatlása, a szerhasználat fokozódó mértéke, a kontroll megtartására való képtelenség, a problémamegoldó vagy öngyógyító szerhasználat jó előrejelzői annak, hogy a kliens szenvedélybetegségben szenved, vagy magas a szenvedélybetegség kialakulásának kockázata.

A szenvedélybetegség gyógyítása

A szenvedélybetegségből való gyógyulást felépülésnek nevezzük. A felépülés az önsegítő csoportok (USA-ban, az 1930-as években megjelent 12 lépéses programok) által köznyelvbe hozott kifejezés. Az önsegítő mozgalmak szemlélete alapján “aki függő, mindig függő”, tehát ez a betegség, más krónikus betegségekhez hasonlóan élethosszig tartó figyelmet és sokszor kezelést igényel (pl. önsegítő csoportok látogatása). Az önsegítő mozgalom fő üzenete, hogy a szenvedélybeteg személy, a betegsége ellenére, és azzal együtt képes teljes életet élni, visszailleszkedni a társadalomba és annak teljes jogú tagjaként értelmet adó életet élni (Terry & Cardwell, 2015).

3.1.1 Szenvedélybetegség a családban, a család szerepe a szenvedélybetegségekben:

A család szerepe

A függőség megelőzésében és kialakulásában, a felépülés megkezdésében és folyamatos fenntartásában rendkívül fontos szerepe lehet a családnak. A családi kapcsolatok befolyásolhatják, hogy az egyén inkább felelősséget vagy kockázatot vállaló cselekedetekbe kezd. Mindannyian vállalunk kockázatot, időnként ez a felelősségteljes döntés, azonban a kockázatvállalás megerősítése együtt járhat a szerek kipróbálásának nagyobb hajlandóságával.

A családtagok szerhasználati szokásai példaként szolgálnak a fiataloknak. Az alkohol gyógyszerként, a gyógyhatású készítmények tünetek csökkentésére való használata a valós probléma kezelése nélkül vagy a nikotin nyugtatóként való használata pozitív elvárásokat alakíthat ki a fiatalokban a szerhasználattal kapcsolatban. A józanság hiteles és pozitív képviselete ezzel ellentétben védőhálót képezhet a függőséggel szemben.

A stresszel, szorongással, konfliktusokkal vagy szóbeli, fizikai bántalmazással és elhanyagolással teli környezet csökkenti a józan élet felé történő elköteleződést. A családtagok feldolgozatlan traumái és feszültségei önmagukban is romboló hatásúak lehetnek.

A felelősségteljes viselkedést, a józanságot pozitívumként bemutató és hitelesen képviselő, az egyént támogató és elfogadó kapcsolatok csökkenthetik a szerek kipróbálásának, a kontrollvesztő és/vagy öngyógyító szerhasználat valószínűségét.

Amennyiben a problémás szerhasználat jelen van, a család továbbra is erőforrást nyújthat a felépüléshez. Nők felépülésében ezt még erősebben érdemes hangsúlyozni mert házasságon belül a feleség általában számottevően kevesebb érzelmi támogatást kap mint a férj.

A felépülés során az egyénnek új énképet, kapcsolatokat és viselkedést kell kialakítania. Ez gyakran együtt jár a családi kapcsolatok megváltozásával és addig nem látott problémák felbukkanásával. Emiatt a családtagoknak is fel kell ismerniük saját hibáikat és nyitottnak kell lenniük arra, hogy végig menjenek azon a folyamaton amin a felépülő. A támogató, ítélkezés mentes, a célok elérésére fókuszáló, a józanság értékét hitelesen képviselő család azonban valószínűsíti a szerhasználat csökkenését (Kelly et al., 2011).

A családi szerepek felismerése:

Ha a családban bármilyen szenvedélybetegség fennáll, a családtagok reflektálatlanul és önkéntelenül elfogadják ezt az állapotot azzal, hogy saját viselkedésüket a szerhasználó viselkedéséhez igazítják. Azért hogy csökkentsék saját rossz érzésüket, vagy a szenvedélybeteg iránti szeretetből, vagy a család védelmében különféle szokatlan szerepeket vállalhatnak. Ezeket a szerepeket bárki felvállalhatja az együtt élő családtagok közül, vagy ezek valamilyen kombinációját, illetve több szerepet is felvállalhatnak egymás után. A segítőnek fel kell tudni ismerni ezeket a szerepeket, mert ezek a szerepek a szenvedélybeteg szerhasználatát nemhogy csökkentenék vagy megszüntetnék, hanem egyenesen fenntartják azt.

A leggyakoribb szerepek:

A megmentő: A megmentők megóvják a szenvedélybeteget mulasztásainak következményeitől, kezességet vállalnak érte, átvállalják a feladatait. A megmentő ezáltal csak megkönnyíti a szerhasználó további szerhasználatát.

A gondoskodó: A gondoskodó mindent megtesz, hogy a szenvedélybetegnek a lehető legkisebb legyen a felelőssége önmagával és másokkal szemben. Ezzel segít kompenzálni a szenvedélybeteg megbízhatatlanságát és csökkenti az bekövetkező károkat. A túlgondozás, túlzott gondoskodás is segíti a szenvedélybeteget életmódja fenntartásában.

A lázadó: A lázadó (legtöbbször a gyermek) bűnözéssel, iskolai problémákkal, vagy drogozással el akarja a csadládtagok figyelmét terelni a szenvedélybelybeteg és környezete konfliktusairól. Ez a gyerek tudat alatti segítségkérése.

A hős: A család „hősei" azzal próbálják elterelni a figyelmet a problémáról, hogy hihetetlenül jól teljesítenek. Gyakran azt remélik, hogy példaszerű viselkedésük valahogy segít az alkoholistának abbahagyni az ivást. A hős, aki magasszintű teljesítménnyel próbálja menteni a család becsületét.

A vádoló: A vádoló típus a család összes problémáját a szenvedélybeteg nyakába varrja. Ezzel bűnbakká teszi őt és a többi családtagot feloldja saját felelőssége alól. Ráadásul a szenvedélybeteget frusztrálja, aki emiatt ürügyet talál az italozás folytatására.

A cimbora: Együtt iszik a szenvedélybeteggel, azt állítja, azért, hogy az kevesebbet igyon, ezáltal őt megvédje. Valójában azonban ős is alkoholista, vagy abba az irányba tart.

A falazó: Az alkoholisták nem folytathatják az ivást túl sokáig mások segítsége nélkül. Szükségük van valakikre, akik kisegítik őket, vigyáznak rájuk, vagy részt vesznek hazugságaikban, csalásaikban. Ez a segítségnyújtás azonban nem valódi segítségnyújtás, hanem falazás, ami a szenvedélybeteget segíti életmódja fenntartásában.

A „társfüggőség (kodependencia) egy olyan folyamathoz, az addikcióhoz való alkalmazkodás szándékát jelenti, amelyhez nem lehetséges egészséges módon alkalmazkodni. Pedig a társak rendszerint az alkalmazkodás igen sok módjával megpróbálkoznak. Ennek során kipróbálhatják az „üldöző", a „megmentő", a „hős", „lázadó", a cimbora", a „balek", sőt a „csapos" szerepeket is. Mindez nem segít. Abban a kapcsolatrendszerben, családban, ahol az ivás rendszeres, a fejlődés helyett már csak a túlélés válik a meghatározó törekvéssé. A túlélési folyamat olyan láncreakció, melynek mintázata számos előre jelezhető elemet tartalmaz.

3.1.2 Különböző felépülési modellek bemutatása

A felépülés, egyike a szenvedélybetegek segítésében használt leggyakoribb kifejezéseknek. A szó eredeti jelentése visszaszerezni, megmenteni. Vagyis egy korábbi, feltehetően, jobb élethelyzetbe való visszatérésre utal. Akkoriban ez a tünetek megszüntetését jelentette. Tehát, mindaddig, amíg a kliensnek voltak tünetei, nem számított felépülőnek. (Knupp Jr. 2013, idézi: Merriam-Webster, 1991).

A szenvedélybetegek ellátásában a kifejezés a 20-as 30-as években kezdett elterjedni. Számtalan önsegítő csoport indult, ami a segítést a kórházi körülmények közül közösségi terekbe helyezte. A kritikusok fő meglátásai a következők voltak:

1, A kliens tüneteinek kezelése és a felépülőt körülvevő környezet megváltoztatása egyenlően fontosak. (Mental Health Comission, 2011, idézi: Tuke. 1813).

2, A szenvedélybetegség egy krónikus, élethosszig tartó, gyógyíthatatlan betegség, csakúgy, mint a cukorbetegség. Emiatt a felépülés, a szakellátás vagy a sorstárs segítés is egy életen át tarthat.

3, A legtöbb terápia pár hétig, maximum hónapokig tart. Mivel a visszaesés a felépülési folyamat része, sok felépülő körbe-körbe jár az egészségügyi rendszerben. Annak ellenére, hogy a szenvedélybetegség egy hosszú időn át tartó állapot, mégis rövid időtartamot ölel fel az ellátás. Ez olyan mintha egy cukor-

beteg személynek csak és kizárólag életveszélyes, cukorsokkos állapotára adnának kezelést, az életmódváltásban, amely a teljes élet eléréséhez szükséges, (táplálkozás, testmozgás) azonban magára hagynánk.

A felépülés itt már nem csak a teljes szermentesség elérését, hanem egy új élet kialakítását is jelentette. (Kelly et al., 2009).

A 12 lépéses Minnesota modell

A Minnesota modell egy teljes szermentesség (absztinencia) orientált, a függőség betegség elvét közvetítő megközelítés, amely támogatja a felépülést, de nem tartja lehetségesnek a gyógyulást.

A 19. században a szenvedélybeteget gyakran cselekvésképtelen, a társadalomra káros egyénként kezelték. A sorstárs közösségek ezt a megközelítést szerették volna lecserélni a betegségtől szenvedő, segítséget, támogatást és szeretet érdemlő ember képére. Az új ember képhez új szakmai előírások is párosultak. Ezek közül az egyik legnépszerűbb a William G. Wilson által közzétett tizenkét lépéses program. Az első intézményt, amely kifejezetten a leírt 12 lépést alkalmazta, négy A.A tag (anonim alkoholista csoport) alapította a Minnesota állami Hazeldenben. A kizárólag sorstárs segítőkből álló csoporthoz később szakemberek is csatlakoztak, így jött létre az első absztinencia centrikus, sorstársakat és szakembereket is foglalkoztató munkacsoportban dolgozó kezelőhely. (Molnár, 2012)

A Minnesota modell filozófiája négy pontban foglalható össze:

1, Hit abban, hogy a szerhasználattal kapcsolatos gondolatok, elvárások és a viselkedés megváltoztatható. A változás hiteles képviselete reményt ad a változás előtt állóknak.

2, A függőség egy betegség. Egyes személyek a drogok hatására érzékenyebbek. A függőség több rétegű, annak fizikai, pszichológiai, társas és spirituális aspektusai is vannak. A betegség egyik fő jellemzője a kontroll képességének sérülése. Ennek következménye a mértéktelen szerfogyasztás. A függőség krónikus, romló tendenciát mutató, gyakran halálos kimenetelű betegség. A függőség nem egy más probléma következménye, hanem önálló betegség.

3, A kezelés célja az absztinencia elérése és az életstílus megváltoztatása. Az absztinencia önmagában nem biztos, hogy elégséges. Új és tartalmas élet kialakítása is fontos. A függőség kezelhető de nem gyógyítható.

4, A felépülőnek 12 lépesen kell átmennie. A lépések fontos eleme a hit, a spiritualitás, a társas kapcsolatok átalakítása és a sorstársak segítése.

A program általában egy bentlakásos intézménybe való felvétellel kezdődik ahol a felépülő 3-8 hétig, egyes kezelőhelyek esetén akár több hónapig tartózkodik.

Az elsődleges kezelés 12 elemből áll.

1. Csoportterápia: A függő személy érzelmileg éretlen, ezért nehezen alakít ki tartalmas kapcsolatokat másokkal. A csoport egy olyan közeget nyújt ahol a felépülő megtapasztalhatja az őszinte kapcsolódás okozta pozitív érzelmeket. A csoport nem a múlt megértésére törekszik, hanem arra, hogy motiválja a felépülőt új minőségű kapcsolatok kialakítására.

2, Előadások: A 12 lépés megismertetése, személyes történetek, a betegség jellemzői, a megküzdés technikái.

3, Sorstársak mint tanácsadók: Minden felépülőt egy mentor támogat aki maga is felépülő. A mentorság feltétele, hogy a segítő két éve józan életet éljen.

4, Multiprofesszionális személyzet: A kezelői team több szakterület képviselőiből áll, pap, orvos, pszichológus, szociális munkás is a kezelői team része.

5, Terápiás közösség: A felépülés közösségben zajlik, a felépülő a közösség egyenrangú tagja. Mindenki részt vesz a közösségért végzett munkában.

6, Munkamegosztás: A napirend általában strukturált és minél több féle csoportot és foglalkozást tartalmaz (megbeszélések, edukációs csoport, egyéni tanácsadás, csoportterápia, élettörténetek, vallásgyakorlás).

7, Családi tanácsadás: A függőség egy családi betegség. A családtagok gyakran cinkosak abban, hogy korábban tagadták vagy csökkentették a függőség jelentőségét, esetleg ellenálltak a változásnak. Emiatt gyakori, hogy a felépülőnek és a családtagoknak nagy megbocsátással kell, hogy egymás felé forduljanak és nyitottnak kell lenniük a korábbi viselkedésük megváltoztatására.

8, 12 lépéses program: A felépülő motiválása a lépések megtételére.

9, Olvasó csoportok: Az A.A és az N.A lépéseinek és hagyományainak olvasása.

10, Élettörténet: A saját életút és a függőség írásban történő rögzítése.

11, A.A és N.A csoportok látogatása: Sorstárs csoportokon való részvétel.

12. Kikapcsolódás: A felépülés fontos eleme, hogy új örömteli cselekedetekbe kezdjen a függő pl: testmozgás, túrázás, festés és más kreatív hobbik.

Az intézeti elbocsátás után javasolják az utógondozásban való részvételt, ami leggyakrabban A.A és N.A csoportok rendszeres látogatását jelenti. Ezeket a csoportokat sorstársak alkotják, akik megosztják egymással a tapasztalataikat és támogatják egymást a felépülésben. A tagság feltétele nem az absztinencia hanem az absztinenciára törekvés vágya (Cook, 1988).

<u>Az Anonim Alkoholisták 12 Lépése</u>

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.

Az Anonim Alkoholisták 12 Hagyománya

1. Közös boldogulásunk álljon az első helyen, személyes felépülésünk az A.A. egységétől függ.
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.
(http://www.anonimalkoholistak.hu/hu/mi_az_aa)

A Portage modell

A kanadai Portage modell 1970-ben született, néhány helyi lakos munkája által. Mára több országban működik a modell alapján szerveződő terápiás közösség, Magyarországon 2000-ben került sor az első képzésre.

Hasonlóan a Minnesota modellhez a teljes absztinenciára, a közösségekben zajló felépülésre és a változás lépcsőzetességére épül, azonban több ponton különbözik attól. A felépülő előrehaladását a hierarchikusan felépülő közösség szabályozza. A közösség támogatása mellett a felépülők egy személyes segítővel is kapcsolatot tartanak. A Portage modell erősen táplálkozik a pozitív pszichológából, amely kiemeli az egyéni képességek fontosságát és a felépülő aktív szerepét saját élete irányításában.

Minden felépülő azonos fázisokon megy keresztül a segítői folyamatban.

1. Állapot felmérés: a fontos életterületek értékelése a bekerülésnek megfelelő állapotban

2. Bentlakásos kezelés: beilleszkedés a terápiás közösségbe, új képességek lépcsőzetes elsajátítása

3. Beilleszkedés a társadalomba és utánkövetés: A felépülés nem ér véget az új képességek terápiás közegben történő tanulásával, azok gyakorlatba ültetése ugyanolyan fontos, a közösség tovább segíti a tagokat.

A felépülés 6 lépcsőfokból áll. A felépülő csak a közösség és a személyes segítője jóváhagyásával léphet a következő szintre. Az első három szint a meglévő és a szükséges új képességek (kompetenciák) azonosítására és a függőség kialakulásának okaira koncentrál. A következő három lépésben a felépülő egyre több felelősséggel járó feladatot kap a terápiás közösség életében, cél, hogy végül mások mentorává váljon és önállóan irányítsa életét.

A modellben a közösség támogatásának a saját életünk feletti kontroll visszaszerzésében rendkívül fontos szerepe van. A közösség ösztönző erőt ad a nehézségekkel való szembenézéshez és önfejlesztéshez.

A kezelési terv egy, a felépülő és személyes segítője által közösen alkotott jövőre vonatkozó elképzelés. Azt sűríti, hogy a kliens az élete mely területein, milyen változásokat szeretne elérni és ehhez milyen konkrét, reálisan megvalósítható tettek szükségesek. A kezelési terv általában a következő életterületekre vonatkozik: Szerhasználat, fizikai és lelki egészség, a személyes kapcsolatok minősége (család és más fontos személyek), társas készségek, személyes fejlődés és önismeret, szülői készségek, társadalomba való beilleszkedés, munkavállalás.

A program erősen koncentrál különböző, jól meghatározott kompetenciák mindennapos fejlesztésére, amelyek a kezelési tervben meghatározott célok elérését és az akadályok leküzdését segítik.

A terápia fontos része a különböző tevékenységékben való részvétel, az önismereti és az önbizalom növelő eszközök, önismereti kérdőívek és feladatok használata.

A segítő folyamat tehát egy zárt, hierarchikusan felépülő közösségben kezdődik meg. A közösség segít felismerni a felépülőnek, hogy mely életterületeken kell változást elérni, továbbá segítséget nyújt, hogy a felépülő az ehhez szükséges új képességekre tegyen szert, majd a terápiás közösségen kívül is segítséget nyújt abban, hogy a meglévő és az új képességeit tudatosan használja a társadalomban (Molnár, 2012).

A brit Felépülés-központú modell

A brit Felépülés-központú modell a Minnesota és a Portage modellre is építkezve jelent meg. A megközelítés alapelvei:

1, A szenvedélybeteg élhet teljes életet a szenvedélye megmaradásával. Egy táplálkozási zavarral élő személytől sem várjuk el, hogy tartózkodjon az evéstől, nem is lehetséges. Vagyis, a felépülés nem szükségszerűen jelenti a teljes önmegtartóztatást.

2, A szenvedélybeteg sokszor magatehetetlen, a saját életéért harcolni képtelen személyként jelenik meg. A modell a hiányok és kontroll elvesztésének elfogadása helyett a reményre és képességekre koncentrál. Az egyedülálló, hatékony emberképet igyekszik erősíteni.

3, A felépülés nem egy lépcsőzetes folyamat, nem lehet előre megállapítani, hogy pontosan milyen képességeket kell elsajátítani ahhoz, hogy a felépülő változni tudjon. Ahány ember, annyiféle felépülés létezik. A felépülés az önmagunkról alkotott képünk folyamatos, krízisről-krízisre történő újraértelmezése. A folyamatban nincs előrehaladás, nem egy cél felé halad, inkább a folyamatos változás fontosságát hangoztatja.

4, A felépülés nem csak az egyén és a közeli közössége, hanem a társadalom szintjén kell, hogy megtörténjen. A szenvedélybetegséggel kapcsolatos társadalmi stigmák ledöntése nagyobb hangsúlyt kap

ebben a mozgalomban. Az egész társadalmunk felelőssége, hogy olyan környezetet alkossunk magunknak, amikben az egyének épülni tudnak. Emiatt az ellátásban is hangsúlyozza a hierarchia csökkentését, a szakember és a felépülő egyenlő felekként történő kezelését (Mental Health Commission of New Zealand, 2011).

A felépülés-központú modell a

- reményre, erősségekre és lehetőségekre fókuszál, valamint arra irányuló nyelvezetet használ
- autonómiára és önrendelkezésre bátorít
- a társadalommal szemben is támogatja a felépülő részvételét saját érdekérvényesítésében
- támogatja a felépülőt érdeklődésében, hogy megbecsült társadalmi szerepet vállalhasson.
- személyre szabott és a spiritualitást is magába foglaló segítségnyújtásra törekszik
- a segítség és a kezelési lehetőségek széles tárházát biztosítja,
- bevonja a felépülőt és a számára fontos személyeket az ellátás szervezésébe és kiértékelésébe
- segíti a különböző közösségek közti kapcsolatok létrejöttét,
- elfogadja a sokszínűséget
- elkötelezett az önreflexió és a tanulás iránti (Department of Health, 2011)

A felépülés azt az utat jelenti, amely során a kliens új önismeretet szerez, új énképet alakít ki magáról, új és építő jellegű emberi kapcsolatokba, hobbikba és tevékenységekbe kezd, és aktívan tesz azért, hogy az őt körülvevő környezet megváltozzon. Mindehhez nem szükséges, hogy a tünetek végérvényesen megszűnjenek. Sok pszichiátriai probléma egy életen át feladattal látja el a felépülőket, a szenvedélybetegséggel küzdők nagyrésze többször újra használni kezd és a fogyatékkal élő személyek sem képesek végérvényesen megváltoztatni helyzetüket, azonban ez nem jelenti azt, hogy ne élhetnének teljes életet, tüneteik meglétével együtt. (Frese et al., 2001).

Prochaska és DiClemente féle felépülési modell:

1982 megalkotta a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét. Ez az integratív, folyamatorientált modell többek között azért alkalmazható sikeresen a viselkedésváltozás megértésére, mert mindenkire érvényes. Fő komponense*: a motiváció, ami a változásra való hajlandóság, készenlét állapota.*

Helyzetről helyzetre változik, tehát nem egy állandó személyiségvonás, hanem egy állapot, amire képes az ember hatni. Elképzelésüket hat egymásra épülő, de átjárható szakaszban írták le.

Töprengés előtti szakasz:

Az első szakaszra jellemző, hogy a személy ilyenkor még nem ismeri fel, hogy bármi probléma lenne. Így tagadja a magatartásváltozás szükségességét is. Gyakran magyarázkodik, ürügyeket gyárt, ezzel elhárítva a felelősségvállalás terhét. Ebben a szakaszban úgy érezhetjük, hogy a személy az előrelátható jövőben nem áll készen a viselkedése megváltoztatására.

Töprengés:

A második szakaszba érve már kezdi sejteni, érezni, hogy valami nincs rendjén. Jellemzően ilyenkor már felismeri a problémát és gondolkodik is róla. Azonban még halogatja az aktív cselekvést. Erre a szakaszra alapvetően jellemző az ambivalencia a változtatásra irányuló vágy és a még élő belső ellenállás között.

Előkészület:

Az előkészület szakaszába érve a személy eljut arra a pontra, hogy úgy gondolja: a változás szükséges, lehetséges és számára előnyös. A folyamat eredményeként átértékelődik a személy önmagához és a problémához való viszonya. Megjelenik a hit, ami fokozza az énerő és énhatékonyság érzését is a személyben. Ugyanakkor e szakaszhoz érve fontos, hogy felhívjuk a figyelmet a visszaesések lehetőségére. Mivel a viselkedésváltozás egy körfolyamat, figyelnünk kell a visszaesések megakadályozására. Továbbá érdemes tudatosítani, hogy ez a változás egy nagyon gyakori és természetes velejárója.

Cselekvés:

Mindezek után elérünk a cselekvést jelentő szakaszba. A személy aktívan tesz viselkedése megváltoztatásáért, de ekkor még hat hónapnál kevesebb ideje áll fenn ez a változás. Fontos, hogy a személy környezete észlelje a változást és arra figyelemmel legyen. A legkifizetődőbb az, ha jutalmazzuk is a változást. Ezzel elősegíthetjük a további aktív cselekvést, és egyúttal erősíthetjük a következő szakasz feladatát is, a fenntartást.

Fenntartás:

Az utolsó előtti szakaszban már többszörösen összetett a cél. Egyrészt a visszaesések megelőzése, másrészt pedig a már megszilárdult és tartósnak mondható életmódváltozás támogatása. A már hat hónapnál régebben fennálló változásnak köszönhetően a személy jelentős önbizalom-növekedést élhet meg, ami tovább erősíti az új, egészségesebb életforma fenntartását.

Befejezés:

Végül a befejezés szakaszába érve elmondható, hogy lezajlott a viselkedésváltozás. A korábbi problémaviselkedést – függetlenül a személy bármilyen hangulati állapotától – már nem kívánatosnak éli meg. A kezdetekben még instabil önkontroll funkciók stabilizálódtak és megtartottak. Így a személy ténylegesen azt éli meg, hogy az ő kezében van saját élete irányítása, már semminek sem a „rabja”.

A változás egy hosszú folyamat melyhez rögös út vezet. Az elsődleges cél a motivált viselkedésváltozás elérése. Mindezt nemcsak az ember személyiségjellemzői, hanem a környezeti tényezők és a szociális támogatottság is befolyásolja. A fentiek segítségével tisztábban láthatjuk az egyes stádiumok alakulását, ami hozzásegíthet bennünket ahhoz, hogy képesek legyünk empatizálni a nehézséggel küzdőkkel.

Közösségi szenvedélybeteg ellátás

A közösségi szenvedélybeteg ellátás és a brit-Felépülés központú modell között nagy az átfedés. Az ellátás alapja a kliens teljes élet eléréséhez szükséges jelenlegi igényei. Vagyis a felépülő aktuális állapotából (motiváltság, személyes célok, erőforrások) indul ki és ahhoz alkalmazkodik. Mind a két modell hangsúlyozza, hogy a felépülés terepe a személy közvetlen élettere és a számára elérhető segítség összessége. Emiatt mind a két modell törekszik arra, hogy a családot és az elérhető összes erőforrást bevonja a kezelésbe, valamint támogatja a kezelésből kieső felépülők közvetlen, életterükön való felkeresését és a kezelésben való részvételre való motiválását.

A közösségi addiktológia azonban több ponton máshová helyezi a hangsúlyt, mint a brit modell. A legerősebb elem a megközelítésben a rehabilitációs szemlélet. A közösségi szenvedélybeteg ellátásban a szenvedélybetegséggel küzdő egyén, hasonlóan jelenik meg, mint egy bármely más korlátozó állapottól szenvedő személy (pl: mozgás korlátozottság). A szenvedélybetegség megfosztja az egyént attól, hogy örömteli élet céljaiért tudjon küzdeni. Ebben az értelemben fogyatékossá vált. A közösségi addiktológia

a személyes célok elérésének akadályait próbálja kezelni, ez az akadály gyakran a szenvedélybetegség, de gyakran más tényező.

A rehabilitáció célja nem egyedül a tünetmentesség elérése, az absztinencia egy eszköz arra, hogy a felépülő elérje a számára fontos célokat. A rehabilitáció célja az optimális életminőség, az örömteli, közösségi, szociális élet elérése, miközben az egyén fenntartja józanságát.

A rehabilitáció tere a felépülő otthona és közeli élettere, annak érdekében, hogy a kliens a felépülése során is a társadalom és a közössége aktív és teljes jogú tagja maradjon. Emiatt az ellátás törekszik minden elérhető erőforrás (közösségi szolgáltatások, hozzátartozók, önsegítők, civil szervezetek, egyházi intézmények, háziorvos, pszichiáter, illetve az addiktológus) bevonására. Ebben a szemléletben a kocsmáros is az ellátás része lehet, ő az aki elsőként tudja jelezni a kezelői team felé a visszaesést.

A közösségi szenvedélybeteg ellátásban a kliens nem csak a betegségtől szenvedő személy, hanem annak családja és élettere. A családtagok szükségleteit és nehézségeit is figyelembe veszi és az egyének problémáit a család közös problémájaként kezeli.

A közösségi szenvedélybeteg ellátás a következő módszereket használja:

- szűrés és korai felismerés
- motivációfokozás
- a rövid intervenció
- a gondozási és a rehabilitációs terv megalkotása
- pszichoedukáció
- készségfejlesztés
- stresszkezelés, problémaelemzés, problémamegoldás
- alternatív életstílus kialakítása, életviteli készségek
- támogatott munkarehabilitáció
- relapszusprevenciós célú intervenciók (Ébredések Alapítvány, 2014).

Szenvedélybetegek rehabilitációjában szerepet játszó intézményrendszer, forrás: Saját)

Rehabilitációban szerepet játszó intézményrendszer	**Feladata**
Alacsonyküszöbű ellátás	Anonim és önkéntesen igénybevehető szolgáltatás, amelynek célja a szenvedélybetegség által okozott ártalmak csökkentése, az életet veszélyeztető helyzetek elhárítása, valamint az életmódváltás elindítása, segítése.
Közösségi ellátás	Lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartása, a meglévő képességek megtartásának illetve fejlesztésének érdekében. A háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérése.
Rehabilitációs intézmény	Intézményi keretek között, bentlakásos módon biztosít komplex, átfogó segítségnyújtást a szenvedélybetegséggel/pszichiátriai betegséggel érintettek számára. Az intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását és visszaállítását szolgálja.

• ezen belül gyermek- és ifjúsági rehabilitációs intézmény	Intézményi keretek között, bentlakásos módon biztosít komplex, átfogó kezelést szerhasználó kiskorúak részére. A bentlakók életvezetési készségeinek és képességeinek kialakításában nyújt segítséget.
Félutas ház	Utógondozásban jelentős szerepet játszó ellátási forma, amely a bentlakásos rehabilitáció otthonból kikerülő, felépülő szenvedélybetegek számára biztosít lakhatási feltételeket, pszicho-szociális gondozást és tanulási lehetőséget.
Támogatott lakhatás	Életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosít lakhatási szolgáltatást fogyatékos személyek, pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére
Nappali ellátás	A tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő szenvedélybetegek részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak - ide nem értve az idős személyeket - napközbeni étkeztetését.
Rehabilitációs célú lakóotthon	Az a szenvedélybeteg helyezhető az ellátásba, aki családban él és képességei fejlesztése, valamint ellátása lakóotthoni keretek között biztosítható és rehabilitációja családjában nem oldható meg;

3.2 Kommunikáció szenvedélybeteg személyekkel

3.2.1. Kapcsolatfelvétel, kapcsolat kialakítás

A szenvedélybetegség egy gyakran rejtőzködő állapot. Ennek egyik oka, hogy a szenvedélybetegekkel kapcsolatban sok előítélet van jelen a társadalomban. A másik fontos jellemző, hogy a szenvedélyek irányítása, vagy a szerről/viselkedésről való lemondás, annak kontroll alatt tartása gyakran egy életen át tartó folyamat, amely sok változást igényel a klienstől. Képzelje csak el, hogy elhatározta, hogy minden reggel fél órával korábban kel fel, azért, hogy egy rövid testmozgással kezdje a napot. Logikusan hangzik, azonban a legtöbbünk nem jut el sem az elhatározásig, vagy ha igen, az első reggel inkább a hosszabb alvást választja. Vagyis minden viselkedésváltoztatás nehéz, ezért a motivációt az egészséges józan élet iránt mindig fenn kell tartani. Ez azonban sokszor találkozik szembe ellenállással vagy a probléma tagadásával.

A szenvedélybetegséggel küzdő személyekkel történő kapcsolatfelvétel közül a szerhasználókkal való kapcsolatfelvételt emeljük ki. egyik első eleme a megkereső, utcai szociális munka. Ezekben az úgynevezett alacsonyküszöbű programokban a kliensnek semmilyen feltételnek nem kell megfelelni ahhoz, hogy segítséget kapjon. Egy ilyen tipikus példa az utcai tűcsere tevékenység. A kliensek itt a nevük vagy bármely más adat megadása nélkül, a józanságra törekvés elhatározása nélkül kapnak steril fecskendőket, annak érdekében, hogy meg tudjuk előzni egyes fertőzések (Hepatitis C és HIV) fecskendő megosztáson keresztül történő továbbadását. De ide tartoznak az úgynevezett party service programok is, ahol parti helyeken adnak a klienseknek vizet, vitaminokat és óvszert. Ezen szolgáltatások célja a jelenleg is szerhasználó kliensek elérése és a szerhasználat ártalmainak csökkentése. Ez egy első kapu, amelyen keresztül a jelenleg a változásra nem nyitott kliensek mégis elérhetők a szakemberek számára.

Az alacsonyküszöbű szolgáltatások mellett az önsegítő csoportok is végeznek megkereső munkát, amely nem csupán szerhasználók, de más, pl. viselkedésfüggőséggel küzdők esetében is hatékony lehet. Ilyenkor, jellemzően kórházi ellátáson belül (pszichiátriai osztályok, addiktológiai osztályok) veszik fel a kapcsolatot a kliensekkel. Itt már kifejezett cél a kliensek változásra való motiválása.

Határterület az alacsonyküszöbű szolgáltatások és motivációt elősegíteni kívánó szolgáltatások között az online konzultáció. Ezek jellemzően alapítványok honlapján keresztül elérhető levelező vagy chat felületek. Az online konzultáció általában anonim szolgáltatás és bárki igénybe veheti és a szenvedélybetegség valamennyi formája esetében hatékony lehet. Ebben az értelemben véve tehát alacsonyküszöbű szolgáltatás. A szakemberekkel történő levelezés azonban már magába foglalja a motiváció felkeltésének lehetőségét is. Természetesen az ártalomcsökkentő és a felépülés megkezdésére motiváló szolgáltatások nem különülnek el egymástól ilyen élesen, a tűcsere programokban dolgozó segítők is végeznek motivációs munkát, azonban a hangsúly eltérő.

Mivel a szerhasználat egy általában rejtőzködő jelenség a kapcsolat felvételnek empatikusnak és ítélkezés mentesnek kell lennie. A kezdeti bizalom kiépítése rendkívül fontos.

Bármilyen ellátáson belül is történik a kapcsolatfelvétel, a segítő kapcsolatokban leginkább a segítő személy, vagyis a saját attitűdünk az, amelyet tudatosan alkalmazhatunk a mély és őszinte kapcsolat kialakítására. Nem az alkalmazott kérdőívekben rejlik a megoldás, nincsenek biztos módszerek amelyek garantálják a sikerességet, leginkább saját hozzáállásunk és magatartásunk tudatos használatában rejlik a saját felelősségünk. A hatékonyság attól függ, hogy a segítő mennyire képes optimális feltételeket biztosítani az egyén erőforrásainak kibontakozásához.

A segítő kapcsolatokban, általában 3 fő attitűd fontosságát hangsúlyozzák. Ezek közül az első, az empátiás megértés (együttérzés, a kliens világának megérzése). Ez azt jelenti, hogy a segítő arra törekszik, hogy a kliensre figyeljen, hogy az ő érzéseit értse meg. Sokszor nehéz elkülöníteni, hogy a kliens érzéseit értjük-e meg, vagy azt képzeljük el, hogy a vele történtek ránk milyen hatással lennének. A segítő arra törekszik, hogy ne beleképzelje magát a kliens helyzetébe, ne elképzelje, hogy ő maga, hogyan élné át azt a helyzetet amit a kliens elmond, hanem arra koncentrál, hogy a kliens, hogyan meséli el a történetet, a felépülőnek milyen érzései vannak amikor a történetről beszél. Ennek egyik eszköze a visszatükrözés. Ilyenkor a segítő újrafogalmazza és sűríti azt a mit a kliens mondandójából megértett.

A másik fontos attitűd a felépülő feltétel nélküli elfogadása. Ez a feladat nehezebb mint gondolnánk. A felépülő gyakran teljesen más érzéseket él át, mint amiket mi élnénk át hasonló helyzetekben. Előfordulhat, hogy egy olyan történetet mondd el, amelyben mi hálát élnénk át, a kliens azonban dühöt. Emiatt sokszor nehéz nem ítélkezni a kliens felett. Példa: Aktív szerhasználó arra panaszkodik, hogy a szülei nem támogatják eléggé anyagilag, ha nem korlátoznák ennyire, hanem megértenék a szülei akkor nem használna ennyit. Ilyenkor jogosan érezhet a segítő dühöt. A kliens elfogadása azt jelenti, hogy a felépülő érzelmeit fogadjuk el, azonban nem jelenti azt, hogy tetteit helyeseljük. Együtt érezhetünk a felépülővel abban, hogy feszültséget él át szorult anyagi helyzete miatt, azonban nem kell a kliens mellé állni abban, hogy szerhasználatához szülei erőforrásait használja fel. A saját érzéseink, főképp ha erősek, megnehezíthetik az empátiás megértést. Nehéz a kliensre figyelni amikor saját dühünk van az előtérben.

Ehhez kapcsolódik a harmadik fontos attitűd, a hitelesség, vagyis kongruencia. Ez azt takarja, hogy a segítő nem mond mást mint amit érez. A segítő őszinte, képes kifejezni saját érzéseit is, de képes arra, hogy megkülönböztesse saját és a felépülő érzéseit, továbbá ellenáll a kísértésnek, hogy önmagával foglalkozzon, helyette arra törekszik, hogy a felépülő érzéseire koncentráljon (Rogers, 2008)

A motivációs interjú fontossága

Prochaska és Di Clemente modell szerint a felépülő 7 fázis között mozog.
1, a kliens nem szeretne változni
2, bizonytalan abban, hogy változni szeretne
3, gondolatban igen, de érzelmeiben kevésbé elszánt a változásra
4, megkezdi a változást, aktívan tesz a változásért
5, fenntartja a bevezetett változásokat
6, visszaesés, újbóli szerhasználat
7, a változás újra stabil, hosszú időn át megtartja azt (Prochaska - Di Clemente 2009).

A felépülés valójában új önismeret, új szokások és új minőségű kapcsolatok kialakítását jelenti. Ebben a folyamatban a kliens újból és újból nehézségekkel kerül szembe és a megküzdésre való motivációja állandóan változik. A kliens motivációjának segítésére az egyik leggyakrabban használt módszer a motivációs interjú.

A technikát Miller és Rollnick (Miller - Rollnick 1991) dolgozta ki a viselkedésváltoztatás ösztönzésére, főképp akkor használják, mikor a kliens nem szeretne változni vagy a kliens bizonytalan benne. A motivációs interjúban kifejezzük a kliens jogát arra, hogy változtasson az életén, azonban annak személyes felelősségét is hangsúlyozzuk. A motivációs interjú elemei:

1) Empátia: A kliens szerhasználatát és az általa említett okokat elfogadjuk, azonban ez nem jelenti azt, hogy egyetértünk a szerhasználat helyességével. Fontos kifejezni, hogy átérezzük mennyire nehéz lehet számára a változás.
2) Belső ellentét kialakítása: Az elérendő célok és a jelenlegi magatartás egymással ütközik, ezt az ütközést szeretnénk kihangosítani. Emellett azt is, hogy a felépülő nem egyenlő a szerhasználattal, ő jóval több annál.
3) Szerhasználattal kapcsolatos bizonytalanság erősítés: Szinte minden szenvedélybeteg megpróbálta már csökkenteni a használt szer mennyiségét, vagy megpróbált már józan maradni, ez azt is jelenti, hogy a szerhasználat előnyei és hátrányai ütköznek egymással a kliens gondolkodásában is. A motivációs interjú célja, hogy megerősítse a szerhasználat abbahagyása mellett szóló érveket.
4) Konfrontáció elkerülése: A vita inkább növeli az ellenállást és így a szerhasználat mellett szóló érveket erősítheti.
5) A kliens kísérése: Ha ellenállással, vitával találkozunk váltsunk módszert és inkább az együttérzésre koncentráljunk.
6) Változás képességének erősítés: A pozitív támogató hozzáállás segíti a kliensben a remény feléledését.

A motivációs interjú során kerüljük a direkt kinyilatkoztatásokat. Igyekezzük inkább megértőek lenni, nyitott kérdéseket feltenni, megerősíteni az előremutató elképzeléseket. Hasznos lehet a kliens érzéseinek visszatükrözése az általa elmondottak összefoglalása. Kifejezetten a probléma elfogadására, a szerhasználattal kapcsolatos aggodalmakra, a változás vágyára fókuszáló kijelentések esetén. Ezáltal a változás mellett elhangzó érveket erősíthetjük meg.

Amennyiben a kliens nem tűnik motiválhatónak, jó módszer lehet az állapotfelmérésben tapasztaltak visszatükrözése (egészségügyi problémák, büntető ügyek, társas kapcsolatok megromlása) és a szerhasználat ártalmairól való tájékoztatás (pszichoedukáció).

Minden viselkedés változtatás nehéz ezért a felépülés során végig fontos a kellő motiváció fenntartása azonban szenvedélybetegek esetében gyakori a probléma tagadása és a motiváció időszakos felbukkanása és gyors eltűnése, valamint ezen állapotok váltakozása. A motiváció ilyen váltakozása a felépülés része ezért nem érdemes lemondani az éppen motiválatlan kliensről, ekkor a motiváció újbóli felkeltése kell, hogy a célunk legyen.

REHABILITÁCIÓ MEGJELENÉSE AZ ELLÁTÁSI FORMÁKBAN-, AMIT A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEKRŐL TUDNI KELL.

4. Rehabilitáció a pszichiátriai betegségben érintett személyek ellátásában

Összefoglalás

Az alábbiakban azokat a leggyakoribb pszichiátriai kórképeket mutatjuk be röviden, amelyek a leggyakrabban felelősek a pszichoszociális fogyatékosságok kialakulásáért. Ilyenek a szkizofrénia, a bipoláris zavar és a depresszió. Emellett fogyatékosságot közepesen gyakran okozó kórképeket is ismertetünk. A 1-essel jelölt forrásmunka az ismertetett kórképek és főbb gondozási stratégiáik bemutatását tartalmazzák.

A fejezet második felében két kliens gondozása kapcsán mutatjuk be a főbb pszichoszociális gondozási stratégiákat és a felépülés megvalósulását a személyes célokra alapozott gondozási tervben.

A kliensek állapotfelmérésére a (1) kezelési adatok és a mentális állapot, valamint az életvitel megismerését, (2) a személyes célok felmérését és elérésük nyomonkövetését, (3) a szükségletek felmérésére és az ellátás minőségellenőrzésére is alkalmas Camberwell interjút, (4)a személyes célokhoz szükséges készségek helyzetgyakorlatban történő felmérését javasoljuk. A gondozás bemutatása során részletesebben érintjük a (2) és (4) módszert.

Cél

A hallgató össze tudja kapcsolni a felépülés értékeit a gondozás gyakorlatával és felismerje, hogyan válnak a közösségi elvek a mindennapi ellátás gyakorlatává és milyen gondozói attitűddel és technikákkal valósítható meg mindez.

Kulcsszavak

Felépülés, személyes célokra alapozott gondozási terv, kulcsproblémák, pszichoedukáció, stresszkezelés, készségfejlesztés.

Tanulást segítő kérdések

Mik a szkizofrénia fő tünetei? Érdeklődjön a gyakorlaton a tapasztalati szakértőtől!
Mik a depresszió fő tünetei? Érdeklődjön a gyakorlaton a tapasztalati szakértőtől!
Mik a mánia fő tünetei? Érdeklődjön a gyakorlaton a tapasztalati szakértőtől!
A következő fejezetben szereplő, tapasztalati szakértőktől származó idézetek közül a Gallai Istvántól idézett szövegben emelje ki a stigma sajátosságait! Hogyan küzdhet a szakember a stigma ellen?
A következő fejezetben szereplő, tapasztalati szakértőktől származó idézetek közül a Gecse Andreától idézett szövegben elemezze a felépülés szempontjait. Milyen pszichoszociális eszköztárral segíthette a közösségi gondozás ezt a folyamatot?
A gondozási terv ebben a fejezetben történő bemutatása alapján gyűjtse ki a gondozó viselkedésére vonatkozó részleteket!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

KSH (2012a): A megváltozott munkaképességűek munkaerő-piaci helyzete 2011. Központi Statisztikai Hivatal munkaerő felmérése. Budapest
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/megvaltmunkakep.pdf

Bulyáki T.- Harangozó J. (szerk.) (2018): A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány, 398 o. következő fejezetei:

- Harangozó J. et al. : A pszichózisról és a szkizofréniáról – Felépülés-szemlélettel és a Hanghalló módszer megközelítésével.
- Falloon IRH.: . Mi a depresszió? I–II.
- Graham-Hole V., Falloon IRH..: Mi a bipoláris zavar?
- Falloon IRH.:A nehéz érzelmi problémák és kezelésük. Mit jelent a borderline személyiségzavar?
- Falloon IRH. et al.: Mi a szorongás? I–IV.
- Falloon IRH.: A személyes célok kitűzése
- Falloon IRH.és Bulyáki T.: A hatékony kommunikáció alapjai c. fejezetek
- Kristóf R.: Az asszertivitás, mint a hatékony kommunikáció „felsõfoka”
- Bulyáki T., Harangozó J.: A mentális zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése

Tringer L. (2007): A gyógyító beszélgetés. Medicína 246 oldal.
A könyv kivonata: http://diakoldal.hu/assets/res/notes/gyogyito-beszelgetes-tringer-kivonat.PDF
Demetrovics Zs., Laczkó Zs.(2008): Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (Camberwell Assessment of Need) magyar változatának (CAN-R-hu) bemutatása. Psychiatria Hungarica. - 23. (2008) 4. , p. 297-303
Könczei Gy. (szerk.) (2009). Fogyatékosságtudományi tanulmányok. A támogatott foglalkoztatási szolgáltatás.Gyakorlati ismeretek tára. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar kiadványa, 176 oldal. http://mek.oszk.hu/09600/09676/09676.pdf

4.1. A szociális intézményekben leggyakrabban előforduló pszichiátriai kórképek ismertetése (skizofrénia, hangulatzavarok, affektív rendellenességek). *Elméleti keretek*

4.1.1. A kórképek megoszlása fogyatékosság szempontjából

A lakosság mintegy 1%-a szenved jelentős pszichoszociális fogyatékosságot okozó mentális problémától (KSH, 2012). Az Ébredések Alapítvány közösségi gondozotti körének (2018-ban 156 fő) diagnosztikus megoszlása szerint 66%-uk szkizofrénia diagnózissal, 23%-uk hangulatzavarral, mintegy 10%-uk pedig szorongásos problémákkal áll gondozás alatt. Ebből is látszik, hogy a fogyatékossággal járó mentális zavarok többsége a **szkizofrénia**-spektrumba és a **hangulati betegségek** körébe tartozik (itt kiemelkedő gyakoriságú a bipoláris zavar), ezen belül a nők között valamivel nagyobb a hangulatzavarok gyakorisága, a férfiaknál több a szkizofrénia. A szenvedélybetegek képezik a harmadik nagy célcsoportot a megváltozott munkaképesség és a fogyatékosság szempontjából. Emellett azonban azt lehet mondani, hogy szinte minden pszichiátriai zavar, - így pl. a **szorongások, a disszociációs zavarok, személyiségzavarok (különösen a borderline, vagy más néven érzelmileg labilis személyiségzavar), étkezési zavarok**, stb. – elérhet olyan súlyosságot, amely a működőképességet nagyon akadályozza és fogyatékosságot okoz. A következőkben a leggyakrabban fogyatékossághoz vezető mentális zavarokat mutatjuk be.

4.1.2. Ismeretek a szkizofréniáról

A szkizofrénia az elmeműködés zavara, melyet a különböző pszichés működések, - mint pl. észrevevés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás - kóros eltérései jellemeznek, változatos munkahelyi és szociális működési problémák kíséretében. A jellegzetes tünetek legalább egy hónapon keresztül (sikeres kezelést követően rövidebb ideig), de egyes jegyek hat hónapon túl is fennállnak.

A szkizofrénia fázisokban kialakuló betegségként jellemezhető. A betegség kialakulása előtt a betegek gyakran elszenvedhethet olyan élményeket és életeseményeket, melyek hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához (terhesség és szülés alatti komplikációk, koponya-trauma, gyermekkori és pubertáskori traumák és családi stresszek).

A kezdeti időszak a működés megváltozását foglalja magába. Ez az időszak lehet néhány hét vagy hónap is, de az átlagos hosszúsága 2-5 év. Ebben az időszakban már számolni kell a funkcionalitás károsodásával, és olyan nem specifikus tünetek jelenhetnek meg, mint az alvászavar, szorongás, irritábilitás, depressziós hangulat, csökkent koncentráció, fáradtság, szerepfunkciók sérülése, szociális visszahúzódás. Pszichotikus tünetek, mint az észrevevés megváltozása, kóros vonatkoztatások és jelentőségtulajdonítások (amikor a páciens olyan dolgokat vonatkoztat magára, amelyek egyébként semlegesek és ezeknek jelentést ad, pl. a rádióból neki üzennek), gyanakvás, a kezdeti fázis késői szakaszában jelennek meg, és a pszichózis megjelenését jelzik. Ez a kezdeti fázis nem minden betegnél jelenik meg, illetve azonosítható.

Az első pszichotikus tünetek megjelenhetnek lappangva vagy hirtelen, de az átlagos időszak 1-2 év a tünetek megjelenése és az első kezelés megkezdése között, amit a kezeletlen pszichózis időtartamának neveznek.

Az akut fázist pszichotikus tünetek jellemzik:

- téveszmék, - amikor a beteg irreális dolgokat gondol, pl. megfigyelik őt, jeleket adnak számára
- hallucinációk, - amikor olyasmit érzékel, amit mások nem, pl. hangokat hall, amiket mások nem hallanak, vagy látomásai vannak
- kóros vonatkoztatások és jelentőségtulajdonítások (ld. az előző példát)
- zavaros, összefüggéstelen gondolkodás
- élményzavarok, amikor a beteg úgy érezheti, hogy belelátnak a gondolataiba
- zavarossá válhat a viselkedés
- negatív tünetek, amelyek érzelmi bezárkózással, figyelmi és teljesítményproblémákkal járnak.

Szerencsére a betegek nem mindegyik tünettől szenvednek, gyakran csak két-három tünetük van a fentiek közül. A szkizofrénia diagnózissal élők nagyon eltérő tüneteket és kórlefolyást mutató betegek, ezért is sokan vitatják ennek a diagnózisnak a megalapozottságát.

Az akut fázist követő 6-18 hónap jelenti a stabilizációs fázist. A stabil fázis során negatív tünetek, és pszichotikus tünetek is fennmaradhatnak. A páciensek egy része tünetmentessé válik, másoknál egyéb, nem pszichotikus tünetek lehetnek jelen, mint például feszültség, szorongás, depresszió, alvászavar.

Az első epizódot követő 5 év tekinthető a betegség korai időszakának. Amennyiben hanyatlás áll be a funkcionalitásban és tünetekben, az elsősorban ebben az időszakban a legvalószínűbb. A korai időszakban biztosított optimális bio-pszichoszociális kezelés és gondozás javíthat a kórkimenetelen. Fontos megjegyezni, hogy a szkizofréniában tapasztalható funkcionális károsodás, és készségcsökkenés

nem csupán a betegséghez kapcsolódó folyamatokból fakadhat. A biológiai kezelésekhez kapcsolódó mellékhatások, a szociális izoláció, a hajléktalanság, a szegénység és a diagnózishoz kapcsolódó megbélyegzés jelentősen hozzájárul a betegség rosszabb kimeneteléhez. A mentális betegségek javulása és romlása erőteljesen összefügg a környezeti tényezőkkel. A felépülést segítő, a betegeket szükségleteikben támogató szolgáltatások - ahol a beteg tiszteletet kap - pozitív irányban fordíthatják meg a kórkimenetelt.

A betegség lefolyása során 10-15% -ban nem jelentkezik az első után újabb epizód, de a többség esetében többszöri visszaeséssel kell számolni, és 10-15% folyamatosan pszichotikus marad.

A szkizofréniát hagyományosan úgy tekintik, mint élethossziglan tartó, súlyos kórképet, melyből nem lehetséges felépülni. Ez az előítélet nagyon hozzájárul a betegek nehézségeihez a felépülés során. Ezzel szemben a hosszú távú vizsgálatok azt mutatták, hogy a betegség hosszú távú kimenetele rendkívül változó, és a betegek jelentős hányada számára a kimenetel kedvező lehet. Ahogyan Gallai István tapasztalati szakértő[1] fogalmazott:

> *„A lelki "nyomorból" indultam, "amikor kijött rajtam", nem nagyon volt kapcsolatom a külvilággal. A hosszú út egy ébredéshez hasonlítható. Közben nagyon sok nehéz, fájdalmas érzésen mentem át, sokszor olyanokon amiket előtte sosem tapasztaltam. Közben meg kellett küzdenem a megbélyegzéssel is és azzal, hogy a családom megértse mi történik velem, ne veszítsem el őket (sok konfliktus). Mindig azzal biztattam magam, hogy ezen a sok fájdalmas rosszon (érzések, konfliktusok) át kell esni, meglesz az eredménye. A személyiségem is sokat változott. Volt öngyilkossági kísérletem is. Főleg a diagnózis miatt és ami ezzel járt. Minden elsötétült előttem, úgy éreztem nincs remény, jövő. Kilátástalannak találtam az életem. Azt hittem sose lesz munkám, megélhetésem (hajléktalan leszek)…*
>
> *…A megbélyegzésről, betegségfelfogásról: sajnos a diagnózis „skizofrénia" nagyon megbélyegző, valami misztikus dolgot sejtet a kívülállók számára és előítéletei vannak az embereknek e állapotban szenvedők felé. Az gondolják bolondok az ilyen emberek, pedig ez csak egy megváltozott tudatállapot, pontosabban Gondok Okozta Átmenetileg Megváltozott Állapot, amit közösen találtunk ki (egy sorstársi önsegítő csoportban) a „skizofrénia" helyett a találkozások alkalmával és aminek a rövidítését én ajánlottam használni: GOÁMÁ. A problémák megszűnésével visszaáll a normális állapot. Maga a megbélyegzés nagyon érzékenyen érinti a „betegeket". Értéktelennek érzik magukat, számkivetettnek. Ezen felül munkát is nehezen kapnak e diagnózissal élők."*

A 20-40 éves utánkövetéses vizsgálatok szerint 20-65%-ban a szkizofrénia kimenetele hosszú távon jó, sok esetben akár teljes felépülés is várható. A felépülést befolyásoló faktorok egyelőre ugyan csak kevéssé ismertek, de felépülés bármikor bekövetkezhet, akár évek után is. Fontos megjegyezni azt is, hogy bár vannak olyan betegek, akik a teljes tünetmentességet sohasem érik el, mégis képesek megfelelő életminőséget fenntartani, felépülnek, megfelelő támogatás és segítség esetén.

A szkizofrénia a rokkantságot okozó leggyakoribb betegségek között szerepel. A halandóság jelentősen magasabb az átlagnépességhez viszonyítva. Ebben a magas öngyilkossági arány (a betegek közel 10% halálozik el öngyilkosság miatt), a gyakoribb erőszakos halál és a testi betegségek magasabb gyakorisága játszik szerepet. A szkizofréniában szenvedők esetében gyakoribb a dohányzáshoz köthető testi betegségek előfordulása, az elhízás és a cukorbetegség. (Harangozó J et al., 2018)

[1] Tapasztalati szakértő az a kliens, más néven felhasználó, aki sorstárs segítő. Az Ébredések Alapítványnál mentális problémával, köztük szkizofréniával élők is kapnak képzést, amelynek nyomán tapasztalati szakértővé válnak. A képzésre önsegítő csoportok delegálnak résztvevőket.

4.1.2. Ismeretek a bipoláris zavarról

A bipoláris betegségen belül jelentkezõ depresszió a pszichiátriában a negyedik leggyakoribb kórkép. A bipoláris betegségre a különbözõ súlyosságú depressziós és felangolt, azaz mániás epizódok váltakozása jellemzõ, hosszabb-rövidebb tünetmentes periódusokkal. A betegséget a mániás állapotok súlyossága alapján két klinikai megjelenési formába soroljuk:

1) a depressziós és mániás állapotok váltakozásával járó ún. bipoláris I;

2) a depressziós és hipomániás epizódok formájában megnyilvánuló ún. bipoláris II csoportba. Hypomaniának nevezzük az enyhén felhangolt lelkiállapotot.

A mániás epizód diagnózisa akkor állítható fel, ha a legalább 1 hétig tartó, abnormálisan emelkedett vagy ingerlékeny hangulat mellett az alábbi 7 tünetbõl legalább három (ha a hangulat ingerlékeny, akkor legalább négy) fennáll:

1) fokozott önértékelés,
2) csökkent alvásigény,
3) fokozott beszédkésztetés,
4) gondolatrohanás,
5) szórt figyelem,
6) szokatlanul felfokozott aktivitás,
7) nyugtalanság,
8) kritikátlan, meggondolatlan cselekedetek (anyagi és szexuális téren egyaránt).

A kórisme felállításához szükséges még az is, hogy az állapot elég súlyos legyen ahhoz,

hogy észrevehető károsodást okozzon a munkaképességben, ill. szociális tevékenységekben, és hogy a tünetek nem kémiai anyag vagy ismert testi betegség (pl. a pajzsmirigy túlműködése) következményei. Jellemző tünet még (bár nem kötelező) a betegségtudat hiánya. A mániás epizód során a beteget gyakran kórházban kezelik. A hipomániás szindróma a mániával szemben enyhébb állapot: a diagnosztikai kritériumok a mániáétól abban különböznek, hogy

- a minimális időtartam-kritérium négy nap, és
- az állapot nem okoz lényeges károsodást a munkaképességben és szociális alkalmazkodásban, ill. nem vezet kórházi kezeléshez.

A mániás és hipomániás epizódon kívül a következő klinikai megjelenés az ún. kevert affektív epizód, amikor a beteg egy idõben meríti ki mind a mániás, mind a depressziós epizód kritériumait. A mániás és depressziós tünetek ugyanakkor az esetek jelentős hányadában úgy jelennek meg, hogy a beteg teljes mértékben kimeríti vagy a mánia, vagy a depresszió kritériumait, de emellett az adott epizód során az ellenkező előjelű szindrómából csak néhány – a diagnózis felállításához elégtelen számú – tünet észlelhető.

A bipoláris zavar részeként jelentkező depressziós epizód tünettani leírását, ill. egyéb klinikai vonatkozásait illetően a depressziós epizód alatt leírtak érvényesek.

A nem kezelt bipoláris betegeknél a leggyakrabban észlelhető komplikációk a tartós munkaképtelenség, korai rokkantosítás, másodlagos alkohol-, ill. drogbetegség, családok széthullása, fokozott érbetegségekre való hajlam, valamint az öngyilkosság.

A nem kezelt bipoláris betegség legsúlyosabb szövődménye az öngyilkossági kísérlet és a befejezett öngyilkosság. A bipoláris betegek kb. egyharmadának volt már legalább egy suicid kísérlete, és a bipoláris betegek aránya a befejezett öngyilkosságot elkövetők között több mint hússzorosan haladja meg a lakosságban észlelhető átlagos gyakoriságot .(Graham-Hole V., Falloon IRH.,2018)

4.1.3. Ismeretek a depresszióról

A depresszió mind előfordulási gyakoriságát, mind egyéni és társadalmi jelentőségét illetően a pszichiátria és az orvostudomány egyik legfontosabb problémája. A Világbank felkérésére, a Harvard Egyetem munkatársai által végzett felmérés szerint az unipoláris major depresszió 1990-ben a világon a negyedik leggyakrabban munkaképtelenséghez vezető betegség volt, és a 2020-ra szóló előrejelzések szerint a szivet érintő koronáriabetegség mögött a második helyen foglalja majd el. A depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegség, amelynek klinikai képét a lelki és testi tünetek esetenként igen változatos kombinációja alkotja. A depresszió diagnózisának felállításához meghatározott számú tünetnek meghatározott ideig kell fennállni. A depresszió súlyosságát illetően megkülönböztetünk súlyos, közepes és enyhe depressziót; ha utóbbi krónikus lefolyást mutat, és legalább két éve fennáll, disztímiás zavarról beszélünk. A depressziós epizód kórisméje akkor állapítható meg, ha az alábbi kilenc tünet közül minimálisan öt legalább két hétig fennáll; az első két tünet közül valamelyiknek mindenképpen jelen kell lenni:

1. indokolatlanul szomorú hangulat,
2. az érdeklődés/örömkészség elvesztése,
3. jelentős fogyás vagy hízás,
4. túlalvás, vagy kevés alvás,
5. motoros nyugtalanság vagy gátoltság,
6. fáradtság,
7. értéktelenség érzése, önvád, bűntudat,
8. csökkent gondolkodási, döntési és koncentrációs képesség,
9. öngyilkossági gondolatok, terv, kísérlet.

Az enyhe depresszió ill. disztímia diagnózisának 2 megállapításához az alábbi hét tünetből legalább háromnak kell teljesülni, és az első tünet mindenképpen jelen kell legyen:

1. szomorú hangulat,
2. étvágytalanság vagy fokozott étvágy,
3. túl sok, vagy túl kevés alvás,
4. fáradékonyság,
5. csökkent önértékelés,
6. csökkent koncentrálási és döntési képességek,
7. reménytelenség

A depresszió diagnózisa akkor állítható fel, ha a tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval ill. egyéb betegséggel (pl. pajzsmirigy-alulműködés, pszichoaktív szer használat) és a kórelőzményben nem szerepel mániás vagy hipomániás epizód (utóbbi esetben bipoláris, tehát mániás-depressziós betegségről van szó)(Falloon IRH., 2018).

4.1.4. Egyéb, pszichoszociális fogyatékosságot okozó mentális zavarok

A személyiségzavarok közül az **érzelmileg labilis, vagy borderline zavar** okoz gyakran jelentős elakadást az életvitelben. A borderline zavarral élő betegek szélsőséges érzelmi kilengéseket, labilis hangulatot és identitást mutatnak. Sokan indulatosak és önmagukat károsító viselkedés, drog- alkoholhasználat is megjelenhet náluk.

Súlyossá válhat a **kényszerbetegség** is, amelynek során a beteg gyakran ismételten rákényszerül, hogy valamit megcsináljon (pl. kezet mosson, ellenőrizze, be van-e zárva az ajtó, stb), vagy valamire gondoljon, amit pedig idegennek érez. Ez sokszor hosszú órákat is igénybe vehet és a mindennapi életvitelt akadályozza. A szorongásos betegségek közül **a fóbiák, a pánik-betegség és a poszt-traumás stressz zavar** okozhat leginkább fogyatékosságot. A pánik és a fóbiák erős szorongással járnak, amelyek rohamszerűen jelentkeznek, a szívrohamtól is nehéz lehet ezeket elkülöníteni. A kliens ilyenkor izzad, zsibbad, mellkasi szorítást érezhet, légszomja van, attól fél, meg fog halni, vagy megőrül. A roszszullét általában mérséklődik fél órán belül. A fóbiák esetében a pánik-rohamot az a helyszín, vagy helyzet váltja ki, amelyhez a szorongás kapcsolódott. Az agorafóbiás beteg általában az utazással küzd, a járművek, különösen a metro, vagy a repülő használata okoz számára rémületet, pánikrohamot. A nagy, nyilt terek, máskor a kis zárt terek, pl. lift a legijesztőbb számára. A szociális fóbiával küzdők félnek más emberek előtt megjelenni, szerepelni. A poszt-traumás stressz zavar pszichotraumán átesett embereknél jelentkezik, mint pl. balesetek, háború elszenvedői, ill. akik erőszak áldozatai lettek. Az ő esetükben gyakran vannak rémálmok és a traumához hasonló helyzetek a trauma-emlékek betörését válthatják ki. Ilyen módon ők is gyakran elkerülnek helyeket, helyzeteket, és ez is komoly akadályozottsághoz vezethet. az életükben. (Falloon et al., 2018).

4.1.5. A felépülés-elvű közösségi ellátás alapjai pszichiátriai problémákkal élők számára és a kliensekkel való kommunikáció

A felépülés a mindennapi gyakorlatban

A felépülés korábban már ismertetett értékei, így az emberi méltóság, a méltányos bánásmód, az empowerment, a remény, a személyes szükségletek tisztelete és integrálása a segítő folyamatok során, az önsegítő aktivitás, a stigma- és diszkrimináció-mentesség nagyon jelentős tényezői a segítő munka hatásosságának**.** Bár a modern pszichiátria sok hatékony terápiás eszközt kínál fel, a „hagyományos ellátási keretek", - pl. a „zárt osztály", a szociális otthon, a gondnokság intézménye, stb.- gyakran olyan stigmatizáló, reménytelen, megalázó és kiszolgáltatott környezetet jelentenek, amely tényezők sokat ronthatnak a betegek állapotán, tünetein. Lehetséges, hogy még a hatékonynak mutatkozó gyógyszeres terápiák, pl. a pszichózist kezelő gyógyszerek sem tudják a „pszichoszociális minimum" hiányában az előnyeiket kellőképpen kifejteni. Nem véletlen, hogy ezekre a szempontokra először a radikális betegmozgalmak hívták fel a figyelmet: szerintük a felépülés gyógyulás nélkül is lehetséges és a gyógyítás gyakran ártalmas hatásokkal jár együtt. Nézzük, hogyan fogalmazza meg a felépülés lényegét Gecse Andrea tapasztalati szakértő: „Egy új szemléletet tanultam, egy olyan szemléletet, ami egy életre reményt ad nekem, még akkor is, ha lesznek még nehéz idők is. Régebben nehéz volt vállalnom a betegségemet, megküzdenem a szégyennel, amit emiatt érzek, meg a stigmával. Amikor hosszabb időt kórházban töltöttem, igyekeztem elbújni az emberek elől. De aztán fokozatosan visszaszereztem a korábbi életemet, a függetlenségemet. A közösségi pszichiátria egy új utat mutatott meg nekem. Képes vagyok kézben tartani az életemet, mára felismerem, hogy mikor jön egy esetleges rosszullét és sok eszközöm van a kivédésére. Újra van önbizalmam. A barátaimmal szabadon beszélek a problémáimról is. Ők is segítenek az egyensúlyom megőrzésében. Szabadnak érzem magam és az életem az enyém."

A felépülés fenti szempontjai mindenesetre sok ponton segítenek a hatékony attitűdök és gyakorlatok meghatározásában és megőrzésében, amelyet a következő, az előadás-anyagban is szereplő ábra foglal össze:

Orvosi- intézményes modell	Hagyományos közösségi rehabilitáció	Felépülés-alapú szolgáltatások
A felhasználó véleménye és választása alig valósul meg	A felhasználóknak van szerepük, de a szakemberé marad a kontroll	Önszabályozott kapcsolat a szakemberekkel
Függés a szakemberektől	Függés a szakemberektől	Autonóm felhasználók vezette szervezetek
„Beteg” szerep	„Kliens” szerep	„Állampolgári” szerep
A szakember a szakértő	A szakember a szakértő	Szakember és tapasztalati szakértő
Szakellátás	Szakmai, paramedikális és önkéntes szolgáltatások	Önsegítő, kölcsönös és informális támogatás
Intézmény-központúság	Közösségi alapú	Közösségi integráció
Stigmatizáló, betegség-szemléletű	Stigmatizáló, pszichoszociális fogyatékosság	Erősségekre alapoz, lehetséges a növekedés és felépülés

(Nelson G. et al. (2001): Shifting the Paradigm in Community Mental Health. Toward Empowerment and Community. 304 oldal)

Szakmai gondolkodásunknak tehát át kell fognia a gyógyítástól a „jó közösségekig” terjedő dimenziót. Ez a gyakorlatban a felépülés értékeire alapozva, a betegek természetes környezetében történik, hatásos bio-pszichoszociális szakmai eszközök alkalmazásával. Röviden ezt hívjuk *közösségi pszichiátriá*nak.

A közösségi ellátás során a felépülés értékeit kell megvalósítanunk, sőt megjelenítenünk a szolgáltatások szervezésekor, valamint a gondozási munka során egyaránt. Ennek legfontosabb gyakorlati megjelenése a személyes célokra alapozott gondozási munka, ahol az előrehaladás legfontosabb fokmérője a személyes célok megvalósulásának üteme és mértéke, amelyet minden gondozói ülésen, illetve a gondozási tervek áttekintésekor EGYÜTT értékelünk ki a betegünkkel és a hozzátartozóival. Az alábbiakban egy szkizofréniával élő kliens gondozását követheti nyomon az olvasó, ahol a gondozási munkát pszichiáter végezte, egyaránt alkalmazva a betegség kezeléséhez szükséges orvosi és pszichoszociális “gyógymódokat”. A gondozás intenzív szakaszának két gondozási tervet átölelő időszakát mutatjuk be, amikor sor került (a minden kliens számára ajánlott) pszichoedukáció és a stresszkezelés közös

megtanulására. Igyekszünk azonban jelezni a gondozási munka "lelkét" jelentő elemeket. A készségfejlesztés módszerét egy másik kliens kapcsán mutatjuk be, mivel első betegünk gondozása során ilyen nem történt (a gondozási célok nem tették szükségessé a használatát).

Hogyan jelennek meg a személyes célok a gondozási tervben?

A rehabilitációs gondozásnak minden esetben a beteg (és hozzátartozóinak) *személyes szükségletei*re kell épülnie. A személyes célokra vonatkozó kérdés gyakran a beteget és hozzátartozóikat is váratlanul éri, esetleg nem is tudnak rögtön válaszolni a kérdésekre. Ez könnyen elindítja azokat a segítő reflexeket, amikor a segítő lesz "találékony" a beteg helyett, és jobbnál jobb célokat talál ki számára. Fontos, hogy a gondozó ne a célok (a beteg helyett történő) kitalálásában, hanem közös feltárásában legyen aktív. Ebben segíthet a tisztázó kérdés feltevése pl. "mitől lenne könnyebb, örömtelibb az élete az elkövetkező hónapokban?". Ha ez sem hoz eredményt, érdemes megkérdezni, mi lenne a beteg három kívánsága, ahogyan a mesékben szokás. Ilyenkor merülhet fel a másik nehézség, hogy a beteg esetleg irreális célokat fogalmaz meg. Álljon itt ennek bemutatására egy párbeszéd egy súlyos paranoid pszichotikus állapotban lévő 18 éves klienssel, akit az első pszichotikus epizód kapcsán a kórházi elbocsájtás után vettünk gondozásba. De előbb röviden foglaljuk össze a kliens dokumentációjából és az első beszélgetés alapján nyert adatokat (kezelési előzmények és élettörténeti adatok **felmérés**e):

> Csabát édesanyja nevelte fel. Apja korán elhagyta a családot, később elhunyt. Nem is beszélnek róla szívesen. Csaba születése, kisgyermekkori fejlődése normális volt. Érzékeny, nehezen beilleszkedő gyermek volt. Jó eszű, mégis furcsa módon anyja olvasta fel neki rendszerint a tanulnivalót. Gimnáziumba került, kitűnt a nyelvtanulásban. Betegsége egy éve kezdődött: hallucinációi és paranoid téveszméi hatására az iskolában agresszíven viselkedett, trágár dolgokat kiabált be az órán. Úgy érezte, mindenki ellene van, az életére törnek. Isten talán őt bízta meg, hogy tegyen igazságot a földön. Csaba édesanyjával él, aki orvos. Nagyon támogatja Csabát, ugyanakkor józan, okos asszony, aki felmérte és szembenézett Csaba betegségével. Ő juttatta kórházba is, ahol paranoid szkizofréniát diagnosztizáltak és olanzapine (15mg naponta) kezelést javasoltak. A kórház után még fennálltak pszichotikus tünetek és időnként dührohamai voltak, tárgyakat tört össze otthon. A gyógyszert szedte, a pszichiáterekkel és volt tanáraival ellenséges érzései és indulatai voltak. A kórházi elbocsájtást követően szinte azonnal létrejött a gondozói találkozás, amelyet most a gondozási terv kidolgozásával kezdve mutatunk be:

Gondozó: Milyen céljaid vannak a következő 2-3 hónapra?[2]

Csaba: Azonnal kiutazom Ausztráliába és lenyomom a pszichiáter torkán a zárójelentést…

G.: Miért lenne jó Ausztráliában?

Cs.: Mert itt bajban vagyok. Ausztráliában olyan nehéz lenne életben maradnom, hogy kimásznék ebből a bajból.

G.: Mi ez a baj?

Cs.: Hogy kiraktak a gimnáziumból és bevittek a pszichiátriára..

G.: Ez nagyon nehéz lehetett…

Cs.: Nem nehéz! Ezt nem lehet elfogadni! Én nem vagyok beteg! Maga is tűnjön el!

G.: Ha jól értem fontos Neked, hogy tovább folytasd a tanulást..

[2] A kliens fiatal kora miatt kérte, hogy tegezzem.

Cs.: Nem! Csak abban az iskolában és abban az évfolyamban folytatom! Ha megbuktatnak, kinyírom a tanárt! Meg azt is aki beteget csinált belőlem!

G.: Mi lenne, ha ismét tanulnál angolul? Az segítene abban, hogy később kijuss Ausztráliába.

Cs.: De csak a Bélától...(Egy fiatal, példaképnek tekintett tanáráról van szó, aki angol nyelvre tanította. Csaba volt a legjobb diákja, ezért Béla szinte baráti szeretetével tüntette ki, többször elvitte nem szinkronizált filmet megnézni.)

A párbeszéd bemutatja, hogy a személyközpontú, tisztázó beszélgetés hogyan vezet sikerre még a mentálisan zavart kliens "kinyitásában" is (Tringer L.(2007)). A gondozó nem konfrontál, nem mondja azt, hogy ez nem jó cél, hogy Auszráliába menjen Csaba, hanem megpróbálja megérteni a szükségleteket, érzéseket, motivációkat. A gondozó, akivel a kliens kifejezetten ellenségesen viselkedett, ebben a beszélgetésben túljutott a "veszélyes, súlyos paranoid szkizofréniában szenvedő beteg" (általában elég megbélyegző) nézőpontján, hiszen a beszélgetés kapcsán kinyílt egy másik, empátiával megélhető nézőpont: egy kamaszfiú, aki jó tanuló volt a gimnáziumban, majd számára érthetetlenül onnan őt eltávolítják. A gondozó belegondolt, vajon ő maga elviselte volna, ha ez történik vele? A beszélgetés ezen momentuma egyben demonstrálja a felépülés-alapú megközelítés és a hagyományos különbségét. A személyes célok feltárása sokszor segít a betegség "mögött" az ember felfedezésében.

Most nézzük tovább, hogyan folytatódott a beszélgetés!
G: Mi lenne, ha újrakezdenéd a tanulást Bélával?
Cs.: Jövő héten felhívom az iskolában….
G: Nagyszerű! Szükséged van ebben segítségre?
Cs.: Magától nem kell semmilyen segítség!
G.: Nem tudod elfogadni a szakemberek segítségét, meg azt, hogy betegnek gondolnak.
Cs.: Elegem van belőlük…
G: Lehet, hogy ehelyett átbeszélhetnénk, miért gondolják azt, hogy beteg vagy. Én elmondanám az orvosoddal egyeztetve, mik a tünetek, Te pedig elmondod, mit tapasztaltál, meg is cáfolhatod a diagnózist. Te fogod eldönteni 4-5 beszélgetés után, hogy van-e Neked pszichiátriai betegséged…
Cs.: Jó. És aztán Maga se jöjjön többet…

A gyakorlott olvasó már látja is a terápiás terv fő vonalait és bizonyára felismerte, hogy az utóbb megajánlott tevékenység a pszichoedukáció, amelyben a Csabával való sajátos beszélgetés során végülis megállapodtunk.

Mit írt a gondozó a dokumentációba?

Személyes célok:

1. Továbbtanulni angolul, Bélától

2. "Ne érezzem, hogy mindenki betegnek néz"

A személyes célokat akadályozó kulcsproblémák:

1. Béla a gimnáziumban tanította, nincs vele kapcsolat, nem biztos, hogy vállalja

2. Csaba nem érti, miért gondolják betegnek és mivel magyarázható, hogy akarata ellenére kezelték, úgy érzi, gonoszak a szakemberek vele. Nem tudja feldolgozni, hogy pszichiátriai diagnózist kapott.

A gondozási terv:

1. Csaba jövő héten felhívja Bélát az iskolában, megkéri, hogy adjon neki magánórákat a lakásán. Csaba édesanyja vállalja, hogy kifizeti az óradíjat.

2. A gondozó a pszichiáter bevonásával vállalja, hogy 4-5 találkozás során alaposan megvitatja Csabával és édesanyjával együtt, mit jelent a szkizofrénia, ami után Csaba eldönti, szerinte van-e ilyen betegsége. Ezt pszichoedukációs tréningnek hívjuk.

A terv teljesítésének áttekintésére 2 hónapot adtunk.

Még mielőtt beavatnánk az olvasót a nem éppen izgalommentes gondozási folyamat további lépéseibe, figyeljük meg, hogy hogyan juthatunk el az irreális, távoli célok (Ausztráliába kiköltözni) felől **a *reális, rövid távú, örömteli* célok**hoz, amelyek a rehabilitációs szemléletű gondozási munka alapját képezik. Ne feledjük el, hogy az irreális, távoli célok minden emberre jellemzőek. Ha jól magunkba nézünk, mindnyájan dédelgetünk olyan elképzeléseket, amelyekről szívünk mélyén tudjuk, hogy nem valószínű, hogy megvalósulnak. Hívjuk talán ezeket a célokat álmoknak, amelyeket gyakran nem érünk el, mégis fontosak és motiválóak számunkra. Kezeljük betegeink álmait is hasonlóan megengedő módon, és használjuk ezeket arra, hogy a rövid távú célokat kibontsuk, ahogyan ezt az előbbi példában láttuk.

Mint láttuk, a gondozási tervben meghatározott rövidtávú célok után felmérjük a célokat akadályozó kulcsproblémákat, majd ezek elemzése után megoldásukra tervet készítünk, amellyel kapcsolatban megállapodunk a beteggel és hozzátartozóival. (A személyes célok felől aztán legtöbbször eljutunk a tünetekig, hiszen ezek többnyire akadályozzák a célok megvalósulását.) Máris látni fogjuk, hogy így történt ez Csaba esetében is.

Az eddigiekben azonban adósai maradtunk egy nagyon fontos momentumnak, amely pedig a **családtag(ok) céljai**nak felmérése és megjelenítése a gondozási tervben. Erről sohasem szabad megfeledkeznünk. Nagyon hatékony ugyanis, ha a gondozás és rehabilitáció a családtagok, vagy más hozzátartozók, barátok bevonásával történik. Ennek nem az a módja, hogy a hozzátartozóknak “feladatokat adunk” a beteg érdekében. Tanuljuk meg: tartósan csak akkor tudjuk megnyerni a hozzátartozók együttműködését, ha ők maguk úgy érzik, nem csak a “kliensünkről”, de őróluk is szó van, vagyis ők maguk is gyarapodnak a gondozás kapcsán, helyzetük könnyebbé, élhetőbbé válik. Ez a *rendszerszemléletű* családgondozás révén valósulhat meg, amelynek során a gondozási tervben megjelenítjük a hozzátartozók személyes céljait is, az eltérő célok esetén pedig megtaláljuk együtt azt a kompromisszumot, amely mindannyiuk számára kielégítő. Tehát valami kimaradt Csaba gondozási tervéből, mégpedig az édesanya céljainak megjelenítése. Amikor erről kérdeztük Csaba édesanyját, azt válaszolta, neki semmire nincs szüksége, csak Csaba legyen jobban. Ez egy gyakori válasz az ilyen helyzetben lévő hozzátartozóknál. Nem jó, ha elfogadjuk az ilyen válaszokat. Magyarázzuk el, hogy Csabának arra is szüksége van, hogy a családtagok, ez esetben Csaba édesanyja élhető életet éljen, megnyugvást találjon a sok stressz után. Annál jobban fog tudni Csabának is segíteni. Nos, nagy nehezen Csaba édesanyja elmondta, hogy:

el kellene utaznia szakmai továbbképzésre, amelyet egy wellness szállodában tartanak vidéken (cél),

de nem tudja 2-3 napra sem Csabát otthon hagyni, mivel az ilyenkor őt ellátó nagymama nem tudja kezelni a dührohamokat (a célt akadályozó kulcsprobléma).

Csaba némi győzködés után elfogadta, hogy anyjának szüksége van arra, hogy 2-3 napra elutazzon és a továbbképzést összekösse egy kis pihenéssel is. Így ezzel kiegészítettük a fentebb szereplő gondozási tervet. Itt nyílt alkalom arra, hogy foglalkozzunk Csaba paranoid pszichotikus tüneteivel és dührohamaival, amelyek tehát akadályát képezték édesanyja utazásának. Közösen elemeztük, hogyan is alakulnak ki a dührohamok, mik ezeknek az előzményei, milyen gondolatok kísérik, mik enyhítik, illetve súlyosbítják a viselkedést. Ehhez a problémaelemzés c. munkalapot használtuk (lásd a Közösségi Pszichiátria Kézikönyvében, 2018). Kiderült, hogy ha valami nem sikerül, vagy csak zajosak a szomszédok, tehát valami banális dolog megzavarja a mindennapok rendjét, ezekről az jut eszébe, hogy a világ igazságtalan vele szemben, üldözik őt, és ezzel kapcsolatosak a dührohamok. A következő ülésen egy *problémamegoldó beszélgetés* (lásd a Közösségi Pszichiátria Kézikönyvében, 2018). kapcsán, amelyhez az azonos nevű munkalapot használtuk közösen, két megoldásban egyeztünk ki: egyrészt némi gyógyszer-emelésben, amit meglepő módon Csaba elfogadott, másrészt Csaba azt találta ki, hogy megpróbálja a dühroham idején kevésbé látványosan levezetni az izgalmát, például összetör néhány ceruzát, így nem okoz olyan kárt és ribilliót. Azt is megbeszéltük, hogy amennyiben a dührohamok miatt ismét javítást, pl. üvegezést kell végezni, kevesebb könyvet vehet magának, míg ha tud magán uralkodni, akkor több könyvhöz jut hozzá (Csabát nagyon érdekelték a háborús, katonai tárgyú történelmi könyvek). *Az eset az empowermentet segítő felelős együttműködés kiépítésének is példája.*

A gondozási tervben szereplő (1)pszichoedukáció és (2) a nyelvórák megszervezése mellett tehát (3) gyógyszeres változtatásban és a (4) dührohamokkal kapcsolatos viselkedéskontrollban is meg tudtunk állapodni. Továbbra is tartottuk magunkat a 2 hónapos határidőig, amelyet követően Csaba édesanyja talán dönthet, vállalható-e az utazás.

Hogyan folytatódott Csaba gondozása? Az elkövetkező időszakban hetente látogattuk Csabát és édesanyját. Meglepő módon a gondozási terv kidolgozását követő második héten Béla járt náluk, aki vállalta az órákat a lakáson, sőt, pénzt sem fogadott el. Könyveket hozott kölcsön Csabának, amiből a nyelvet is gyakorolhatja, nagyon barátian viselkedett vele. Csaba egyedül hívta fel Bélát az iskolában. Ez a – talán váratlannak tűnő – fejlemény hatalmas lökést adott Csabának és az egész gondozási folyamatnak. Azt lehetett látni, hogy Csaba végre "becsülheti magát valamire", van amiért felkel, ami motiválja. Minden nap 1-2 órát tanulja a nyelvet. A gondozási üléseken is volt mire "büszkének lenni", megdicsérni, volt miről beszélgetni a betegségen kívül.

Két dologra is felhívhatja ez a momentum a figyelmünket. Az egyik az, hogy az eredményeség és az együttműködés mennyire múlik a helyes célok megtalálásán. Azok a betegek, akik a pszichotikus világ helyett (amelyben Csabát maga az Isten bízta meg, hogy igazságot tegyen a földön) az angolórákon mutatott teljesítményükért, a valós életben mutatott sikerek és örömök miatt elégedettek magukkal, ezek miatt érdemes élniük, sokkal könnyebben "gyógyulnak ki" a pszichotikus élményvilágból. *Szinte lehetetlen a teljes gyógyulás, ha nincs választható, reális és élhető alternatíva a valós életben.*

A másik tanulság, hogy a felépülést segítő, közösségi alapú, hatékony rehabilitációs munka során nem nehéz szövetségeseket találnunk. Béla nem valami "csodalény", egyszerűen egy normálisan gondolkodó és érző fiatalember, aki Csaba telefonja és az előzmények alapján szeretettel és segítő szándékkal fordult Csaba felé, és a legjobb partnerré vált a rehabilitációban, anélkül, hogy egyszer is beszélt volna vele szakember. A gondozási és rehabilitációs munka során gyakran szalasztjuk el az ilyen partnereket és túl gyakran hivatkozunk arra, hogy "a világ elutasítja, megbélyegzi a pszichiátriai betegeket". (Ez utóbbi mondat inkább a szakemberek kiégésének egyik jele).

Mivel teltek a gondozási ülések? A gondozás során az ülések mindig a gondozási tervben foglaltak szerint zajlanak. Egy kivétel van ez alól, ha krízis-állapotot észlelünk. (Természetesen nagy mértékben a gondozó szakemberen múlik, hogy mikor tekint valamilyen nehéz helyzetet krízis-állapotnak. Nem csak egy pszichotikus relapszus, vagy látványos családi dráma lehet krízis. Krízisnek számíthat, ha pl. a beteg abbahagyta a gyógyszeres kezelését, korai figyelmeztető tünetei vannak, esetleg valamilyen komolyabb mellékhatást tapasztal, vagy megbukott egy vizsgán, nincs otthon tüzelő, stb.) Ezek az események indokolják, hogy félretegyük a tervezett menetrendet és legalább egy ülést az adott problémának szenteljünk. Krízis esetén problémamegoldó beszélgetést kezdeményezünk, ahol a gondozók is aktív javaslatokkal vesznek részt. Csabáéknál szerencsére nem kellett kríziskezelést végezni az elkövetkező 2 hónapban, ezért követhettük a megbeszélt gondozási terv lépéseit. Az ülések menetrendje a következő:

1. Üdvözlés
2. A kulcstünetek és a korai figyelmeztető tünetek monitorozása
3. A gyógyszerszedés monitorozása
4. A gyógyszer-mellékhatások monitorozása
5. A célok előrehaladásának áttekintése
6. A családi megbeszélések és a házi feladat áttekintése és megbeszélése
7. Az adott ülésre eső (tréning) program
8. A házi feladat és az otthoni megbeszélés tervezése
9. A következő ülés időpontjának megbeszélése

Csaba esetében tehát a tanulásban való előrehaladásról, a Bélával való kapcsolattartásról, a dührohamokról és a viselkedés-szabályozásról, a gyógyszerszedésről és mellékhatásokról minden alkalommal szó esett. Csaba és édesanyja együtt osztályozták le 1-5 között, mennyire sikerült a viselkedéskontroll. Mi folyt még az üléseken? Már tudjuk: pszichoedukáció.

4.1.6. Mi a pszichoedukáció?

A pszichoedukáció strukturált tréning, ahol minden fontosat alaposan, de közérthető és könnyen tanulható módon megtanulunk az adott betegségről a beteg és hozzátartozói bevonásával, lehetőleg egészségügyi szakember közreműködésével. Feltérképezzük a relapszusokat megelőző un. Korai figyelmeztető tüneteket is. A tanulás mindig kölcsönös: a pszichoedukációs ülések során sokkal mélyebb betekintést kaphatunk betegeink tüneteivel kapcsolatban, megismerhetjük érzéseiket, coping stratégiáikat, a családtagok megfigyeléseit. A kölcsönös tanulást az interektivitás is elősegíti. Ez azt jelenti, hogy tréning-füzetben leírt megállapításokat mindig kérdés követi. Például: “A hallucináció olyan dolgok érzékelése, amelyeket mások nem észlelnek. Pl. olyan hangokat hallhatunk, amelyeket mások nem hallanak.” Ezt az egyszerű közlést a tréning folyamán együtt olvashatjuk el a tréningfüzetben, együtt értelmezzük, és megkérjük a beteget, számoljon be a saját tapasztalatairól. Az ülés közben és a végén a legfontosabb tudnivalókat ismételjük, visszakérdezzük.

A pszichoedukációs tréning után a házi feladat a tanult fejezet közös otthoni feldolgozása, és a munkafüzetben szereplő kérdések írásos kitöltése. A következő ülésen a házi feladat megbeszélésére kerül sor. Ilyenkor nemcsak a tananyag ismétlése a fontos. Ennél még fontosabb, hogy alakuljon ki az a szokás a családon belül, hogy rendszeresen leülnek megbeszélni “közös dolgaikat”, jelen esetben a házi feladatot. Ennek kialakulása a családgondozás egyik legfontosabb feladata, hiszen a cél a család önálló és hatékony működésének az elősegítése, nem pedig az, hogy a gondozók által vezetett ülések vegyék át a családi élet irányításának szerepét. Sokszor ez bizony nem megy könnyen. (Vannak családok, ahol még az étkezések sem zajlanak együtt és ha mégis összeülnek, ez mindig drámai

konfliktusokhoz vezet. A családi ülések megszervezése a gondozás egyik fő feladata, amellyel a későbbiekben még foglalkozunk.)

Visszatérve Csaba terápiájához, bizony izgalmas volt elővenni a “Mi a szkizofrénia?” c. munkafüzetet és megkezdeni a tréninget. Csaba azonnal tiltakozott és minden második mondata az volt: “de én nem vagyok beteg”… Szerencsére abban állapodtunk meg, hogy tiszteletben tartjuk, ahogy ő dönt ezzel kapcsolatban, és csak azt beszéltük meg egymással, hogy áttekintjük, mi a szkizofrénia, miért gondolják a szakemberek, hogy neki ez a betegsége.

Ezt más betegek esetében is képviseljük hasonlóan! A pszichoeukáció soha ne arról szóljon, hogy “rábizonyítjuk” a betegünkre, márpedig neki ez a betegsége. Jusson eszünkbe, amit a felépülés-alapú megközelítésről tanulhatunk, és segítsük őt és hozzátartozóit abban, hogy maguk dönthessenek, a megfelelő információk birtokában. (Ez akkor is így szokott történni, ha mi ezt az utat nem nyitjuk meg számukra.) A pszichoedukáció soha nem szokott katarzis-szerű felismerésekre vezetni, hiszen egy traumatikus szembenézésről van szó. Sok esetben inkább az a jellemző, hogy a beteg és a hozzátartozók egyszer csak szinte észrevétlenül, használni kezdik azokat az érveket és koncepciókat, amelyeket tanultunk. Csaba esetében ez a betegségére oly jellemző kettős könyveléssel zajlott: továbbra is folyamatosan hangoztatta, hogy ő nem beteg, viszont a tünetek átbeszélésekor majd’ minden tünetnél beszámolt a tapasztalatairól. Az ellentmondást úgy hidalta át, hogy a kvízben, amely a házi feladat volt, helyesen beikszelte a tüneteit, de a kérdésben szereplő tünet szót kihúzta. Ezek nem tünetek, mondta. “Hát mivel magyarázzuk akkor ezeket?” Kiderült, hogy ezeket “bajnak” hívjuk. “OK.” - mondta a gondozó. “Nevezzük ezeket bajnak.”

A pszichoedukáció alatt tovább mélyült a kapcsolatunk. Őszintén feltárta a “baját” és átéltük, milyen nagy szenvedéseken és “igazságtalanságokon” ment keresztül, milyen nagy-nagy teher ezekkel megbirkózni. Volt egy katartikus pillanat: amikor a szkizofrénia különböző lefolyási típusairól volt szó, Csaba egyszer csak azt mondta: “..és én a rossz lefolyású csoportba tartozom”. Ez volt az a pont, amikor a gondozó azt mondhatta: “Aki ilyen férfiasan szembenéz a problémájával, az meg fog tudni küzdeni a bajokkal és betegségekkel.” Nem egyszerű egy velünk ellenséges beteggel kialakítani a pozitív visszajelzések, dicséretek “kommunikációs kultúráját”. Enélkül azonban “nem kel életre“ a befektetett munkánk, különösen nem a pszichoedukáció, ahol fenn kell tartanunk a remény-nyújtás és a dicséretek közegét, mert csak ez segíti megfelelően a szembenézést és a megbirkózást. Dicsérni persze csak reálisan érdemes. A gondozóknak ezzel sokszor van nehézsége, ezért a képzés során helyzetgyakorlatokban, ill. a közösségi munka során és a szupervíziós helyzetgyakorlatokban fontos gyakorolni ezt a készségünket. Ne csak az eredményeket dicsérjük, de az erőfeszítést is. A pszichoedukáció során nem annyira nehéz a dicséreteket begyakorolnunk, hiszen tanulásról van szó, és ha a “tananyag” elsajátítása nem is mindig könnyű, az őszinteséget, a házi feladattal való próbálkozást dicsérhetjük, és mindig dicsérjük is meg egy-egy szóval, gesztussal.

Reméljük Csaba esete betekintést enged abba, hogyan halad a gondozás az empowement (felruházás), az önbizalom növelése, a kompetencia és az önsegítés erősítése felé, és hogyan alakítható ki empátiás, személyközpontú kapcsolat a bizarr tüneteket mutató, pszichotikus betegekkel is.

Mire öt alkalommal később eljutottunk a pszichoedukáció végére, már nem kellett elővenni a “betegség” kérdését, mert értettük egymást. Csaba még néhányszor rendreutasított, hogy ez nem betegség (“baj”), de ez is bevonult a röviden elintézhető sztereotípiák közé.

Csak családgondozás keretében végezhető pszichoedukáció?

Nem. A szakirodalom és a gyakorlat is azt mutatja, hogy a csoportos formában, tehát betegek és családtagok csoportjaiban megszervezett tréningek hatékonysága azonos a családgondozás keretében történővel. Mindkét tréningnek legfontosabb hatótényezője a családtagok bevonása. (Tehát a csak betegek számára végzett tréning hatékonysága nem bizonyított).

Vajon miért végzünk akkor családgondozás keretében pszichoedukációt?

Azért, mert bizonyos betegek, pl. paranoid állapotban lévők nem bírják a csoport-terápiás helyzetet. Emellett a családi keretben végzett pszichoedukáció technikailag sokkal egyszerűbb, nem kellenek olyan csoportvezetői és előadói "készségek", mint a csoportos tréninghez. A csoport nehezebben is szervezhető meg, mint a családi tréning, amelyet legtöbbször a páciens otthonában végzünk, a közösségi gondozás részeként.

Minden esetben a pszichoedukáció a gondozás első lépése? Nem. A gondozási terv, ahogyan ezt Csaba esetében is láttuk, mindig a személyes célokon alapul. A pszichoedukáció nem feltétlenül először választandó stratégia, de a gondozási folyamatban előbb utóbb legtöbbször sorra kerül.

Hogyan is folytatódott a gondozás a továbbiakban?

A rehabilitációs szemléletű gondozás intenzív szakasza általában 20-30 ülést jelent. Ez alatt többször is megújítjuk, majd kiértékeljük a gondozási tervet. A követéses időszakban aztán már havi 1 találkozó történik, és csak valamilyen rendkívüli esemény, - pl. relapszus, vagy más krízis – esetén váltunk át ismételten az intenzív munkára. Csabáéknál 2 hónap után értékeltük ki először az eredményeket. Csaba elfogadta a pszichiáter és a gondozó rendszeres látogatásait, és 18. születésnapja után sem lépett ki a gondozásból (amikor már ő dönthetett erről). Emeltünk a gyógyszerelésén is. Ritkultak a kirohanásai és halványultak a paranoid tünetei. Béla hetente járt órát tartani. Csaba a fennmaradó időt otthon töltötte, még mindig sokat feküdt. Félt az emberektől. Úgy érezte, Magyarországon mindenki az ellensége. Látszik az emberek arcán. "Egyszer odajött valaki hozzá az utcán és azt mondta, megöl, ha nem adok pénzt." Édesanyjával néha kimozdul a hétvégén. Az otthoni dührohamok mérséklődtek (5-ös skálán 3-as szinten), de nem múltak el teljesen.

A gondozási dokumentációban rögzítettük a célok teljesülésének időpontját. Egyedül az édesanya célját nem értük még el teljesen, bár mintegy 50%-os javulás mutatkozott a dührohamokban. Ezt a "célt" tehát átvittük a következő időszakra, és újabb személyes célokat kerestünk. A közös nyaralás volt ilyen cél, amely Csaba édesanyja számára különösen fontos volt, hogy kipihenje egész évi munkája fáradalmait. Az akadályozó probléma Csaba lelkiállapota és időszakos ellenségessége volt, amely miatt gyógyszeres változtatást és a *stresszkezelés* gyakorlását tűztük ki a gondozási tervben.

A stresszkezelésről

A biológiai és környezeti faktorokból eredő sérülékenység talaján a stressz váltja ki a mentális zavart és a környezeti stresszhatások és stimuláló tényezők a kórlefolyásra is hatással vannak. Nagy jelentőséggel bír a visszaesések szempontjából az un. *mindennapi stressz.* A páciensekre is ugyanazok a stressztényezők hatnak, amelyek mindnyájunk számára megterhelőek. A megromlott családi, vagy munkahelyi légkör ("toxikus környezet"), egzisztenciális problémák, a betegséggel kapcsolatos mindennapi nehéz-

ségek tartozhatnak ide. A stresszterhelés, különösen a mindennapi stresszek megduplázhatják a visszaesések kockázatát. Épp ezért mindenképpen indokolt, hogy minden krónikus pszichiátriai és addiktológiai beteg környezetében foglalkozzunk a helyes kommunikációval és a problémák kezelésével, amely jelentős védőfaktort jelent a visszaesésekkel szemben és egyben a beteg körüli természetes környezet, - amely legtöbbször a család – kohézióját és jobb működését is elősegíti.

A stresszkezelés egyik fontos eleme a hatékony, asszertív kommunikáció. Krónikus pszichiátriai betegek (és családtagjaik) számára egyszerű, érthető formában tanítjuk meg a hatékony kommunikáció alapjait, amelyhez munkafüzetet is adunk[6]. Ennek a munkának is legfontosabb eleme a valós életben történő gyakorlás, amelyet a házi feladatokban számon kérünk. Fontos hogy a gondozó szakemberek is hasonló módon kommunikáljanak. Az a szakember, aki gyakorta így fogalmaz: “Be kellene venni a gyógyszert”, vagy “Legutóbb nem ebben maradtunk!”, bizony nem tudja hitelesen megtanítani a hatékony komunikációs stratégiákat.

Amikor megtanítottuk a hatékony kommunikációs stratégiákat, a gondozás folyamán mindig ügyeljünk ezek betartására. A kommunikáció tanulása nem egyenlő a Közösségi kézikönyv ide vágó fejezeteinek közös áttekintésével. Ki kell alakítani a saját kommunikáció megfigyelésének képességét, az önkontrollt, a tudatos fogalmazást, ami lassabban válik rutinná. A kommunikáció alapvető sajátossága a spontaneitás, amely gyakran elsodorja a tudatosságot. Ezért kell folyamatosan nyomon követni a család kommunikációját és a tanult stratégiák használatát gyakran megerősíteni, (Pl: “Nagyon örülök, hogy ezt most pontosan úgy fogalmazta meg, ahogyan tanultuk.”) ill. korrekciót kérni, ha nem megfelelő volt a fogalmazás (pl.: “Mit is tanultunk? Hogyan tudná ezt olyan módon megfogalmazni, hogy ez ne sértse az édesanyját?”). Az ismétlés sokszor indokolt lehet: a megtanult készségek folyamatos gyakorlása és megerősítése alapvető feladat.

Csaba esetében nem volt egyszerű a kommunikáció gyakorlása. Az egész dolog nem érdekelte és gyakran jutottak eszébe furcsa dolgok, amelyek a folyamatos haladást nehezítették. Ugyanakkor gyakori agresszív megnyilvánulásai miatt is nagyon fontos volt a helyes kommunikáció gyakorlása és annak megértetése, hogy a verbális agresszió sem elfogadható az emberek közötti kapcsolatban, így a családtagjaival és a szakemberekkel szemben sem. “Ha haragszol például a pszichiáterekre, ez biztos azért van, mert valami nagyon bánt, vagy rossz élményeid vannak. Ha ezeket meg tudod fogalmazni, akkor nem bántasz meg senkit és sokkal nagyobb eséllyel lehet azon segíteni, ami bánt Téged. Ugyanígy van édesanyáddal kapcsolatban is. “ A kommunikációs tréning Csaba esetében nehéz munka volt, de sokat segített abban, hogy ellenséges megnyilvánulásait visszafogja mind az üléseken, mind a családi kapcsolataiban.

A stresszkezelés kulcsfontosságú eszköze a strukturált problémamegoldás 6 lépéses módszerének megtanítása. A hatékony problémamegoldást segíti a strukturált problémamegoldó módszer alkalmazása. A módszer használatát elméletben, a munkafüzet segítségével elmagyarázzuk, majd megkérjük a családot, hogy önállóan, a jelenlétünkben beszéljenek meg egy olyan egyszerű problémát ennek segítségével, amely nem jelent nagy kihívást, - mindezt annak érdekében, hogy a módszert begyakorolják. Az egyik résztvevőt megkérjük, vezesse le a beszélgetést, egy másikat pedig arra, hogy jegyzeteljen a munkalapra. A gondozók kiülnek a családi körből a megbeszélés idejére. A problémamegoldó módszert csak akkor használjuk a szakemberek bevonásával, amikor az első gondozási terv kidolozásához, ill. kríziskezeléshez van rá szükség. Egyébként nagyon fontos, hogy ne a szakemberek révén, ne az ő megoldásaik alapján oldja meg a család a problémáit, hiszen ez a mindennapi életükben nem működhet így. Az első kipróbálásnál csak akkor avatkozik be a szakember, ha a valamilyen súlyos hiba történik: pl. teljesen kisiklanak, vagy valaki agresszíven lép fel. Az első gyakorlást követően visszajelezzük az

erősségeket és javaslatot teszünk, hogyan javíthatnak a módszer használatán. Természetesen a továbbiakban házi feladat formájában kérjük az önálló használatot.

Csabával és édesanyjával a módszer használata nem volt nehéz, mindketten könnyen megértették, és rövid gyakorlás után segített ez a módszer abban, hogy jobban sikerüljön megtervezni a nyaralást. Ennek ugyanis az volt a nehézsége, hogy korábban nem tudták megbeszélni, ki mit szeretne csinálni. Csaba édesanyja szeretett vízparton strandolni, Csaba viszont utálta a meleget. Emiatt inkább ottthon maradt, amit anyja kudarcnak érzett és félt, hogy valami "hülyeséget csinál" a bérelt nyaralóban. Ilyenkor szemrehányást tett Csabának, hogy neki ez nem pihenés, hogy tudja, Csaba fekszik a sötét szobában és még aggódnia is kell. "Ezért nem érdemes nyaralni mennünk…" Csaba erre visszavágott: "menjünk Svédországba, megmondtam.". A hatékonyabb kommunikáció is segített abban, hogy aztán a problémamegoldó módszer segítségével találtak kompromisszumot. Kiderült, hogy Csaba nagyon jól érzi magát a nyaralóban, zenét hallgat, amikor édesanyja a legmelegebb órákban strandol. (Ez minket is meglepett, mindnyájan azt gondoltuk, ilyenkor a pszichotikus gondolatokkal van elfoglalva.) Délután szívesen csatlakozik édesanyjához a strandolásban. Meg tudták beszélni azt is, hogy a nyaralóban még jobban kell vigyáznia a dührohamokra, mert ez nem a saját otthonuk.

Ez a módszer tehát segített abban, hogy a kitűzött célt sikeresen megvalósítsák. A dührohamok is jelentősen mérséklődtek, a 3 hónapos időszak végére sikeresen lezajlott a továbbképzés, és a nyaralás is.

Miben különbözik a stresszkezelés a készségfejlesztéstől? Mit értünk készségfejlesztés alatt és hogyan végezzük?

A stresszkezelés is készségfejlesztés. Azért foglalkoztunk vele kiemelten, mert a mentális zavaroknál gyakori visszaesések megelőzése szempontjából kiemelkedő jelentősége van, ezért lehetőleg minden kliens és minden hozzátartozó számára tanítsuk meg ezeket a módszereket és folyamatos alkalmazásukat kövessük nyomon és erősítsük meg.

A rehabilitáció legalapvetőbb technikája. Strukturált, tanuláson alapul, amelynek során először a megcélzott viselkedést kisebb egységekre bontják, és az adott viselkedés-egységet didaktikus instrukciókkal, szükség esetén előjátszással (modellezéssel), gyakorlással és ismétléssel, korrektív visszacsatolással, pozitív megerősítéssel, házi feladattal (természetes helyzetben való gyakoroltatással) tanítják meg. Alapvető technikája a helyzetgyakorlat. A pszichiátriai betegek azon csoportjának, akiknél nehéz a tanulás, lassabb ütemben és kisebb egységekben, gyakori ismétlésekkel és sok-sok dicsérettel folyik a tanítás. A készségek, amiket tanítunk elsősorban a kliens céljainak eléréséhez szükséges készségek, amelyek leggyakrabban a munkával, szórakozással, emberi kapcsolatokkal, önellátással kapcsolatosak, de lehetnek komplex szociális viselkedésre vonatkozóak (asszertívitás, szociális kompetencia), ill. a gyógyszerszedéssel kapcsolatos compliance-t is megcélozhatják (ez utóbbi tűnik az egyik leghatékonyabb technikának). Tapasztalataink és a szakirodalom szerint is, a korábban jobban elterjedt csoportos tréningekhez képest a családgondozás, vagy munka-rehabilitáció részeként, vagy egyéni terápiában a személyes célokhoz szükséges, de hiányzó készségek tanítása a hatékonyabb. Az egyénre szabott tréning a szkizofréniában szenvedők esetleges tanulási nehézségeit is segít áthidalni, nem kell annyi általános, vagy csak a csoport többi tagja számára fontos helyzettel megbirkózni, ezeket a kliens saját helyzetére adaptálni. Az egyéni tréning lehetővé teszi a természetes közeg, pl. saját lakás, vagy más helyszín ill. természetes személyek bekapcsolását, amely a készség „átvitelének" nehézségeit legyőzheti.

Egy fiatal kliensünknek (Károly), két fontos célja volt. Az egyik az, hogy vissza tudjon menni a munkahelyére (lehetőleg 2 hónapon belül, egyébként elveszti az állását), a másik pedig, hogy partnerkapcsolata legyen (távlati cél), ennek érdekében pedig képes legyen lányokkal ismerkedni (3 hónapos cél). A kulcsprobléma mindkét esetben Károly gátolt viselkedése, kommunikációs nehézsége volt, emiatt közösítették ki a munkahelyén. Ezek javítását tűztük ki a gondozási tervben.

1. Készségfelmérés*:* Az ismerkedéssel ill. a munkahelyre való megérkezéssel kapcsolatos helyzetgyakorlat során kiderült, hogy nehéz emberi kapcsolatot kialakítania. Nem azzal van nehézsége, hogy miről beszéljen, hanem elsősorban a non-verbális viselkedésben van szüksége változásra. Amikor bemegy dolgozni, akkor halkan, alig érthetően köszön, nem néz rá senkire. Emiatt vsz. mások is kerülik őt, nem kezdeményeznek vele beszélgetést. Hasonló nehézségei vannak a lányokkal való kapcsolatteremtésben is. A készségfelmérés során tehát pontosítottuk a célokat akadályozó kulcsproblémát. A gondozási terv szerint az első két-három hónapban ezeket a készségeket fogjuk gyakorolni.

2. A hatékony viselkedési stratégiák kiválasztása: Az első készségfejlesztő órán néhány sorstárs segítő is jelen volt. Először elméletben együtt megbeszéltük, hogy milyen fontos a non-verbális viselkedés. Ezután írásban is összegyűjtöttük a hatékony viselkedési formák listáját, a beteggel együtt. Ilyenek voltak az egyenes tartás és fejtartás, a szemkontaktus, a mosoly, a megfelelő hangerő, stb.

3. Helyzetgyakorlat, modellezés, visszajelzés: a sikeres viselkedési elemek pozitív visszajelzése, további változtatási javaslatok*:* A hatékony non-verbális viselkedés egyes elemeit röviden elpróbáltuk. Meglepő volt, hogy amikor Károly szemünkbe nézett és elmosolyodott, szinte „kicserélték" – ezt jelezték vissza számára a tapasztalati szakértők is. Ők segítettek abban, hogy a találkozás és üdvözlés gesztusait egy helyzetgyakorlatban bemutassák. Károly elmondta, hogy szerinte a másik karjának érintése túlzás. Kiértékeltük a „jelenetet" a listán szereplő hatékony készségeket mintegy becslőskálaként használva, - mi sikerült jól, mit lehet még javítani -, és mindnyájan elmondtuk, mi miért volt hatékony.

4. Gyakorlás*:* Ezután megkértük Károlyt, hogy ő is próbálja meg eljátszani a tanultak alapján. Már az első játék meglepően jól sikerült, egyszerűen azért, mert használta a szemét és a mosolyát. Ezt mindnyájan visszajeleztük számára.

5. Házi feladat: Ezt követően gyakorolnia kellett a tanultakat, pl. megkértük, hogy a tanult non-verbális viselkedést használva minden nap köszönjön be a nálunk dolgozó asszisztensnek, amikor megérkezik. Rövidesen munkahelyére be kellett mennie és ott is sikerrel alkalmazta amit tanult.

A tréning tovább folytatódott. Időközben felkeresett egy önkéntes segítőt, aki a pszichiátriai betegek társkereső klubjában az internetes partnerkeresés fortélyait oktatja (az „egyéni szükségletek alapján"). Kliensünk hamarosan az interneten aktív kapcsolatot tart hölgyekkel, egy alkalommal találkozóig is eljutott. A 6. készségfejlesztő ülés után visszament dolgozni.

4.1.7. A munka-rehabilitációról

A mentális zavarral élő emberek felépülésének útját segítő pszichoszociális intervenciók közül kiemelkedő fontossággal bír a munkarehabilitáció, amely megjelenik a kliensek fentebb bemutatott gondozási terveiben, amennyiben kapcsolódik személyes céljaikhoz.

Ezen belül külön ki kell emelnünk a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást, amely jelentősen csökkenti a mentális zavarral élő emberek stigmatizációját és elősegíti a társadalmi reintegrációt. A munka-rehabilitációnak számos modellje terjedt el. A leghatásosabb az un. Támogatott foglalkoztatás, amely a kliensek munkaerőpiaci foglalkoztatását tűzi ki célul. Ezzel szemben a lépcsőzetes foglalkoztatás kevésbé

eredményes a munkaerőpiaci integráció szempontjából. A fejlesztő foglalkoztatási formák és megváltozott munkaképességűek számára ösztönzött munkahelyteremtés a munkaerőpiacon a betegek számára leghasznosabb szolgáltatások.

A támogatott foglalkoztatás olyan speciális munkaerőpiaci szolgáltatás, amely mind a megváltozott munkavégző képességű ember, mind az őt fogadó munkáltató részére teljes körű segítséget, támogatást nyújt a sikeres, hosszan tartó foglalkoztatás érdekében. Célja, hogy a sérült, megváltozott munkavégző képességű személyek emberi méltóságuk megtartásával, egyéni szükségletüknek megfelelő segítség mellett -, a nyílt munkaerőpiacon a "normál" munkahelyen, az elvégzett munka értékének megfelelő fizetésért dolgozhassanak. A sikeresen elhelyezkedő kliens nem esik ki a szolgálat látóköréből, sőt, még inkább nyomon követik életútját és segítik, ha szükséges.

A támogatott foglalkoztatás *alapelve,* hogy minden állampolgárnak joga van a fizetett munkára, továbbá a társadalomban való teljes életre.

A támogatott foglalkoztatás:

- egészséges emberek körében végezhető,
- a pszichés zavarral élő egyén preferenciájára és készségeire alapozott,
- gyors és célzott előképzést, illetve készségfejlesztést biztosít,
- magas szintű menedzseri munkát igényel a munkahelyek felkutatásában,
- szoros együttműködést alakít ki a munkával kapcsolatosan és a pszichoszociális szolgáltatókkal (esetmenedzselés),
- hosszú távú támogatást biztosít a kliens számára.

A támogatott foglalkoztatás során alkalmazott lépések:

- A munkavállaló egyéni szükségleteinek, képességeinek, készségeinek felmérése (a mentális zavarral élő embert segítő szakemberek és a munkapszichológus bevonásával).
- Egyéni, személyes preferenciára épülő (az ideális és a "még jó" munkahelyek kiválasztása) munkarehabilitációs terv kidolgozása (a klienst gondozó szakember bevonásával).
- Célzott készségfejlesztés (az adott munkahelyen szükséges készségek megtanítása, minél inkább a reális helyszíneken); egyéni és / vagy csoportos tréning a munkakeresés és a munkavállalás hatékonyabbá tétele érdekében.
- A munkavállalásra jelentkezőt segítő esetmenedzser és a támogatott foglalkoztatást biztosító team javaslata, valamint a munkarehabilitációs terv alapján az ideális munkahely feltárása a kliens számára, amely első lépésben mindig nyílt munkaerő-piaci munkahely, nem pedig védett (célszervezeti, szociális foglalkoztató, terápiás) munka. A munkakeresésben a kliens és segítői is részt vesznek.
- Pozitív kapcsolatépítés a kiválasztott munkahellyel; a munkaerő "értékesítése", a támogatott program "eladása" esetmenedzseri munka. Sokszor elegendő, ha a kliensek maguk keresnek munkahelyet és erre készítjük fel őket.

- Utánkövetés (figyelemmel kísérjük a kliens sorsát munkahelyén, rendszeres, szükséglet szerinti kapcsolatot tartunk a munkavállalóval és a munkaadóval).

4.2. Kommunikáció pszichiátriai beteg személyekkel

A pszichiátriai problémákkal élők esetében a szenvedélybetegeknél leírt, személyközpontú kommunikáció hatékony és általa minimalizálhatóak a segítő kapcsolat ártalmas elemei. A segítő asszertíven, tehát erőszakmentesen kommunikál, használja a segítő munka során legtöbbször oktatott hatékony kommunikációs módszereket, így a pozitív érzés, a pozitív kérés, a negatív érzés kifejezését, az aktív figyelmet. A pozitív érzés kifejezésének módszertana azt is jelenti, hogy a segítő sok pozitív visszajelzést ad. Ez a sikeres rehabilitáció érdekében elengedhetetlen. (Bulyáki, Harangozó, 2018).

A mindennapi problémák és a krízisek esetében is a problémamegoldó módszerrel dolgozunk, amelyet megtanítunk a kliensnek és családtagjainak. Általában a segítő ösztönzi e módszer rendszeres és önálló használatát, és kerüli, hogy maga oldja meg a kliensek mindennapi problémáit, sőt, a tanácsadást is visszafogja. Ez segíti az empowermentet. A képzés más fejezeteiben ismételten találkozhatunk a problémamegoldó módszer használatának bemutatásával. Krízishelyzetben is a problémamegoldó lapot töltjük ki, de akkor együtt a klienssel és hozzátartozóival.

A konfliktusok kezelése során az asszertív kommunikáció eszközrendszerét tanítjuk és ennek használatát ösztönözzük. Ha ilyen képzések rendelkezésre állnak, a szervezetek házirendjében és a dolgozók munkaköri leírásában is megjelenítjük ezt.

A támogató beszélgetések néha szükségesek, de előnyösebb, ha a személyes célokat akadályozó problémák leküzdése érdekében a specifikus eszközök megtanítására koncentrálunk és inkább az önsegítő és más természetes erőforrásoknál elérhető támogatást ösztönözzük. El kell kerülni a betegek függővé válását, amely a túlzott támogatástól és kötődéstől erősödhet. A segítő csak kísérő a kliens személyes fejlődési útján és sok erőséggel, kompetenciával rendelkezik. A túltámogató segítő csökkentheti a kliens önértékelését és empowermentjét.

A szuicid prevenció esetében is utalhatunk a szenvedélybetegek célcsoportjánál leírtakra. Az örömteli célok elérése, az empowerment, a felépülés csökkenti a szuicid veszélyt. A traumatizáció folytatása az ember életében, a reménytelenség emeli a kockázatot. A komplex gondozás fontos célja a bántalmazó, zaklató környezeti hatások megfékezése. Hasonlóan előnyös a korai figyelmeztető tünetek monitorozása, a visszaesés megelőzése, az optimális gyógyszeres kezelés és a krízishelyzetekre történő előzetes felkészülés, ahol a kliens maga hozhat döntést arról, kit mire hatalmaz fel, ha a cselekvő- és döntésképessége mentális állapotváltozás miatt megromlik. Ezt nevezzük krízistervnek. Az ilyen terv orientálhatja az akut ellátásban résztvevőket is egy emberséges, felhasználóbarát működésre. Jót tehet, ha a kliens körüli korlátozások csökkennnek és emberségesebbé válnak. Például a korlátozó gondnokság támogatott döntéshozássá alakul, a szociális otthon helyett kiscsoportos lakhatást vehet igénybe, stb. A megfelelő munkavégzés lehetősége is sokat jelent a klienseknek.

A szuicid veszélyt kockázatbecslő módszerekkel is érdemes mérni (Blazsek, Wernigg, 2015).

Tapasztalati szakértők

A tapasztalati szakértők, vagy más néven felépülő segítők a XIX. században megjelentek addikciókat kezelő intézményekben, a XX. században pedig a Minnesota-modellt alkalmazó intézmények keretében tudott kiteljesedni ez a segítői tevékenységi kör. Európában a 2000-es évektől terjedtek el a 12 lépéses anonim programok. Magyarországon 25 éve nyílt az első Minnesota rendszerű kórház Szigetváron. Hazánkban jelenleg 10 fölött van azon kórházak száma, amelyek Minnesota rendszerben működnek, az ilyen jellegű programok megkülönböztető jegye a tapasztalati szakértők jelenléte a kezelői stábban (Tremkó - Golenya, 2018; Kassai - Pintér - Rácz, 2015).

Tekintettel arra, hogy kezdetben az addikciókat kezelő intézményekben jelent meg a felépülőben lévő segítő jelensége az első felépülő segítők felépülő alkoholisták voltak. A magukat sokszor „megsebzett gyógyítónak" tekintő segítők fokozatosan váltak „paraprofesszionális" munkatársakból professzionális segítőkké és ezáltal az addiktológiai területen konzultánssá.

Igaz, kezdetben az addiktológiai kezelésben jelentek meg a tapasztalati szakemberek, azonban egyre szélesebb körben elterjedt az ilyen jellegű segítő tevékenység szorgalmazása a pszichiátriai, mentális betegséggel élők önsegítő csoportjának hatására, valamint ahogyan a felépülés szemlélete megjelent más állapotokkal, betegségekkel kapcsolatosan. A felépülő segítés tehát valamennyi területen alkalmazott módszer, ahol a felépülés szemléletével dolgoznak.

Az elnevezés több változási folyamaton ment keresztül. Kezdetben még "laikus segítőként" utaltak rájuk, később a "sajátélményű segítő", majd a "sorstárs segítő", "tapasztalati szakértő" és "felépülő segítő" elnevezések nyertek teret. Napjainkban a tapasztalati szakértő tűnik a legalkalmasabb kifejezésének arra a munkára, amelyet a kliensek kísérőjeként végeznek a gyakorlatban ezek a szakemberek. Az olyan segítői kapcsolatot nevezzük így, amely az élethelyzeti, életútbeli hasonlóságon alapul, a segítő a közös probléma kezelésében előbbre jár, és ezzel kapcsolatos tapasztalatait osztja meg a segített sorstársával (Tremkó - Golenya, 2018).

Egyes vizsgálatok szerint az Egyesült Államokban az addikció területén dolgozó konzultánsok között a felépült alkoholisták aránya 37–57% (McNulty et al, 2007; Knudsen et al, 2006). A felépülő konzultánsokkal kapcsolatban Doukas és Cullen (2010) végzett egy nagyobb irodalmi áttekintést. Megállapításaik szerint Európában a felépülő konzultánsok alkalmazása a 2000-es évekre tehető, amikor Európában is egyre jobban elterjedtek a 12 lépéses programok, illetve a Minnesota-modell (gyakorlatilag megismételve az amerikai történéseket néhány évtizedes késéssel). A felépülő konzultánsok munkáját illetően Doukas és Cullen (2010) kiemelik a motiváció fontosságát: ez részben a saját felépülésük megtámogatásával is magyarázható (tehát azért helyezkedtek el a felépülő alkoholisták az addikciók kezelése területén, hogy biztosítsák a saját felépülésükhöz szükséges szervezeti és személyes forrásokat). A motivációban ugyanakkor az is megjelenik, hogy „vissza kell adni" valamit a szenvedélybetegeknek, amit korábban a felépülő felépülő konzultáns megkapott. A szerzőpáros ugyanakkor néhány problémára is felhívja a figyelmet, ami a felépülő konzultánsoknál előfordulhat: túlzott identifikáció a klienseikkel, túlzott bevonódás a munkába, visszaesést elősegítő környezetben dolgoznak, ahol különböző okok miatt a saját felépülési munkájukat abba kell hagyniuk.

A felépülő segítők munkája eredményességét és hatékonyságát – összevetve a professzionális segítőkkel – a szakirodalomban vita övezi. Valójában ez a vita a „sorstárs alapú" felépülési támogató szolgáltatásokkal kapcsolatban alakult ki; ezek a szolgáltatások a tágabb értelemben vett felépülési modellel dolgoznak (erőteljesebben hangsúlyozzák a felépülés komplex jellegét és a felépülést segítő közösségek szerepét).

White (2009) áttekintette a tapasztalati szakértő alapú (peer-based recovery support) szolgáltatások működését. Véleménye szerint helytelen szembeállítani a tapasztalati szakértésen és a professzionális segítésen alapuló terápiás modelleket. A tapasztalati szakértők (peer-based recovery supporter) a felépülés egyes lépéseinél hatékonyabbak lehetnek, mint a professzionális segítők, ez azonban a felépülés teljes folyamatára nem érvényes.

Reif és mtsai (2014) a tapasztalati szakértők felépülésben betöltött szerepével foglalkozó irodalom áttekintése után szintén azt hangsúlyozzák, hogy a „professzionális" modellel való szembeállításuk nem célszerű. A tapasztalati szakértők elsősorban szerep-modellként működnek, illetve olyan módon járulnak hozzá az addikciók kezeléséhez, mint a gondozás folyamatosságának biztosítása (con-tinuum of care). Utóbbit a kezelőrendszerrel fenntartott kapcsolatuk – közvetítők a függők és az intézmények között – teszi lehetővé.

5. Az esetmunka lépései

Összefoglalás

Ez a fejezet a kliensek állapotfelmérésének lehetőségeit mutatja be, és átfogó ismeretet ad az egyéni gondozási terv, az egyéni rehabilitációs program és az egyéni fejlesztési terv készítéséről.

Cél

A kliensek kezelésbevételéhez és kezeléséhez kapcsolódó módszerek megismertetése.

Kulcsszavak

kliens elérésének eszközei, motivációs interjú, állapotfelmérés

Tanulást segítő kérdések

Hogyan, milyen eszközökkel motiválható a kliens viselkedésének megváltoztatására?

Melyek az állapotfelmérés lépései?

Mit jelent a gondozási terv?

Mit jelent a fejlesztési terv?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

Rácz, J (2004): Addiktológia. Tünettan és intervenciók. Budapest, Semmelweis Egyetem

5.1. Kapcsolatfelvétel a klienssel

- **A kliensek elérésének módjai**

A kliensek elérésének ideális helyzete lehet, amikor a kliensek igénybe veszik a szolgáltatásokat, tehát bekerülnek az ellátórendszer “látókörébe”. Azonban sok esetben a potenciális kliensek nem jelentkeznek segítségért, mivel nem tudják, kihez, milyen módon lehetne segítségért fordulni, avagy bizonyos viselkedést, állapotot szégyellve nem mertnek segítséget kérni, illetve nem tudnak róla, hogy segítségre lenne szükségük (szerhasználattal, alkoholbetegséggel kapcsolatos tagadás).

Ezért is kiemelkedően fontos szerepet kap az ellátórendszer kiszélesítése, “meghosszabbítása” a rejtőzködő klienscsoprotok irányába. Ilyen elérési módszer lehet az alacsonyküszöbű tevékenység, és ezek között is a **megkereső tevékenység, utcai munka**, amikor egy-egy szolgáltatást (pl. addiktológiai szolgáltatást) az arra rászoruló személyek közelébe (pl. az adott településre visznek), ahol megismerkedhetnek az ellátási lehetőségekkel. További fontos eszköz a **korai kezelésbevétel**, amelynek szemlélete azon alapszik, hogy az ellátórendszer bármelyik részletével találkozik a kliens (legyen az alacsonyküszöbű szolgáltatás, háziorvos, stb.) a számára megfelelő kezeléshez hozzájuthat, mert szükségleteinek megfelelően látják el, vagy az arra megfelelő szolgáltatóhoz tovább irányítják.

Fogyatékossággal élő személyek elérése többféle módon történhet. Az esetek nagy részében a hozzátartozó keres a személynek alapszolgáltatást, például nappali ellátást, vagy támogató szolgálatot, hogy a saját háztartásában vele élő fogyatékos személy számára minőségibb életet tudjon biztosítani, illetve hogy tehermentesítse magát a napközbeni időszakra, amikor lehetősége nyílik munkát vállalni. A szociális szakosított ellátásokat is jelentős százalékban a hozzátartozók keresik fel, mert szeretnének fogyatékossággal élő rokonuknak biztonságos lakhatást találni, amennyiben ők már nem képesek teljes körűen ellátni a személyt.

-**Kapcsolatteremtés, bizalom kialakítása**

A klienssel folytatott segítő tevékenység során az első és legfontosabb a bizalom kiépítése, amelynek első lépése a kliens jelenlegi állapotának (pl.: droghasználatának, pszichózisának, fogyatékosságának) „elfogadása", tudomásul vétele. Ehhez szükséges, hogy értsük a betegség (pl.: szenvedélybetegség, pszichiátriai betegség, fogyatékosság) természetét, sajátosságait és leszámoljunk azzal – az esetlegesen meglévő – tévhitünkkel, hogy annak kialakulása és fennmaradása kizárólag az egyén felelőssége, illetve fogyatékosság esetén szerezzünk tudást az adott fogyatékosság jellemzőiről, kialakulásáról, a hozzátartozók által alkalmazott szokásokról, bevált módszerekről, praktikákról, melyek nagyban segíthetnek az elátottal való közös munkában.. Ennek érdekében érdemes tanulmányozni az alapfogalmaknál kifejtetteket és az ott említett hivatkozásokban (könyvek, filmek) elmélyülni. Legalább ugyanennyire fontos - mint a szociális munka más területein is alkalmazott számos irányzat (narratív, reflektív praxis) értelmében -, a klienseinkkel beszélgetni, történeteiket meghallgatni, mivel a megértés elősegíti az elfogadást (Schön, 1982). Így olyan ajtók nyílnak meg előttünk melyen keresztül hozzáférhetővé válik az érintett szerhasználata, pszichiáriai betegségének jellemzői és a változás iránti igények és ezzel kapcsolatos félelmek is felszínre kerülnek. A konzultánsok, segítők tehát a bizalmi kapcsolat kialakítására törekednek.

- Első interjú, motivációs interjú

A motivációs interjú részben motiváló technika, részben pedig a nemkívánatos betegség, viselkedés megváltoztatásának "filozófiája". Kérdésként merül fel, hogy mi szükséges a változáshoz? Itt elsősorban Carl Rogers elmélete emelendő ki, amely szerint a kliens változásának eléréséhez a terapeutának rendelkeznie kell empátiával, nem birtokló melegséggel és őszinteséggel. A kémiai szerfüggők általában olyan célcsoportot jelentenek, akiknél az énvédő (hárító) mechanizmusok igen erőteljesek, amelyeket csak konfrontációval lehet áttörni. Ez kiegészül azzal a nézettel, hogy az alkoholistáknak el kell jutniuk a mélypontig, addig a pontig, ahol már csak a felépülés lehet opció - ha nem akar elpusztulni. Ezt akár egy krízis koncepciónak is tekinthetjük: jó esetben a krízis megoldása konstruktív, gyógyulással, felépüléssel végződik. De ahhoz, hogy ez bekövetkezzen, el kell jutni a krízisig (Rácz, 2004).

Miller és Rollnick (1991) szerint a konfrontáció csak arra jó, hogy a kliens ellenállását fokozza, a tagadás pedig a terapeuta intervenciójára adott "ésszerű" válasz. Így azt javasolják, hogy a konfrontáció ne a beavatkozás stílusa legyen, hanem a célja. A konfrontáció, mint cél azt jelenti, hogy a kliens lássa és fogadja el a realitást, ami alapján meg tud változni (Rácz, 2004). Miller és Rollnick a motivációval kapcsolatban úgy fogalmaz, hogy annak fogalma nem mint létező vagy nem létező (minden vagy semmi) dolog, amivel a kliens a terápiába érkezik, hanem egy állapot, ami lehet, hogy nincs, lehet, hogy kialakul, lehet, hogy elmúlik. Helyzetről helyzetre, és időről időre fluktuálhat. Ennek érzékeltetésére a Prochaska-DiClemente-modellt hozzák példaként, ahol a motiváció folyamatosan változik a kliens probléma érzékenységével együtt és másra és másra irányul (általában nem rögtön a változásra, például a szenvedélybetegség abbahagyására). Általában először az elszánás alakul ki, aztán a döntés, az után az akció, az után a fenntartás, az után a visszaesés kezelése (Rácz 2004).

Miller és Rollnick felsorolják azokat az eseteket, amikor a terapeuta/konzultáns motiváltnak látja a kliensét:

- egyetért a konzultánssal
- elfogadja a konzultáns diagnózisát
- kifejezi, hogy segítségre van szüksége
- láthatóan aggódik az állapota miatt
- követi a konzultáns tanácsait

Amikor a konzultáns motiválatlannak, tagadásban vagy ellenállásban lévőnek látja a kliensét:

- nem ért egyet a konzultánssal
- nem fogadja el a konzultáns diagnózisát vagy értékelését
- nem kér segítséget
- nem aggódik az állapota miatt
- nem követi a konzultáns tanácsait

A szerzők a konzultáns-szempontú motiváció értékelés helyett a motivációt mint viselkedési valószínűséget fogadják el, annak valószínűségét, hogy a kliens mennyire lép be és követ egy specifikus változási stratégiát. Nem motivált klienseket kell keresni, hanem motiválni kell a klienseket. Nem fogadható el a konzultáns érvelése, hogy a kliens nem motivált a változásra, tehát ő a felelős a terápia kudarcáért, hanem a konzultánsnak kell megtalálnia a motiváció lehetőségét. Ennek egyik eszköze a motivációs interjú, mint technika. A motivációs interjú technikája különbözik a tagadást feltételező konfrontációs megközelítéstől és különbözik a készségfejlesztő metodikától (amikor eleve feltételezik a kliens motivációját) illetve különbözik a nondirektív megközelítésektől (ahol a kliens szabja meg a konzultáció menetét és a konzultáns empátiával, azonban passzívan, nem beavatkozóan vesz részt az üléseken).

Miller és Rollnick által kifejlesztett technika elsősorban a változás elszánásának szakaszában alkalmazható, amikor a kliens még nem érzi úgy, hogy viselkedése problémát jelentene (például nem tartja magát alkoholistának). A módszer célja, hogy “rábeszélje” a klienst a viselkedés megváltoztatására. A kliensnek joga van választani, hogy akar vagy sem változtatni, és ezért a felelősséget ő viseli (Rácz, 2004).

A módszer öt alapeleme:

1. Empátia kifejezése: a kliens elfogadása fokozza a változással kapcsolatos szándékait

2. Diszkrepancia kialakítása: a jelenlegi viselkedéssel és az elérni kívánt célja között az össze nem illést ki kell emelni. A motivációs interjú alapja, hogy az ambivalencia felkelthető, még akkor is, ha a személy problémamentesnek látja a viselkedését. Az “abbahagyjam-ne hagyjam” kettőssége merül fel, amellyel a motivációs interjú “játszik” és ezt az állandóan billegő egyensúlyi helyzetet igyekszik a változás elfogadása irányába billenteni.

3. A vitatkozás elkerülése: a vita, a rábeszélés, sokszor maga a diagnózis is ellentétes hatást válthat ki: fokozza a kliens ellenállását. Nincs arra szükség, hogy a kliens vállalja a betegség szerepet, mert ez sokszor a változtatni tudás képességétől fosztja meg őt.

4. Játék az ellenállással: ellenállás jelentkezése esetén el kell kerülni a konfrontációt, stratégiát kell váltani. Bízni kell abban, hogy a felmerülő problémák megoldásának legjobb forrása a kliens.

5. Változtatás képességének támogatása: a változásba vetett hit önmagában fontos motivációs tényező. A kliens az, aki felelős a változásért, és ő az, akinek a változást végre kell hajtani.

A motivációs interjún túl ugyancsak hatásos módszer lehet a rövid intervenció, amelynek formáját szintén Miller és Rollnick (1991) fogalmazta meg, a motivációs interjú módszerét adaptálták a rövid intervencióra. A módszer alapján képzett betűszó a FRAMES ("keretek")

Rövid intervenciós módszerek - FRAMES

- F: feedback – visszajelzés az állapotfelmérés eredményei alapján,
- R: responsibility – a kliens felelősségének hangsúlyozása, a változásra történő elköteleződése rendkívül fontos.
- A: advice – tanács, ami konkrét és egyértelmű: „hagyja abba az ivást" vagy csökkentse azt.
- M: menu – különböző alternatívák felajánlása a célokban és eszközökben, pl.: önsegítő csoport, szakrendelés, gyógyszeres terápia.
- E: empathy – a megértés kifejezése, empátiás légkör teremtése,
- S: self efficacy – hatékonyság, mind a kliens, mind a szakember bízik a változásban.

5.2. Állapotfelmérés

5.2.1. Állapotfelmérés fogyatékos személyek esetén

- Az állapotfelmérés lépései. Milyen szempontokat kell figyelembe venni az állapotfelmérés során?

A Szoctv. 70. §. (5) bekezdése alapján *"A nagykorú fogyatékos személy fogyatékos személyek otthonában történő elhelyezésének feltétele a benyújtott orvosi dokumentáció felhasználásával lefolytatott alapvizsgálat elvégzése.*
(5a) A fogyatékos személyek bentlakásos intézményének vezetője az alapvizsgálat elvégzésének kezdeményezésével egyidejűleg a komplex szükségletfelmérést is elvégzi, és tájékoztatja az ellátást igénylőt a támogatott lakhatás igénybevételének lehetőségéről."

A 113.§. szerint "*A külön jogszabályban meghatározott felülvizsgálaton vesznek részt*
a) a fogyatékos személyek, a pszichiátriai és szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményében vagy a fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában elhelyezett, BNO 10 kódkönyv F diagnóziskóddal rendelkező ellátottak,
b) az ápolást, gondozást nyújtó intézményben vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonban ellátott fogyatékos személyek,
c) a rehabilitációs intézményben, rehabilitációs célú lakóotthonban ellátottak"

Az alapvizsgálatot Budapest Főváros Kormányhivatalának szakértői bizottsága végzi, a bizottság tagjai egy orvosszakértő, egy szociális szakértő, egy szakgyógypedagógus fogyatékos személy vizsgálata esetén, vagy egy további orvosszakértő.

Alapvizsgálat szükséges fogyatékos személyek otthonában, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában, fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében és lakóotthonában, és a támogatott lakhatásban való elhelyezés esetén. A támogatott lakhatás esetében még szükséges a komplex szükségletfelmérés elvégzése. Támogatott lakhatásba az újonnan jelentkező ellátott az alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés elvégzése után kerül felvételre. A komplex szükségletfelmérést a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által kijelölt szakértő végzi. Amennyiben "*az ellátott ápolást, gondozást nyújtó intézményből vagy ápoló-gondozó célú lakóotthonból kerül támogatott lakhatásba, az ellátott komplex szükségletfelmérését - folyamatos ellátása mellett - az intézményvezető végzi el.* (Szoctv. 75.§. (7)

Az alapvizsgálat elvégzése után kiállított szakvélemény a következő elemeket tartalmazza:

“a) a kiállításának helyét, időpontját, a szakértői bizottság tagjainak nevét,
b) az ellátott nevét, anyja nevét, születési helyét és idejét, valamint lakó-, illetve tartózkodási helyét,
d) a vizsgálat céljának és folyamatának rövid ismertetését,
e) a szakértői vizsgálat során felhasznált dokumentumok és az elvégzett vizsgálatok megjelölését, személyes meghallgatás, illetve személyes vizsgálat esetén annak helyszínét és időpontját,
f) az ellátott mentális, fizikai és egészségi állapotára vonatkozó lényeges megállapításokat,
g) az ellátottal összefüggő egyéb lényeges körülményeket,
h) a szakvélemény felülbírálatának lehetőségéről szóló tájékoztatást,
i) annak megállapítását, hogy az ellátási típus és forma, rehabilitációs célú lakóotthon esetén a határozott, illetve határozatlan időre történő elhelyezés megfelel-e az ellátott mentális, fizikai és egészségi állapotának, szükség esetén a javaslatot az ellátási típus vagy forma megváltoztatására,
j) a javaslatot az egyéni fejlesztési terv, az egyéni gondozási terv, a szolgáltatási terv, illetve az egyéni rehabilitációs program elkészítéséhez, módosításához,
k) rehabilitációs ellátás esetén az Szt. 112. § (2) bekezdése szerinti esetben a véleményt arról, hogy az ellátás időtartamának meghosszabbítása indokolt-e.”(A fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról szóló 92/2008. (IV. 23.) kormányrendelet. 7.§)

A komplex szükségletfelmérést a komplex támogatási szükségletmérő eszköz segítségével kerül felvételre. A felmérésen részt vesz a felmérő szakember, a kliens, a kommunikációját segítő bizalmi személy, a kliens hozzátartozója, törvényes képviselője, az ellátottat legalább 6 hónapja ismerő gondozó, és a lakót legalább 6 hónapja ismerő fejlesztő munkatárs.

A felmérő eszköz egy főlapból, (mely a személyes adatokat, a fő szociodemográfiai adatokat és környezeti tényezőket gyűjti össze), egy interjúból, (mely a családi és szociális kapcsolatokat, a személyes kontrollt, az önállóságot, a személyes igényeket és célokat, az egyén elképzeléseit a lakhatásról, a napközbeni tevékenységéről, a szociális és szabadidős tevékenységéről rögzíti), és egy szükségletfelmérő adatlapból áll,(melynek fő fókuszai:*“I. Személyi higiéné, II. Személyi függetlenség, III. Mobilitás IV. Életvezetéssel kapcsolatos támogatási szükséglet, V. Kapcsolatok, VI. Közösségi részvétel, VII. Egészségmegőrzés, VIII. Egészségügyi kockázatok”* (Komplex támogatási szükségletmérő eszköz, http://szocialisportal.hu/))

A komplex szükségletfelmérés eredménye alapján határozzák meg azokat a szolgáltatási elemeket, amelyeket a felmért egyén számára a támogatott lakhatásban nyújtani szükséges az intézményi férőhely-kiváltás, illetve új támogatott lakhatás létrehozása során, és ez alapján készül el az egyéni szolgáltatási terv.

5.2.2. Állapotfelmérés pszichiátriai beteg esetén

Erre a korábbi fejezetekben tértünk ki. A pszichoszociális fogyatékosság sosem terjed ki minden életterületre. A kliensek készségeit azokon a területeken mérjük fel, amelyek érintettek a személyes céljaik,

életterveik során. Együtt határozhatjuk meg, mi kell a célok eléréséhez? Pl. ahhoz, hogy az ember ismerkedjen egy jövendő partnerkapcsolat érdekében, szükséges lehet, hogy ápolt legyen a külseje, tudjon beszélgetést kezdeményezni, társaságba elmenni, legyenek ilyen társaságok, amiket ismer, és így tovább. (1) A klienssel és hozzátartozóival történő beszélgetés során szerzünk információt ezekkel a készségekkel kapcsolatban, hiszen ők tudják legjobban, hol van esetleges elakadás és mik a főbb erősségek. A készségek felmérését kiegészíthetjük (2) valós életben történő megfigyelésekkel, pl. a nappali klubban tapasztalt társas viselkedést figyelhetjük meg. Fontos, hogy a készségfelmérést a kliens maga is végezze, tudatosítsa, mi megy jól, mi az, amit még fejleszeni kellene. A felmérést (3) helyzetgyakorlatokkal is kiegészíthetjük. Egy pszichotikus problémával élő kliensünk pl. arról panaszkodott, hogy sok lánnyal randizik, de az első randi után a kapcsolat mindig megszakad. A randin történő bemutatkozást játszottuk el, melynek során kiderült, hogy a kézfogás rendben van, mondja a nevét is, mosolyog, de a következő mondatban azt mondja, hogy ő skizofrén… Elmondta, hogy ezt tudatosan teszi így, mert ha már több találkozó után derül ki a mentális problémája, akkor fájdalmas a szakítás. Ezt valóban megelőzte, de így meg egyből elriasztotta ez a fura bemutatkozás a lányokat. A folytatásban a készségfejlesztés módszertanánál tanultak szerint folytattuk a munkát. Később sikerült egy francia lánnyal összeköltöznie. Azt határozta el, hogy továbbra is az első randin fog beszélni a betegségéről, de nem ilyen formában. Ez aztán jobban sikerült.

A mentális állapot, a szellemi teljesítmény felmérésére pszichiátriai interjú és pszichológiai tesztvizsgálatok használatosak. A legfontosabb tünetek és az ezeket megelőző un. korai figyelmeztető tünetek monitorozásában az egészségügyi ellátókkal együttműködve a szociális szakemberek is segíthetnek, sőt, a beteg és a család is közeműködhet ebben a folyamatban.

Önellátást segítő szolgáltatások esetében érdemes az önellátási képességeket és motivációt felmérnünk a fentiekhez hasonlóan. Ez segíthet a túlgondozás elkerülésében, amely sok nagyobb létszámú intézményben előfordul.

5.2.3. Állapotfelmérés szenvedélybeteg esetén

Amennyiben a szenvedélybeteg vagy hozzátartozója jelentkezik segítséget kérve, általában a klienssel való bizalmi kapcsolat kiépítése az első lépés, lásd a kommunikáció szenvedélybeteggel c. fejezetet. A segítő kapcsolatban a bizalom, a segítő attitűdjei (feltétel nélküli elfogadás, együttérzés, hitelesség) és a kapcsolat keretei (miben és, hogyan tud segíteni a szakember és miben nem, mennyibe kerül a szolgáltatás, milyen személyes adatokat kell megadni és miket nem, mikor és hogyan érhető el a segítő, az alkalmak gyakorisága és hossza, titoktartási kötelezettség és jelentési kötelezettség) azok melyek lehetővé teszik a változásra való motiváció megjelenését.

A segítői kapcsolatban azonban a segítőnek információra van szüksége ahhoz, hogy megértse a felépülő világát, annak szabályait és, hogy a felépülő, hogyan éli meg azt. A bizalom kialakításához szükséges idő nem meghatározható, ezért a kliens állapotának felmérése során érzékenynek kell lenni arra, hogy a felépülő milyen információk megosztására nyitott, ha az egyes témák esetén ellenállást érzékelünk, érdemes együtt haladni azzal az ellenállással és esetleg később, amikor újra fontosnak tűnik a téma megbeszélése, hozzuk fel újra. A kliens állapotfelmérése az 1-4 alkalmak során fokozatosan történik és a következő témákat érinti:

1. A segítségkérés oka: Fontos tisztázni, hogy a kliens miért pont most kér segítséget. Valószínűleg a szerhasználat már hosszabb ideje jelen van a kliens életében, miért pont most határozta el, hogy segítséget kér. Saját elhatározásból vagy külső nyomás hatására teszi (család, munkahely, jogi következményektől való félelem)?

2. Mit szeretne elérni a segítségünkkel: Előfordulhat, hogy a kliens nem látja problémának szerhasználatát, lehet, hogy a segítségünkkel csak egy büntetőügyben szeretné jobb színben feltüntetni magát. Ilyen esetekben érdemes a kliens változásra való motiválása.
3. Szerhasználati jellemzők: Milyen régóta használ a kliens, ez utalhat a függőség jelenlétére is. Milyen helyzetekben használ általában a kliens. Ezzel megvizsgálható, hogy milyen helyzetekben tudja megtartani józanságát és mely helyzetek indítanak be kontrollvesztő fogyasztást. Érdemes rákérdezni az eddigi absztinenciát célzó kísérletekre és azok eredményeire. A szerhasználat jelenlegi rendszerességének és mennyiségének felmérése szintén fontos. Megkérhetjük a klienst, hogy jellemezze egy tipikus szerhasználatát (mikor kezd el inni, hol iszik, kikkel iszik, mennyit és milyen rendszeresen, hogyan fejezi be az ivást). Fontos kitérni az elvonási tünetekre is, különösen alkohol esetében (verejtékezés, kézremegés). Érdemes feltérképezni, hogy hány fajta szert használ a kliens.
4. Beszerzés módja: Mekkora mennyiségben vásárol, mennyi pénzt költ a szerhasználatra hetente vagy havonta. Hogyan szerzi meg a kellő összeget. Ezzel képet kaphatunk a pénzügyi helyzetéről, munkájáról és az esetleges büntető ügyekről.
5. Intravénás szerhasználat: Érdemes feltérképezni, hogy volt-e vagy jelenleg is van-e intravénás szerhasználat. Milyen mértékben és milyen gyakran fordul elő. A tű használati szokások feltérképezése is fontos. A fecskendő vagy az injektáláshoz használt segédeszközök (forraló, kupak, szűrő) továbbadása ugyanis fertőzésekhez vezethet.
6. Függőség meghatározása: Az alkohol megvonása erős függőség esetén akár életet veszélyeztető helyzetet is eredményezhet, ezért fontos a fizikai függőség megállapítása. A kora reggeli alkohol fogyasztás, a kézremegés és izzadás alkohol használat hiányában, korábbi detoxikáló kezelések, korábbi megvonásos rohamok jó előre jelzői lehetnek alkohol esetében a fizikai függőségnek.
7. Fizikai egészség: Érdemes feltérképezni a kliens általános egészségi állapotát. Jelen van-e más betegség.
8. Támogató környezet: A kliens családi és baráti kapcsolatainak jellemzői. Érdemes rákérdezni, hogy milyen szerhasználati minták vannak jelen a kliens barátai közt és a családjában. Valamint azt is, hogy mennyire támogató és bátorító kapcsolatok veszik körül.
9. Munka és vagyoni háttér: Mi a kliens munkája, mennyire stabil megélhetéssel rendelkezik.
10. Józan örömforrások: A józanság megkezdésében és fenntartásában fontos, hogy a szerhasználat okozta örömöket más józan örömteli szokásokkal, hobbikkal tudjuk pótolni. A későbbi célok meghatározásához fontos, hogy képet kapjunk arról, a kliens számára milyen józan örömforrások elérhetők.
11. Pszichiátriai zavarok: A szenvedélybetegséghez gyakran társul valamilyen pszichiátriai zavar, ezért érdemes feltérképezni, hogy a kliens korábban állt-e pszichiátriai kezelés alatt, milyen diagnózisokkal rendelkezik, jelenleg kap-e valamilyen gyógyszert (Ébredések Alapítvány, 2014)

A kliens állapotfelmérése során megtudott információk segíthetnek abban, hogy a klienssel együtt alkothassunk gondozási tervet és, hogy motiváljuk konkrét cselekedetek megtételére melyeken keresztül közelebb kerülhet a rövidtávú, reális és örömteli céljai eléréséhez és a hosszú távú felépüléshez.

5.3.Gondozási terv/fejlesztési terv készítése

Az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban: Szt.) 66.§ (2) bekezdés az ellátottak fejlesztésével és rehabilitációjával kapcsolatban kötelezően elkészítendő dokumentumként meghatározza az egyénre vonatkozó gondozási terv elkészítését. Az alábbiakban a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet-ből idézve ismerhetjük meg ezeket a terveket.

A 7 § szabályozza, a gondozási terv típusait, melyek a következők:

“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.”

“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.”

Az egyéni gondozási terv évente kerül felülvizsgálatra.

7. § (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.

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.”

A rehabilitációs program az elért eredményeket figyelembe véve félévente kerül felülvizsgálatra.

7. § “(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.
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."

Az egyéni fejlesztési tervet az elért eredmények alapján félévente vizsgálják felül.

- A gondozási és fejlesztési terv hasonlóságai illetve különbségei.
  Mindkettő tartalmazza:
  a) az ellátást igénybe vevő állapotának leírását
  b) időbeli ütemezést
  c) a feladatokat, amelyek az ellátást igénybevevő állapotának javulását célozza meg
  Különbségek:
  a) a gondozási tervet 1 évente, a fejlesztési tervet félévente kell felülvizsgálni
  b) a gondozási terv az állapotjavulásra, és megőrzésre fókuszál, míg a fejlesztési terv az állapotban bekövetkezett változást és az egyéni fejlődést rögzíti, figyelembe véve a pedagógiai, mentális, egyéb feladatokat és a foglalkoztatásban való részvételt is

- Mely célcsoportok esetében kell gondozási és melyek esetében fejlesztési tervet készíteni
  a) Gondozási tervet kell készíteni az ápolást, gondozást nyújtó intézményben elhelyezett időskorú, szenvedélybeteg, pszichiátriai beteg, fogyatékos személy, közösségi pszichiátriai ellátásban, szenvedélybetegek közösségi ellátásában részesülő személy esetén.
  b) Fejlesztési tervet kell készíteni a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, valamint a fogyatékos személyek otthonában, illetve a lakóotthonban elhelyezett fogyatékos személy, pszichiátriai beteg vagy szenvedélybeteg személy részére

- Mikor készíti el a segítő a gondozási/fejlesztési tervet? Mi a terv célja?

  Általánosságban a gondozási terv célja:
  - egyénre szabottan határozza meg a feladatokat
  - tervszerű ellátást biztosítson, mely figyelembe veszi az ellátott egészségi, mentális, fizikai állapotát
  - kedvező irányú állapotváltozásra törekszik vagy az általános állapot minél hosszabb ideig való fenntartását irányozza elő
  - szükség esetén felülvizsgálható, megváltoztatható, módosítható

  A pszichiátriai problémákkal élők közösségi gondozása során a gondozásba vétel után egy hónappal kell legkésőbb elkészíteni a gondozási tervet, amelynek részleteit bemutattuk a korábbi fejezetekben. Nem szabad sajnálni az időt ettől, mivel a jó gondozási terv a sikeres rehabilitáció alapja. Ha a terv elhúzódna, mert pl. a kliens nehezen dönt, vagy nehéz hozzátartozókat bevonni, akkor a gondozásba vétel előtt tanácsos a tervet előkészíteni. Fontos, hogy megismerjük a kliensek szükségleteit, motivációját, készségeit és erre legyen idő.

A terv felülvizsgálata, célok módosítása

A gondozási terve felülvizsgálatának idejét a tennivalók és a találkozók gyakorisága alapján becsülhetjük meg, Az a jó, ha nem telik el hosszú idő. Hivatalosan 1 év lehet ebben a gondozási formában a leghosszabb határidő, de ezt inkább rövidítsük...pl. 3-5 hónapra. A gondozási terv határozza meg, ki mit vállal, és szerencsés, ha minden résztvevő aláírja és kap belőle egy kinyomtatott példányt.

Gondozási terv eszközei:

1. ápolási-gondozási dokumentáció - személyes adatok
2. felvételi státusz
3. mentális állapot felmérés - foglalkoztatás
4. gondozási anamnézis - önellátó képesség
5. gondnoki nyilatkozat
6. életút, anamnézis
7. jelen állapot, pszichiáter véleménye
8. gondozási terv - éves értékelés
9. gondozási lap
10. általános orvosi decursus lap
11. pszichiátriai decursus lap
12. szűrés
13. egyéni gyógyszer-felhasználási nyilvántartó lap
14. ápolói elbocsátási összefoglaló
15. megállapodás

- A célok kitűzése, a célokkal kapcsolatos elvárások

Itt kell kifejteni minden egyes, a tervben feltüntetett problémához kapcsolódóan, hogy mit szeretnénk a gondozással elérni (pl.: tiszta, rendezett környezet biztosítása; tiszta, ép ruházat biztosítása; alapvető szükségletek kielégítése).

Gyakran előfordul, hogy a gondozási terv készítői a problémák nem teljes körű, hibás megjelölése miatt nem tudnak konkrét célokat megfogalmazni. A sablonosságot, az előző évben meghatározott célok egyszerű átmásolását a következő évre mindenképpen kerülni szükséges, a gondozási tervnek minden esetben az egyén szükségleteiről és képességeiről kell szólnia, és egyedinek, az egyénre szabottnak szükséges lennie.

A gondozási terv eredményességének feltétele az ellátást igénybe vevő aktív közreműködése – az aktív közreműködés elmaradása esetén azonban tisztázatlan, milyen szakmai lehetőségei vannak a szolgáltatást biztosító szervezetnek. Az együttműködés és az aktív közreműködés hiánya a szolgáltatási folyamatban általánosságban is problémát jelenthet, akár egy-egy tevékenységre vonatkozóan, vagy akár a jogviszony egészét illetően is.

A gondozási terv tartalma egy erősen konszenzus-igényes együttműködés eredménye, az egyes résztvevők részben nézőponti, részben más alapon kialakuló egyet nem értésének kezelése nehézséget okozhat.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Adams, R. (2003): Social Work and Empowement. London, Palgrave Macmillan

Andorka, R. (2006): Bevezetés a szociológiába. Budapest, Osiris Kiadó.

Blazsek P., Wernigg R.(2015): Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Oriold és Társai Kft.

Bodrogi A. és mtsai (2014): A Közösségi Addiktológia kézikönyve. Ébredések AlapítványBuda B. (1986): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. Animula Kiadó, Budapest

Buda, B. (1992): Az alkohológia új távlatai. Válogatott tanulmányok. Alkoholizmus Elleni Állami Bizottság, Budapest.

Bulyáki T., Harangozó J. (szerk.) (2018): A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány

Bulyáki T.,Füzessy J. Póti V.(2007): Szociális és gyermekvédelmi szabályozók: komplex rehabilitáció; Rehabilitációs munkacsoport: Irányelv tervezet, (Kézirat) Budapest.

CRPD (2007): 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről (CRPD) Elérhető: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700092.TV

Cook, C. C. (1988):. The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction, 83*(6), 625-634.

Czibere Cs, Faragóné B M (2006): Ajánlások sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók fejlesztéséhez, Bevezető az életpálya-építési kompetenciaterület ajánlásaihoz, Budapest suliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.,

Dávid Andrea, Dr. Gadó Márta, Csákvári Judit (2008): Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja, in: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány ÖNkorPRess Kiadói Kft

Department of Health. (2011): No health without mental health. A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138253/dh_124058.pdf

Gadó M. (2006): Látássérült felnőttek és gyermekek funkcionális látásának megítélése. In: Szociális munka 1/2006. p.

Illyés S. (2000): Gyógypedagógiai alapismeretek, Budapest, Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Frese. J., F. Stanley, J., Kress, K. és Vogel-Scibilia, S. (2001): Integrating evidencebased practices and the recovery model. *Psychiatric Services, 52(11),* 1462–1468.

Gordosné Dr. Szabó Anna (1995): Bevezetés a gyógypedagógiába, Nemzeti Tankönyvkiadó

Holdstock, T. L és Rogers C. R. (1977): Person-Centered theory. In R. J. Corsini (Ed). *Current Personality ttheories* (pp. 125-152.) Itascka, IL: Peacock.

Huber, W. (1993): Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében. Debrecen, Forrás könyvek.

http://downalapitvany.hu/sites/default/files/Hogyan készítsünk könnyen érthet ő segédanyagot?
http://www.hfk.hu/docs/070327/reh.pdf
http://www.meosz.hu/szulo-vagyok/rehabilitacio-terapia/
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138253/dh_124058.pdf

Kassai Sz. - Pintér J. N. - Rácz J. (2015): Addiktológiai területen dolgozó tapasztalati szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. *Psychiatria Hungarica*, 30 évf. 4. sz., pp. 372-388.

Kelly, J. F. és White, W. L. (2011): Addiction recovery management. Theory, Research and practice. Humana Press. New York.

Kelly, J. F., Magill, M., Stout, R., L. (2009): How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research and Theory, 17(3):* 236-259

Knupp Jr, P. E. (2013): The contribution of recovery self assessment to the measurement of illness management and recovery.

Könczei Gy, Hernádi I (2011): A fogyatékosságtudomány főfogalma és annak változásai. In: Nagy Zita Éva (szerk., 2011): *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon. Kutatási eredmények a TÁMOP 5.4.1 projekt kutatási pillérében*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. letöltve: 2016.10.13

Maslow, A. H. (1943): A Theory of Human Motivation. Psychological Review, 50(4), 370-96.

Maslow, A. H. (1970a): Motivation and Personality. New York: Harper & Row.

Maslow, A. H. (1970b): Religions, values, and peak experiences. New York: Penguin. (Original work published 1964)

Meggyesné Hosszu T, Máténé H T, (2013): A társadalmi érzékenyítés módszertana kisgyermekkorban I-II.„Mentor(h)áló 2.0 Program" TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt

Mental Health Comission of New Zealand. (2011): Recovery meanings and measures. A scan of literature.

Mental Health Comission of New Zealand. (2011): Recovery meanings and measures. A scan of literature. (idézi: Tuke, 1813; Oliver, 1990)

Merriam-Webster. Inc. (1991): *Webster's Ninth New College Dictionary*. Springfield,

Miller, W. R - Rollnick, S. (1991): Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991.

Molnár, D. (2012): A Portage-modell: egy integrált módszer a szenvedélybetegek gyógyításában. *Szociális Szemle 2012/1. (88-97.)*

Neher, A. (1991): Maslow's theory of motivation: A critique. Journal of humanistic psychology, 31(3), 89-112.

Petke, Zs - Tremkó M. (2018): *Felépülés a függőségből szerencsejáték és szerhasználat*, Budapest, Medicina Kiadó

Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (2009): Valódi újrakezdés. Hatlépcsõs program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. Budapest: Ursus Libris

Rácz, J (2004): Addiktológia. Tünettan és intervenciók. Budapest, Semmelweis Egyetem

Rácz, J szerk. (2005): A drogkérdésről őszintén, Budapest. B+V Medical+Tecnical Lap--és Könyvkiadó

Rogers, C. R. (1980): A way of being. Houghton Mifflin. Boston.

Schmehl Júlia (2008): A habilitációs-rehabilitációs terápiák elvei, céljai és eljárásai NSZFI

Terry L., - Cardwell V. (2015): Understanding the whole person. What are the common concepts for recovery and desistance across the fields of mental health, substance misuse, and criminology? : LankellyChase Foundation.

Tremkó M - Golenya É. (2018): Tapasztalati szakértők a felépülésben. In: Petke, Zs - Tremkó M.(szerk.): Felépülés a függőségből szerencsejáték és szerhasználat, Budapest, Medicina Kiadó, pp 211-221.

Tuke, S. (1813): *Description of the Retreat, an institution near York, for insane persons of the Society of Friends : containing an account of its origin and progress, the modes of treatment, and a statement of case.* Isaac Pierce, Philadelphia.

World Health Organization (2011): World Report on Disability. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf