

SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG

EGYES ELLÁTOTTI CÉLCSOPORTOK (PSZICHIÁTRIAI- ÉS SZENVEDÉLYBETEGEK, FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK) SAJÁTOSSÁGAINAK ISMERETE, ÖNGYILKOSSÁGPREVENCIÓ, KRÍZISINTERVENCIÓ



EGYES ELLÁTOTTI CÉLCSOPORTOK (PSZICHIÁTRIAI- ÉS SZENVEDÉLYBETEGEK, FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK) SAJÁTOSSÁGAINAK ISMERETE, ÖNGYILKOSSÁGPREVENCIÓ, KRÍZISINTERVENCIÓ

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Ács Andrea

Bulyáki Tünde

Dr. Bodrogi Andrea

Békésiné Füvesi Ágnes

Csoó Lászlóné

Kassai Szilvia

Szécsi Judit

Tóth Máté

Szakmai lektor

Schranez Erika

Orsós Veronika

Matus Ágnes

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

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

1. Krízis, krízisintervenciók (fajtái, felismerése) 6

1.1. A krízis 6

1.1.1. A krízis definíciója, típusai (fejlődési és akcidentális krízis) 6

1.1.2. A krízisek jellemzői, szakaszai, funkciói 7

1.1.3. A krízisek jellemzői az egyes ellátotti csoportokban 7

1.2. Krízisintervenció 8

1.2.1. A krízisintervenció specifikumai (miben hasonlít, miben különbözik az általános segítéstől) 8

1.2.2. A segítő szakember specifikus készségei, feladata a krízisintervenció folyamatban 9

1. Felhasznált irodalom: 9

2. Az öngyilkosság 10

2.1. Öngyilkosságról szóló ismeretek 10

2. Felhasznált irodalom: 13

3. Általános segítői kompetenciák 14

3.1. Áttekintés – Milyen a jó segítő? 14

3.2. Kompetenciahatárok 15

3.2.1. Munkakörökhöz tartozó kompetenciák 15

3.2.2. Végzettséghez tartozó kompetenciák 16

3.2.3. Kompetenciákból eredő konfliktusok és azok feloldása 17

3. Felhasznált irodalom 17

4. Pszichiátriai betegek ellátása 18

4.1. Alapfogalmak 18

4.1.1. A mentális egészség definíciója 18

4.1.2. A World Health Organization (WHO) meghatározásának bemutatása 19

4.1.3. A lelki egészség megbomlása, a mentális egészség zavarai 20

4.1.4. Pszichiátriai betegségek és tünettanaik 20

4.2. Kockázati tényezők – patológiás család, mint megbetegítő tényező 27

4.3. Hatékony kommunikáció pszichiátriai betegekkel 28

4.4. Általános tünetek, amelyekkel a segítő találkozhat 31

4.5 Demenciával kapcsolatos ismeretek, a demens kórkép ismérvei 34

5. Szenvedélybeteg-ellátás 45

5. Szerismertetés statisztikai és jogi kiegészítésekkel 54

4. Együttműködések 65

5. 6. Fogyatékos személyek ellátása 71

6.1. Alapfogalmak 72

6.2 A fogyatékosság definíciói és típusai. Az egyes fogyatékosságok jellegzetességei és specifikumai 74

6.3. Az egyes fogyatékossággal összefüggő problémákra adható releváns szakmai válaszok 82

6.4. Hatékony kommunikáció fogyatékossággal élő személyekkel 90
6.5. Akadálymentesség fogalma 93
Felhasznált irodalom 96

1. Krízis, krízisintervenciók (fajtái, felismerése)

Összefoglalás
Ebben a fejezetben a hallgatók megismerkednek a krízis fogalmával, fajtáival, jellemzőivel. Megtanulják a krízisintervenció jelentőségét és a segítő szakemberek feladatait a krízisben lévő emberek megsegítésében.
Cél
A segítők krízisre, krízisintervencióra és az öngyilkosság megelőzésére irányuló tudása és készsége fejlődjön.
Kulcsszavak
stressz, krízis, empátia, korai felismerés, együttműködés
Tanulást segítő kérdések
Hogyan definiáljuk a krízist?
Hogyan jellemezhetjük a krízisállapotot?
Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Bodrogi A. (2009): Pszichopatológia és pszichofarmakológia. In *Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés*, pp. 249-340
Carver S. Ch, Scheier F. M, (1998): Erikson elmélete a pszichoszociális fejlődésől. Énidentitás, kompetencia és krízisélmény.(pp 289). in: *Személyiségpszichológia* Budapest, Osiris Kiadó
Füredi (2009): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Budapest, 2009
Tringer L. (1999): *A Pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó Budapest

1.1. A krízis

Tág értelemben krízisként jellemezhető minden olyan jelenség, amely vagy a gondolkodásban, vagy az érzelmi – indulati életben, vagy a cselekedetekben felkelti a pszichés egyensúlyvesztés gyanúját, valamint a veszélyeztetés jeleivel jár.

1.1.1. A krízis definíciója, típusai (fejlődési és akcidentális krízis)

A krízis definíció szerint lélektani értelemben vett válsághelyzet, mely rövid időtartamú pszichológiai kiegyensúlyozatlanságot jelent.
A krízisben lévő egyén kénytelen a lélektani egyensúlyt befolyásoló körülményekkel konfrontálódni. Ezek fenyegető közelsége mindennél fontosabb problémává válik számára, melyeket sem elkerülni, sem megoldani nem képes. Ennek következtében pszichológiai egyensúlyvesztés alakul ki.
A **krízishelyzet** lehetséges kimenetelei:

- a megoldás,
- a kompromisszum,
- az eredménytelen megoldás
- és az összeomlás.

A **krízisintervenció** korlátozott célkitűzésű, időhatárolt folyamat, melyben a krízisben lévő személy tartalékaira éppúgy építeni kell, mint a társas kapcsolatokban rejlő segítő potenciálra.
A krízisintervenció során a segítő szakember részéről elengedhetetlen az empátia és az elfogadás
Tehát a krízis a személy lelki egyensúlyának súlyos, veszélyeztető zavara, amely abból fakad, hogy az adott helyzetet sem elkerülni, sem rendelkezésre álló megoldási eszközeivel leküzdeni nem tudja. (Tringer, 1999 idézi Bodrogi 2009)
A krízisek eredete az egyén pszichoszociális terében keresendő, és gyakran súlyos eseményekkel kapcsolatos, amelyek az egyént váratlanul, felkészületlenül érik. (Tringer, 1999 idézi Bodrogi 2009)

A krízis-állapothoz nagyon gyakran kapcsolódik öngyilkossági késztetés, sőt kísérlet is.
Eluralkodik a kétségbeesés, a reménytelenség, a kiúttalanság, beszűkül a gondolkodás, a magatartás dezorganizálódik (magatartás szétbomlik, szétesik).
Annak ellenére, hogy a krízis elsősorban pszichoszociális eredetű, a személyiségstruktúrának igen jelentős szerepe van a kialakulásában. Eleve labilis, érzelmileg sérülékeny személyeknél a krízis kisebb behatásokra is kialakul. A krízisállapot kialakulását valamely mentális betegség pl. depresszió, alkoholizmus elősegíti. (Bodrogi, 2009)

A krízisnek alapvetően két típusa van:

a) Fejlődés krízis a fejlődéshez szükséges, természetes változásokat jelentik, például a serdülőkori krízis, életközép-krízis, időskori krízis.

b) Akcidentális (esetleges): bármely életszakaszban előfordulhat és valamilyen váratlant, hirtelen bekövetkező esemény hatására alakul ki. Olyan történések tartozhatnak ide, mint pl. közeli hozzátartozó váratlan halála, súlyos természeti, anyagi katasztrófák, súlyos érzelmi konfliktushelyzetek. (Tringer, 2010)

1.1.2. A krízisek jellemzői, szakaszai, funkciói

A krízisben észlelt tünetek – a krízisreakció megnyilvánulásai - lehetnek lelkiek - szorongás, lehangoltság, izgatottság - vagy testiek, illetve testiek is - szívpanaszok, gyomor-bélpanaszok, remegés, izzadás stb.
A pszihogén reakciók tünetei a vegetatív, a magatartás és a szubjektum hármasában írhatjuk le.

a) A vegetatívum részéről a szorongás különféle formáit láthatjuk. Alvás- és étvágyzavar, a kliens (ellátott) esetleg napokig nem eszik, és nem alszik.
b) A krízisben lévő személy nyugtalan, izgatott, fel- alá járkál, kéztördelés is megfigyelhető. Az előbbiek ellenkezője is jelentkezhet. A krízisben lévő személy magába roskad, külső indítékra van szüksége ahhoz, hogy bármit is tegyen. Gyakran a külsejüket is elhanyagolják. Indulatkitörések és agresszív megnyilvánulások is előfordulhatnak. A kliensek (ellátottak) extrém alkoholizálásba is menekülhetnek, vagy öngyilkosságot kísérelnek meg.
c) A gondolkodás többnyire a traumatikus élményre koncentrálódik. A személy nem tud figyelni másokra. Gondolkodása gyakran olyan mértékben beszűkül, hogy nem képes józanul mérlegelni (Tringer 1999).

Krízis szakaszai (Hirschowitz 1973 idézi Bakó 2004):

- kiváltó hatás (ideje órákban mérhető),
- megrettenés és nyugtalanság (néhány napig tart),
- alkalmazkodás időszaka (hetek alatt),
- helyreáll az egyensúly (néhány hónap alatt).

1.1.3. A krízisek jellemzői az egyes ellátotti csoportokban

Krízisek az emberek életében bármikor kialakulhatnak, ilyen krízishelyzetek például: közeli hozzátartozó halála, párkapcsolat megszakadása, egzisztenciális nehézségek.
Ezekkel a krízisekkel a szociális és gyermekjóléti-, gyermekvédelmi szolgáltatásokat igénybevevők valamint a szociális és gyermekvédelmi intézményekben élők is ugyanúgy találkozhatnak, mint azok, akiknek nincs szükségük szociális szolgáltatásokra. Nincs különbség abban, hogy valaki fogyatékossággal vagy pszichoszociális fogyatékossággal vagy szerhasználattal él.

A különbség abban jelentkezik, hogy egy adott krízishelyzetet, ki, hogyan él meg, hogyan kap segítséget a környezetétől, illetve a segítő szakemberektől.
A krízishelyzet minél hamarabbi felismerése a beavatkozás sikerét növeli.

Az egyes ellátotti célcsoportoknál a leggyakoribb krízishelyzetek a következők lehetnek:

- az intézménybe kerülés körülményei
- megszokott szocio- kulturális közegből való kiszakadás,
- korábbi kapcsolatok megszűnése, például hozzátartozóval való kapcsolat megszakadása vagy hozzátartozó halála
- anyagi bizonytalanság
- együttélésből fakadó különböző konfliktusok,
- munkahely elvesztése
- gondnokváltás… stb.

A pszichoszociális fejlődés során Erikson elképzelése szerint minden egyes fázisban pszichoszociális krízist, konfliktust élünk meg.
A krízis mindig egyfajta fordulópont, növekedési lehetőséget rejt magában ám egyben fokozottabban sérülékennyé teszi a személyt.(Carver S. Ch, Scheier F.M, 1998)

1.2. Krízisintervenció

1.2.1. A krízisintervenció specifikumai (miben hasonlít, miben különbözik az általános segítéstől)

Egy krízishelyzetet meg kell oldani! Ha nem oldódik meg, akkor az egyén állapotában nem várható javulás, valamint a környezetre is hatással lesz a megoldatlansága.
A krízisben lévő egyén magán hordozza a szorongás testi, lelki tüneteit.
Ilyen tünetek lehetnek például:

- testi tünetek- remegés, alvászavar, szívdobogásérzés, szapora pulzus, magas vérnyomás, verejtékezés, könnyezés…stb.
- pszichés tünetek- halálfélelem, kilátástalanság érzése beszűkülés az adott problémára, ingerlékenység…stb.

A krízisben lévő egyénnel együtt meg kell próbálni új megoldásokat, alternatívákat keresni.

A krízisintervenció jellegzetességei (Tringer, 2010):

- A célkitűzés a krízis megoldása, ami az akut helyzet viszonylag gyors, néhány ülésből álló kognitív értékeléséből áll.
- A krízisben lévő személy számára új megoldásokat és új alternatívákat keresünk.
- A krízis kezelés során éppen ezért a személyiségnek nem totális megközelítése, hanem csupán bizonyos szektorait érinti, melyek a krízisállapottal közvetlenül összefonódnak.
- A terapeuta aktív, direktív, a terápia több pedagógiai elemet tartalmaz. Nemegyszer a terapeuta konkrét javaslatot tesz, kezdeményez, bátorít.
- Az esetek egy részében a krízis-intervenció által megoldott akut helyzet szabályos pszichoterápiával folytatódik. Más esetben a krízisintervenció során kapott segítség elég ahhoz, hogy az egyén a továbbiakban önmaga boldoguljon (Tringer 1999, idézi Bodrogi, 2009)
- Sikeres esetben: kreatív krízismegoldás történik, gazdagodnak a problémamegoldó készségek, érik a személyiség.

- Sikertelen esetben: a krízis öngyilkossághoz vezethet, krónikussá válhat, a személyiségfejlődés diszharmonikusan alakul, deviáns magatartásformák alakulhatnak ki. A sikertelen kimenetelű krízisek alkohol- vagy gyógyszerfüggőség kialakulásához vezethetnek.

1.2.2. A segítő szakember specifikus készségei, feladata a krízisintervenció folyamatban

Korlátozott célkitűzésű, időhatárolt folyamat, melyben a krízisben lévő személy tartalékára éppúgy építeni kell, mint a társas kapcsolatokban rejlő segítő potenciálra.

A segítő szakember
A sérülékeny, veszélyeztetett személyek korai felismerésében, a krízisek adekvát és mihamarabbi kezelésében kulcsszerepe van a különböző szociális szolgáltatásban dolgozó segítő szakembernek.

Fontos a krízisben lévő személyek felderítése, empatikus támogatása, szakirányú segítéshez való hozzájuttatása.

1. **Felhasznált irodalom:**

Bodrogi A. (2009): Pszichopatológia és pszichofarmakológia Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés 249-340.
Bakó Tihamér: Verem mélyén. Sorsfordító könyvek. Psycho Art, 2004
Carver S. Ch, Scheier F. M, (1998): Erikson elmélete a pszichoszociális fejlődésről. Énidentitás, kompetencia és krízisélmény. (pp 289). in: Személyiségpszichológia Budapest, Osiris Kiadó
Füredi (szerk.) (2009): A pszichiátria magyar kézikönyve Medicina Budapest
Hajduska Marianna: Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó, 2008
Tringer L. (2010): A Pszichiátria tankönyve Semmelweis Kiadó Budapest

2. Az öngyilkosság

Összefoglalás

Az **öngyilkosság** az egyén élettörténetébe ágyazott krízisállapot, amelyből az egyén a kiutat csak önmaga elpusztításában látja. Öngyilkos magatartásnak számít minden olyan tett, amely szándékos önpusztításra irányul (Tringer,1999). A **„cry for help"** felismerése rendkívül fontos a megelőzés szempontjából, mivel a krízisben lévő személy szándékát nagyon gyakran a kezelőorvosa illetve az őt segítő szakember felé jelzi (sokszor rejtett formában) (Tringer, 1999)

Cél

A fejezet célja, hogy a képzésben résztvevők megismerjék az öngyilkosság mögött álló pszichés működés alapjait, továbbá, hogy a mindennapi munkában is jól használható gyakorlati tudással gazdagodjanak. Az öngyilkosság megelőzése érdekében kiemelten fontos a veszélyeztetett személyek azonosítása, és hatékony támogatása.

Kulcsszavak

öngyilkosság, cry for help, krízis, depresszió, stressz

Tanulást segítő kérdések

Melyek az öngyilkosság leggyakoribb okai?
Milyen fajtái vannak az öngyilkosságnak?
Milyen jelei lehetnek annak, ha valaki öngyilkosságra készül?
Miért fontos a „cry for help" megismerése?
Milyen célcsoportokat tud azonosítani, melyek kiemelten veszélyeztetettek az öngyilkosság szempontjából?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Perczel Forintos D. (2001): Az öngyilkos magatartás kognitív háttértényezői. In: Psych. Hung. 2001/6.
Perczel Forintos D.(2008): Öngyilkosság - megelőzés és problémamegoldás. In: Psych. Hung., 2008/1.
Rihmer Z. - Németh A.- Kurimay T. - Perczel-Forintos D. - Purebl Gy. - Döme P. (2017): A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Egészségügyi Szakmai Irányelv. Egészségügyi Közlöny
Hajduska Marianna: Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó, 2008

2.1. Öngyilkosságról szóló ismeretek

Az öngyilkosság (latinul "suicidium" – "sui caedere", azaz "önmagát megölni") az élettörténetbe ágyazott krízisállapot, amelyből a kiutat az egyén csak saját maga elpusztításában látja. (Tringer, 2010) Az öngyilkosság hátterében minden esetben több okozati tényező áll, amelyek összhatása eredményezi a gondolat megfogalmazását, a cselekvés végrehajtását. Ezen okok lehetnek pszichiátriai betegségből, - mint például a hangulatzavar, depresszió, pszichózis – vagy a szenvedélybetegségből adódó nehézségek, amelyek mellett megjelennek negatív pszichoszociális tényezők, illetve stresszorok is (például anyagi nehézségek, párkapcsolati problémák, munkahelyi nehézségek, krízishelyzet stb). Azoknál az egyéneknél, akiknél fennáll a suicid veszély, a krízisintervenció szabályait szükséges alkalmazni, hiszen az adott helyzetben nincsenek döntési alternatívái, döntéseit látszólag rajta kívülálló erők determinálják.

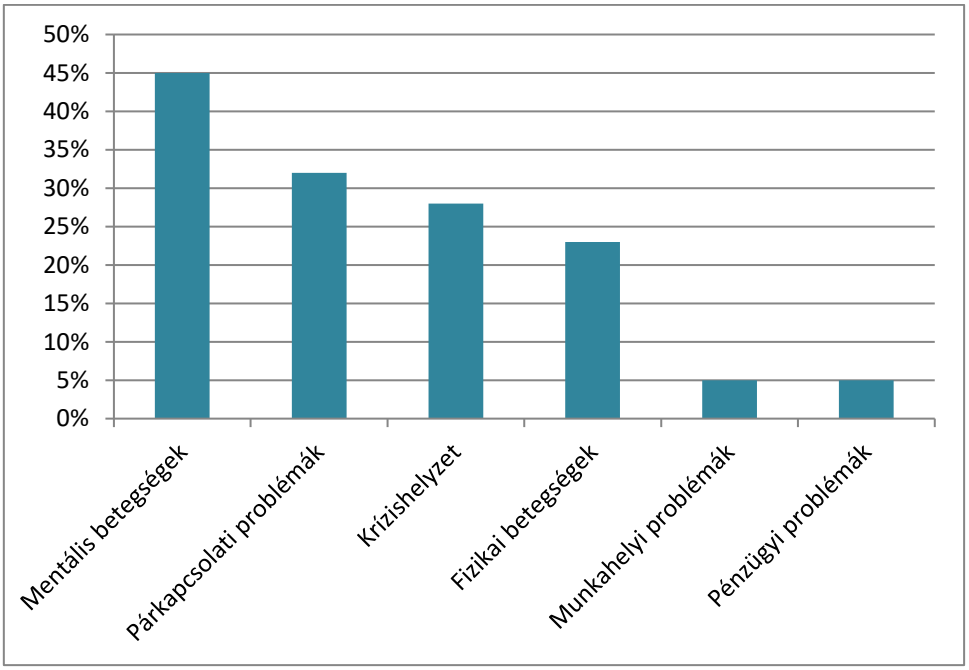
Öngyilkos magatartás formái:

- **Aktív öngyilkos magatartás**: Aktív öngyilkos magatartás esetében tettek formájában nyilvánul meg az önpusztításra való törekvés (önakasztás, mérgezés, gyógyszerek összegyűjtése, búcsúlevél, stb.).
- **Passzív öngyilkos magatartás**: Passzív öngyilkos magatartás esetében a halál bekövetkezésének érdekében mindent elkövet az egyén, így az élethez nélkülözhetetlen tevékenység elvégzését elhanyagolja azzal a céllal, hogy meghaljon (pl. életmentő gyógyszereit nem veszi be, nem táplálkozik, stb.)

- **Bizonytalan öngyilkos magatartás:** Bizonytalan öngyilkos magatartás esetén nem egyértelmű a közvetlen halálra irányuló szándék, ennek ellenére kisebb lépéseket, tevékenységeket tesz meg a halál felé vezető úton (pl. szögek, veszélyes tárgyak lenyelése, csukló ereinek felületes átvágása, nagyobb mennyiségű, de nem halálos gyógyszeradag bevétele, ittasan autóval való száguldozás, a kábítószerek, vagy gyógyszerek nagyobb adagjainak esetenkénti használata). (Tringer, 2010).

Az öngyilkosságra utaló magatartásban felfedezhetők a krízisállapot jellegzetességei:

- a magatartás átmeneti dezorganizációja,
- az adott helyzettel való megbirkózás képtelensége,
- a szokásos problémamegoldó mechanizmusok elégtelensége,
- potenciális radikális megoldások.



1. ábra Öngyilkosságot kiváltó okok (Sheikholeslami - Kani - Ziaee, 2008 alapján)

A fenti ábrán láthatóak az öngyilkosságot kiváltó okok, egy 2008-as amerikai felmérés alapján (Sheikholeslami - Kani - Ziaee, 2008). A leggyakoribb kiváltó okként a mentális zavarok jelennek meg, a második helyen a párkapcsolati problémák állnak, ezt követik különböző egyéni krízishelyzetek, ezután a fizikai betegségek, és a sort a munkahelyi és pénzügyi problémák zárják.

"Cry for help"

Az öngyilkossági kísérletek jelentős része, vagy az öngyilkosság szándékának kifejezése úgynevezett segélykiáltásnak tekinthető (cry for help), azaz egyfajta jelzés a környezet felé, hogy az illető problémával küzd. A segítségkérés különböző formát ölthet, például telefonhívás, üzenetrögzítőn hagyott üzenet, egy szembetűnő helyen hagyott üzenet, de akár szimbolikus gesztus is lehet, például a csukló felületes felvágása (Perczel, 2001;2008).

A Ringel-féle preszuicidális szindróma

Ringel szerint a cselekményt megelőzően az öngyilkosjelöltben törvényszerű folyamatok zajlanak le (Tringer, 2010). Ezek a következők:

1. Fokozódó beszűkülés

A személy fokozatosan eltávolodik a szociális kapcsolatoktól, keveset jár el otthonról, családi és baráti kapcsolatainak száma csökken, azokat nem keresi. A krízisben lévő személy további jellemzője, hogy mindaz, ami addig értéket jelentett számára, az értékét veszti.

2. Agresszív feszültség felhalmozódása és maga ellen fordítása

A krízisben lévő személy miközben a külvilágtól, realitástól egyre inkább eltávolodik, eközben magát leértékeli, a kudarcokért saját magát hibáztatja, saját magát teszi felelőssé (autoagresszió– önmaga ellen irányuló agresszív viselkedés)

3. Öngyilkossági fantáziák

Az önhibáztatás következményeként a kiutat nem látja a krízishelyzetből, megoldásként önmaga elpusztítását látja. A halál gondolatával való foglalkozás, fantáziák esetében a tettbe fordulási valószínűséget kell megítélni. A fokozatok így alakulnak (amelyek közül az 5-ös a legsúlyosabb):

1) „jobb lenne nem élni", „nincs értelme az életnek",
2) erős halálvágy, de még nem egyértelmű döntés,
3) kifejezett öngyilkossági elhatározás, de még nincs konkrét terv,
4) pontos terv a tett végrehajtására,
5) előzetes próbálkozások.

Öngyilkosságra figyelmeztető jelek

Öngyilkosságra figyelmeztető jel, ha valaki az **öngyilkosságról beszél**, halálról, önsértésről beszél. Pl. "Bár meg se születtem volna", "Jobb lenne meghalni". Szintén figyelmeztető jel, ha az illető **öngyilkosságra alkalmas, veszélyes eszközöket keres**. Fegyvert, gyógyszert, kést vagy egyéb olyan tárgyat próbál beszerezni, ami alkalmas lehet öngyilkosság elkövetésére. **Elmélyed a halállal kapcsolatos gondolatokban**, szokatlanul sokat foglalkozik a halállal, meghalással vagy erőszakkal, továbbá verseket vagy történeteket ír a halálról. Ugyancsak figyelmeztető jel, ha **elveszti a jövővel kapcsolatos reményeit**. Tehetetlenség, reménytelenség, csapdába esettség érzését éli át ("Nincs kiút"). Az a hit, hogy a dolgok úgysem fordulnak jobbra, vagy nem változnak. Az **önutálat, öngyűlölet megjelenése,** értéktelenség, bűntudat, szégyen, öngyűlölet érzése. Gyakran előfordul, hogy tehernek érzi magát ("Mindenkinek jobb lenne nélkülem"). Figyelmeztető jel, ha **elrendezi az ügyeit**, végrendelkezik, eladja értékeit, elrendezi a családtagokkal a dolgait, mintha készülne valahova. Elköszön, szokatlan vagy váratlan látogatásokat, telefonhívásokat tesz. Elköszön másoktól, mintha sosem látná újra őket. Eltávolodik másoktól, eltávolodik a barátaitól, a családjától. **Társas elidegenedés**, izoláció lesz jellemző, továbbá vágyik arra, hogy egyedül hagyják. **Önromboló, önkárosító viselkedés**, többek között megjelenhet alkohol- vagy drogfogyasztás megnövekedett mértéke, felelőtlen vezetési stílus és szexuális magatartás. Szükségtelen kockázatok vállalása, mintha "halálvágya" lenne. Továbbá szintén jellemző a hirtelen nyugalom érzése, megnyugvás. Hirtelen megnyugvás, boldogság érzése, amit súlyos depresszív periódus előz meg, azt jelezheti, hogy a személy meghozta a döntést, hogy öngyilkosságot követ el (Rihmer et al, 2017; Tringer, 2010; Szomolai).

Pszichiátriai betegeknél vagy súlyos pszicho-szociális krízisben lévőknél folyamatosan figyelemmel kell lenni az esetleges öngyilkossági késztetésre; az akut vagy hosszútávú szuicid veszély az öngyilkossági rizikófaktorok átfogó értékelésével nagy valószínűséggel előrejelezhető. Az akut öngyilkossági krízisben a legfontosabb a beteg biztonságának a biztosítása. Közvetlen veszélyeztető magatartású betegnél kórházi felvételre van szükség, míg enyhébb esetekben ennek a lehetőségét mérlegelni kell. Amennyiben kifejezett agitáció, szorongás vagy alvászavar van jelen, akkor ezek a tünetek a megfelelő gyógyszeres terápiával azonnal kezelendőek. Az akut krízis lezajlása után hosszútávú kezelés, illetve gondozás szükséges. A szuicidális beteg gyógyszeres és egyéb biológiai terápiája mellett a kognitív viselkedésterápia módszereiről (dialektikus viselkedésterápia és problémamegoldó tréning) igazolt, hogy hatékonyak az öngyilkos magatartás megelőzésében. Mindezeken túlmenően a szupportív

pszichoterápia és a társas támogatás a szuicidális betegek rehabilitációjának elengedhetetlen része (Rihmer et al, 2017).

2. Felhasznált irodalom:

Alapítvány az öngyilkosság ellen honlapja: http://www.ongyilkossagmegelozes.hu/cry-for-help.html

Perczel Forintos D. (2001): Az öngyilkos magatartás kognitív háttértényezői. In: Psych. Hung. 2001/6.

Perczel Forintos D.(2008): Öngyilkosság - megelőzés és problémamegoldás. In: Psych. Hung., 2008/1.

Rihmer Z. - Németh A.- Kurimay T. - Perczel-Forintos D. - Purebl Gy. - Döme P. (2017): A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. Egészségügyi Szakmai Irányelv. Egészségügyi Közlöny

Sheikholeslami H.,- Kani K., - Ziaee A. (2008): Survey of precipitating factors of suicide attempts in persons who referred to emergency department. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, *17*(65), 77-87.

Szomolai D. Súlyos pszichés krízishelyzetek és szuicid (öngyilkossági) veszély felimserése, magyarázóelvei és kezelési lehetőségei. http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/publikacio/szomolai_dora01.pdf

Tringer L. (2010): A Pszichiátria tankönyve. Budapest, Semmelweis Kiadó

Tringer, L. (1999): A pszichiátria tankönyve. Budapest, Medicina Kiadó

3. Általános segítői kompetenciák

Összefoglalás
A fejezet rövid áttekintést ad arról, hogy milyen a „jó segítő”, és melyek a segítő szakemberekkel kapcsolatos elvárások az egyes ellátotti területeken. (empátia, tolerancia, önállóság, team munka, kommunikáció, stb.)
Cél
A fejezet célja, hogy röviden áttekintse és a segítői személyiség legfontosabb „eszköztárait”, ezáltal megerősítve azokat a képzésen résztvevőkben.
Kulcsszavak
kompetencia, empátia, tolerancia, team munka
Tanulást segítő kérdések
Melyek a legfontosabb segítői kompetenciák?
Mit jelent a kompetenciahatár?
Milyen helyzetekben merülhet fel a kompetenciahatárok kérdésköre?
Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Carl R. Rogers (1961), Valakivé válni - A személyiség születése, Edge 2000, Budapest, 2015

3.1. Áttekintés – Milyen a jó segítő?

A segítésnek bizonyos formái már ősidők óta ismeretesek. Ezek a formák általában olyan helyzetekre vonatkoznak, melyekben az egyén valamilyen szükségletét nem képes vagy nem tudja kielégíteni, így segítés, ha ételt adunk az éhezőnek, ruhát a fázónak, meggyógyítjuk a beteg embert, illetve gondozzuk a rászorulókat.
A szoros értelemben vett fizikai, testi gyógyításnak és a szociális segítségnyújtásnak napjainkra specializálódott intézményei alakultak ki, a segítés különböző formáit pedig törvény szabályozza.
A szakirodalomban segítő foglalkozásúaknak nevezzük többek között azokat a humán foglalkozású szakembereket, akik az ápolás, orvoslás, szociális gondozás, oktatás, nevelés területén végzik munkájukat.
A tevékenységük célcsoportjai rászoruló emberek, akikkel tevékenységük jellegéből adódóan fokozott mértékű érzelmi kapcsolatban is állnak. A segítés nem egyszerűen foglalkozás, hanem hivatás: a másik ember szolgálatára irányuló, és más szempontokat háttérbe szorító tevékenység. (Tomcsányi, 1990)

Milyen a jó segítő szakember?

Empatikus - képes a másik személlyel együtt érezni, beleélni magát az ő helyzetébe. Az egészségügyi és a szociális ellátásban különösen nagy jelentősége van ennek a képességnek, hiszen mentális betegséggel, fogyatékkal élő személyek, addiktológiai problémával küzdők számára hatékony segítséget nyújtani az empátia képessége nélkül nem lehetséges. A feltétel nélküli elfogadás kulcsfontosságú. Az empátia képességéből alakul ki az emberséges segítői magatartás.
Önismerettel és önbecsléssel rendelkezik - tudja mik a saját erősségei, miben jó, és mik azok a képességek, amelyeket kevésbé birtokol. Tisztában van azzal, hogy mik jelentenek számára nehézséget, mi az a probléma, amit segítség nélkül nem képes megoldani. Magabiztos, hisz a saját tudásában, képes kiállni a saját érdekeiért. Kiegyensúlyozott, képes elfogadni és szeretni önmagát. Ez a képessége teszi alkalmassá arra, hogy elfogadja, szeresse a rászoruló embertársait.
Toleráns - a segítő foglalkozás során az ellátott személyek cselekedetei, viselkedése, gyakran megnehezíti az ellátásukat és a velük való együttműködést. A segítő személynek kellő toleranciával szükséges az ilyen helyzeteket kezelnie. Fontos tudatosítania magában, hogy a viselkedésbeli anomáliák többnyire az ellátott személy állapotából erednek.
Hiteles - a segítői hitelesség a szakmai képzettségből és az adott területen szerzett tapasztalatból tevődik össze.
Önálló - a segítő személy ismeri a saját kompetencia határait és ennek megfelelően képes az önálló munkavégzésre. Az alapvető szükségletek kielégítése minden segítő önálló feladatkörébe tartozik,

vezetői utasítás nélkül, a saját megfigyelései alapján is el kell tudnia végezni az ilyen jellegű feladatokat. Fontos, hogy önállóan tudjon döntést hozni azokban a helyzetekben, amik ezt megkívánják.
„Csapatjátékos” - a szociális ellátás munkakörei, az önállóság mellett a legtöbb szolgáltatásban megkívánják a teamben való munkavégzés képességét is. A team egy összetett feladat megoldására létrejött, különböző szakterületeken tevékenykedő, eltérő beosztású, de egyenrangú személyekből álló csoport. A team tagjai partnerekként dolgoznak a közös cél érdekében, ki-ki a saját kompetenciáján belül, önállóan, és ha a feladat megkívánja, együtt is. Számos olyan probléma adódik az ellátás során, amikor a munkatársak közös szakmai tevékenységével lehet azt megoldani. A jó segítő képes teamben dolgozni, társaival együttműködő, nyitott feléjük.
Jól kommunikál – a segítő személy kommunikációja különösen hangsúlyos szerepet kap a szociális ellátások rendszerében. Az ellátottak sok esetben speciális kommunikációs módszert igényelnek. Pl. autista személyek, értelmi sérültek, pszichoszociális fogyatékkal élő, illetve demens személyek ellátása az állapotuknak megfelelő, speciális kommunikációt igényli. A „jó segítő” ismeri azokat a technikákat, amelyek az egyes ellátotti célcsoportok minőségi ellátása megkíván. Kommunikációja határozott, de nem türelmetlen, agresszív szófordulatoktól mentes. Nem utasító hangnemben kér, hangjával megpróbál meleg, elfogadó, bizalmi viszonyt kialakítani. Munkatársaival, feletteseivel a kommunikációja önérvényesítő (asszertív), higgadt, nyílt, szükség esetén hatékonyan tud megfogalmazni pozitív vagy negatív érzelmeket is. A konfliktusokat igyekszik szintén asszertívan megoldani.
Terhelhető – a szociális ellátásban dolgozó segítő foglalkozásúakkal szemben elvárt, hogy nagy teherbírásúak legyenek. A segítés minden formájában megterhelő a segítő személyre nézve, de egyes ellátotti csoportokkal, különösen pl. a súlyos, halmozottan fogyatékos emberekkel való foglalkozás nagy fizikai és mentális igénybevételnek teszi ki a segítőt. A stressz tűrése olyan kulcsképesség, amely a fokozottan megterhelő munkakörökben dolgozóknál elvárt.
Megbízható – a segítő foglalkozású személyeknél elvárt, hogy munkájukat felelősségteljesen, megbízhatóan végezzék. A rászoruló, kiszolgáltatott emberekről való gondoskodás csak az embertársak és a környezet iránt érzett felelősség teljes tudatában, annak felvállalásával lehetséges.
Rugalmas – könnyedén alkalmazkodik a váratlan helyzetekhez, jól kezeli a változásokat.
Jóindulatú – a segítői jóindulat az az érzelmi kompetencia, amelyből a törődés, a segítés, a rászoruló ember támogatásának szándéka fakad.
Szakmailag felkészült - a szakmai képzés a kulcsképességek fejlesztésének az alapja, amely során kialakul az a magatartásforma, aminek segítségével az egyén alkalmazni tudja megszerzett tudását. A szociális ellátások munkatársainak szakmai tudását szükséges folyamatos továbbképzéseken, tanfolyamokon szinten tartani és tovább fejleszteni. A segítőnek szükséges időnként „megújulni”. Az új eljárások megtanulása és alkalmazása növeli a munka minőségét, a segítő személyt pedig hitelessé, kompetenssé teszi.
A jó segítő: kompetens - kompetenciának az ismeretek, a képességek és a megszerzett tudás sikeres alkalmazásának együttesét nevezzük. (Kenderfi, 2011) A segítő foglalkozású személy szükséges, hogy rendelkezzen ezzel a képességgel.

3.2. Kompetenciahatárok

A korszerű tudás és a kompetencia az egyes munkakörök és szakmai végzettségek tekintetében összekapcsolódnak egymással. A saját szakképesítés kompetenciahatárainak ismerete elvárt minden segítő foglalkozású személytől. Az alábbi fejezet ezeket a munkakörökhöz kapcsolódó kompetenciahatárokat tekinti át.

3.2.1. Munkakörökhöz tartozó kompetenciák

A korábbi években a munkaköri leírás jelentette az egyes munkakörök betöltéséhez a kiválasztás meghatározó forrását, amely döntően a feladatokat, kötelezettségeket, felelősséget, kapcsolatrendszert

foglalta magában. Napjainkban már a legfontosabb ismeretek körét és a személyiséggel kapcsolatos elvárásokat is rögzítik. Fontos elv, hogy minden feladathoz, minden munkakörhöz speciális felkészültség, személyes megfelelés szükséges, ennek kellene érvényesülnie a munkakört betöltő személy kiválasztásban. A kompetencia - ebben az esetben – a dolgozótól elvárt ismeretek, személyiségjegyek (készségek, jártasságok, képességek) és magatartásformák (attitűdök) összessége, amelyek birtokában képes lesz a szakmai feladatok eredményes elvégzésére.

A munkakörökhöz tartozó kompetenciák tekintetében tehát elsődleges fontosságúak (Poór, 2009):

- Az ismeretek, a tudás, amellyel egy adott személy rendelkezik.
- A készségek, jártasságok, amelyek feltételei a fizikai és szellemi feladatok megoldásának.
- Az önértékelés, a szociális szerepek, amelyek szerveződése alkotja a személyes értékrendet.
- Személyiségvonások, az egyén pszichikai-fizikai jellemzői és bizonyos helyzetekre adott válaszai, és
- a motivációk, amelyek az egyén magatartását, céljainak elérését befolyásolhatják.

Az intézmények az egyes munkakörökhöz tartozó szakemberek helyét, feladatát (kompetenciáit) és szerepét az alábbi dokumentumokban rögzíthetik:

- szakmai program,
- minőségirányítási program,
- munkatervek és a munkakört betöltő személy munkaköri leírása.

3.2.2. Végzettséghez tartozó kompetenciák

A felnőttképzésről szóló 2013. évi LXXVII. törvény 2.§ 20. bekezdés így határozza meg a kompetencia fogalmát:
„A felnőttképzésben részt vevő személy azon ismereteinek, készségeinek, képességeinek, magatartási, viselkedési jegyeinek összessége, amely által a személy képes lesz egy meghatározott feladat eredményes teljesítésére.”

A szakképzésbe, illetve a felsőoktatási képzésekbe való bemeneti kompetenciákat jogszabály határozza meg. Ebből világosan kiderül, hogy ki, milyen előképzettség birtokában kezdheti meg a szakképzést.
Az egyes végzettségekhez tartozó szakmai kompetenciákat, a személyes, társas és módszerkompetenciákat a szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményei határozzák meg.
Ezek az egyes végzettségek tekintetében eltérést mutatnak.
Az ápolói szakmai kompetenciák a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara TÁMOP 6.2.2./B/09/ projekt keretében elkészült „Hatásköri listák” – című kiadványban kerültek meghatározásra, a Hatásköri listákban meghatározásra kerültek az OKJ, a Bsc., valamint az Msc. ápolói kompetenciák.
A Bsc. ápolói kompetenciák már tartalmazzák azokat a tudáselemeket, melyek szükségesek a szociális ellátórendszerben való működéshez, de az OKJ ápolói kompetenciák közé ezeket még nem emelték be. Azonban az ápolói végzettséggel rendelkező szakemberekre mind az egészségügyi, mind a szociális ellátó rendszer területén egyformán vonatkoznak a végzettséghez kapcsolódó munkatevékenységek.
Példa a Hatásköri lista alapján a Bsc. ápolói végzettséggel rendelkező szakember kompetenciájára:

- Részt vesz az egészségügyi és/vagy szociális ellátás valamennyi szintjén a megelőző, gyógyító, gondozó és rehabilitációs munka folyamataiban.
- Ismeri az egészségügyi és szociális intézményrendszert.
- Együttműködik az egészségügyi és szociális szolgáltatások tervezésében, fejlesztésében, lebonyolításában.
- Klinikai környezetben oktató munkát végez az egészségügyben tanuló hallgatók és más egészségügyi és szociális dolgozók számára.

A különböző végzettségekhez igazított hatásköri szinteknek megfelelően az egyes képzettségek feladatai elkülönülnek. Autonómia és felelősség szempontjából **önállóan végezhető, utasításra végezhető** és együttműködve végezhető feladatokat különböztetünk meg. A Hatásköri listában megjelenő kompetenciák iránymutatóak.

3.2.3. Kompetenciákból eredő konfliktusok és azok feloldása

A korszerű tudás és a kompetencia az egyes munkakörök és szakmai végzettségek tekintetében összekapcsolódnak egymással.
A saját szakképesítés kompetenciahatárainak ismerete elvárt minden segítő foglalkozású személytől. A többlet feladat vállalásával a vele járó felelősség terheit is cipelnie kell a dolgozónak, aki a vállalást teszi. Fontos tisztázni, hogy az olyan feladat elvállalása, ami nem tartozik a dolgozó kompetenciakörébe, probléma esetén súlyos jogi következményekkel járhat. Az intézményvezető felelőssége, hogy az egyes tevékenységek elvégzéséhez szükséges megfelelő kompetenciájú szakember biztosítva legyen.
A feladat „átruházása" nem lehet megoldás a humán erőforrás problémákra.
A konfliktusok megelőzését a világosan dokumentált, letisztázott hatáskörök jelentik.
A kompetenciák túllépéséből eredő konfliktusok szakszerű megoldása intézményvezetői feladat.
Az intézményben dolgozók munkavégzésének ellenőrzése szintén intézményvezetői, illetve intézményvezető ápolói feladatkör, mely ellenőrzéseket rendszeresen, dokumentáltan kell végezni. Ezzel segíthető a dolgozó kompetencián belüli munkavégzésének ellenőrzése, illetve szükség eseten a feladatelosztás változtatása is.

3. Felhasznált irodalom

Tomcsányi T., Fodor L. (1990): Segítő kapcsolat, segítő szindróma, segítő identitás. In: Egymás közt egymásért, Szerk.: Jelenits I. -Tomcsányi T. HÍD, Budapest.

Dr. Kenderfi Miklós (2011) Pályaorientáció. https://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/2010-0019_palyaorientacio/ch08.html (letöltés: 2019.03.10.)

Dr. Poór Ferenc: Kompetencia a HR tevékenység gyakorlatában. https://www.hrportal.hu/hr/kompetencia-a-hr-tevekenyseg-gyakorlataban---i-resz-20090216.html (letöltve: 2019.03.11.)

Országos Képzési Jegyzék Szakmai és Vizsgakövetelmények http://szbi.hu/wp-content/uploads/2015/11/szocialis_gondozo_es_apolo_-_szakmai_es_vizsgakovetelmenyek.pdf (letöltés: 2019.03.10.)

2013. évi LXXVII. törvény a felnőttképzésről. https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300077.TV (letöltve: 2019.03.11.)

Hatásköri listák előkészítése egészségügyi szakdolgozói területen az Európai Unió és a Magyar Állam által támogatott TÁMOP 6.2.2./B/09/ projekt a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara kivitelezésében. (2009) Kiadó: MESZK, szerk.: Dr. Balogh Zoltán

4. Pszichiátriai betegek ellátása

Összefoglalás

A fejezet célja, hogy átfogó képet adjon a pszichiátriai betegségek mindennapi megjelenési formáiról, segítve ezáltal a területen dolgozó szakembereket, hogy felismerjék a leggyakrabban megjelenő tünetegyütteseket és a klienseknek a lehető legadekvátabb módon tudjanak segíteni. A pszichiátriai betegségek és tüneteik széles skálán mozognak, amelyek gyakran szülhetnek bizonytalanságot a segítői oldalról, de akár a mindennapi életünkben, családon belül is. Ezek a bizonytalanságok származhatnak elégtelen, pontatlan információkból, a bennünk lévő félelmekből és előítéletekből, vagy egyszerűen csak a tanácstalanságunkból.

A képzésnek fontos célja, hogy rávilágosítson a leggyakrabban megjelenő olyan általános panaszok hátterére, mint a szorongás, az alvászavar, és a kognitív zavarok, stb., és gyakorlati mankót nyújtson a szakembereknek az említett problémákkal küzdő kliensek támogatásához, segítéséhez és megértéséhez.

Cél

A fejezet célja, hogy a hallgatók képessé váljanak a legfontosabb kórképek tüneteinek felismerésére, valamint eligazodjanak a leggyakoribb mentális zavarok megjelenésében. Megismerjék a patológiás család működését és a hatékony kommunikáció eszközeit.

Kulcsszavak

mentális egészség, pszichiátriai betegségek, pszichózis, szorongás, alvászavar, figyelem, memória, mánia, depresszió, skizofrénia, sérülékenység, stressz kezelés, hatékony kommunikáció, készségfejlesztés

Tanulást segítő kérdések

Mit jelen a hallucináció? Milyen típusait ismeri?
Mit jelent a téveszme? Milyen típusait ismeri?
A szkizofréniának milyen alcsoportjait különböztetjük meg?
Melyek a depressziós fázis tünetei?
Melyek a mániás fázis tünetei?
Hogyan osztaná fel a hangulati élet zavarait?
Milyen stressz kezelő technikákat ismerünk?
Milyen érzések hatékony kifejezésével foglalkozunk a kommunikációs készségfejlesztés keretében?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Tringer L. (2010): A Pszichiátria tankönyve Semmelweis Kiadó Budapest
Füredi J. - Németh A. (2009): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina, Budapest
Bodrogi A. (2009): Pszichopatológia és pszichofarmakológia. In *Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés*, pp. 249-340.
Bulyáki Tünde, Dr. Harangozó Judit (2018) Közösségi Pszichiátria Kézikönyve Budapest, Ébredések Alapítvány
Bulyáki Tünde (2016) Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák. Budapest, ELTE TÁTK
Webinárium:
http://ebredesek.hu/wp-content/uploads/2015/11/A-k%C3%B6z%C3%B6ss%C3%A9gi-pszichi%C3%A1tria-k%C3%A9zik%C3%B6nyve-r%C3%A9szlet-A-sikeres-kommunik%C3%A1ci%C3%B3.pdf

4.1. Alapfogalmak

4.1.1. A mentális egészség definíciója

A mentális egészség, mint meghatározás, magába foglalja a jólét általános pozitív érzetét, a saját és mások értékességébe vetett hitet, az érzésekkel és gondolatokkal történő megbirkózás, a megfelelő személyes kapcsolatok kialakításának és a lélek stressz utáni öngyógyító képességét. Az érintett területek széles köre miatt elmondható, hogy számos tényező befolyásolja a mentális egészség minőségét. Jelentős hatást gyakorolnak a környezetben és a személyiségben rejlő jellemzők szintúgy,

mint a társas kapcsolatok minősége, a szociális támasz megléte vagy hiánya. A különböző interperszonális kapcsolatok meghatározzák, hogy az egyén milyen mentális egészséggel bír. A konfliktusok hozzájárulnak a distressz átéléséhez, míg az egészséges szociális környezet a károsító hatások feletti kontroll gyakorlását teszik lehetővé. Akik stresszes társas kapcsolatok között élnek, rosszabb coping stratégiákkal rendelkeznek, gyakrabban élnek át negatív érzelmeket, szorongást, és mindez a mentális egészség romlásához vezethet (Várkonyi, 2012).

4.1.2.A World Health Organization (WHO) meghatározásának bemutatása

Az egészség általános definíciójaként az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Alkotmányának előszavában az alábbi meghatározás szerepel: *„Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékosság hiánya."* Ez kiegészül a spirituális jól-léttel. Az egészség nem csupán cél, hanem egy erőforrás, melyet a mindennapokban használunk. Bár ez az egészség-meghatározás az egyik legtöbbet idézett definíció és 1946 óta nem változott, a gyógyítással, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek között teljes egyetértés van abban, hogy ez egy idealisztikus célképzet. Ez azt jelenti, hogy a definíció egy ideális állapotot fogalmaz meg, de a mindennapos individuális és közösségi szintű népegészségügyi tevékenység nem elérendő, elérhető cél. (Ádány R. 2012) Mentális egészség esetén, ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint *„a jólét olyan fokáról van szó, amelyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, stresszhelyzeteivel, képes az eredményes és termékeny munkavégzésre, valamint hozzá tud járulni közösségének életéhez.*" (WHO, 2001)

Az embernek, mint bio-pszicho-szociális lénynek a lelki egészsége szoros kapcsolatban van a teste egészségével és a szociális működésével (Ádány, 2012). A lelki egyensúly felbomlása kihat az egyén biológiai állapotára és hatással van a szociális kapcsolataira, közösségi életére is. Ezzel szemben a test betegségei, a súlyos krónikus állapotok ugyancsak felboríthatják a lelki egyensúlyt. Egyre inkább elfogadott az a nézet, hogy az egészség nem csupán a testünk megfelelő működését jelenti, hanem azt, hogy testi-lelki-szellemi egészként, harmonikus rendszerben funkcionálunk. Ha ez az egyensúly felborul, betegség következik be. Az ember és környezete közötti egyensúly megbomlásából, a megbirkózási képességek zavaraiból eredő tünetek, panaszok kezelésére a magyar egészségügy jelenlegi szervezete nem készült fel eléggé, annak ellenére, hogy a betegek jelentős hányada ezek miatt a panaszok miatt keresi fel az orvost (Kopp és mtsai, 1999). A lelki egészség fontos kritériuma a kisgyermekkorban kialakuló „megkapaszkodás" (a gyermek számára állandó, stabil, meleg érzelmi légkört biztosító, fejlődését és önbizalmának kialakulását elősegítő, lelkileg nem károsodott szülők harmonikus kapcsolata révén), a környezethez való alkalmazkodás, az egészséges lelki közérzet, „örömkészség", a személyiség, és a pszichológiai, lelki érettség. Kutatások bizonyították, hogy szignifikáns kapcsolat van a pszichológiai és a fizikai egészséget jelző mutatók, valamint a személyiség között. (Kopp és mtsai, 2008) Mind a testi, mind a lelki egészségre pozitív hatással van az újdonságkeresés, a kitartás, az élet értelmében való hit, a koherencia érzése, az önirányítottság és saját hatékonyság megélése, a megbízhatóság és a boldogság, de egyértelműen negatív hatással van az unalom, az ellenségesség és az értékvesztettség (anómia) érzése. A személyiségfaktorok vizsgálatának eredményei alapján megállapítható, hogy a negatív érzelmi viszonyulás és értékek hiánya növeli a mentális egészségi állapot romlásának és a betegségek kialakulásának valószínűségét, míg a saját sikeres tevékenységben való hit csökkenti azt. „A lelki egészség fogalma magában foglalja a mentális (gondolkodásbeli), az emocionális (érzelmi életre vonatkozó) és a szociális (a másokkal való kapcsolatok kialakítását tekintő) egészségességet. A lelkileg egészséges ember viselkedésére és tevékenységére köztudottan a megfelelő szociális érettség, a tudatosság, a szándékosság, a rendszeresség, az integráltság, a folyamatosság, a kulturáltság és a tökéletes szabályosság jellemző." (Fodor, 2014) Az egészséges személyiség képes a környezet változásaihoz rugalmasan alkalmazkodni. A fenti WHO definíció mellett jellemző, hogy az egészséges szervezet képes a környezeti hatásokkal szemben funkcióját dinamikus egyensúlyban tartani, azonban, ha betegség lép fel, ezt a homeosztázist a környezeti hatások kibillentik (Milliken & Campbell, 1994:17). Egyénileg változó, hogy az egyensúly

elvesztése kinél, milyen mértékben nyilvánul meg szomatikus, vagy mentális betegségek megjelenésében.
Az Egészségügyi Világszervezet 2013-as adatai alapján a tartós munkaképesség csökkenés 21,2 százalékát a mentális zavarok okozzák, és 2030-ra – szintén a WHO prognózisa szerint –a munkaképesség csökkenés leggyakoribb oka a depresszió lesz. Ez veszélyezteti az egyes országok versenyképességét, és hatalmas terhet ró az egészségügyi rendszerekre is. A mentális egészséggel kapcsolatos preventív intézkedésekkel összefüggésben nemzetközi és hazai viszonylatban is több terv készült.
A WHO közgyűlése által elfogadott és Magyarország által is aláírt akciótervet a világszervezet 2013-ban tette közzé, megállapításai jelenleg is irányadónak tekinthetők a nemzetek számára.

4.1.3.A lelki egészség megbomlása, a mentális egészség zavarai

A mentális működések zavaraival és az általuk okozott betegségek felismerésével, kezelésével, illetve kutatásával foglalkozik a klinikai orvostudományok pszichiátriai területe. Az esetek többségében a lelki folyamatok és működések zavarait, illetve a konkrét betegségeket kiváltó okokat, a felszínre jutó tünetek (szorongás, az érdeklődés hiánya, izgatottság, lehangoltság, instabilitás, érzelmi bénultság, ingerlékenység, gyanakvás, kényszeresség stb.) alapján csak a pszichiáterek és a pszichológus szakemberek képesek megtalálni (Kéri Sz., 2009).
A mentális egészség megbomlásának számos kockázati tényezője ismert. Ilyen kockázati tényezőt jelentenek a családi problémák, rossz életkörülmények, munkahelyi problémák (alulterhelés vagy túlterhelés, rossz munkakörülmények, rossz szervezeti légkör, szerepkonfliktusok, mobbing- közösségi pszichoterror, vezetési problémák, stb.). Azok az emberek képesek megküzdeni ezekkel a nehézségekkel, akiknek rendelkezésére állnak a megfelelő belő és külső erőforrások.

4.1.4.Pszichiátriai betegségek és tünettanaik

A pszichiátria az emberi magatartás zavarainak és ezek gyógykezelésének a tudománya.
A magatartás az emberre specifikusan jellemző humán rendszer, a szervezet legmagasabb szinten szervezett alkalmazkodási rendszere, amely a társadalmi környezetbe való beilleszkedést teszi lehetővé. Kialakulását, egyéni jellegzetességeit számtalan tényező befolyásolja.
Ezen tényezőket három csoportba soroljuk:

- genetikai hatások,
- biológiai tényezők,
- a szociális környezet hatásai.

A következőkben azon mentális zavarokat és tüneteiket tárgyaljuk, melyek a szociális szolgáltatókban a legnagyobb valószínűséggel fordulnak elő.

Pszichotikus zavarok

A pszichózis a valósággal való megfelelő kapcsolat megszakadását jelenti.

A pszichózis tünetei

a., Pozitív tünetek

Észrevevési zavarok - pszichotikus betegségekben, pl. Szkizofréniában fordulnak elő.

- **Hallucinációk (érzékcsalódások)**
  Hallucináció alatt a külső inger nélkül létrejövő kóros észrevevést értjük, (Tringer, 2010.) vagyis az egyén olyasmit lát, hall, vagy érez, ami nincs jelen a valóságban. Osztályozásuk komplexitás, vagy érzékszervek szerint történhet.

Komplexitás szerint megkülönböztetünk elemi, összetett, és komplex - jelenetszerű hallucinációkat. Elemi hallucináció lehet az elemi inger, hang, vagy fény, komplex hallucinációk esetén a beteg jeleneteket él át.

A hallucinációk másik **osztályozása érzékszervek szerint** történik: látási, hallási, szaglási, tapintási, ízlelési, és testi hallucinációkat különböztetünk meg.

Látási hallucinációk elemi formája a fény – árnyék vagy szikralátás, máskor képeket, egész jeleneteket láthat a beteg.

A hallási hallucinációk elemi formája a zörejhallás. A beszédhallás néha csak egy-egy hang formájában jelentkezik, máskor a beteg párbeszédet hall, akár több személy hangját is hallhatja. A szaglási hallucinációk bizonyos epilepsziaformákban is előfordulhatnak.

Az ízlelési érzékcsalódások esetén a beteg furcsa ízeket érez, ami mérgeztetéses téveszme kialakulásához vezethet.

A tapintási hallucinációk elsősorban alkoholos delíriumokra jellemzőek, amikor a beteg úgy érzi, például, hogy rovarok mászkálnak a bőrén. Kokain hatására is jelentkezhetnek hasonló érzetek (a bőr alatt férgek mászkálnak).

A testi hallucinációk esetén az egyén olyan testérzéseket érezhet, amelyek nem valóságosak, sokszor nagyon bizarrak. Például a beteg úgy érezheti, hogy drótok állnak ki a nyelvéből.

A hallucinációk egyszerre több érzékszerv részéről is jelentkezhetnek (Tringer, 2010).

- **A valóság átélésének zavarai**

  A deperszonalizáció a saját személyiség megélésének zavarát jelenti. A személy önmagát idegenszerűnek éli meg, néha kívülről szemléli.

  A derealisatio a külvilág megváltozottságának élménye, az egyén a valóságot másnak, szokatlannak látja. (Tringer, 2010).

Gondolkodási zavarok

A gondolkodás zavarait alaki és tartalmi zavarokra osztjuk.

A gondolkodás alaki zavarai

A gondolkodás lassulása egészséges egyéneknél is előfordul pl. fáradtság esetén.
A pszichiátriai zavarok közül a gondolkodás lassulása elsősorban depresszióra jellemző. Súlyos állapotban a gondolkodás gátolttá válik, valamilyen témánál (pl. a betegség, szerencsétlenség tematikájánál) megtapad, „nem tud tovább lépni”, a beteg folyton ugyanazt ismételgeti. A meglassulás a teljes leállásig fokozódhat, ilyenkor stuporról beszélünk.
A gondolafolyamat elakadását zárlatnak nevezzük, szkizofréniára jellemző, amikor hirtelen, ok nélküli elakadás lép fel a gondolkodásban (Tringer, 2010).
A gondolkodás gyorsulása szintén előfordulhat egészséges egyéneknél is. Egyes élvezeti szerek, mind kezdeti fázisában az alkohol, vagy a koffein szintén okozhatják. A kábítószerek közül a stimulánsok (speed, extasy, kokain) vezetnek elsősorban a gondolkodás gyorsulásához.
Kóros körülmények között a gondolkodása enyhe felgyorsulásától a széteséséig (inkoherencia) minden változat előfordulhat.
Az egyes pszichiátriai zavarok közül a gondolkodás felgyorsulása elsősorban mániás állapotra jellemző. Ha a gondolkodás nagyon gyors, de még összefüggő, gondolatrohanásról beszélünk (Tringer, 2010).
Inkoherenciának nevezzük a gondolkodás összefüggéstelenségét, mely a szkizofréniára jellemző Gondolatelvonás esetén a beteg úgy érzi, a gondolatait kiveszik a fejéből, vagy a gondolataiban olvasnak.
Gondolat-átültetéskor a beteg azt éli meg, hogy idegen gondolatokat ültetnek a fejébe.
Gondolat-felhangosodásnál a betegek úgy érzik, hogy fejükben a gondolatok hallhatóan hangosak. Fenti tünetek elsősorban szkizofréniára jellemzőek. A kóros vonatkoztatás főleg paranoid állapotokra jellemző Ilyenkor a beteg hétköznapi, mindennapi dolgoknak önmagára vonatkozó, speciális jelentőséget tulajdonít. Pl. a rádióban hallottakat üzenetként értelmezi, vagy arra következtet belőlük, hogy lehallgató készülékek vannak elrejtve a lakásában (Tringer, 2010).

Gondolkodás tartalmi zavarai

Tartalmi zavaroknak nevezzük azokat a folyamatosan fennálló tudattartalmakat, melyek a beteg számára szenvedést okoznak, és viselkedését is megváltoztathatják.
A **téveszme** a valóságra vonatkozó téves, megalapozatlan ítéletet jelent, melynek valódiságáról az egyén meg van győződve. A téveszmék középpontjában az egyén áll, azok közvetve vagy közvetlenül az énre vonatkoznak. Az egyén a téveszméket valóságosnak fogja fel. A téveszméket több szempont szerint is osztályozhatjuk (Tringer, 2010).
Megkülönböztetünk logikus, vagy illogikus téveszméket, rendszerezetteket és rendszerezetleneket.
A rendszerezett téveszmék főleg paranoid állapotokra, a rendszerezetlen téveszmék elsősorban a szkizofréniák különböző formáira jellemzőek. Ez esetben gyakran meghökkentő, a valóságban elképzelhetetlen tartalmakról van szó, ilyenkor használjuk a bizarr téveszme elnevezést

A téveszmék osztályozása tartalmuk szerint is történhet:

Üldöztetéses téveszmék esetén a beteg úgy gondolja, követik, figyelik, lehallgatják, kémkednek utána stb.
Befolyásoltatásos téveszméknél a beteg azt hiszi, idegen erők befolyásolják, irányítják, hatalmukban tartják.
A **mérgeztetéses téveszmés** betegnek meggyőződése, hogy meg akarják mérgezni, ételébe, italába mérget tettek. Ez a téveszme gyakran alakul ki ízlelési hallucináció hatására másodlagos módon.
Az **önvádlásos és bűnösségi téveszmék** elsősorban súlyos, pszichotikus tünetekkel járó depresszióra jellemzők. A beteg úgy érzi, hogy ártott másoknak, szerencsétlenséget hozott családjára, stb.
A **hypochondrias téveszme** súlyos, fel nem ismert betegség felől való meggyőződést jelent. Előfordul, hogy testi hallucinációk hatására alakul ki, amikor a beteg bizarr szervérzéseket észlel, és a betegséggel kapcsolatos téveszme ennek hatására jön létre.
A **származási (genealógiás) téveszme** esetén a beteg úgy gondolja, hogy ő maga jelentős személy (pl. híres uralkodó, hadvezér, stb.) leszármazottja, és ennek megfelelően is viselkedik.
Politikai téveszménél a beteg önmagának jelentős politikai szerepet, vagy befolyást tulajdonít.
A feltalálási téveszme esetén a beteg arról van meggyőződve, hogy valamilyen fontos és különleges dolgot talált fel, úgy véli találmányáért hatalmas felfedezői díjban fog részesülni, vagy találmányát valamely fontos intézmény fel fogja használni.
A **vallási (religiózus) téveszmés** beteg meggyőződése szerint közvetlen kapcsolatban van Istennel, a túlvilággal, esetleg ő maga Isten, stb.
Szerelmi téveszmék elsősorban nőbetegekre jellemzőek, mikor a beteg úgy véli, szerelmi kapcsolatban van egy konkrét, többnyire ismert, vagy híres férfival.
A **féltékenységi téveszmék** esetében az egyén meg van győződve házastársa hűtlenségéről, és ennek megfelelően viselkedik, házastársát folytonosan kérdőre vonja. Ez a téveszme típus elsősorban alkoholos paranoiára jellemző (Tringer, 2010).

A gondolkodás zavarai pszichotikus betegségekben, illetve hangulatzavarokban fordulnak elő leggyakrabban

b., Negatív tünetek

A negatív tünetek az érzelmi elsivárosodás, az érzelmi válaszkészség csökkenése, az akarati élet zavara, az érdeklődés beszűkülése, indítékszegénység, szociális visszahúzódás. Az érzelmi elsivárosodás kialakulásával a beteg érzései csökkennek, korábbi szeretett hozzátartozóit nem képes szeretni, képtelen az érzelmek megélésére. Érdektelenné válik korábbi kedvelt időtöltései iránt, nem érdeklik azok a tevékenységek, melyekben korábban örömet látott. Hanyatlás mutatkozik a munkaképességben, a szociális szerepfunkciókban.

Pszichotikus kórképek

A pszichotikus betegségek a következők: szkizofrénia, szkizoaffektív zavar, szkizofreniform zavar, delúzív zavar, rövid pszichotikus zavar, bipolaris zavar pszichotikus tünetekkel, depresszió pszichotikus tünetekkel (Tringer, 2010).

Szkizofrénia

A szkizofrénia súlyos, átható tünetekkel járó pszichiátriai betegség, amely általában késő kamaszkorban vagy fiatal felnőttkorban indul, a lakosság 05-1.2%-át érinti világszerte.
A szkizofrénia diagnózisa lényeges változásokon ment keresztül a betegség első leírásai óta.
A betegség diagnózisának változása részben a tünetek nagyfokú változatosságának tudható be és annak, hogy kialakulásának oka a mai napig is csak részben ismert (Réthelyi 2011).
A sok tekintetben még ma is titokzatos mentális zavart változatos klinikai tünetek jellemzik, úgy, mint téveszmék, hallucinációk, érzelmi elsivárosodás, szociális visszahúzódás és dezorganizált, szétesett magtartás (van Os, 2009).
Az elmúlt években a kognitív funkciók zavarát, a testi betegségek magas arányú együttes előfordulását és a csökkent közösségi részvételt is a betegség alapvető tüneteiként tartják számon.
A legújabban átdolgozott klasszifikációs rendszer, a DSM V. szerint szkizofrénia fennállását támasztja alá a következők közül kettő vagy több jelenléte egy hónapos időszak jelentős részében:

- téveszmék
- hallucinációk
- összefüggéstelen beszéd
- durván szétesett viselkedés
- negatív tünetek

A tevékenység színvonala egy vagy két olyan fő területen, mint a munka, személyközi kapcsolatok vagy öngondoskodás jelentősen alacsonyabb. A zavar jelei legalább 6 hónapon át fennállnak.

A szkizofréniának a következő alcsoportjait különböztetjük meg:

- paranoid,
- dezorganizált,
- katatón,
- szimplex,
- differenciálatlan és reziduális csoport (Tringer 2010, Trixler, 2009).

A **paranoid szkizofrénia** a leggyakoribb forma. Rendszerint későbbi életkorban (25-35 év) kezdődik. Téveszmékkel, hallucinációkkal jár, a téveszmék rendszerint üldöztetéses tartalmúak, logikusak, rendszerezettek. Kóros vonatkoztatások és jelentőségadások is előfordulhatnak. A hallucinációk többnyire hallásiak. A paranoid szkizofréniában a személyiség torzulása nem jellemző, az érzelmi élet, a célirányos cselekvések kevésbé károsodnak. Negatív tünetek csak későn, hosszú betegségfennállás után kezdődnek. Ez a formakör reagál a legjobban pszichoszociális rehabilitációra.

A **dezorganizált szkizofrénia**, vagy **hebefrénia** fiatal korban (16-25 év) kezdődik.
A téveszmék rendszerint bizarrak, nem rendszerezettek, és nem logikusak. A gondolkodás sokszor összefüggéstelen. A viselkedés gyakran szintén bizarr, a hallucinációk változó gyakoriságúak, sokszor átmenetiek. Negatív tünetek jelentősek, az érzelmi élet részéről érzelmi elsivárosodás, nem odaillő érzelmi reakciók jellemzőek. A beteg közönyössé válik önmaga és a világ dolgai iránt.
Ez a szkizofrénia típus rehabilitálható a legnehezebben.

A **katatón szkizofréniára** a téveszmék és a hallucinációk megléte mellett az előtérben álló mozgásos zavarok jellemzőek. Lehet izgatottság, és mozgásképtelenség, és e kettő között bármely változat előfordulhat. Az izgalmi és a gátlásos tünetek egymással váltakozhatnak. A szimplex szkizofréniát az

egyes osztályozó rendszerek a szkizofrénia spektrumba sorolják, mások a személyiségzavarok közé szkizoid személyiségzavar néven. Hallucinációk előfordulhatnak, de ritkák, gondolkodási zavarok ugyancsak fennállnak, de nem jellegzetesek. A tüneti kép előterében a negatív tünetek állnak, az érzelmi reakciók beszűkülése, érdektelenség a szociális visszahúzódás, az akarati élet zavara.

A **differenciálatlan szkizofrénia** csoportba, az egyik csoportba sem sorolható szkizofrén betegek tartoznak.

A **reziduális szkizofrénia** a krónikus betegség végállapotát jelenti.

Külön meg kell említeni a szkizofrénia utáni depressziót. A diagnózis felállításához a depresszió tünetei mellett szkizofrénia fennállását igazolni kell. Rendkívül fontos a felismerése, mivel nagyon gyakran jár öngyilkosság kockázatával.

A szkizofrénia kórlefolyása

Típusos esetben a betegség epizódokban zajlik. A betegség fellángolását gyakran hónapokkal, akár évekkel is megelőzően kezdődhet a bevezető időszak, mely gyakran csak utólag értékelhető.
Az egyén visszahúzódóvá, zárkózottá válik, furcsán viselkedik, érdeklődése csökken. Máskor elvont kérdésekkel szokatlanul intenzíven kezd el foglalkozni (Tringer, 2010, Trixler, 2009).
A betegség fellángolását aktív szakasznak nevezzük.
A pozitív tünetek megléte jellemző rá, hallucinációk, téveszmék, egyéb gondolkodási zavarok, a magatartás szétesése, stb. Az aktív szakasz lezajlását követi a remisszió időszaka, mikor az aktív tünetek elhalványulnak, vagy teljesen megszűnnek (Tringer, 2010, Trixler 2009)
Ahogyan a betegség halad előre újabb és újabb fellángolások következhetnek, melyek során, már egyre több pozitív tünet marad meg a remissziók idején is, és fokozatosan negatív tünetek is megjelennek.

Hangulatzavarok

A hangulat az egyén tudatát, viselkedését, egész tevékenységét viszonylag tartósan befolyásoló érzelmi állapot. Egészséges ember hangulata széles skálán változhat, számos tényező befolyásolja.
A negatív életeseményt kísérő szomorúság, valamint az örömteli eseményeket kísérő boldogság egyaránt része az egészséges életnek.
A hangulatzavarokban (kedélybetegségekben) a hangulat tartósan valamelyik szélső irányba tolódik. Az ide tartozó kórállapotok az esetek többségében ismétlődő, vagy krónikus lefolyást mutatnak (Rihmer, 2009).
A hangulatzavarok történetileg az ismert legrégibb pszichiátriai tünetek. Annak a valószínűsége, hogy valaki élete során a hangulati élet zavarainak valamely fázisát szenvedi el a felnőtt népességben 8,3-24,2%. Annak a valószínűsége, hogy valaki élete folyamán a „major depressziók” súlyosságát elérő állapotba kerüljön, a különböző felmérések szerint legalább 15 % (mely nőknél a 25 %-ot is elérheti (Tringer, 2010)).

A hangulatzavarok tünetcsoportjai

Depressziós tünetcsoport

A szomorúság, és reménytelenség érzése gyakran része az emberi életnek, ezért különösen fontos azoknak a diagnosztikus kritériumoknak a megléte, melyek a kóros szomorúságot elhatárolják az élethelyzeti nehézségre, sérelemre adott egészséges választól
A depresszió kritériumai a következők:

- Levert hangulat
- Az érdeklődés és öröm jelentős csökkenése

- Jelentős súlycsökkenés – vagy gyarapodás (havonta a testsúly 5 %- át elérő változás)
- Insomnia, vagy hypersomnia (kevés alvás vagy túlalvás)
- Motors agitáció vagy gátoltság
- Fáradtság
- Értéktelenség érzése, vagy kifejezett, indokolatlan önvádlás/bűntudat
- Csökkent gondolkodási, összpontosítási, vagy döntési képesség
- A halál gondolatával való gyakori foglalkozás, vagy visszatérő öngyilkossági gondolatok konkrét terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet, vagy konkrét öngyilkossági terv (Tringer, 2010).

A hangulat zavara az enyhe kedvetlenségtől nagyon súlyos lehangoltságig terjedhet.
A depressziós ember szomorúságot, reménytelenséget érez, lehangolt, vagy kétségbeesett.
Arca szomorúságot tükröz, mosolyogni nem, vagy csak kényszeredetten képes.
A beszéd halk, a beteg alig, vagy egyáltalán nem gesztikulál.
Néha a betegek feszültségről, vagy ingerlékenységről panaszkodnak.
A gondolkodás meglassúbbodik, egy – egy témán megtapad.
Az értéktelenség érzése és a bűntudat is gyakori jelenség. A depressziós emberek gyakran elvesztik önbizalmukat, félnek a mindennapok kötelezettségeitől, visszahúzódóvá válnak, kerülik a szociális kapcsolatokat.
A depressziós páciensek gyakran gondolkodhatnak halálról, vagy öngyilkosságról, a halált úgy tekintik, mint a menekülést a szenvedéstől, a **depressziós beteg öngyilkosságának veszélye nagy**. Gyakori jelenség a figyelem és a koncentráció zavara. A depressziós ember úgy érezheti, hogy munkáját nem tudja ellátni, képtelen a tanulásra, vagy egyszerű feladatok elvégzésére.
A késztetések és cselekvések gátlása következik be. A beteg fáradtságot panaszol, feladatait nehezen tudja ellátni, súlyosabb esetben munkája elvégzésére, illetve saját maga ellátására is képtelenné válik. Az általános orvosi gyakorlatban a fáradtság lehet az egyik leggyakrabban előadott panasza a depressziónak.
A pszichomotorosan meglassult betegek órákon keresztül ülhetnek, vagy fekhetnek csendben, ha mégis felkelnek mozgásuk lassú. (Nyugtalanság is előfordulhat, ilyenkor a beteg ingerlékenységről, feszültségről panaszkodik, képtelen ülni, fal – alá járkál, kezét tördeli.)
A depressziós beteg gyakran étvágytalan, álmatlan. Az alvászavarra jellegzetes a korai ébredés, a beteg hajnalban ébred és nem képes ismét elaludni. Legtípusosabb, hogy a páciens azt állítja, hogy reggel a legrosszabb a hangulata, ahogy a nap halad előre javul, és este érzi magát a legjobban (Rihmer, 2009).

A Mániás tünetcsoport

- A hangulati szint kóros emelkedése a gondolkodás, a késztetés, és a cselekvések intenzitásának fokozódását eredményezi.

A mánia tünetei:

- emelkedett hangulat
- felgyorsult gondolkodás
- éntudat kibővülése
- csökkent aktivitás
- kritikai készség csökkenése
- ingerlékenység
- túlzott beszédesség
- csökkent alvásigény

A hangulat emelkedése a jókedvtől az elragadtatás állapotáig különböző méreteket ölthet. A beteg jókedvű, nevetgél, tréfálkozik. A mániás állapotú betegek rendszerint nagyon jól érzik magukat, betegségbelátásuk nincs, önmaguktól általában nem kérnek orvosi segítséget.
A figyelem könnyen felkelthető, minden apró részlet megragadja, szórt, csapong, tartósan nem köthető le.

A gondolkodás felgyorsul, gondolatrohanás alakulhat ki. A beteg sokszor a gondolatok áramlását a szóbeli közlés útján követni sem tudja, így beszéde összefüggéstelennek tűnhet.
Az éntudat kibővül, a betegek saját magukat túlértékelik.
A beteg mozgása felgyorsult. Az aktivitás fokozott. A beteg folyamatosan tevékenykedik, több dologba belefog egyidőben.
Gyakori, hogy képességeit és lehetőségeit túlbecsülve felelőtlen vállalkozásokba kezd, költekezik, fölösleges dolgokra nagy összegeket költ el (pl. taxival utazik vidékre, vagy fölösleges holmikat vásárol, stb.).
Mániás állapotban a beteg gyakran hoz olyan döntéseket, melyek hosszú távra negatív következményekkel járnak, pl. olyan kapcsolatokat létesít, amelyeket utólag felelőtlennek minősít.
A kritikai készség csökken, ami a társadalom által elfogadott szabályok áthágásával járhat, tőle egyébként szokatlan módon viselkedik, pl. több szexuális kapcsolatot létesít, vagy ajánlatokat tesz, kellemetlen, kötekedő, stílust vehet fel, előfordul, hogy etikai, esetleg jogi normákat sért, vagy mértéktelen alkoholizálásba kezd, stb.
A mániás beteg könnyen lesz ingerült. Alvásigénye lecsökken, 2-3 óra alvás is elegendő a számára. Étvágya néha fokozott, gyakran azonban, a fokozott aktivitás miatt nem ér rá enni (Rihmer, 2009, Tringer, 2010).

A hangulatzavarok lefolyása

A hangulatzavarok hosszmetszeti megfigyelése feltétlenül szükséges ahhoz, hogy egy adott betegről korrekt diagnózis állíthassunk fel. Az időbeni lefolyás alapján két fő csoportot különíthetünk el, a fázikus, és a krónikus-fluktuáló lefolyású kórképeket (Rihmer, 2009, Tringer, 2010).

Fázikus (epizodikus, ciklikus) lefolyású kórképek

A fázikus lefolyású kórképekre jellemző, hogy:

- időben jól körülhatárolható módon kezdődnek,
- bizonyos ideig tartanak,
- időben körülhatárolható módon oldódnak,
- hosszabb- rövidebb tünetmentes időszak után a tünetek újra fellángolnak,
- az újra fellángoló tünetek vagy azonosak a korábbi fázissal, vagy ellenkező előjelűek,
- a fázisok spontán alakulnak ki és spontán oldódnak (Rihmer, 2009).

Kezelés nélkül a depressziós fázisok átlaga hat, a mániás fázisoké három hónap.
Lehetséges, hogy az első epizódot nem követi újabb epizód, az egyetlen epizód a beteg életének egyedi eseménye marad. A tünetmentes időszak átlagosan 6-9 hónapig tart. Azonos előjelű zavarok esetén unipoláris, ellenkező előjelű zavarok esetén bipoláris zavarról beszélünk (Rihmer, 2009, Tringer, 2010).

Bipoláris zavarok
A bipoláris zavarokra két, egymástól élesen elkülönülő állapot, a depresszió és a mánia jellemző.

Unipoláris kórképek

- Periodikus depresszió: a depressziós epizódok közé többnyire tünetmentes időszakok illeszkednek.
- Krónikus – hullámzó lefolyású kórképek: a depressziós tünetek szabálytalan hullámokban súlyosbodnak, majd enyhülnek. Teljes tünetmentesség gyakorlatilag nem alakul ki. Az állapot évekig elhúzódhat, megfelelő kezelés nélkül idültté válhat.
- Disztímia: idült lefolyású állapot, melyre a hangulat tartósan fennálló nyomottsága, az érdeklődés beszűkülése, az örömre való képtelenség jellemző. A tünetek súlyossága a

depresszióban jelzett mértéket nem éri el A diagnózis a tünetek legalább 2 éves fennállása esetén állítható fel.

- Primer krónikus depresszió: a depressziós tünetcsoport döntően biológiai eredetű, jellemző a családi halmozódás, a betegséget megelőző személyiségfejlődés kiegyensúlyozott. A kórlefolyás nem fázikus, hanem idült állapotba megy át (Rihmer, 2009).

Mentális zavarban szenvedők ellátásával kapcsolatos feladatok

A mentális zavarral élők ellátása rendkívül összetetet feladat, több szakember közreműködését igényelheti. A betegségek tüneteinek kontrollja gyógyszeres kezelés segítségével történik, emellett viszont rendkívül nagy az egyes pszichoterápiás eljárások jelentősége is. A pszichoterápia során segítő beszélgetés formájában történik a betegségek hátterében gyakran megfigyelhető traumatikus események feltárása, a kóros gondolatok megkérdőjelezése és helyettesítése funkcionálisabb gondolatokkal, a korai figyelmeztető tünetek felismerése, stratégiák kidolgozása jelentkezésük esetén. A korszerű szemlélet szerint a beteg céljaival és problémáival is foglalkozni kell (bio-pszichoszociális vagy problémaorientált megközelítés). A kliensek céljaival és problémáival foglalkozó szemléletet felépülés alapú szemléletnek nevezzük. Az ellátáshoz tartozik a visszaesések megelőzése mellett a képessé tétel a közösségi, szociális életre, a személyes célok megvalósulására, úgy mint a tanulás, az álláskeresés és a munka világában való megmaradás, párkapcsolat létesítése, családalapítás. az alapvető szociális igények megléte mint megfelelő lakhatás, tanulás, asszertivitás, problémamegoldás stb. Az ellátás célja, hogy a kliensek konstruktív, tartalmas, számukra és családtagjaik számára örömteli életet éljenek a közösségben. Ennek eléréséhez készségfejlesztésre van szükség, mindazon készségek elsajátítására, amelyek a kliensek személyes céljai megvalósítása szempontjából szükségesek, de hiányoznak.
A szociális szakemberek feladatai ennek megfelelően szerteágazóak. Bármilyen területen dolgoznak is, nagyon fontos, hogy bizalmi kapcsolatot tudjanak kiépíteni a klienseikkel, ismerjék fel a betegség tüneteinek fellángolását, lényeges, hogy kapcsolatot tartsanak a klienseiket kezelő pszichiáterrel/gondozóval.

4.2. Kockázati tényezők – patológiás család, mint megbetegítő tényező

A mentális egészség megbomlásának számos kockázati tényezője ismert, ezek között kiemelt szerepet kapnak a családi problémák. Ilyen tényezők lehetnek pl. válás, betegség, gyakori költözés, szülői modell hiánya vagy hibás szülői minták, sztereotípiák, rossz belső működés, szükségletbeli és érdekellentétek, tabuk, konfliktusok, rossz életkörülmények. A jól működő családok legtöbbje képes megbirkózni a nehézségekkel, mert rendelkezésére állnak a belső és külső erőforrások, amiket hatékonyan használnak fel. Megfelelő módon kezelik a stresszt, nincs a családban bűnbakképzés, a családtagok ki tudják mutatni érzéseiket, indulataikat, beszélnek róluk. Azokban a családokban, ahol a problémák nem kerülnek a felszínre, a feszültségek halmozódnak. A rejtett konfliktusok, a lappangó feszültségek következménye, hogy maga a család válik megbetegítő, úgynevezett patogén tényezővé. A család, jelentős mértékben befolyásolja a páciensek viselkedését, a pszichotikus tünetek megjelenését és a kórházi felvételek szükségességét. Számos bizonyíték utal arra, hogy a „Kifejezett Érzelem” (Expressed Emotion, „EE”) magas szintje növeli a mentális betegségeknél a relapszus kockázatát, különösen tekintettel a szkizofréniára. A magas EE szint kedvezőtlenül befolyásolja a betegség hosszú távú lefolyását is. Azokban a családokban, ahol mentális betegségben szenvedő családtag van, a hozzátartozók érzelmi bevonódásának túlzott mértéke, a durva, esetenként becsmérlő, vagy lekicsinylő, durva kritikai megjegyzések figyelhetők meg, illetve ilyen komponens a pácienssel szembeni ellenségesség is.
Pl.:
“Úgysem vagy rá képes”.
“A múltkor sem tudtad megcsinálni.”
“Állandóan elrontasz valamit, szedd már össze magad”.
“Egy csődtömeg vagy”.

“Sosem lesz belőled rendes ember.”
Az ilyen kommunikáció egy veleszületett genetikai sérülékenységgel, a mentális megbetegedésre való hajlammal rendelkező személy számára komoly stresszt jelent. A környezeti stressznek ez a fajtája megbetegítő: a mentális zavar kialakulásának egy rizikófaktora, illetve a pszichés betegséggel küzdőknél a visszaesés előidézője lehet. A genetikai sérülékenység vagy hajlam (prediszpozició), valamint a környezet és az élet eseményei (a stresszorok) együttesen idézik elő a mentális zavarokat. Minél nagyobb a genetikai sérülékenység, annál kisebb stressz is elegendő ahhoz, hogy a zavarok megjelenjenek. Önmagában nem jelenti a betegség szükségszerű megjelenését, ha valakinek hajlama van rá, de a stressz és hajlam együttese fokozott kockázatot jelent. Ugyanakkor a külső és belső rugalmassági tényezők, un. „védő tényezők” vagy faktorok segítik a hatékony megküzdést a nehézségekkel, és hatásukra akár elkerülheti a megbetegedést olyan személy is, akinél a hajlam és a stressz együttes jelenléte fennáll. Maga a sérülékenység kifejezés Aaron Antonovsky szalutogenetikus elméletéből ered, amely arra próbál választ adni, hogy ugyanazon környezeti körülmények között egyesek miért maradnak egészségesek, míg mások miért betegszenek meg. „A mentális sérülékenység szakkifejezés érzelmi, kognitív, szociális és viselkedési zavarokat jelent, amelyek bizonyos esetekben megfelelnek a mentális betegségek kritériumainak.” (Antonovsky, 1987) Azoknál a személyeknél, akiknél a család, mint támogató közeg van jelen, a családon belüli hatékony kommunikáció nem rombolja a sérülékeny személy önértékelését, illetve a problémákkal való megküzdő képességét. Ez teszi lehetővé a rugalmasság képességének (reziliencia) a kialakulását, ami a mentális betegséggel szembeni védelmet biztosíthatja.

A családok terheiről még mindig kevés szó esik, pedig a mentális zavarban szenvedő személyek közeli hozzátartozói komoly traumát élnek át a szeretett családtagjuk betegsége következtében. Látni a gyermekük, testvérük, vagy szülőjük változásait, közösen átélni a relapszusok során előforduló kríziseket, a pszichotikus állapotokat, vagy mély depressziókat és összességében sokszor tehetetlenül szemlélni a beteg ember szenvedését, hatalmas lelki terhet ró a családtagokra. A pszichés megterhelésen túl gazdasági terheket is kénytelen elszenvedni egy mentális betegségben szenvedő ember családja. A munkából való kiesés, az ismételt kórházi kezelések, a beteg leszázalékolása és a rokkantnyugdíjasként töltött mindennapok felemészthetik egy családi közösség erőforrásait. A mentális betegség súlyos lelki, gazdasági és szociális terhein túl kockázati tényezője a testi betegségek kialakulásának. A krónikus mentális betegségben szenvedő emberek számos más egészségügyi problémával kell, hogy megküzdjenek a betegségük előrehaladásával párhuzamosan. A beteg ember várható élettartamát a súlyos mentális betegségek az átlagoshoz képest 8-20 évvel csökkentik (WHO, 2013). A magasabb halandóság mögött az öngyilkosság áll a vezető helyen, de ezen túl a kardiovaszkuláris betegségek, a diabétesz, illetve az elhízás és szövődményei is halálokként szerepelnek. Az átlag populációhoz mérve a kezeletlen betegeknél jelentősen magasabb a kóros szerhasználattal élők száma. A hazai kutatások szerint Magyarországon a lakosság rossz általános egészségi állapota miatti kereső munkaképtelenség, illetve általában a munkanélküliség, különösen a tartós munkanélküliség relatíve magas aránya fontos kockázati tényező a mentális egészségproblémák kialakulásában. Az öngyilkossági magatartás tekintetében is a legfontosabb szociális tényező a munkanélküliség, de a képzetlen munkaerő kockázata csaknem hasonlóan magas. A magyar munkavállalók munkaterhelése az európai átlagnál nagyobb, a munkavállalói jogérvényesítési lehetőségek hiányosak, a munkahelyi stressz magasabb. Gyakoriak a szorongásos állapotok, melyek már gyermekkorban jelentkezhetnek, rontva a tanulmányi eredményt és az életminőséget (F. Lassú Zs. 2011).

4.3. Hatékony kommunikáció pszichiátriai betegekkel

A mentális zavarral élő személyekkel történő kommunikáció során fontos szem előtt tartanunk, hogy ők egy különösen sérülékeny (vulnerábilis) kliens csoportba tartoznak. „A sérülékenység-stressz modell szerint a mentális zavarral járó károsodás megnyilvánulásának valószínűsége akkor a legnagyobb, amikor a sérülékenységi és a stressz tényezők kombinációja meghaladja az adott személy bio-pszichológiai alkalmazkodó képességét, és kiváltja azokat a biológiai/ viselkedésbeli

válaszreakciókat, amelyek a kérdéses egyén betegségét jellemzik"(Falloon és mtársai 1998 idézi Bulyáki 2016).
„A stressz lehet környezeti stressz (pl. munkavégzéshez kapcsolódó stressz) és életeseményekhez (pl. közeli rokon halála) kapcsolódó stressz. A stresszorok negatív hatása a sérülékeny egyénre állapotrosszabbodásához, személyes és szociális korlátozottsághoz vezethet, amely az életminőség romlását eredményezheti. A segítő tevékenység célja, hogy a mentális zavarral élő személyeket hozzásegítsük a stressz megfelelő kezeléséhez. Ezek a készségek segítik a személyes örömteli célok elérését" (Bulyáki, 2016). A stresszkezelés minden szociális szolgáltatási formánál (közösségi pszichiátriai ellátás, pszichiátriai betegek nappali ellátása, pszichiátriai betegek átmeneti és tartós ellátást nyújtó otthona, pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye, pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona, támogatott lakhatás) megjelenő tevékenység.

A stresszkezelés módszerei melyek a pszichoszociális rehabilitációban használatosak
(Fallon, 1998; Harangozó, 1999; Herold, Bulyáki, Szabóné Csizmadia 2018):

- kommunikációs készségek fejlesztése,
- problémamegoldó készségek fejlesztése,
- asszertív viselkedés elősegítése,
- kríziskezelés és megelőzés.

A pszichoszociális rehabilitációs stratégiák speciális technikái közé tartozik az agresszív viselkedés kezelése (Falloon 1998;Harangozó 2000; Bulyáki 2006; Herold–Bulyáki–Szabóné Csizmadia 2018).
A stratégia használatára szükség lehet a pszichoszociális rehabilitációban.
A kommunikációs készségek fejlesztése
*„Azt már régóta tudjuk, hogy a mentális problémák nem csak biológiai tényezőkkel függnek össze, hanem a stressz is hat rájuk. Eddig főképp az életesemények, például haláleset, szakítás, állás elvesztése, valamint a mindennapi stressz hatását vizsgálták. Mindkettő, de különösen a mindennapi stresszténye*zők hozzájárulnak a mentális zavarok kialakulásához. A mindennapi stresszténye*zők között kiemelkedő jelentősége van az emberi kommunikációnak. Különösen a túlzottan aggódó és emellett gyakran ellenséges, kritikus kommunikáció lehet megterhelő. Ezért is tanítjuk a stresszkezelést az érintetteknek és hozzátartozóiknak"* (Harangozó, 2018).

„A személyek közötti kommunikáció javításának stratégiája a viselkedés csoportterápiában kidolgozott készségfejlesztő tréning módszereiből származik (Liberman et al, 1975; Falloon, 1987; Falloon 1998).
A készségfejlesztést végző tréneri tapasztalattal rendelkezik és segíti a résztvevőket az új készségek elsajátításában. A készségfejlesztés során az új kommunikációs készségek fejlesztése a meglévő hatékony készségek erősítése valósul meg (Bulyáki, 2016).

Az alapvető kommunikációs készségek, amelyek fejlesztése megvalósul a kommunikációs készségfejlesztő tréningen:

1. Pozitív érzéskifejezés: a készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személyek megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a pozitív érzéseiket.

2. Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés: a készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy megtanulja, hogy hogyan kérhet konstruktívan mástól.

3. Kellemetlen érzések kifejezése: a készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozója megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a kellemetlen érzéseiket.

4. Az aktív figyelem technikájának fejlesztése: a készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személyek megtanulják, hogyan tudnak hatékonyan figyelni a kommunikációban résztvevő partnerre, a kommunikációs folyamatra (Bulyáki, 2016).

Problémamegoldó készségfejlesztése

„A hatékonyan alkalmazott kommunikációs készségek hozzájárulnak a problémamegoldó készségek fejlődéséhez. Ha mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik nem tudnak egymásra figyelni, egymást meghallgatni, erőfeszítéseiket értékelni, pozitív kéréseket közölni, a kellemetlen érzéseket minősítés, kritika nélkül megosztani, a családtagok nem fognak tudni részt venni az eredményes problémamegoldás folyamatában" (Bulyáki, 2016). A személyes, örömteli célok elérése érdekében, fontos foglalkoznunk a problémamegoldó készségek fejlesztésével. A problémamegoldó készségek fejlesztése a 6 lépésből, módszerből áll:

1. A kiküszöbölendő probléma vagy elérendő cél azonosítása.
2. A lehetséges megoldások teljes körű számba vétele.
3. A megoldási javaslatok teljes körű értékelése.
4. A leginkább kivihető megoldás kiválasztása.
5. A kivitelezés gondos megtervezése.
6. A megvalósítás előrehaladásának ellenőrzése.

Asszertív viselkedés fejlesztése

A személyes hatékonyság növelése fontos a mentális zavarral élő személyeknél, akiknél az érdek érvényesítésének készsége csorbulhat. Az asszertivitás nem más, mint a hatékony kommunikáció egyik alkotóeleme. Az asszertivitás hatékony és méltányos érdekérvényesítést jelent.
Az asszertív magatartás üzenete, hogy én is és a másik személy is ugyan olyan értékes, fontos (Kristóf 2018).Az asszertív viselkedés fejlesztése a kommunikációs tréninghez kapcsolódóan jelenik vagy jelenhet meg. Helyzetgyakorlatok segítségével készségfejlesztéssel valósul meg (pl. hogyan tudom visszacserélni a romlott tejet az üzletben, hogyan tudom egy szolgáltatással kapcsolatos elégedetlenségemet kifejezni) Eredménye lehet a hatékony és méltányos viselkedés (Bulyáki, 2016).

Agresszió kezelése

„A mentális zavarral élő személyek által elkövetett bűncselekményeknek médiában való eltúlzott mértékű megjelenítésének hatására a mentális zavarral élő személyeket stigmatizálják. Amikor a mentális zavarral élő személy a betegség akut szakaszában van, az agresszió veszélye valóban megnőhet. Az indulatkezelési stratégiák kognitív és viselkedéses intervenciókból tevődnek össze, ezek a stratégiák eredményesek lehetnek mind a megelőzésben és a kezelésben is" (Bulyáki, 2016).
Az indulat, düh szabályozásának lépései, stratégiái:

A helyzet felmérése:

- Agresszív viselkedés gyakoriságának és természetének a nyomon követése. A beavatkozást végző szakember a mentális zavarral élő személlyel és hozzátartozóival feltárja, hogy milyen gyakran jelentkezik az agresszív viselkedés és, hogy milyen előzményei vannak.
- A probléma elemzése azoknak a tényezőknek a feltárására, amelyek valószínűbbé és kevésbé valószínűvé teszik az agresszív viselkedés bekövetkeztét.
- Szakorvosi vizsgálatok annak megállapítására, hogy a dühkitörések összefüggésben állnak e neurobiológiai rendellenességgel (Falloon et al, 1998 idézi Bulyáki 2016).

Az indulat és a düh kezelése:

A beavatkozást végző szakember:

- Felvilágosítást tart az agresszió természetéről, és hatékony kifejezésének lehetőségeiről.

- Problémamegoldó beszélgetés kezdeményez a mentális zavarral élő személlyel és hozzátartozóival, hogy feltárják az általuk hasznosnak ítélt problémamegoldási stratégiákat – mindig vannak alternatívái az agressziónak pl: a negatív érzések megfelelő kifejezési módja.
- Feltárja a klienssel és hozzátartozóival az agresszió korai figyelmeztető jeleit (a figyelmeztető jelek személyenként eltérőek lehetnek beszélgetések során tárjuk fel pl. Ingerlékenység, motoros izgatottság).
- A korai figyelmeztető jelek felmerülésekor alkalmazható önszabályzó stratégiák (relaxáció, figyelemelterelés) alkalmazásának kidolgozásában segíti a mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit.
- Az elfogadhatatlan viselkedés esetére beavatkozások egyértelművé tétele.
- A beavatkozást végző szakember a mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit segíti az elfogadható és az elfogadhatatlan viselkedés közötti határ meghúzásában.
- Az elfogadhatatlan viselkedés jelentkezésének esetén alkalmazandó tevékenységet rögzítő terv kidolgozásában.
- Felvilágosítást tart a hozzátartozóknak az agresszív válaszreakció kockázatáról (Falloon et al 1998).
- Fontos foglalkoznunk azzal is, hogy a kliensek, ellátottak is meg tanulják kezelni a feléjük irányuló agressziót (Bulyáki, 2016.).

4.4. Általános tünetek, amelyekkel a segítő találkozhat

A szociális szakellátásban részesülő pszichiátriai betegségben szenvedők magatartása, viselkedése a környezet számára sokszor érthetetlen, nem magyarázható.
Mindenkinek, aki pszichiátriai betegséggel küzdőkkel foglalkozik, jártasnak kell abban lennie, hogy a beteg viselkedése mögött a pszichiátriai betegségére jellemző tünetei állhatnak és például a figyelmetlensége, feledékenysége vagy éppen az indulati kitörése nem szándékos vagy nem szándékosan a környezete felé, vagy a személyzet felé irányul.
A fejezetben, a pszichiátriai betegséggel élőknél jelentkező leggyakoribb tünetek bemutatása történik.

4.4.1. A szorongás

A szorongást jellemezhetjük ésszerűtlen, vagy tárgytalan félelemként. Az idegesség és a félelem persze mindennapi emberi érzések, ezért csaknem mindenki megtapasztalhatja élete során. Fontos, hogy felismerjük a különbséget a normális és a kóros szorongás között.
A szorongás, vagy éberség lehet hasznos is, pl. amikor az ember az élet nehézségeivel, vagy stresszeivel küzd, és csak akkor válik betegséggé, amikor mindennapi tevékenységében gátolja, vagy munkaképtelenné teszi az embert.
Kórosnak akkor minősül, ha a szorongásos reakció túlméretezett, indokolatlan, látszólag jelentéktelen események hatására is bekövetkezik.
A legtöbb pszichiátriai betegség esetében a szorongás, mint tünet megjelenik. Az idült szorongásnak általános betegségekre hajlamosító hatása van, fennállása esetén, pedig a meglévő testi betegség kimenetele általában kedvezőtlenebb (Tringer, 2010).

A szorongás tünetei
A szorongás tüneteit pszichés (lelki), szomatikus (testi) és vegetatív tünetekre oszthatjuk fel (Bodrogi, 2009).

- *Pszichés tünetek*: Szomorúság, örömtelenség, boldogtalanság, félelemérzés, az aktivitás csökkenése, gátoltság, vagy ellenkezőleg túlmozgások, pl. fel-alá járkálás, kéztördelés, koncentrálási nehézség, ingerlékenység, türelmetlenség, elalvási-átalvási nehézség.
- *Szomatikus tünetek*: Mellkasi fájdalom, fulladás, nyelési nehezítettség, vagy gombóc-érzés a torokban, gyengeség, szédülés, gyomor-bélrendszeri panaszok: hányinger, hasi fájdalom, hasmenés, székrekedés.

- *Vegetatív tünetek*: Arcpír, hűvös, nyirkos végtagok, szájszárazság, izzadás, nyirkos tenyér, felületes és kapkodó légzés, pulzusszám-szaporulat, gyakori vizelés.

A szorongásos kórképekre jellemző, hogy gyakran és erőteljesen jelentkeznek az egyénnél, a kiváltó ok pedig rendszerint nincs arányban a szorongás mértékével.

4.4.2. Alvászavarok

Inszomniák

Az alvás zavarai közül az **inszomniákat** (kevés és nem kielégítő alvás) tárgyaljuk, mivel a mindennapi gyakorlatban a szociális területen dolgozók ezekkel az állapotokkal találkoznak a leggyakrabban.
Inszomniáról beszélünk, ha az alvás mennyisége, minősége elégtelen, vagy időzítése nem megfelelő, és ennek negatív nappali következményei is vannak.
Az inszomnia megjelenhet elalvási zavar, átalvási nehézség, korai ébredés, illetve nem pihentető alvás formájában. A panaszok hátterében gyakran találunk testi betegségeket, de az alvászavar hátterében gyakran a mindennapi élet stresszei állnak.
Inszomniát okozhat szorongás, valamint az alvászavar a **depressziós epizódnak** is tünete lehet.
A depressziós alvászavarra jellemző még továbbá a hajnali ébredés. Tudnunk kell azonban, hogy maga az inszomnia is vezethet depresszióhoz, szorongásos zavarokhoz.
Depresszió esetén hiperszomniával, vagyis túlalvással is találkozhatunk, azonban a hosszú alvási idő ellenére a beteg nem kipihent.
Alvászavar észlelésekor tehát meg kell állapítanunk, hogy van-e elsődleges ok az alvászavar hátterében (hangulatzavar, szorongás, valamilyen szervi betegség). Nem helyes gyakorlat, ha az alvászavart tünetileg kezeljük. Magyarországon a lakosság 15%-a szed altató/nyugtató típusú gyógyszereket, akár éveken keresztül, noha tudjuk, hogy ezek hozzászokást, függőséget okoznak. Az alvászavarok kezelésében, ha van kimutatható ok, akkor azt kell megszüntetni (pl. testi betegség depresszió, szorongás). Ha az alvászavar hátterében a mindennapi élet stresszei állnak, akkor az alvás higiéné betartására törekedjünk, mint a rendszeres testmozgás, séta, szabadlevegőn való gyakori tartózkodás, lefekvéskor megnyugtató zene hallgatása stb.

4.4.3. Kognitív zavarok

A következő alfejezetben a kognitív zavarok rövid bemutatása következik.

A figyelem és a koncentráció zavarai

A figyelem

A figyelem a tudat azon legjobb beállítódása, amely mellett az ingerfelvétel optimális.
Az idegrendszerünket érő információk rendezése a figyelem segítségével valósul meg.
Három általános jellemzőjét különítjük el, a figyelem koncentrációját, vigilitását (éberségét) és tenacitását (tapadósságát). A **koncentráció** a figyelem irányultságát, terjedelmét jelenti. Fokozott a koncentráció pl. intenzív tanulás esetén, csökkent lehet (dekoncentráltság) fáradtságban (Tringer 2010).
A **vigilitás** a figyelem éberségét, energetikai töltését jelenti, azt, hogy mennyire képes az ingerek felé fordulni. A **tenacitás**, vagy tapadási képesség azt fejezi ki, hogy a figyelem milyen intenzitással és mennyire tartósan ragadja meg a tárgyat, hogy mennyire köthető le, illetve mennyire mozgékony (Tringer 2010).

A koncentráció zavarai

A koncentráció zavarai negatív irányban a szórakozottság, vagy dekoncentráció, de a koncentráció negatív irányú eltolódását látjuk fáradtság esetén, elalvás előtt, továbbá szorongásos, kórképekben.

Pozitív irányú eltolódást – fokozott koncentrációt látunk paranoid kórképekben, valamint egészséges állapotban tanulás, vizsga esetén (Tringer 2010).

A vigilitás (éberség) zavarai

A vigilitás fokozódása a hypervigilitás, ilyenkor a figyelem könnyen felkelthető, például mánia esetén. A vigilitás csökkenése a hypovigilitás, amikor a figyelem nehezen, vagy alig kelthető fel, ezt láthatjuk például depresszióban szenvedő egyénnél (Tringer 2010).

A tenacitás zavarai

A tenacitás fokozódása a hipertenacitás azt fejezi ki, hogy a figyelem nehézkes, tapadó, pl. depresszióban, paranoid kórképeknél, de az érdeklődés középpontjába eső információkkal kapcsolatban a hipertenacitás természetes körülmények között is gyakran látható. A hipotenacitás: a figyelem csapongását jelenti, amikor az egyén, alig tud tartósan figyelni, a tudatba kerülő különböző információk folyamatosan elterelik a figyelmét. Leggyakrabban mániában látjuk a figyelem ilyen irányú változását (Tringer 2010).

A memória zavarai

A memóriazavar, feledékenység rendkívül gyakori panasz, a memória, az emlékezés képessége emberről emberre változhat, de egy adott személy esetében is széles határok között mozog. Egészséges körülmények között is számos testi és lelki tényező hat a memóriánkra, pl. fáradtság, álmosság, öröm, érdeklődés, aggodalom, lehangoltság stb.
A memória (emlékezés) az a képesség, hogy valamit meg tudunk jegyezni, azt el tudjuk raktározni és a későbbiekben fel tudjuk idézni. Megkülönböztetünk rövid-, közép- és hosszútávú memóriát, attól függően, hogy egy adott információt percekig, órákig-napokig vagy annál hosszabb ideig kell megjegyeznünk (Hidasi, 2017). A memória zavara bizonyos központi idegrendszeri betegségeknek tünete lehet. Ezen betegségekben emlékezészavar mellett általában egyéb tünetek is észlelhetők.

Életkorral összefüggő változások
Az idősödés folyamatával a memóriafunkciók, például a tanulás sebessége csökken (Hidasi, 2017).

Korfüggő memóriazavar
A memóriazavarok egyik legenyhébb formája. Egyetlen tünete a feledékenység, de az intellektus (értelmi képességek összessége) nem hanyatlott (Hidasi, 2017).

Enyhe kognitív zavar
Kóros állapot, noha még nem jelent szellemi hanyatlást. A feledékenység nem is feltétlenül tünete ennek a tünetegyüttesnek, elképzelhető, hogy mindössze a figyelem, a koncentráció csökkenése, a nyelvi kifejezés (beszéd) zavara, a gondolkodás romlása jelentkezik. A mindennapi életvitelben nem okoz komolyabb nehézséget. Előfordulhat, hogy az egyénnek bizonyos szavak vagy nevek nehezen jutnak az eszébe, elfelejti, hogy hova tette a dolgait, nehezen emlékszik vissza olvasott, vagy hallott információkra. Egyes esetekben ez az állapot nem romlik tovább. Ez a tünetcsoport sok esetben megelőzi a szellemi hanyatlás (demencia) állapotát, sok esetben a szellemi hanyatlás „előszobájának” tekinthető. Rendkívüli jelentőségű tehát ennek az állapotnak a felismerése, az esetlegesen rosszabbodó állapotok kezelése, megelőzése ebben a stádiumban a legeredményesebb (Hidasi, 2017).

Demencia (szellemi hanyatlás, mentális hanyatlás)
A demencia nem egyetlen betegséget jelölő diagnózis, hanem a megjelenésükben, tünettanukban hasonló betegségek gyűjtő kategóriája. Ez a tünet együttes minden körülmények között kóros állapotot, azaz betegséget jelent. Demenciának, vagy szellemi hanyatlásnak nevezzük az értelmi képességek, tehát az emberre jellemző, magasan szervezett idegrendszeri funkciók összetett károsodását, hanyatlását. Az idetartozó betegségek részletes leírását a későbbiekben taglaljuk

4.5 Demenciával kapcsolatos ismeretek, a demens kórkép ismérvei

Összefoglalás

A képzés során az egyes ellátotti célcsoportokkal (pszichiátriai és szenvedélybetegek, fogyatékos személyek) foglalkozók betekintést nyernek a demenciával élők jellegzetes kórképébe, az idősödéssel és egyéb, demenciával összefüggő állapotváltozásokba.

A hallgató megismerheti a hatékony, speciális kommunikáció eszközeit, mintáit. A szakdolgozó megtanulhatja a demenciával élő emberrel való kapcsolatteremtés szabályait, a demencia típusait, tüneteit, stádiumait, viselkedésváltozásokat és azok kezelésének módját.

A tematika kiemelten foglalkozik a demenciával élő személyeket érő abúzus formáival, a bántalmazásra, visszaélésre utaló jelek felismerésével és kezelésének lehetőségeire. Tájékoztatást nyújt az emberi jogok ismeretére, a jogvédelemmel foglalkozó szervezetek, szakemberek tevékenységi köréről. Bemutatja az Alzheimer betegek jogait a „Legjobb barát" modell ismertetésével. A képzés alkalmával bemutatásra kerülnek a személyközpontú gondozás alapjai.

Cél

Az egyes ellátotti célcsoportokon belül előforduló demenciával élő személyek ápolására, gondozására való érzékenyítés. A továbbképzés célja felhívni a figyelmet arra, hogy szükséges felkészülni a szakdolgozóknak - korszerű elméleti és gyakorlati tudással - a demens személyek ellátására.

Kulcsszavak

demencia, személyközpontú gondozás, komplex gondoskodás, holisztikus szemléletű gondozás életterv készítésének jelentősége, demenciával élőket elfogadó társadalom, támogató hozzáállás biztonságos környezet, hatékony kommunikáció, Legjobb Barát Modell, bántalmazásra, visszaélésre utaló jelek, emberi jogok

Tanulást segítő kérdések

Mi a demencia fogalma, kórképe, tünetei?
Mik az ismérvei a viselkedésváltozásnak?
Milyen zavarok jelennek meg a demenciával élők mindennapi tevékenységében?
Milyen szolgáltatásformák állnak rendelkezésre hazánkban a demens személyek ellátására?
Mikor hatékony a kommunikáció a demenciával élők esetében?
Hogyan hat a kommunikáció a segítő kapcsolatokra?
Mik a védett, biztonságos környezet kialakításának lehetőségei?
Mivel tudjuk támogatni, megtartani a megszokott életvitelt?
Mik a jelei a demenciával élők bántalmazásának?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Kapaszkodó(k) (2017) Gyakorlati tanácsok a demencia útvesztőjében. Konrád Kiadványszerkesztő Kft. Második kiadás, Budapest
Kovács Ibolya (2005) Demens betegek jogsérelmei és jogvédelme Jogvédelmi füzetek, BEGYKA
Dr. Szabó Lajos (2011): Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai. Budapest, Akadémiai Kiadó
Dr. Szabó Lajos (2010): Az időskori demencia, mint ellátási kihívás. Magyar Gerontológia
Csoó Lászlóné (2002. IX. évf. 2–3. sz.): Alzheimer-kórban szenvedők gondozási módszerei. In: Új terápiás programok Szociális és Családügyi Minisztérium – Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Periféria Füzetek, Budapest, 137-147.
Kárándi Erzsébet Gondozási környezet kialakítása INDA
Skultéti József (2015): Szolgáltatás elemei és szervezési lehetőségei - Inda Interprofesszionális Alprogram
Urbanics K.: A család és az átmeneti intézmények szerepe a mentálisan hanyatlott idősek gondozásában.
Tariska P (szerk.) (2002): Kortünet, vagy kórtünet? Mentális zavarok az időskorban, Medicina, Budapest, 438-461

Demencia – hazai és nemzetközi helyzetkép

A demenciával élők száma világszerte súlyos népegészségügyi probléma.

Európában több mint hétmillió, Magyarországon legalább 200 ezer embert érint, de egyes becslések szerint ez a szám eléri a 250 ezer embert is.

Becslések szerint 2050-re világviszonylatban több mint 100 millió demens beteggel számolhatunk.

Mit is jelent a demencia

A szó egy gyűjtőfogalom, nem egy konkrét betegség.
A demencia annak a tünetcsoportnak összefoglaló neve, amikor az agyi kapacitás különböző okok hatására lényegesen és visszafordíthatatlanul csökken, a rövidtávú memória és az emlékezés képessége nem kielégítő, az agysejtek működésében krónikus zavar áll be, illetve azok száma folyamatos csökkenésnek indul. Ez érinti még a gondolkodást, a problémamegoldás képességét, a beszédet és az érzékelést. A tünetek együttese már nagyban befolyásolja az érintett személy mindennapjait. A demencia nem normális velejárója az öregedésnek, bár az életkor előre haladtával nő a kialakulásának valószínűsége.
Azt mindannyian tudjuk, hogy idősödve egyre kevesebbre vagyunk képesek, külső megjelenésünk is változik, idővel a bőrünk is ráncosodik, az agyunk morfológiája (alakja) is módosul, ami a képességeink bizonyos csökkenéséhez vezethet.
A demencia mint tünetegyüttes, ennél többet jelent: ekkor a szellemi hanyatlás mértéke kóros.
A betegség progresszív, vagyis az idő előrehaladtával egyre rosszabbodik.
Bizonyos számú agysejt pusztulása után, az agy maga zsugorodni kezd.
A demencia kiváltó okai nem mind ismertek, az állapot, az azt kiváltó októl függetlenül, jelenleg nem gyógyítható.

A demencia jellemzői

Megjelenik a memória, a gondolkodás, a figyelem, a térben és időben való tájékozódás zavara, melyhez társul a társadalmi, munkahelyi, mindennapi élet funkcióinak zavara.
A demenciának számos oka lehet, a tünetek azonban hasonlóak.
A betegség jellemzően visszafordíthatatlan, tehát terápiás beavatkozással sem érhető el állapotjavulás.

Okok

Visszafordítható (reverzibilis) okok:

- mérgezések
- hiánybetegségek
- daganat (agydaganat)
- fertőzések

Visszafordíthatatlan (irreverzibilis) okok:

- Alzheimer-kór
- Parkinson- kór
- Vaszkuláris demencia

Tünetek

A visszafordíthatatlan demencia kialakulása lassan, fokozatosan alakul ki.
Az első tünetek megjelenését gyakran a természetes öregedésnek vagy valamilyen súlyos lelki megterhelésnek tulajdonítják.
A tünetek azonban egyre fokozódnak, esetleg egyre több tünetet tapasztalhatunk.

Korai jelek (nemtől, demencia típustól, nemzetiségtől, - stb függetlenül):

- feledékenység: a beteg elfeledkezik szokásos tennivalóiról (pl. nem zárja el a gázt, csapot),
- több időt vesz igénybe a szokottnál a mindennapos tevékenységek elvégzése,
- személyiség-és hangulatváltozások (izgatottság, sírás, érthetetlen jókedv váltja egymást),
- koncentrációkészség beszűkül,
- intellektuális (értelmi, észbeli) készségek leépülnek,
- alapvető tevékenységeket képtelen végrehajtani (főzés, öltözködés, mosakodás),

- nem képes új dolgokat megjegyezni.

Később jelentkező kognitív zavarok előfordulási módjai:

- aphasia (beszédzavar)
- agnosia (felismerési képtelenség)
- apraxia (akaratlagos mozgás zavara)
- alexia (olvasási képtelenség)
- agraphia (írással való kommunikáció elvesztése)

Viselkedésváltozások, megváltozott egészséges működéstől eltérő állapotok felismerése, kezelése:

Minden ember egyedi, különleges és megismételhetetlen, ezért a demencia is másképpen jelentkezik mindenkinél. Nincs két olyan ember, akiknél a jelek ugyanabban a sorrendben, ugyanolyan intenzitással jelentkeztek volna először.
Az érintett személyisége, társadalmi helyzete és általános egészségi állapota mind fontos faktorok abban, milyen hatással lesz rá az agysejtek megbetegedése.
Ezt a mentális leépüléssel járó folyamatot mindenki másként éli meg. Ugyanakkor léteznek olyan univerzálisnak tekinthető problémák, amelyek a betegek túlnyomó többségénél megjelennek, és egyre növekvő gondot okoznak:

- Memóriazavar (elsősorban a rövidtávú memória elvesztése),
- nehézségek az addig ismert, rutinszerűen végzett feladatok elvégzésében (pl. felöltözés, kávéfőzés, takarítás).
- Nehézségek a beszédben (furcsa, oda nem illő szavak beillesztése mondatokba),
- zavar a tájékozódásban, hely-, idő-, dátum tekintetében.
- Gyenge-, vagy csökkenő ítélőképesség (pl. évszaknak nem megfelelő öltözék kiválasztása).
- Problémák az aktuális ügyekben való részvétellel (csekkek befizetése, ügyintézésben).
- Tárgyak szokatlan helyre történő elrakása (pl. szemüveg a hűtőben, wc papír a sütőben).
- Hirtelen hangulatváltozások, magatartásváltozás (pl. az együttérzés hiánya, hirtelen dühkitörés).
- Változás a személyiségben (pl. hamar válik gyanakvóvá, ingerlékennyé, depresszióssá vagy apatikussá különösen akkor, ha szembesül azzal, hogy emlékezete cserbenhagyta).
- Kezdeményezés teljes hiánya (pl. viselkedésében passzív, órákig ül a tv előtt, aluszékony, érdeklődés elvesztése addig kedvelt hobbik iránt).

A gondozási, ápolási ellátás folyamatának kialakítása

„A demens betegek ellátása, gondozása napjaink egyik legnagyobb egészségügyi és szociális kihívása. A legnagyobb teher a gondozó családokra hárul, hiszen a demencia hatására az érintett személynek megváltoznak a kognitív funkciói, amelyek akadályozzák a mindennapi önálló életvitelt. Egy igazi találkozást, együttélést az emberi méltóság tiszteletben tartása jellemez. Elsősorban emberképünk, értékrendünk, ismereteink, tapasztalataink és elvárásaink a másik iránt. A demens betegekkel való munka egyik legfontosabb alappillére az „én támogató hozzáállás", amelyben felülírjuk saját gondolatainkat, és belépünk társként a gondozott személy világába, abba a világba, amelyet abban a pillanatban megél. A gondozó családok belefáradhatnak az újabbnál újabb kihívásokba, és gyakran emiatt fordulnak a professzionális segítőkhöz vagy akár a bentlakásos otthoni ellátáshoz." (Kiss, 2015.p. 1. p. 1 o.)

„A gondoskodás nem szociális tevékenység, hanem személyes odafordulás a rászorulóhoz. Minden embernek, akire emberek vannak bízva és értük, nekik szolgál, tisztáznia kell egy nagyon fontos kérdést: Kicsoda az EMBER?" (Beszterczei: 2015.2..p. 52.o.)

A demenciával élő idősek ellátásának alapelvei:

1. Az ápolás, gondozásnak holisztikus szemléletben, komplex gondozás keretében kell megvalósulni.
2. Az ellátás középpontjában a beteg egyénileg meghatározott szükségletei álljanak, a személyközpontúság értékrendjének és szemléletének megfelelően.
3. Mindig törekedni kell a betegek „jól-létének" fokozására és életminőségük maximalizálására.
4. Az idős, demens embert tágabb szociális környezetében elhelyezkedő személyként kell elfogadni.
5. Törekedni kell arra, hogy állapotától függően, minél teljesebb mértékben, aktívan részt vehessen szükségletei kielégítésében az ellátott.
6. A demenciával élő beteg állapotának minden fázisában különleges hangsúlyt kell helyezni az egyén tiszteletére és emberi méltóságának megőrzésére.
7. Törekedni kell az idős, demenciával élő betegek még meglévő képességeinek megtartására, fejlesztésére és rögzítésére.
8. Fontos, hogy a gondozásban/ellátásban résztvevők ismerjék a demencia okait, az állapotot előidéző betegségeket, a tünetek változatosságát, a szakszerű beavatkozások módszereit.

A demencia kezelése komplex megközelítést igényel, melyben szerepe van a társadalmi feladatvállalásnak- és a családnak egyaránt.
A korai felismerés és a komplex kezelés célja a tünetek enyhítése, a progresszió lassítása és az életminőség javítása.
A gyógyszeres terápián túl az ellátás, a gondozás, a betegoktatás és a „gondozók gondozása" egyaránt kiemelkedő jelentőségűek.

Demenciával élők ellátásának lehetőségei, különböző szolgáltatási formák Magyarországon:

A szociális ellátás területén:

- Pénzbeli ellátás – ápolási díj (ha a családtag otthon ápolja a demenciával élő hozzátartozóját).
- Étkeztetés – kiegészítő ellátás (főleg magányos, enyhe súlyos demens betegek számára).
- Házi segítségnyújtás és jelzőrendszeres házi segítségnyújtás.
- Demens betegek nappali ellátása – idősek klubja (specifikus vonatkozásokkal). Alzheimer Cafék (melynek lényege, hogy információkat ad a demenciával élőknek és hozzátartozóiknak a betegség Pszichoszociális és orvosi aspektusáról. Nyílt és tabuk nélküli párbeszéd kialakítására van lehetőség a betegségről.).
- Idősek átmeneti gondozóháza.
- Ápolást, gondozást nyújtó intézmények - idősek otthona (az idősek otthonaiban lévő demens részlegek).

Az egészségügyi ellátás területén:

- Demencia-vizsgálat, demencia centrumok, pszichiátriai-, neurológiai-, geriátriai szakorvos háttér.
- Egészségügyi alapellátás – háziorvosi ellátás, prevenció/szűrések.
- Otthon-ápolási szolgálat.
- Szakellátó egészségügyi intézmények (kórházak akut osztályai, kórházak krónikus és rehabilitációs részlegei, pszichiátriai és neurológiai osztályok, általános szakrendelések, specializált gerontopszichiátriai osztályok, geriátriai szakrendelések).

A demenciának az érintett betegek és családjaik, az őket gondozók, illetve a hatóságok általi megértése a pontos és következetes diagnózison is múlik.

A demencia korai diagnózisával kapcsolatos helyes gyakorlat meghatározása és terjesztése szükséges ahhoz, hogy a rendelkezésre álló beavatkozásokat a legeredményesebben, a leghatékonyabb korai szakaszban lehessen alkalmazni. A mielőbb megvalósuló diagnózis és beavatkozás segítségével lehetséges lesz a betegségek késői szakaszban jelentkező előrehaladásának a késleltetése, ezáltal pedig a kórházba utalás halasztása és a végső (tartós) ápolás jelentős költségeinek csökkentése.

A demens betegek megjelenése különböző szolgáltatási formáknál, az ellátórendszer adottságai, demenciával élők ellátásának módszerei, kezelési, gondozási, ápolási lehetőségei:

A demencia kórkép vizsgálata: 2003 óta a demens betegek szakellátására „Demencia Centrumok" hálózata jött létre. A Demencia Centrumoknak szakorvosai adminisztratív jogosultsága kiterjed bizonyos gyógyszer-specialitások térítéstámogatással történő rendelésre és az állapotkövetés dokumentálására. A vizsgálat a Pszichiátriai és a Neurológiai Szakmai Kollégiumok által akkreditált demencia centrumokban, a nemzetközi irányelveknek megfelelően történik.

Ápolási díj: a demenciával élő hozzátartozóikat otthonukban gondozók számára megállapítható kiemelt ápolási díjat vezették be. A kérelmet az a járási kormányhivatal bírálja el, amelynek illetékességi területén a kérelmező lakóhelye, vagy ha a kérelmező életvitelszerűen a bejelentett tartózkodási helyén lakik, a tartózkodási helye van.

Étkeztetés: Az étkeztetés keretében azoknak a szociálisan rászorult demenciával élő betegeknek a legalább napi egyszeri meleg étkezéséről kell gondoskodni, akik azt önmaguk, illetve eltartottjaik részére tartósan vagy átmeneti jelleggel nem képesek biztosítani.

Demenciával élő betegek otthoni szakápolása: Házi betegápolás azok számára, akik koruk, illetve idült megbetegedésük miatt nem-, illetve csak segítséggel képesek saját maguk ellátására. Egészségügyi szolgáltatás adekvát módon a beteg otthonában történik.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás: a saját otthonukban élő, egészségi állapotuk és szociális helyzetük miatt rászoruló, a segélyhívó készülék megfelelő használatára képes időskorú vagy fogyatékos személyek, illetve pszichiátriai betegek részére az önálló életvitel fenntartása mellett felmerülő krízishelyzetek elhárítása céljából nyújtott ellátás. A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás alapja egy olyan diszpécserszolgálat, amely a nap 24 órájában elérhető, tisztában van ügyfelei kórtörténetével és aktuális betegségeivel, s az egészségügyi szerepvállaláson túl bármilyen egyéb vészhelyzetben kapcsolatot tud teremteni az illetékesekkel.

Házi segítségnyújtás demens betegek számára: A házi segítségnyújtást igénybe veheti, azaz idős, beteg és/vagy bentlakásos intézményi elhelyezésre várakozó, aki önmaga ellátásáról átmenetileg vagy tartósan nem tud gondoskodni, és róluk nem gondoskodnak. A házi segítségnyújtás feladata, hogy a saját otthonában élő személy számára egészségi állapota és szociális helyzete figyelembevételével annyi segítséget nyújtson, amennyi az önálló életvezetésének megterhelés nélküli folytatásához elégséges és szükséges. A cél az idős betegek – demenciával élők - számára a házi segítségnyújtás szolgáltatásai révén személyre szabott támogatást nyújtani egészségi állapota megőrzése érdekében. A gondozási forma célja az ellátottak részére saját környezetében, életkorának, élethelyzetének és egészségi állapotának megfelelően, meglévő képességeinek fenntartásával, felhasználásával, fejlesztésével fizikai, mentális, szociális szükségleteinek biztosítása. A gondozás keretében a gondozó segítő kapcsolatot alakít ki, és tart fenn az ellátottal. Az orvosi előírás szerint alapvető gondozási, ápolási feladatokat lát el. Közreműködik a személyi és lakókörnyezeti higiénia megtartásában, a háztartás ellátásában. Segítséget nyújt az ellátást igénybevevőnek a környezetével való kapcsolattartásban, veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében, elhárításában. Segíti az ellátottat a számára szükséges szociális ellátásokhoz való hozzájutásban.

Demens betegek nappali ellátása – idősek klubja: A nappali ellátás a saját otthonukban, családban élők részére nyújt lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, étkezésre, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére. A szolgáltatás kiemelt feladata a demenciával élő személyek részére a folyamatos gondozói felügyelet nappal, az állapot felmérésre épülő fejlesztés, szinten tartás biztosítása, az állapot romlás lassítása. A nappali ellátás nem csak a beteg ember felügyeletét és segítését, hanem a hozzátartozók tehermentesítését is szolgálja, erősítik a családtagok gondozást segítő tevékenységét, valamint előkészítik az állapotromlás esetén szükséges következő gondozási fázist. A demenciával élő személyek nappali ellátása az idősek nappali ellátása részeként szervezett formában működnek. Ezekben az intézményekben az alapvető cél, hogy a foglalkozások elősegítsék az ellátottak meglévő képességeinek stabilizálását, a lehetséges mértékig fejlesztését. A család itt szakápolói felügyelet mellett, biztonságban tudhatják beteg hozzátartozóját.

Demens betegek tartós bentlakásos ellátása – idősek otthonában. Az ápolást, gondozást nyújtó idősek otthonában külön gondozási egységben kell ellátni azt a személyt, akinél középsúlyos vagy súlyos fokú demenciát állapítottak meg. A tartós bentlakásos otthoni ellátás a demens betegekkel jellemzően már a leépülési folyamat előrehaladott stádiumaiban veszi át a gondozási szerepeket.

Hatékony, speciális kommunikáció eszközei:

Az emberi gondolatok kifejezésének egyik legfontosabb eszköze a beszéd és a testbeszéd. A demenciával élő emberek a betegség előrehaladásával pont ezt a képességüket veszítik el, így egyre nehezebben tudják gondolataikat, érzéseiket, véleményüket megosztani másokkal.
A segítő kapcsolat legfontosabb eszköze a kommunikáció.
A demenciával élő személyt mindig higgadtan, szeretetteljesen közelítsük meg, szándékunk legyen minden esetben egyszerűen érthető.
A név szerinti üdvözlés, rövid megszólítás, egy mosoly kapcsán a demens személy könnyebben veszi fel a kapcsolatot.
Ne csak beszéd általi kommunikációra figyeljünk: a tekintet, a mosoly, könnyek, sírás, nevetés szintén eszköz lehet a kapcsolattartásra.
Mindig keressük az értelmét azoknak a jelzéseknek is, amik első látásra nem tűnnek fontosnak.
Kommunikáció közben mindig a beteg szemében nézve beszéljünk, figyelmünket folyamatosan tartsuk rajta. Röviden, világosan és számára is jól érthetően beszéljük hozzá.
Mindig biztosítsuk a szükséges időt a kommunikációhoz. Legyünk türelemmel a válaszadási idő megnyúlása esetén is.
A beszéd tónusa igen fontos a demens beteggel való érintkezés során. A beszéd legyen jól artikulált, világos, anélkül hogy túl erős lenne.
Részesítsük előnyben a direkt (zárt), tőmondatos kérdéseket *pl: Szeretne valamit? Jól van?*
Egyszerre csak egy valamit közöljünk, kérjünk. Ha egyszerre több dolgot közlünk a demens beteggel, nem biztos, hogy megérti mi a tennivalója, elbizonytalanodik, és nem tudja teljesíteni a kéréseket.
Ha bármit teszünk a beteggel, mindig magyarázzuk el, hogy mi fog történni.
Kellő empátiával próbáljuk meg kitalálni, hogy ő az adott helyzetben mit szeretne. Egy bátorító érintés, gesztus is segítheti őt. Mindig legyenek fontosak számunkra a jelzései. Hallgatás esetén vegyük komolyan a testbeszéd üzeneteit.
Elegendő időt szánjunk minden tevékenységre, ne sietessük őket.
Soha ne szégyenítsük meg a beteget, sem szóval, sem ráutaló magatartással, a hibáira ne hívjuk fel a figyelmet. Dicsérni, pozitív visszajelzést, megerősítést adni annál fontosabb.
A gondozó minden esetben fogadja el a beteg megváltozott viselkedését.
Ahhoz a demenciával élőhöz is folyamatosan beszéljünk, aki már beszélni nem tud.
Fontos tudni, hogy a demenciával élő személyek ellátásában a betegség előrehaladtával egyre inkább a nonverbális kommunikáció veszi át a verbális közlés szerepét. Amit beszéddel, szóval nem tud kifejezni, azt a nonverbális kommunikációval igyekszik közölni, ezeket a közléseket az őt gondozónak kell megérteni.

A személyközpontú gondozás egyik legfontosabb eleme a demenciával élő és a gondozó közötti partnerség. Ez nem képzelhető el egy odaforduló figyelem és kapcsolati kölcsönösség nélkül. A figyelmesség, udvariasság, a gondozott véleményére, igényeire való odafigyelés és a gondozottnak nyújtott korrekt információ egyaránt fontos része a gondozási kultúrának és elvárásként támasztható a gondozó stáb felé.
A betegség progressziója és az ebből adódó gondozási feladatok a gondozó hozzátartozóra fokozódó megterhelést jelent fizikailag és lelkileg egyaránt. Elengedhetetlen a hozzátartozók támogatása, mely történhet személyre szólóan a háziorvos, szakorvos által, valamint tájékoztatással, támogató csoportok létrehozásával.
A demencia gyakran nem csak egy embert betegít meg, hanem a körülötte élő családtagokat is képes megbetegíteni. Ezért nagyon fontos törekednünk segítőként a megfelelő kapcsolatfelvételre, kommunikációra a családtagokkal is.

Védett, biztonságos környezet megteremtésének lehetőségei:

A megfelelő gondozási környezet kialakítása során az alapvető törekvés az, hogy figyelembe vegyük a mentális hanyatlásból adódó nehézségeket. Olyan környezetet kell teremteni, amely a demenciával élő még meglévő készségeire figyelemmel minél önállóbb életkörülményt biztosít, alkalmat kínál a készségek funkcionális megerősítésére, megőrzésére.
A demenciával élők szükséglete a megfelelő komfort biztosítása.
A gondozás előkészítésében a legfontosabb szempont a nyugalom biztosítása. Mindenekelőtt tartsuk szem előtt, hogy a demenciával élő személy lehetőleg könnyen tájékozódhasson és tevékenykedjen, biztonságosan mozoghasson.

A teljesség igénye nélkül néhány szempont, amit vegyünk figyelembe a demenciával élők környezetének kialakításakor:

A környezeti tényezők nagyon fontosak a demenciával élők életében.
Az állandó környezet a demens beteg számára a biztonságot is jelenti.
A demenciával élők egy részének kifejezetten nagy a mozgásigénye, mozgáskényszere miatt naponta jelentős időt tölt helyváltoztatással. A lakótér adjon teret a biztonságos bolyongásnak. Fontos, hogy tudjanak szabadlevegőn – udvaron, kertben - is mozogni.
Lehetőséghez képest gondoskodjunk az akadálymentes közlekedés biztosításáról kapaszkodókkal és jó tájékozódási útmutatókkal.
Alkalmazzunk eligazodást segítő jelzéseket, rajzokat, piktogramokat, mert sok beteg már nem tud olvasni, vagy nem tudja értelmezni a kiírást
Sokat segít a beteg életkörülményein a szakszerű, jó megvilágítás alkalmazása, így pl.: a demens személyek elől elzárni kívánt területek gyér megvilágítása, a hangsúlyozott területek intenzívebb fénnyel való ellátása. A természetes fény egészségvédelmi és orientációs szempontból különösen fontos. Óvakodjunk a szorongást, nyugtalanságot kiváltó, zavartságot fokozó árnyékhatásoktól, fényvisszaverődésektől.
A bútorzat kiválasztásánál a praktikumot és a biztonságot kell szem előtt tartani. Az ellátott számára is kényelmes, valamint könnyen kezelhető, de az ápolási szükségletet is figyelembe vevő bútorzat kiválasztása szükséges. Figyeljünk oda a balesetvédelemre is, ennek érdekében lekerekített, él-mentes bútorokat használjunk. A beteget körülvevő környezet akkor biztonságos, védelmet nyújtó, ha a fizikai környezeten túl odafigyel az idős életjeleire, testsúlyára, tápláltsági fokára, kiválasztási funkcióira, hidratáltságára, stb.

A megfelelő napirend kialakítása, a meglévő életvitel lehetőség szerinti fenntartása, támogatása:

Fontos kialakítani a gondozás napszaki ritmusait.
Jó, ha egyes tevékenységeket mindig ugyanabban az időpontban végzünk.

A kialakított napirend, a változatos tevékenységi formák, foglalkozások segítik az aktivitás megtartását.
Igyekezzünk kellő figyelmet fordítani a beteg meglévő képességeinek megőrzésére és fejlesztésére.
Különleges hangsúlyt kell helyeznünk az egyén tiszteltére és emberi méltóságának megőrzésére.
A demenciával élő személy külvilággal való kapcsolatát, amíg csak lehet, fenn kell tartani.
Tartsuk meg a kapcsolatot barátokkal, rokonokkal a megváltozott egészségi állapot ellenére is.
A megszokott szabadidős tevékenységet, a lehető legtovább fenn kell tartani.
A demens személlyel osszuk meg az egyszerűbb feladatokat. Vonjuk be őt közös elfoglaltságokba. Próbáljuk meg elkerülni a szükségtelen környezetváltozást. Az enyhe és közepesen súlyos demenciával élő betegek képességei rendszerint a megszokott környezetben a legjobbak. Legyünk türelmesek és biztonságot sugárzóak a beteggel. Fontos, hogy a beteg számára pozitív érzelmeket stimuláló, stressz nélküli legyen a környezet, mert ez is segíti a megtervezett napirend szerinti kiegyensúlyozott életet.
A meglévő életvitel lehetőség szerinti fenntartása, támogatása akkor tud megvalósulni a demenciával élők gondozása közben, ha komolyan vesszük az egyénre szabott gondozás fontosságát az intézményekben és az ellátott otthonában egyaránt.
A demenciával élők gondozásában az egyéni szükségletek, valamint a gondozott belső forrásainak, erejének felmérésén alapuló gondozási terv kidolgozása az élettörténeti elemek, személyiségtényezők, valamint az életviteli stílus, egyéni érdeklődés figyelembevételével kell, hogy történjen. Kerülnünk kell az idősellátásban elterjedt sematizált egyéni gondozási tervek alkalmazását. A gondozás jó megtervezéséhez részletesen fel kell mérni a demenciával élő megtartott készségeit – ezen belül az életvitelhez és önellátáshoz szükséges készségek megtartottságát, mobilizálhatóságát figyelembe véve a gondozott korábbi tapasztalatát, készségeit, valamint a személyiségéből adódó sajátosságokat és egyéni érdeklődését.
A meglévő életvitel lehetőség szerinti fenntartására akkor lesz a gondozóknak esélye, ha a személyközpontú gondozás kialakításánál a gondozott élettörténetét és az életében kulcsszerepet játszó személyeket sikerül megismerni, mert sokszor csak ennek ismeretében lehet a demenciában szenvedő egyén reakcióit, viselkedésének mozgató rugóit megérteni. Fontos, hogy az alapszolgáltatások igénybe vétele, előgondozás és intézménybe kerülés során személyes kapcsolat alakuljon ki az intézményi stáb és a hozzátartozók között. A hozzátartozóval való kapcsolattartás a későbbiekben is lényeges támasza lehet a gondozási munkának. Az ellátott élettörténetét a gondozást végzőknek ismerni kell, és támpontjait figyelembe kell venni a mindennapi gondozás során.

A személyközpontú gondozás alapjai

A személyközpontú gondozás egyik legfontosabb eleme a demenciával élő gondozott és a gondozó közötti partnerség. Ez nem képzelhető el egy odaforduló figyelem és kapcsolati kölcsönösség nélkül. A figyelmesség, udvariasság, a demens személy véleményére, igényeire való odafigyelés és a neki nyújtott korrekt információ egyaránt fontos része a személyközpontú gondozásnak. A gondozás során elengedhetetlen az empatikus törekvése arra, hogy megértsék a demenciával élő helyzetét, érzéseit, figyelembe vegyék vágyait, törekvéseit és a gondozási döntéshelyzetekben mérlegeljék a gondozott szempontjait.
A légkör, amiben az ellátott él, jelentősen befolyásolhatja az állapotát, feszültségi szintjét. A demenciával élő a kognitív romláshoz képest érzelmi síkon jobban képes rezonálni és érzelmi-indulati állapota érzékenyen tudja követni a környezeti hatásokat. A személyközpontú gondozás fontos kiinduló pontja a rogersi értelemben vett feltétel nélküli elfogadás.
Sokat segít a gondozott jó közérzetének biztosításában, ha a demenciával élőt felnőttként kezelik, megfelelő megszólítást alkalmaznak, kikérik és figyelembe veszik a véleményét, szándékát, igényeit. A gondozója segíti, támogatja a demens személyt abban, hogy autonómiáját, méltóságát a tágabb intézményi környezetben is fenntarthassa.

A demenciával élők jogai, érdekképviselete.
A bántalmazásra, visszaélésre utaló jelek felismerése és kezelésének lehetőségei

A demenciával élők jogai, érdekképviselete

Az időseket autonómiájuk elvesztése sebezhetőbbé teszi az erőszakkal és a rossz bánásmóddal szemben. Az idős emberekben gyakran nem tudatosulnak a jogaik, nem tudják, hogy visszaélés történt velük szemben vagy diszkriminálták őket, így azt sem tudják, hogyan kell megfelelően reagálni és segítséget kérni. Ilyen helyzetben az ellátást nyújtóknak megfelelő felkészültséggel tanácsot vagy segítséget kell nyújtani.
A szorongás bármely jelét komoly problémaként kell kezelni, főleg demenciában szenvedő idősek esetében. Az élethez, az emberi méltósághoz, testi épséghez és testi-lelki egészséghez fűződő jogok sérelme gyakran az idősekkel szembeni szándékos, vagy nem szándékos visszaélésből ered. A nem szándékos visszaélések gyakran az idős emberek igényeinek és érzéseinek meg nem értéséből erednek, a nehézséget az jelenti, hogy összeütközésbe kerülnek az idős ember igényei és kívánságai az őt ellátó személy magánéleti és szakmai igényeivel, vágyaival.
Az intézményben dolgozók felelősek azért, hogy az ellátást igénybevevők mindvégig meg tudják őrizni emberi méltóságukat. A szociális szakembereknek tiszteletben kell tartaniuk minden ember méltóságát, értékét, jogait, céljait és szándékait, a demenciával élő személy kiszolgáltatott helyzetével nem élhetnek vissza.
Az idős emberek kerülhetnek olyan állapotba, amikor ők maguk már nem érzékelik a méltatlan helyzeteket, ilyenkor a környezet, az őt gondozók felelőssége ezeknek a helyzeteknek az elhárítása.
A demenciával élők személyiségi jogait az egészségügyi ellátás és az ápoló- gondozó munka során, speciális helyzetükre való tekintettel fokozott védelemben kell részesíteni.
Akkor korlátozhatóak a betegjogok, amikor az ellátást igénybe vevő az állapotából kifolyólag képtelen kontrolálni viselkedését. Nem képes felfogni a körülötte zajló történéseket, nem ura cselekedetének, saját maga helyzetét és egészségügyi állapotát tévesen ítéli meg, és az ellátott pszichés állapotának zavara következtében saját vagy mások életére, egészségére, testi épségére jelentős veszélyt jelenthet, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt. Közvetlen veszélyeztető magatartásnak minősül, ha az ellátott pszichés állapotának akut zavara következtében saját vagy mások testi épségére, egészségére, életére közvetlen és súlyos veszélyt jelent. Az alkalmazható korlátozó intézkedéseket jogszabályok írják elő. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I.7.) SzCsM rendelet, valamint a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet pontosan leírja, hogy kit, milyen módon, formában és mennyi ideg korlátozhatnak.

A panaszjog gyakorlásának szabályai:

A korlátozó intézkedés, eljárás alkalmazása ellen az ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes képviselője panasszal élhet az intézmény fenntartójánál. A panasz kivizsgálásához és a döntéshez a fenntartó szakértőként pszichiáter szakorvost vesz igénybe. A korlátozó intézkedés elleni panasz kivizsgálásában soron kívül kell eljárni.
Panasszal fordulhat az ellátott (vagy törvényes képviselő) illetve hozzátartozója, az intézmény vezetőjéhez illetve az Érdekképviseleti Fórumhoz (Érdekképviseleti Fórum: a tartós bentlakásos intézménnyel intézményi jogviszonyban állók jogainak, érdekeinek érvényesülését elősegíteni hivatott szerv, mely a házirendben meghatározott feltételek és eljárás szerint működik).
Ha az ellátást igénybe vevő egészségi állapotánál vagy egyéb körülményeinél fogva közvetlenül nem képes a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szervek megkeresésére, az intézményvezető segítséget nyújt ebben, illetve értesíti az ellátott törvényes képviselőjét vagy az ellátottjogi képviselőt az ellátott jogainak gyakorlásához szükséges segítségnyújtás céljából.
Az ellátott (vagy törvényes képviselő) illetve hozzátartozója, panasszal fordulhat a fenntartóhoz, amennyiben az intézmény vezetője vagy az Érdekképviseleti Fórum 15 napon belül nem intézkedik

vagy az ellátott az intézkedéssel nem ért egyet. Az Érdekképviseleti Fórum is kezdeményezhet intézkedéseket a fenntartónál.
A demenciával élők jogainak érvényesítésében legfőképpen az ellátottjogi képviselő tud segítséget nyújtani. Az ellátottjogi képviselő független az ellátó intézménytől és annak fenntartójától is.
Az ellátottjogi képviselő által nyújtható segítségadás lehetőségéről és az ellátottjogi képviselő elérhetőségéről a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmény vezetője tájékoztatja az ellátottakat.

Az Alzheimer betegek jogai a Legjobb Barát Modell ismertetésével

A Legjobb Barát Modell egy szemlélet, mely azt hangsúlyozza, hogy nem az a fontos, amit teszel, hanem az, hogy jelen vagy. A segítő **barátként** van jelen a félelemben, elveszettségben élő demens személy mellett, hogy biztonságot, megértést, elfogadást nyújtson. „Jelen lenni" azt is jelenti, hogy az, amit a segítő tesz (pl. öltöztet), arra összpontosítja minden figyelmét egészen.
Ennek a módszernek az alkalmazásához persze ismerni kell az ellátottat. Kell ismerni az élettörténetét. Nem könnyű feladat, hiszen a beszélni nem tudó demenciával élő személy gyerekkorát, ifjúságát már alig vannak, aki el tudják mondani nekünk.
A cél, hogy a gondoskodást a megmaradt képességekre építsük.
A másik alapvető eleme a Legjobb Barát Modellnek, a megfelelő együttérzés és a jó kommunikáció.
Az együttérzés nem annyira tanulás, mint inkább begyakorlás kérdése. A segítőnek, gondozónak arra kell gondolnia, hogy mit szeretne, ha vele tennének ugyanebben a helyzetben. Az együttérzés személyesebb kapcsolatra vezet az ellátottakkal. Segít felismerni mi az, ami működik és mi az, ami nem. Az empátia/együttérzés bizalmat épít, aggodalmaskodást csökkent, emberi méltóságot helyreállít.
A kommunikáció fontos eleme a Legjobb Barát Modellnek. A nem verbális kommunikáció: a gesztusok, az arckifejezés, az érintés és a hangszín teszi egyértelművé a kommunikációnkat. Akkor egyértelmű, ha a szó, amit kimondunk és a gesztusaink ugyanazt fejezik ki. A Legjobb Barát Modellben dolgozók megtanulják, hogy a nem verbális kommunikáció elemeinek nagyobb a súlya a szavak erejénél.

A bántalmazásra, visszaélésre utaló jelek felismerése

Az idősek, demenciával élők bántalmazása alatt azt az egyszeri vagy ismétlődő cselekvést, vagy szükséges beavatkozás, cselekvés hiányát értjük, amely cselekedet vagy annak hiánya árt, félelmet, szükségtelen fájdalmat okoz az idős személynek egy olyan kapcsolaton belül, amelyben elvárható a bizalom.
Ez a cselekvés, vagy annak hiánya magában foglalja a fizikai bántalmazást, a szexuális erőszakot, érzelmi/szóbeli/pszichológiai bántalmazást, fizikai és lelki elhanyagolást, anyagi/pénzügyi kihasználást, az emberi jogok megsértését, faji, nemzeti, vallási megkülönböztetést.
Idős, demenciával élő személy bántalmazásának további formája még a lelki bántalmazás, verbális abúzus (tisztelet hiánya, a magánszférához/magánélethez való jog megsértése, a kapcsolattartás jogának megsértése, az idős személy véleményének, kívánságainak figyelmen kívül hagyása, megszégyenítő, durva beszéd, kiabálás a demenciával élő személlyel). Továbbá az intézményi bántalmazás (szükségtelen és fájdalmas orvosi beavatkozások, leszedálás, az információ hiány, át nem adott információ).

Felhasznált irodalom:

Bodrogi A. - Harangozó,J. - Bulyáki T. - Falloon R.H. (2014): *A közösségi addiktológia kézikönyve*. Ébredések Alapítvány, Budapest, p 22-30.
Bodrogi A. (2009): Pszichopatológia és pszichofarmakológia. In *Közösségi Pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés*, pp. 249-340.
Harangozó Judit (2018): A stressz szerepe. In:Bulyáki Tünde, Dr. Harangozó Judit szerkesztette 2018. A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve. Ébredések Alapítvány.
Hidasi Z. (2017): Romlik-e a memória az életkorral?. Medical Tribune vol.:15, issue.:6, p.:14-15.
Ian R.H. Falloon, Bulyáki Tünde (2018): A sikeres kommunikáció alapjai .In: Bulyáki Tünde, Dr. Harangozó Judit szerkesztette (2018): A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve. Ébredések Alapítvány.
Kristóf Róbert (2018): Asszertivitás. In: Bulyáki Tünde, Dr. Harangozó Judit szerkesztette 2018. A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve. Ébredések Alapítvány.
Bulyáki Tünde (2016): Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák. Budapest, ELTE TÁTK
Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020.
Réthelyi J. (2011): A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig, *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2011;13(4), pp 193-203.
Rihmer Z. - Pestality P. (2009): Antidepresszívumok és hangulatstabilizátorok. In: Füredi J.(szerk.) *A pszichiátria magyar kézikönyve* Budapest, Medicina, 2009, pp. 487-500.
Tringer L. (2010): A Pszichiátria tankönyve Budapest, Semmelweis Kiadó
Trixler M. - Tényi T. (2009): Szkizofrénia, szkizotípiás és paranoid kórképek In Füredi (szerk). *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina, pp. 263-285.
Van Os J. Kapur (2009): Schizophrenia, *Lancet* 374, No.9690, pp. 635–645
Várkonyi E. (2012): Mentális egészség és egészségmagatartás a társas tényezők tükrében – összefoglalás.
http://www.varkonyierika.hu/doc/download/Ment%C3%A1lis%20eg%C3%A9szs%C3%A9g.pdf
(Letöltve: 2019-03-11)
Webinárium: http://ebredesek.hu/wp-content/uploads/2015/11/A-k%C3%B6z%C3%B6ss%C3%A9gi-pszichi%C3%A1tria-k%C3%A9zik%C3%B6nyve-r%C3%A9szlet-A-sikeres-kommunik%C3%A1ci%C3%B3.pdf
Kiss Gabriella (2009): Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családias közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között. Párbeszéd. 2015/1. 1. http://parbeszed.lib.unideb.hu/cikk/cikk/55910f9dc7113
Beszterczey András - Fábián Gergely - Hegedűs Katalin - Kiss Györgyi - Konta Ildikó - Kovacsics Zsuzsanna - Kovács Tibor - Pék Győző - Szabó Lajos (2015): Interprofesszionális Demens Ellátás Alternatívái Bp, 52.

5. Szenvedélybeteg-ellátás

Összefoglalás
A fejezet áttekinti a szenvedélybetegséggel kapcsolatos alapfogalmakat, a pszichoaktív szerek típusait és hatásait, valamint a segítségnyújtási lehetőségeket és az ezekhez kapcsolódó intézményrendszert.

Cél
A képzésben résztvevők képet kapjanak a szenvedélybetegség természetéről, ismerjék fel a szenvedély problémákkal küzdőket, értsék meg helyzetüket és szükségleteiket és erre adekvát válaszokat tudjanak adni, különös tekintettel az együttműködésre, a társszakmák adott esettel kapcsolatos bevonására, valamint az addiktológiai intézményekbe történő átirányításra.

Kulcsszavak
szenvedélybetegség, függőség, drogok, szerhasználat okai, addiktológiai intézményrendszer, együttműködés, prevenció

Tanulást segítő kérdések
Mit nevezünk drognak?
Az addikciónak milyen fajtái vannak?
Mi jellemző az új pszichoaktív szerekre?
Milyen pszichológiai adottságok befolyásolják egy személy drog-függőségének kialakulását?
Melyek a függőség kialakulása ellen védő protektív tényezők?
Milyen együttműködések lehetségesek a kábítószerügyi területen?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Bayer I. (2005): Drogok és emberek. Budapest, Focus
Rácz, J. (2005) A drogkérdésről őszintén. Budapest, Medical Tecnical Lap- és Könyvkiadó
http://upsz.drogfokuszpont.hu/
https://ellataskereso.hu/
Dr. Zacher Gábor toxikológus a drogokról érthetően (1. rész) gina, LSD, fű, varázsgomba - https://www.youtube.com/watch?v=5YqB8NI5PwI
EMCDDA. (2015): New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System. EMCDDA, (2018.12.05) http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/65/TD0415135ENN.pdf
http://www.labinfoonline.hu/energiaitalok
Kassai, S., Pintér, J. N., & Rácz, J. (2016): A szintetikus kannabinoid termék használat élménye: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 17. évf. 4. sz, pp. 297-322.
Marihuána hatása az emberi szervezetre: https://www.youtube.com/watch?v=_CkZ7JlZQXk

5.1. Alapfogalmak

A következőkben a legfontosabb addiktológiai alapfogalmakat tekintjük át, amelyek ismerete elengedhetetlen a szenvedélybetegséggel küzdő személyek segítéséhez. Az alapfogalmak a teljesség igénye nélkül, röviden kerülnek bemutatásra.

Drog: minden olyan anyag, mely a szervezetbe kerülve annak működését (fizikai és/vagy pszichés értelemben) megváltoztatja.

Legális / illegális drog: Jogi fogalom, amely szerint az az anyag tekinthető kábítószernek, amely az 1961-ben New Yorkban aláírt Egységes Kábítószer egyezmény hatálya alá tartozik. A jogszabály a fogyasztói és kereskedői magatartást is bünteti. A jogszabály meghatározza a legális drogokat is (pl.: kávé, alkohol, cigaretta stb.), viszont ezek fogyasztását csak korlátozza (pl.: életkorhoz köti a fogyasztást) és idegenforgalmi adót vet ki a kereskedelmi tevékenységre, így az ellenőrzés folyamata is szabályozott.

Függőség (dependencia vagy addikció): ha a szerhasználat elsőbbséget élvez az alapvető szükségletekkel (étkezés), hétköznapi kötelezettségekkel (gyerekek ellátása, iskolai feladatok elvégzése, munka) és örömökkel (sport, gitár, barátok, stb.) szemben. Ez a jelenség a lelki függőség, melyre jellemző, hogy a használó drog nélkül képtelen jól érezni magát. Néhány szer kialakíthat fizikai (testi) függőséget is, melynek következtében a használat elmaradásakor kisebb-nagyobb elvonási tünetek, fizikai fájdalmak jelentkeznek. A drogos ilyenkor már azért használ újból szert, hogy a fájdalmas és megterhelő elvonási tüneteket elkerülje.

Tolerancia: a szerhasználat során a drog hatásának kiváltásához egyre nagyobb adagra van szüksége

Viselkedési addikció: függőséget nem csak kémiai szerek okozhatnak, hanem számos viselkedés is kialakíthatja a szerhasználathoz hasonló ciklusságot és a lelki függőséget. Fontos kiemelni a mára legalább akkora mértékű veszélyeket jelentő mértéktelen televízió nézést és számítógép, mobiltelefon használatot. De ide soroljuk a vásárlás, munka, étkezési függőségek kialakulását is. A veszély a használat módjában rejlik és hasonlóan a kémiai szerekhez akkor jelent problémát, ha a kontroll elvesztésével jár együtt. Tehát a tévézés vagy játék nem választás eredménye, az általa okozott öröm csak rövid ideig tart esetleg utólag megbánás bűntudat jelentkezik. (bővebben lásd: Demetrovics, 2010 vagy Demetrovics: Viselkedési addikciók, youtube-os előadása)

Az addiktív ciklus: A szerfüggőség és viselkedési függőségnél is megfigyelhető egyfajta ciklikusság a használat során. Ismételt késztetés jelentkezik a viselkedés vagy a szerhasználat véghezvitelére, az egyén belső feszültsége a viselkedés befejezéséig emelkedik. Ilyenkor jellemző a kontrollvesztés, ami azt jelenti, hogy az egyénnek nehézséget jelent a droghasználat (vagy viselkedés) szabályozása. Ezután átmeneti és gyors feszültségcsökkenés következik be, ez közvetlen viselkedés-megerősítésként hat, ami a legfontosabb tényező a függőség fennmaradásában. A késztetés fokozatosan tér vissza, miközben az egyén negatív következményeket él át (melyek lehetnek fizikaiak, társasak vagy az önértékeléssel kapcsolatosak), amelynek következménye az ismétlési kényszer, a függőségi ciklus újraindulása (Rácz, 2004).

A drogkarrier kialakulása: A kémiai szerek veszélye többek között abban áll, hogy az idő előrehaladásával fokozatosan kiszorítják a fogyasztó életéből a természetes megerősítőket. A rendszeres fogyasztás következtében csökken az igény az addig örömet jelentő tevékenységek és dolgok, személyek iránt. Az élettevékenység teljesen beszűkülhet a drog megszerzésére és fogyasztására. A szerhasználó nem tudja abbahagyni a fogyasztást annak ellenére sem, hogy a használat az élet különböző területein problémát okoz neki. Abban az esetben, ha próbálja abbahagyni a drogfogyasztást, a szer használata iránti sóvárgás fokozottan jelentkezik. A használó tisztában van a drogozás negatív lelki, testi, társadalmi és jogi következményeivel, ezeket akár tapasztalja is (például nem képes az iskolában vagy a munkahelyén teljesíteni, egyre több konfliktusa van a környezetében élőkkel, rendőrségi ügyei lesznek stb.) mégsem tud a használattal felhagyni.
A függőség azonban nem egyik pillanatról a másikra, vagy egy jól meghatározható időpontban alakul ki, hanem fokozatosan az egyes stádiumok között átmenetekkel. Jellemző az is, hogy egyénileg változó, hogy ki mikor lép tovább egy következő stádiumba (ha egyáltalán továbblép). A szerhasználók tekintetében több típust különböztetünk meg:

- Kipróbáló: az adott szert életében egyszer-egyszer, de maximum 10 alkalommal használta.
- Rekreációs vagy szabadidős használó: többnyire a szabadidejében, minden esetben valamilyen társas, közösségi aktivitáshoz kötődően, heti, kétheti rendszerességgel használ. Jó példa lehet erre a hétvégi bulin való marihuána vagy amfetamin használat.
- Szituációs használat: amikor az egyén azért használ drogokat már, mert a feszültségeit, problémáit szeretné aktuálisan elfelejteni, „megoldani". A veszély abban van, hogy minden problémát, konfliktust – nagyságától függetlenül - a droggal akar majd orvosolni az illető, így a droghasználat állandósulhat.
- Intenzifikált használat: hosszú időn keresztül fennálló, akár napi szintű használatról van szó, amely az időben elhúzódó, tartós problémák enyhítésére szolgál.
- Kényszeres használat: abban különbözik az előző típustól, hogy a szerhasználat már a szociális szerepeire is hatással van.

A drogfogyasztó magatartás (Rácz, 1988) és drogos személyiség kialakulása azért okoz problémát a kezelésben, mert a drogfogyasztás alatt a problémák sokasodnak, azonban az egyén nem tudja elsajátítani azokat a készségeket, melyek a megjelenő problémák megoldásához, a keletkező stresszhelyzetek feloldásához és alkalmazkodásához szükségesek, azonban számos más, a droghasználatot fenntartó készséget és magatartást sajátít el. A droghasználat felhagyása után éppen ezeknek a gondolkodási sémáknak, destruktív, a függőséget fenntartó viselkedéseknek a lebontása, valamint az új, konstruktív probléma megoldása a feladat, mely a rehabilitáció folyamatára tevődik át.

Komorbid/kettős diagnózisú szerhasználók: A drogfüggőkre jellemző, hogy gyakran a függőségük mellé pszichiátriai diagnózis is társul, pl. szorongás, depresszió, de előfordulhatnak mentális zavarok is. Az ilyen droghasználók esetében a beavatkozás során mind a pszichiátriai, mind a drogproblémát figyelembe kell venni.

A drogok típusai hatásuk szerint

1. Kanabisz származékok: felszabadultságot okozó, szorongáscsökkentő, a pillanatnyi hangulatot felerősítő szer, mely ritkán okoz függőséget. Más néven marihuána vagy fű.
2. Ópiátok: mákból készülő, erős fájdalomcsillapító hatású, súlyos fizikai függőséget okozó szerek, pl. morfium, heroin
3. Lassítók/depresszánsok: Nyugtató, ellazító hatású, súlyos elvonási tüneteket okozó gyógyszerek. pl: szorongáscsökkentők, kedélyjavítók, nyugtatók (Xanax, Frontin, Rivotril). Ide tartozik az alkohol is.
4. Gyorsítók/ stimulánsok: vérnyomásnövelő, a fáradtság és éhségérzetet kikapcsoló, pörgető szerek, pl. speed, kokain, ecstasy. Ebbe a csoportba soroljuk a nikotint és a koffeint, valamint az energiaitalok alkotóelemét jelentő taurint is.
5. Hallucinogének: a valóságtól eltérő vagy azt módosító látás, hallás vagy érzelmi „képzelődést" okoz pl: LSD, különböző növények: gomba
6. Inhalánsok – szipuzás: szerves oldószerek gőzének belélegzése, hallucinogén hatás, eufória, kábultság
7. Új pszichoaktív szerek: más néven dizájner drogok: szintetitkus szerek, melyek a klasszikus szerek hatásait utánozzák. Két fő csoportja a szintetikus kannabiodinok (herbál, biofű, műfű) és a szintetikus katinonok (kristály).

5.2. A függőség alapelméletei

A rendszeres droghasználat vagy a függőség kialakulása nem vezethető vissza egy konkrét okra, hanem különböző okok együttes jelenléte miatt következik be.

Prevenció

A droghasználat tekintetében a WHO által kialakított prevenciós formák is ismertek (elsődleges, másodlagos, harmadlagos prevenció), de a droghasználat tekintetében az amerikai drogmegelőző intézet (National Institute on Drug Abuse) által létrehozott felosztást részesítjük előnyben. (NIDA, 1990).
Univerzális prevenció a közösség teljes egészére kiterjed. pl.: iskolai prevenciós programok, vagy média kampány
Szelektív prevenció a magas kockázattal rendelkező egyéneket és családokat kívánja elérni. Azok tartoznak magas kockázatú csoportok közé, akikről tudjuk, hogy olyan kockázati faktorokkal, biológiai vagy pszichoszociális, környezeti tényezőkkel rendelkeznek, melyek a betegség kialakulásához vezethetnek. A hosszabb és a célcsoport adottságait figyelembe vevő, az egyénekkel közvetlenül dolgozó módszerek alkalmazásával a meglévő rizikó faktorok csökkentése, kiküszöbölése a cél.
Az indikált prevenció pedig többszörös kockázati tényezőkkel rendelkező egyéneknek szól, akik diszfunkcionálisan működő családokban élnek. Általában jelzés alapján, valamilyen konkrét problémából kifolyólag már kapcsolatban vannak valamilyen szociális vagy gyermekvédelmi intézménnyel. Pl.: iskolai hiányzások, magatartási problémák, szenvedélybeteg szülő, bántalmazás, stb. Ezeket a szolgáltatásokat érdemes kiegészíteni a családra vagy az egyénre irányuló prevenciós programokkal. A megelőzés és az intervenció határai azonban gyakran összemosódhatnak. pl. a gyerek magatartászavarára irányuló kezelés terápiának minősül, de ugyanez a droghasználat kialakulása szempontjából prevenciós beavatkozás (ha a gyerek még nem drogozik).

A prevenció célja

A megelőzés tervezésekor nagyon fontos a célok meghatározása, mert ezután erre tudjuk az egész folyamatot építeni, valamint az értékelést értelmezni.
Az elsődleges prevenció – mint minden intervenció - során kiemelkedően fontos, hogy reális célokat tűzzünk ki. Ideális célként a fiatalok és felnőttek legális és illegális szerekre vonatkozó teljes absztinenciája fogalmazódik meg, azonban az lehetetlen, hogy mindenki minden esetben tartózkodjon a dohányzástól, alkohol és más drogok fogyasztásától. A józan észen kívül minden epidemiológiai vizsgálat is ellentmond ennek. A 16 évesek jelentős része kapcsolatba kerül legális és illegális drogokkal, függetlenül attól, hogy részt vett-e valamilyen prevenciós programon (Elekes, 2015).
A serdülőkori leválás és útkeresés, az identitás kialakulásának fontos része a különböző tevékenységek, viselkedési formák kipróbálása. „A serdülőkori kísérletező droghasználatot - legális és illegális drogokkal - több szerző ilyen útkeresésnek tartja, mely előfordulását és a személyiségfejlődésben betöltött feladatát tekintve normatívnak tartható” (Rácz, 2004:90). A kísérletező droghasználat az esetek többségében a serdülőkor lezárultával eltűnik, illetve az alkohol esetében szociális ivássá alakul.
A prevenciós programok reális célja tehát inkább a droghasználat kipróbálásának minél későbbi életkorra való kitolása, a rendszeres droghasználat, a függőség megelőzése, alkohol esetében a felnőttkori mértékletes használat kialakítása kell, hogy legyen.
Konkrét prevenciós célként tűzhetjük ki az információ (tudás) átadást a betegségekkel vagy a droghasználat vonatkozásában a pszichoaktív anyagokkal kapcsolatban, illetve az egészségkárosító életmóddal, droghasználattal szembeni negatív attitűd kialakítását. Az információ és elutasító attitűd megléte azonban nem elegendő a kívánatos viselkedés követéséhez. Éppen ezért a prevencióról gondolkodva fontos, hogy az egészséges vagy egészségesebb élet, jobb életminőség kialakítását is beépítsük.

A hatékony prevenció irányelvei

A gyerekeket és fiatalokat környezetükből sok téves információ érheti, jobb, ha biztos helyről tájékozódik, mintha a médiából vagy a kortársaitól szerezné be a kiszámíthatatlan és ellenőrizhetetlen, sokszor egyoldalú információkat. A gyerekek ma már 6-10 éves korban hallanak a különböző drogokról, még inkább sürgetővé válik a felvilágosítás, illetve a téma elővétele, ha látják, hogy környezetükben dohányoznak, alkoholt fogyasztanak. Számos kérdésük van: ha ártalmas, a felnőttek miért csinálják?

Miért lehet a felnőtteknek, és a gyerekeknek nem? Miért vannak olyan gyerekek, akik mégis cigarettáznak? stb. (Rácz, 2005).
A prevenció során általánosságban fontos a mentálhigiéné általános erősítése, az egészségfejlesztés kiszélesítése. A társadalompolitikai és tömegkommunikációs színtereket is bekapcsolva a józanság kultúrájának és a közösséget támogató, proszociális megküzdési módoknak a terjesztése. Az emberi problémákkal és a droghasználattal is a közösségek mozgósításával és erősítésével tudunk megküzdeni.

Összességében az eredményes prevenció elvei (NIDA, 1997 alapján):

- A prevenciós programoknak a „protektív (védő) faktorokat" kell erősítenie és csökkenteni a „kockázati", „veszélyeztető" tényezők befolyását.
- A prevenciós programoknak az összes pszichoaktív anyagra ki kell terjedniük (dohányzás, alkohol- és gyógyszerfogyasztás, kábítószer-és inhaláns-használat).
- A prevenciós programoknak tartalmaznia kell olyan készségek fejlesztését, melyek segítenek a fiataloknak ellenállni a drogok kínálásának, erősítik a személyes elkötelezettségüket a drogokkal szemben, növelik szociális kompetenciájukat (pl. kommunikációjukat, kortárs kapcsolataikat, én-hatékonyságukat, asszertivitásukat, és megerősítik a drogokkal szembeni attitűdjeiket).
- A prevenciós programok interaktívak (pl. csoportos beszélgetéseket alkalmaznak), és a hangsúly nem a didaktikus előadásokon van.
- A prevenciós programok bevonják a szülőket; így megerősítik a fiatalok felé továbbított üzeneteket, valamint lehetőséget teremtenek arra, hogy a család ezeket a témákat megbeszélje és kialakítsa a család stratégiáját ezekkel az anyagokkal szemben (mit, hány éves korban lehet vagy nem lehet használni).
- A prevenciós programok hosszútávúak, végig kísérik az iskolai pályafutást, ismétlődnek, megerősítve a korábban kitűzött célok elérését.
- A család-központú prevenciós programok hatékonyabbak, mint a csak a gyerekeket vagy csak a szülőket megcélzó programok.
- A közösségi programok, melyek média-kampányokat és stratégiai-politikai változásokat tartalmaznak (pl. alkoholos italok kiszolgálása 18 év alatt, dohányáruk reklámja és forgalmazása) eredményesebbek, ha iskolai vagy családi intervenciókkal párosulnak.
- A közösségi programoknak erősíteniük kell a drogokkal szembeni normákat, minden színtéren: az iskolában, a családban és a helyi közösségben.
- Az iskolai programoknak minden, iskolába járó populáció-szegmenst el kell érniük, ezen kívül speciális módszereket kell alkalmazniuk a különösen veszélyeztetett populációkkal kapcsolatban (pl. magatartás-problémás gyerekek, tanulási nehézségekkel küzdő tanulók, potenciális iskolából kimaradók).
- A prevenciós programoknak figyelembe kell venni az adott közösségben jelentkező drogjelenség speciális természetét.
- Minél nagyobb a kockázat egy adott populációban, annál intenzívebb prevenciós beavatkozásokra van szükség és annál korábban el kell kezdeni ezeket a beavatkozásokat.
- A prevenciós programoknak életkor specifikusaknak kell lenni, alkalmazkodni kell a fiatalok fejlettségéhez, valamint a diákok kulturális hátterét figyelembe kell venniük.
- A hatékony prevenciós programok költség-hatékonyak. Becslések szerint minden prevencióra költött dollár 4-5 dollárnyi megtakarítást okoz a kezelési költségek csökkenésével (és az egyéb költségek, pl. a kriminalitással kapcsolatosak, ebben a számításban nem is szerepelnek).

Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés fogalma:

Később a prevenciós gyakorlatban megjelent az egészségfejlesztés, egészségpromóció (health promotion) fogalma és szellemisége, mely gyorsan elterjedt és fő jellemzővé vált.
Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely a teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében módot ad az egyénnek vagy a csoportnak egészségük fokozott kézbentartására és tökéletesítésére. (Ádány, 2011) Konkrétan, hogy képesek legyenek arra, hogy beazonosítsák és megvalósítsák vágyaikat, kielégítsék szükségleteiket, valamint ahhoz is hozzásegítse őket, hogy a saját életükben vagy környezetükben bekövetkező változásokhoz alkalmazkodni tudjanak. Az egészségfejlesztés tehát az egyéni és társadalmi erőforrásokat mozgósítja és erősíti a „jólét" érdekében. Ide tartozik a jó erőnlét, a balesetmentesség mellett, az egészségesebb választására irányuló képesség megszerzése, az érzelmi kiegyensúlyozottság, a vágyak és szükségletek kielégítésére való képesség, "életminőség" elérése, személyes boldogulás, önkibontakozás, harmonikus társkapcsolatok, közösséghez tartozás, valamint az egészséges és biztonságos környezeti feltételek megvalósulása. A programokat igen széleskörűen lehet értelmezni.

Emellett a Nemzeti Drog Fókuszpont az európai standardok alapján jó gyakorlatoknak minősített programokból gyűjtöttünk össze néhányat, melyek tanulmányozása további eligazodást adhat az egészségfejlesztési és drogmegelőzési tevékenység tervezésében[1].

A droghasználatot elősegítő vagy a droghasználatra hajlamosító tényezők (Rácz, 2005)

A drogok sajátosságai:

A droghasználat motivációi között jelentős szerepet játszik az általa kifejtett eleinte pozitív élményt nyújtó, és a hozzászokást kiváltó hatása, valamint az egyes drogok (különösen az új pszichoaktív szerek) könnyű elérhetősége, a megnövekedett kínálat és az elérhető, viszonylag olcsó (többi droghoz viszonyított) ár.

A drogfogyasztó jellemzői

Meghatározó lehet a használó ismeretei és elvárásai a szerekre és a fogyasztásra vonatkozóan. A korábbi tapasztalatok éppen annyira közrejátszanak a drogok újbóli használatában, mint a téves ismeretek (például az, hogy a biofű, vagy herbál névvel illetett új pszichoaktív szer nem káros, hiszen növényi, bio, vagy hogy legálisnak vélik az adott anyagot).
A droghasználó pszichológiai adottságai is jelentősen befolyásolhatják a függőség kialakulását. Az örömszerzésre irányuló vágy, a fokozott inger és kockázatkereső magatartás, valamint a stresszel való megküzdés alacsony színvonala, a negatív mentális tényezők, mint a szorongás, a depresszió vagy a düh, mind egyfajta öngyógyító viselkedésre, droghasználatra sarkalhatja az egyént.
A különböző pszichoszociális fejlődési elmaradás szintén a problémamegoldó és stressztűrőképesség alacsony szintjét eredményezheti, így hajlamosító tényezőként azonosítható a droghasználat kialakulásában. Ilyenek lehetnek az élet különböző területein elvárt szerepek elkülönülésének hiánya, a realitás téves észlelése, a gyerekkor után is fennmaradó egocentrikus világnézet, a konfrontáció kerülése, ennek következtében az érdekérvényesítő asszertív képességek hiánya. Mindezeket erősíti a labilis vagy irreális önértékelés. Az egyén elmagányosodása, izolálódása környezetétől, valamint a tényleges leválás hiánya szülőkről szintén veszélyeztető tényező.

Családi háttér

[1] Lásd: Bevált gyakorlatok Portál, Nemzeti Drogfókuszpont, 2018., www.bevaltgyakorlat.hu

A legtöbb vizsgálat talán a családi háttér és a droghasználat összefüggésében készült, amelyek szerint a diszfunkcionálisan működő családok, ahol jellemző a szülők egymás közötti és a szülő-gyerek(ek) közötti érzelmek hiánya, a destruktív kommunikáció, a családi szerepek felcserélődése (a gyerek gondoskodik az esetleg szenvedélybeteg szülőről), a családtagok közötti pszichológiai határok elmosódása vagy túl merev szétválasztása.
A droghasználat kialakulásában szerepet játszik a családszerkezet rendezetlensége, könnyű átjárhatósága (amikor nem egyértelmű a család határa: ki tartozik bele, ki nem, illetve ha gyakran történik partnerváltás, vagy ez a váltás nem rendezett, sok bizonytalanságot tartalmaz). A szülők szélsőséges nevelési stílusa (túlságosan megengedő vagy tekintélyelvű), a nevelésben a jutalmazás túlzott mértéke, vagy destruktív szerepe is befolyásoló hatású. Szintén veszélyeztető tényezőként azonosítható egyik vagy mindkét szülő alkohol vagy droghasználata, illetve az ezzel kapcsolatos elfogadó attitűdje. A szülők elvesztése és/vagy súlyos megbetegedése, valamint az érzelmi, fizikai vagy szexuális bántalmazás és az ebből fakadó traumákra is gyakran válasz a droghasználat kialakulása. Ezeknél talán kevésbé egyértelmű, de jelentős tényező a család generációkon átívelő különböző traumái, melyek lehetnek különböző családi titkok: kitelepítés, börtön, súlyos betegség, örökbefogadás. A szülők saját átélt és feldolgozatlan traumatikus élményeik, valamint az ebből fakadó személyiségtorzulásuk alapvetően meghatározza a gyereknevelési attitűdjüket, illetve a szülői kompetenciáikat, viselkedésüket. Ez azonban a gyerekben szintén személyiség hiátust vagy traumát okozhat. A generációkon átörökítődő ilyen típusú működés megszakítása többnyire egyéni és/vagy családi terápiával lehetséges és alapvető fontosságú a megelőzés tekintetében. (Hoyer, 2005)

Kortárs hatás

Talán kissé túlértékelt, de a droghasználat rizikófaktorai között mindenképpen megemlítendő a kortárs hatások szerepe. Fontos a kortárs csoportok alkohol és droghasználata és az ezzel kapcsolatos elfogadó vagy elutasító attitűdje. Ez akkor tud erőssé válni, ha a kortársak által nyújtott identitás, illetve a környezet negatív megbélyegzésének, leértékelésének elkerülése fontos az egyén számára. Azonban fontos leszögezni és tudatosítani magunkban, hogy az alkohol és drogkipróbálás nem egyértelműen kóros jelenség, hanem sokkal inkább tekinthető normatív serdülőkori folyamatnak. (Rácz, 2007)

Társadalmi kontextus

A droghasználat kialakulását az egyéni okok mellett jelentősen befolyásolja a társadalmi környezet is. A különböző társadalmi változások és az ezzel együtt járó anómiás állapotok egyéni krízisekét okozhatnak (lásd rendszerváltáskori vagy később a gazdasági válságból fakadó elszegényedés és munkanélküliség). Nagy jelentősége van a jogi szabályozásnak is, ugyanis a törvények a rögzített normákkal, szabályokkal és ezek szankcionálásával értékeket közvetít, a pszichoaktív szerekkel kapcsolatban is állást foglal. További befolyásoló tényező a reklám és tömegkommunikáció, a fogyasztói társadalom színvonala, a társadalomban a fogyasztás kultuszának erőssége és a társadalom viszonya az alkohol- és droghasználathoz. A fiataloknak fontos viszonyítási alap a felnőtt társadalom értékrendje és ebben felfedezhető ellentmondások: ha a felnőttek egyes szereket elutasítanak, míg más szerek használatát eltűrik, sőt aktívan fogyasztják, kevésbé hiteles a még annyira jószándékú óvásuk, tiltásuk is.

A droghasználat alapvetően tehát vagy egy jutalmazó illetve fájdalomelkerülő (pszichés is!) „öngyógyító” mechanizmus következtében vagy élménykeresés miatt alakulhat ki (Komáromi, 2005).

Protektív (védő) tényezők

A veszélyeztető tényezők ismerete a prevenciós és kezelési beavatkozások esetében is elengedhetetlen háttér, azonban szerencsésebb mindkét esetben a protektív tényezők erősítése, mely inkább tud megfelelő, hatékony kimenetet biztosítani. Az egyik ilyen védő faktor lehet a reális önértékelés, ha az egyén tisztában van a pozitív tulajdonságaival, erősségeivel. A másik ilyen tényező az „én-hatékonyság" (Rutter, 1990), mely kialakulását leginkább segítő tényezők a biztonságos és támogató személyes kapcsolatok léte, a feladatteljesítés az iskolában, otthon vagy más környezetben. A személyes életbeli fordulópontok pozitív felhasználása, a problémákkal való megbirkózás, illetve a kurdarcokból való tanulás szintén erősíti azt a tudatot, hogy hatással van az egyén a saját életére. Ne feledkezzünk meg azonban arról, hogy az erősségek kibontakozásához megfelelő lehetőségek szükségesek, melyekhez való hozzáférés meghatározó a tehetség felismerésében és kibontakoztatásában.
Mindezek mellett természetesen egyértelműen védő faktornak minősülnek a veszélyeztető tényezők hatásának csökkentésére irányuló beavatkozások is.

Felépülési folyamat

A szerhasználókkal végzett egyéni munka alapja a Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell, mely meghatározza, hogy a kliens szerhasználatának egyes fázisaiban mit tehetünk, milyen célkitűzéseink és elvárásaink lehetnek, és mik nem reálisak.
A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje - Prochaska-DiClemente-féle felépülési-modell.
A kiindulási alap az, hogy a felépülés, a változás szakaszokban zajlik, amelyekben a kliens motivációs állapota, a változásra való készsége más és más, következésképpen a segítő beavatkozásoknak is eltérőeknek kell lenniük, különböző célokat lehet kitűzni. A modell szerint nem az az érdekes, hogy a függőség hogyan és miért alakult ki, nem akarunk minden múltbéli háttértényezőt kinyomozni. Sokkal inkább hangsúlyos, hogyan lehet belőle felépülni. Az elmélet azt vizsgálja, hogy a pszichoaktív-anyag használó (vagy valamilyen viselkedéses addikcióban szenvedő) egyén mennyire kész megváltoztatni szerhasználói viselkedését. A változás folyamatában különböző szakaszok különíthetők el, melyek hossza egyénenként változik, egy-egy stádiumban akár éveket is el lehet tölteni, valamint visszatérni egy mostanit megelőző stádiumba.

A felépülési modell szakaszai:

1. *A változásra elszánás előtti állapot*

Ebben a fázisban a kliens nem akar változni, élvezi a szerhasználatot. A szerhasználat szubjektíve érzett előnyei meghaladják annak „költségeit". Nem megy el kezelőintézménybe, hacsak nem kényszerítik arra. Legtöbbször az alapellátásban, az utcai munka során bukkan fel, ahol az információ-nyújtás célravezető. Az ebben a stádiumban levő kliensekre mondják, hogy „tagadják" szerhasználatukat. A motivációs interjú szemlélete az „ellenállást" és a „tagadást" a szerhasználó szubjektív érzései leegyszerűsítésének látja. Ezért kerülik e kifejezések használatát, hiszen alkalmazásuk nem segíti elő a kliens viselkedés-változását, felelősség-vállalását. Feladat a kételkedés felkeltése, növelni kell a kliens a szerhasználattal kapcsolatos kockázatészlelését, valamint a jelenlegi viselkedésével kapcsolatos problémáinak észlelését.

2. *Az elszánás szakasza*

Ebben a szakaszban a kliens egyre jobban tudatában van szerhasználata testi, lelki és szociális költségeinek és hátrányainak, valamint a változás előnyeinek, de még ambivalens a változást illetően. Ekkor a leghatékonyabb intervenció a motivációs interjú, melynek célja ezt az ambivalenciát gyengíteni, amihez hangsúlyozni kell a változáshoz szükséges okokat, és a „nem változás" kockázatait.

3. *Az előkészületi, döntés stádium*

A kliens előkészületeket tesz a szerhasználat abbahagyására, detoxikálásra az elkövetkezendő egy hónapon belül. Ekkor már a kliens pontosan tudja, hogy szerhasználat hátrányai meghaladják annak

előnyeit. Ebben a fázisban a segítés legfontosabb eszköze a kliens számára a célok meghatározása, valamint segíteni, hogy a számára legmegfelelőbb akciót válassza ki a változás-keresése során (terápiás illeszkedés).

4. Az akció stádiuma

A kliens aktív lépéseket tesz a szerhasználat abbahagyása vagy a mérséklése érdekében. A kliens ekkor bevonható a terápiás folyamatba, nekünk támogatnunk kell őt abban, hogy a változás irányába lépéseket tegyen.

5. A fenntartás stádiuma

Ez a fázis akkor kezdődik, amikor a kliens már megváltoztatta szerhasználatát (mérsékelte vagy elhagyta), és addig tart, amíg a szermentes életforma elemei meg nem szilárdulnak. Ez akár évekig is eltarthat. Ezalatt a segítő feladata a változás stabilitásának fenntartása, abban kell segítenünk a klienst, hogy meghatározzon és használjon olyan stratégiákat, melyek megelőzik a visszaesést.

6. Megcsúszás/visszaesés

A folyamat során mielőtt a kliens elérné célját, többször visszakerülhet egy korábbi stádiumba. A többszöri megcsúszás és visszaesés is előfordulhat, mely inkább törvényszerű, mint kivételes. Minden alkalmat úgy kell felfogni, hogy a kliens újabb és újabb dolgokat tanulhat meg viselkedését illetően, függőségét mind jobban megérti, mely tudást és tapasztalatot a későbbiekben újabb kísérlethez fel tud használni. Ebben a szakaszban relapszus prevencióra, illetve jól tervezett utógondozásra van szükség. Ezek a visszaesések a változásnak ciklikus jelleget adnak.

A felépülés elemei

A felépülést vizsgáló kutatásokat tekinti át és ezek eredményeit gyűjti össze Terry és Cardwell (2015) szerzőpáros.

Az elemzett kutatások alapján a felépülés kötött elemei az alábbiak szerint fogalmazhatóak meg (Terry - Cardwell, 2015 alapján)**:**

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 a szerhasználó múltjuknak, és a kialakuló pozitív identitásuknak, valamint megtalálják a megfelelő, „értelemet adó” szerepeket, és ezt mindenki egyénileg tudja kialakítani.

A felépülés során továbbá fontos az ágencia[2], a saját erejük és cselekvőképességük hangsúlyozása, megélése. Ennek része, hogy egy olyan dolog mellett legyenek képesek dönteni, amely más, mint az eddig megszokott droghasználat.

[2] hatóképesség

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.

5. Szerismertetés statisztikai és jogi kiegészítésekkel

A következő fejezetben néhány alapfogalmat tisztázunk, melyek ismerete elengedhetetlen a szenvedélybetegekkel végzett munkavégzés során. Ismertetjük az egyes pszichoaktív szerek hatásait, következményeit, a túladagolás és elvonás tüneteit. Ezek az ismeretek segíthetik a szenvedélyproblémák felismerését és azonosítását, valamint az alkalmazott beavatkozási módok megtervezését. A társadalmi kontextus megértéséhez segítséget jelenthet a fiatalok és felnőttek körében elterjedt szerhasználati szokások, statisztikák, valamint a jogszabályi ismeretek megismerése.

5.2.1. Klasszikus és új típusú szerek[3]

[3] Csák – Márványkövi – Rácz, 2017 alapján

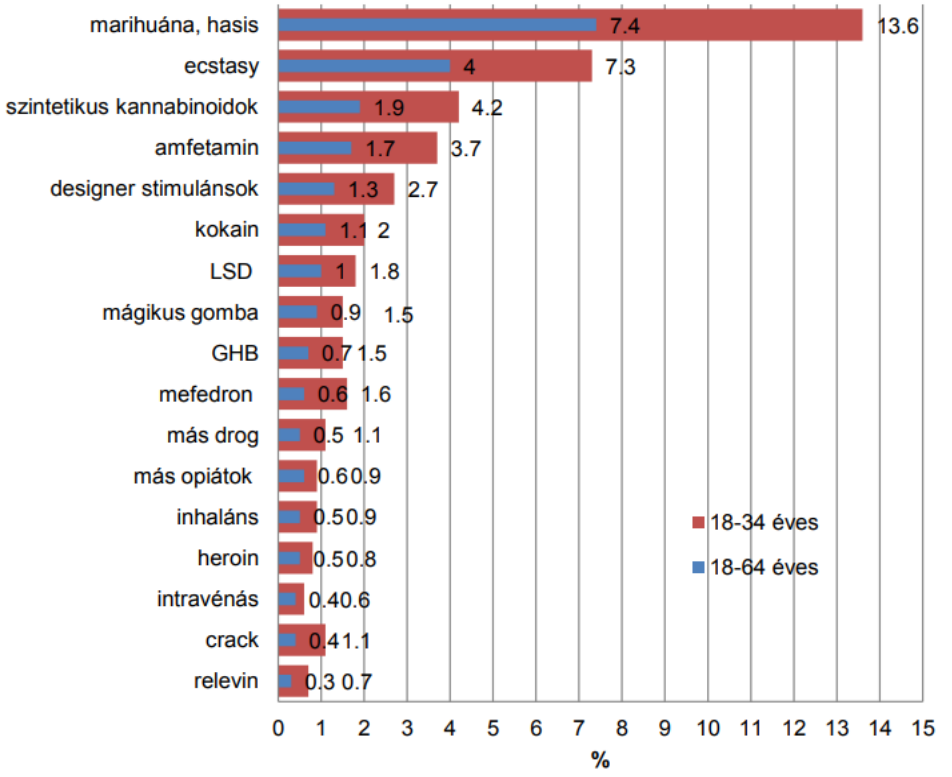
	Hatás: rövidtávú tünetek		Tolerancia	Túladagolás, mérgezés		Elvonás	
Szerek	**testi**	**lelki**		**tünetek**	**teendő**	**tünetek**	**teendő**
Alkohol	egyensúlyzavar, izzadás, kipirosodás	felhangoltság, csökkent gátlások, kritikátlanság, erőszakosság, majd nyomott, tompult hangulat	lassan alakul ki	labilis érzelmi állapot (düh, félelem), erőszakosság, majd állás- és járásképtelenség, beszédzavar, zavartság, szólításra nem reagál	mentő	hosszabb használat után: delírium: félelmek, hallucináció, keringési zavar, kézremegés	mentő, add. ellátás
Dohányzás		enyhe stimuláns hatás, de nyugodtság is lehet	lassan alakul ki	nem jellemző		sóvárgás, elhízás	
Rivotril	egyensúlyzavar,	eufória, tompultság, közömbösség	a dózis növelése, gyakoribb használat	ingerekre, szólításra nem reagál, zavartság, elkent beszéd, majd tudatvesztés	mentő	sóvárgás, nyugtalanság, szorongás, izgalmi tünetek (izzadás, szapora szívverés, hányás), kézremegés	mentő? add. ellátás
Katinonok	szúrásnyomok, elfertőződött szúrások, gyulladt bőr, vénák, gyors szívverés, tág pupilla, vérnyomás nő	eufória vagy agitált, nyugtalan, bizarr viselkedés, bizarr hallucináció, pszichózis	gyors: gyakoribb használat, dózis-növelés	paranoiditás: kiszámíthatatlan erőszak, agresszió, szuicid, homicid késztetés, bizarr hallucináció (férgek)	mentő	sóvárgás, szorongás, nyugtalanság, pánikroham, kényszermozgások	add. ellátás
Műfüvek	zombi (fehér bőr+piros szem), túlmelegedés	szorongás, de a szorongás csökkenése, paranoiditás, hallucinációk	gyors: gyakoribb használat (dózis-növelés)	súlyosabb paranoiditás: erőszakosság, agresszió, kiszámíthatatlan reakciók, hallucinációk és szorongás, pszichózis, túlmelegedés, keringési zavarok, mellkas fájdalom, epilepsziás roham, tudatvesztés	mentő	izzadás, alváspanaszok, hangulatzavarok	add. ellátás

	Hatás: rövidtávú tünetek		**Tolerancia**	**Túladagolás, mérgezés**		**Elvonás**	
Szerek	**testi**	**lelki**		**tünetek**	**teendő**	**tünetek**	**teendő**
Fű, marihuána	piros szem, szájszárazság	inkább nyugtató hatás (eufória), illúziók (tér, idő), hallucinációk	lassan alakul ki	hallucinációk, szorongás	mentő?	sóvárgás, alvási zavarok,	add. ellátás
Szipu	koordinálatlan mozgások	eufória, hallucinációk, „kiütve” lenni	lassan alakul ki	részegséghez hasonló állapot, tudatvesztés	mentő	sóvárgás, nyugtalanság, hangulatzavarok	add. ellátás

5.2.2. Prevalenciák, statisztikák: kábítószer-használat ma Magyarországon

A hazai kábítószer probléma becslését kutatási adatok segítik elő. Az alábbi adatok egy a felnőtt lakosság körében készített országos felmérés (Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról – OLAAP, 2015), egy iskoláskorúak körében készített felmérés (Európai Iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztásról – ESPAD, 2015), valamint a Nemzeti Drog Fókuszpont (EMCDDA számára készített) éves jelentéséből származnak.
A kutatások alapján külön rendelkezünk adatokkal az iskoláskorú (9-10. évfolyamos), a fiatal felnőtt (18-34 éves) valamint a felnőtt lakosságra (18-64 éves) nézve. Továbbá megkülönböztetünk életprevalencia (élete során fogyasztott-e az adott szerek közül), éves prevalencia (a lekérdezést megelőző évben fogyasztott-e) valamint havi prevalencia (a lekérdezést megelőző hónapban fogyasztott-e) értéket.
A kutatási adatok alapján a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. A két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a dizájner stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakosságéval. A tiltott drogok éves prevalencia értéke a felnőtt népességben (18-64 éves kor között) 2,3%, a fiatal felnőtt népességben (18-34 éves kor között) pedig 5,3%.
A szintetikus kannabinoidok és a dizájner stimulánsok fontossága a közelmúltbeli droghasználat alapján még inkább megmutatkozik: az elmúlt havi prevalencia értékek alapján a szintetikus kannabinoidok a második, a stimulánsok pedig a negyedik helyen szerepelnek.

1. ábra. *A szerenkénti életprevalencia értékek a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben*



Forrás: Paksi et al. 2015

Az iskoláskorúak körében az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon. Az ezt követő drogok sorra legális, vagy részben legális szerek.

A második helyen új pszichoaktív szer áll, a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik. A szintén először kérdezett, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése szerepel. A következő kábítószer az amfetamin, amely így a hetedik helyre került. Hasonlóan elterjedt még az ecstasy, a kokain és az LSD fogyasztása. A többi kérdezett szer életprevalencia értéke 2% körüli.
A dizájner drogok másik nagy csoportjának, a szintetikus katinonoknak a fogyasztása kevéssé elterjedt a középiskolások körében. (Elekes, 2016). Összességében elmondható, hogy az új pszichoaktív szerek megjelenése jelentősen átformálta a hazai kábítószer helyzetet. A dizájner drogok 2010 óta vannak jelen a piacon. A rekreációs szerhasználati mintázatokban a kannabisz mellett egyre inkább megjelentek a szintetikus kannabinoidok, a stimulánsok között elsősorban a katinonok, illetve újfajta amfetamin származékok. Az új pszichoaktív anyagok népszerűségének hátterében az alacsony ár, a könnyű hozzáférés és a használatával összefüggő alacsonyabb észlelt kockázat feltételezhető. (Drog Fókuszpont, 2018)

Intravénás szerhasználat

Az új pszichoaktív szerek megjelenésének következtében átalakult az intravénás szerhasználat is. Míg a tűcsere programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2015-ben már 80%-uk elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert injektált. Az adatok alapján mind a heroin-, mind az amfetaminfogyasztók körében tetten érhető volt a szerváltás. Az új anyagok hatása az elmondások szerint rövidebb ideig tart, ezért gyakrabban injektálják azokat. (Drog Fókuszpont, 2018)

Egészségügyi következmények

Az addiktológiai kezelések okaként leggyakrabban megnevezett szer Magyarországon a kannabisz, használói aránya különösen magas a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe (elterelésbe) lépők körében (akik az összes kezelt 64,7%-át adják). A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. Bár a kezelési adatok csak közvetetten, egyéb források közvetlenebb módon megerősítik a szintetikus kannabinoidok, valamint a szintetikus katinonok használatából eredő kezelési igény jellemzővé válását is, mely mértékében vetekszik a klasszikus kábítószerekhez kapcsolódó kezelési igénnyel.
Megnövekedett a dizájner szerek – kannabinoidok és stimulánsok - miatti kezelési igények száma. Ezekhez a szerekhez köthető kezelési igények számának növekedését a kezelési adatok és több felmérés is igazolta. A kezelési adatok szerint ezen szerek használata intenzívebb, és a használók életkora is lefelé tolódott. A kezelési adatok mellett több kutatás is igazolta a dizájner szerek miatt hamarabb kialakuló kezelési igényt. Az addiktológiai problémák mellett a sürgősségi/ klinikai toxikologóiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években a beszámolók szerint.

Az elsődlegesen új pszichoaktív szereket injektálók körében jellemzően magas az injektáló eszközök megosztásának előfordulási gyakorisága, illetve a HCV prevalenciája. (Drog Fókuszpont, 2018)

Polidrog használat

A felnőtt korú népességben végzett legutóbbi vizsgálat eredményei szerint a 18-64 éves népességben a valaha használók egyharmada (32%) a vizsgált 14 féle drog közül csak egyfélét használt. Másik egyharmaduk (33,5%) kettő, egyötödük (20,5%) azonban háromnál több féle droggal is próbálkozott eddigi élete során. (Drog Fókuszpont, 2018)

5.2.3. Büntetőjogi ismeretek

Büntető Törvénykönyv

A kábítószer birtoklása a kábítószerekkel kapcsolatos bűncselekmények közül a leggyakrabban előforduló bűncselekmény. A hatályos Büntetőtörvénykönyv[4] (továbbiakban: Btk). szigorúan bünteti a kábítószernek minősülő különböző anyagokkal történő visszaéléseket (Btk. 176-185. §).
Az egyes bűncselekmények elkövetése során az elkövetés tárgyául szolgáló kábítószer mennyisége a büntetőjogi felelősségre vonás szempontjából fontos szempont. A csekély mennyiségként meghatározott érték felső határát el nem érő mennyiségű kábítószerre történő elkövetés több elkövetési magatartás esetében is privilegizált eset, tehát a főszabályhoz képest enyhébb büntetéssel fenyegetett; míg a jelentős vagy különösen jelentős mennyiségként meghatározott mértékű kábítószerrel kapcsolatos elkövetés minősített esetként szerepel a Btk.-ban és így a jogalkotó ezen esetekre súlyosabb büntetést helyezett kilátásba. Annak meghatározása, hogy az egyes kábítószerek esetében mi minősül csekély, jelentős vagy különösen jelentős mennyiségnek, az új Btk. értelmező rendelkezései között kapott helyet.
Speciális szabályok érvényesülnek továbbá a büntetőjogi szabályozásban a 18 éven aluliak védelme érdekében, így például szigorúbban bünteti a törvény, ha a nagykorú személy fiatalkorúnak kínál vagy ad át kábítószert, illetve ilyen személy felhasználásával hoz forgalomba kábítószert vagy kereskedik azzal. Fokozottan felel az elkövető, ha oktatási, köznevelési, gyermekjóléti, gyermekvédelmi feladatot ellátó intézmény területén vagy annak közelében hajtja végre az előbbi cselekményeket.

5.2.4. Elterelés intézménye

A kábítószerekkel kapcsolatos fogyasztói típusú (birtoklás, fogyasztás) bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van felvilágosító-megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek:

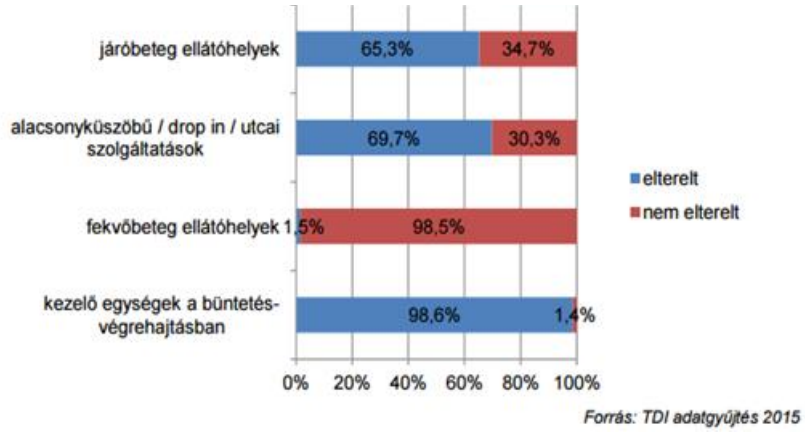
- csekély mennyiségű kábítószert saját használatra termeszt, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;
- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy - kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- nem vett részt elterelésben a megelőző két évben. (Btk. 180. §)

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba – mely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe. A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat az addiktológiai járó- vagy fekvőbeteg intézmények (pl.: drogambulanciák, pszichiátriai és addiktológiai gondozók) keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók. *A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához.*

2014-ben összesen 4688 kliens kezelésbe lépéséről számolt be a kábítószer-használók kezelésével (is) foglalkozó, és jelentést küldő 90 kezelőegység. Közülük 3120 fő életében először lépett kezelésbe. A kábítószer-használatból eredő probléma miatt kezelést kezdők többsége (55,5%) – a korábbi évekhez hasonlóan – kannabiszhasználat miatt kezdett valamilyen kezelési programot. Amfetaminhasználat miatt 12,5% jelentkezett kezelésbe. Az opiáthasználat kis mértékben volt jellemző indoka a kezelésnek (4,2%). A kokain és ecstasyhasználók aránya egyaránt 2% alatt volt. A felsoroltakon kívüli egyéb szereket a kezelést kezdők közel negyede (24,3%) jelölt meg elsődleges szerként.

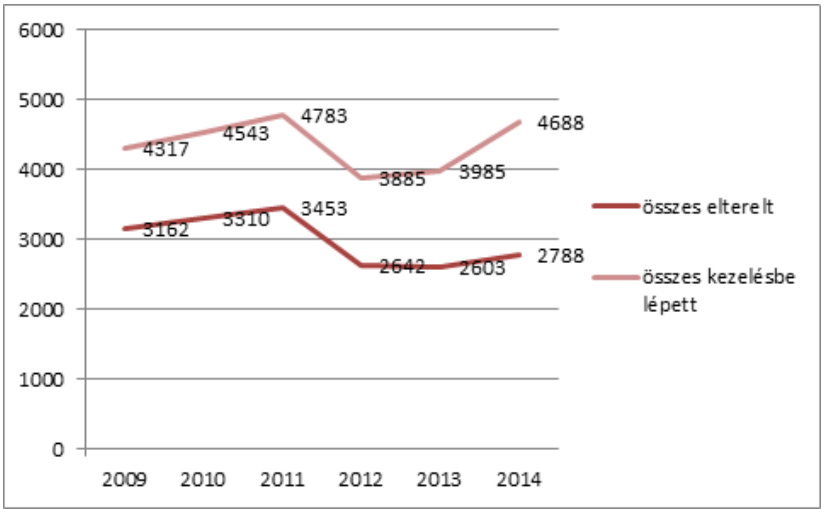
[4] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

A büntetőeljárás elkerülése (elterelés) a kezelésbe kerülés legfőbb indoka a kábítószer-használók körében. 2014-ben az összes klienst tekintve 60% (2788 fő) az így kezelésbe jutók aránya. Fontos azonban megjegyezni, hogy a kezelőhely típusokat vizsgálva, komoly különbségek figyelhetők meg az eltereltek arányában. Míg a járóbeteg és alacsonyküszöbű (szociális) szolgáltató klienseinek kb. 2/3-a került így kezelésbe (65% és 70%), addig a fekvőbeteg ellátásba kerülőknek mindössze töredéke (2%-a) kezdett kezelési programot a büntetőeljárás elkerülése érdekében.



Forrás: TDI adatgyűjtés 2015

Az elmúlt években az összes kezelésbe kerülő, és az elterelést végzők aránya némiképp változott, 2009-ben 73%, 2014-ben már csak 60% került az elterelés okán az ellátórendszerbe.



Az ellátásban megjelenő kliensek arányszámaiból látható, hogy az elterelés, a kezelés-ellátás területén kiemelt fontosságú szolgáltatás, azonban sok esetben prevenciós célokat is szolgál.

Hogyan épül fel az elterelés?

A szolgáltatás működését a 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól – című dokumentum szabályozza, mely alapvetően a szolgáltatás kereteit érinti. A szakmai tartalom szolgáltatónkként eltérő lehet.

Az elterelés leginkább egyéni esetvitelben zajlik, de gyakori a csoportos forma is. A másfél óra alatt az elterelést vezető szakember és az elterelésbe járó kliens különböző témákat dolgoznak fel segítői beszélgetés keretében, ami lehet szabad segítői beszélgetés, vagy irányított önismereti gyakorlat. Az elterelés alkalmaira vonatkozóan nincsen egy elfogadott tematika, ezt minden szervezet és szakember

a saját szakmai belátása szerint végzi. Ennek oka, hogy az elterelésbe kerülők rendkívül széles skálán mozognak nem csak a szerfogyasztásukat illetően, de a koruk, iskolai végzettségük, motiváltságuk terén is. A segítő feladata, hogy az első interjú alkalmával felmérje a kliens szerhasználati szokásait, mértékét, valamint a változáshoz szükséges motivációkat. A segítők az első interjút követően készítenek egy „gondozási tervet" melyben a későbbi alkalmak, témák kerülnek megfogalmazásra.

A segítő fontosabb céljai lehetnek az elterelés során:

- felébressze a kliensben a változás igényét,
- segítse a klienst, hogy változtasson a szerhasználathoz kapcsolódó attitűdjén,
- azonosítsa a kliens örömteli céljait, és a kapcsolódó erőforrásait
- a kliens csökkentsen a szerfogyasztása mértékén, mennyiségén, gyakoriságán, melynek lehetséges kimenetele a teljes absztinencia elérése,
- segítse a klienst az élet egyéb területén jelentkező elakadásaiban (családi, párkapcsolati, munkahelyi, tanulmányi, stb.)

5.3. Célcsoport-specifikus kihívások, lehetőségek

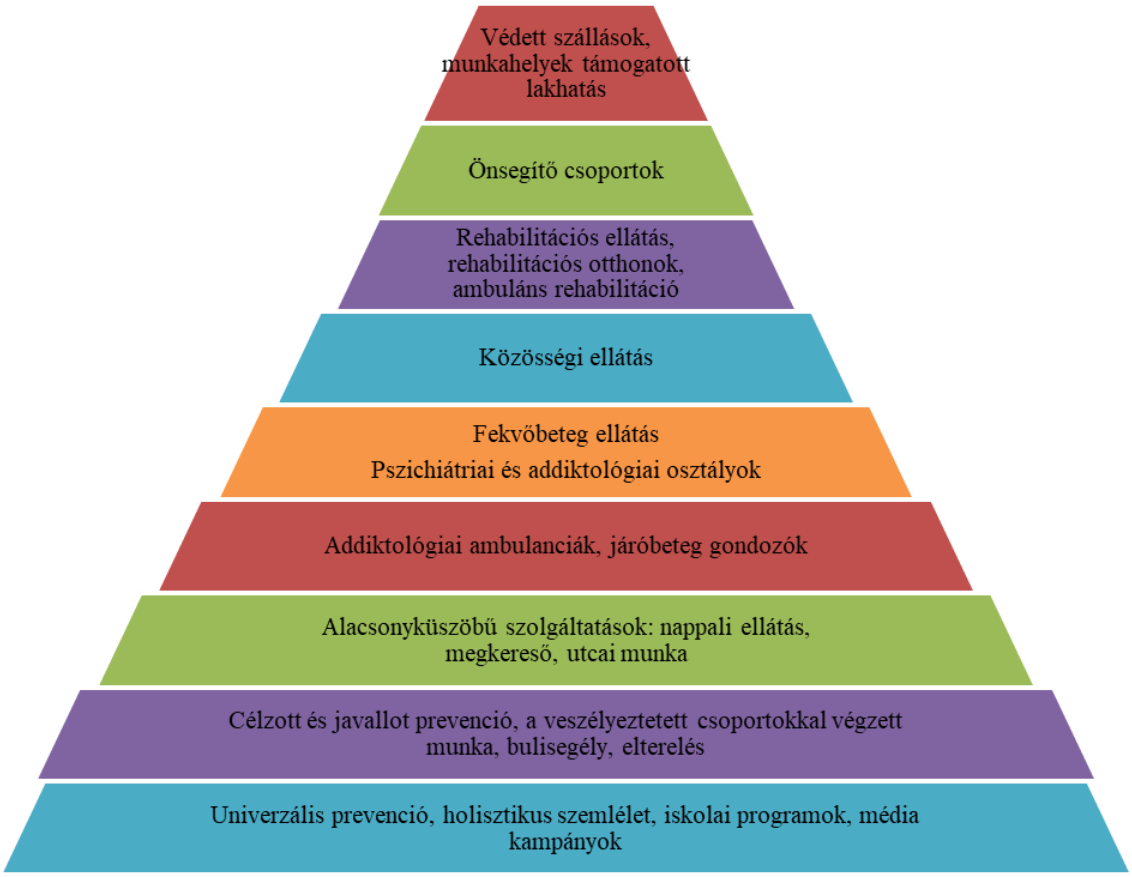
A következőkben röviden a szenvedélybeteg személyek ellátásának lehetőségeit mutatjuk be, hogyan tud az ellátórendszer reagálni a függőséggel küzdők (gyakran) speciális és összetett igényeire, és annak megfelelően milyen ellátási formákat vehetnek igénybe a célcsoport tagjai.

5.3.1. A szenvedélybeteg kliensek megjelenése a szociális alap- és szakellátásban

A szenvedélybetegek ellátórendszere a droghasználat különböző szakaszaiban felmerülő szükségletekre igyekszik választ adni. A komplex, egymásra épülő lépcsőzetes rendszerben nagyon fontos a kliens korai kezelésbe vétele és a továbblépés biztosítása, ennek elengedhetetlen feltétele a szakemberek közötti együttműködés.

Az addiktológiai ellátás piramisa[5]

[5] Felvinczi Katalin: Az integrált addiktológiai ellátás fejlesztési modell kialakításának lehetőségei az Új Magyarország Fejlesztési Terv keretében, NDI https://slideplayer.hu/slide/11385141/ alapján saját szerkesztés



Az univerzális, célzott és javallott prevencióról a prevenciós programoknál ejtettünk már szót, de utóbbi kettőre a kezelés szempontjából is tekinthetünk.
Az európai drogpolitikában a kereslet és kínálatcsökkentés mellett, a 80'-as évektől teret nyerő szemlélet az ártalomcsökkentés. Ennek lényege éppen abban a szakaszban adhat nekünk segítséget és eligazodást, amikor a szerhasználó nem elég motivált a változásra és nekünk sincsenek igazán eszközeink ennek segítésére. Az ártalomcsökkentés lényege, hogy elfogadja, hogy nincs drogmentes társadalom, és a szemlélet a droghasználattal kapcsolatos társadalmi költségek csökkentését tűzi ki célul. Egyrészt a beszerzési bűnözést, a bűnüldözés költségeit, a bíróságok börtönök fenntartásából származó terheket. Emellett elismeri, hogy a droghasználó aktív döntéshozó (ezzel egyébként a felépülésben nagy szerepet játszó felelősség visszaadása történik meg). Az aktív droghasználóknak is joguk van az élethez és az egészséghez, így a droghasználat fizikai, lelki és szociális ártalmainak csökkentését tűzi ki célul. A fertőzések (Hepatitis, HIV) megelőzése, az életminőség javítása és a társadalmi integráció elősegítése a legfontosabb feladata. Ennek során a szolgáltatások elérhetővé tételét segíti. Célja az élet megóvása (a túladagolásból származó halálesetek csökkentése), valamint a fogyasztó ártalom és kockázat csökkentése, az állapot romlás megakadályozása, alapvető emberi szükségletek kielégítése, biztonságosabb életvitel elérése. A kapcsolat kialakításakor reális célokat határoz meg, melyeket a veszélyesség szempontjából hierarchizál. Egy segítő kapcsolatban nem kizárólag a teljes absztinencia elérése lehet cél, hanem az injekciós droghasználat helyett egyéb beviteli módra vagy egy orvosbiológiailag, társadalmilag veszélyesebb szerről egy kevésbé kockázatos szer használatára történő áttérés is. (Demetrovics, 2009)

5.3.2. Lehetséges megoldási stratégiák

A szociális ellátásban dolgozó szakemberek szerepe a szenvedélybeteg ellátás területén elsősorban a korai kezelésbevétel, az átirányítás területén határozható meg. Emellett azonban a nem addiktológiai profilú szociális intézményekben is sokat tehetünk a szenvedélyproblémák kezelése tekintetében.

A következőkben egy rövid intervenciós technikát mutatunk be, melynek egyszerű lépéseit követve elősegíthetjük a szenvedélyproblémákkal küzdő kliensünk magatartásváltozását.

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.

A Prochaska-DiClemente felépülési-modelljének (Prochaska-DiClemente, 1982, 2009) egyes stádiumaiban a segítőnek más-más feladata van. A felépülés és a segítő teendői szorosan összekapcsolódnak. Az alábbi táblázat azt foglalja össze, hogy a változás során az egyes szakaszokban milyen beavatkozások alkalmazhatóak.

A kliens stádiuma	A szakember feladata
elszánás előtt	kételkedés felkeltése: növelni a kliens kockázatészlelését és a jelenlegi viselkedésével kapcsolatos problémáit
elszánás	az egyensúly megingatása: hangsúlyozni a változáshoz szükséges okokat, a nem-változás kockázatait, megerősíteni a kliens jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességét
előkészületi döntés	segíteni a klienst abban, hogy a számára legmegfelelőbb terápiás beavatkozást válassza ki a változás-keresése során
akció	segíteni a klienst, hogy a változás irányában lépéseket tegyen
fenntartás	segíteni a klienst, hogy meghatározzon és használjon olyan stratégiákat, melyek megelőzik a visszaesést
megcsúszás, visszaesés	segíteni a klienst, hogy újrakezdje a kontemplációt, a döntést és az akciót, anélkül, hogy „beragadna" valamelyik stádiumba vagy demoralizálódna a relapszus miatt[6]

A motiváció felkeltése és fenntartása

A szerhasználat abbahagyása, a továbbutalás, az addiktológiai szakemberhez járás, mind feltételezi, hogy az adott személy elkötelezett a változás iránt és motivált, hogy rendszeres kapcsolatban maradjon a szakemberekkel, eljárjon a függőkkel foglalkozó szakemberekhez.

[6] Saját szerkesztés, Prochaska Diclemente, 2009 alapján

A motiváció kialakítása és fenntartása kiemelkedő jelentőségű a sikeres felépülés és a szenvedélybetegek hatékony segítése során. A kliens motivációja – mint más területeken is – folyamatosan változik, hullámzik. A motivációt lehet, sőt kell is fokozni, mert támogatás hiányában, vagy az idő múlásával lecsökkenhet, elmúlhat. Ilyenkor a motiváció újbóli növelése már nehezebb. A motiváció tehát változó, sokszor az adott szakember személyéhez is kapcsolódik. De mégis, a motiváció fokozása az az út, amelyen keresztül valakit a segítő kapcsolatban lehet tartani, illetve tovább lehet utalni a számára jobb ellátást (addiktológiai kezelést) nyújtó szakemberhez.

A motivációs interjú (Miller, Rollnick, 1991)

1. Empátia kifejezése: az elfogadás elősegíti a változást, az ambivalencia normális, alapvető a kliens képzett módon végzett, reflektív meghallgatása.

2. Diszkrepancia kifejezése: Fontos a következmények tudatosítása, Jelen viselkedés és a fontos célok közötti diszkrepancia motiválhat a változásra! A kliens mondja ki a változás mellett szóló érveket.

3. A vitatkozás elkerülése: a vitatkozás fokozza a kliens ellenállását, az ellenállás annak a jelzése, hogy válts stratégiát! A kliensnek nem kell vállalni a „Beteg szerepet” vagy „függőséget” - ez a címkézés a változtatni tudás erejétől foszthatja meg.

4. Tánc az ellenállással - megváltoztatni az értelmezési keretet, a kliens értékes forrás a problémák megoldásában, nem eszköz, hanem cél a konfrontáció.

5. A kliens önbizalmának támogatása: a változásba vetett hit fontos motiváló tényező, a kliens a felelős, hogy válaszon és a változást végrehajtsa, mindig van remény, mindig van alternatív lehetőség.

A segítő folyamat

Az egyéni esetmunka, illetve az addiktológiai konzultáció az állapotfelméréssel indul. Ehhez a szerhasználóval először vagy az „első időkben” találkozó, őt ismerő szakember is fontos: olyan információkat tud az addikciókkal foglalkozó szakembernek átadni, amit ő csak hosszabb idő után tudna meg. Itt fontos a titoktartás, illetve a szerhasználó beleegyezése, hogy ezek az információk átadhatók a szakembernek. Ha nincs a közelben addiktológiai problémákat ellátó intézmény, az állapotfelmérésre akkor is szükség van. Az állapotfelmérés során a problémákról inkább beszélgetünk a szerhasználóval, akik a személyes, bizalmi kapcsolat kialakítása után, szívesen beszélnek a szerhasználat élményeiről, jó és rossz hatásairól, a többszörös szerhasználatról. Viszonyulhatunk úgy a szerhasználóhoz, hogy a szerhasználatának ő a „szakértője”: tehát nem kell ismernünk a különböző, sokszor változó szerek pontos hatásait, nem kell járatosnak lennünk abban a szlengben, amiben a szerhasználó beszél. Ha sikerül kialakítani azt az érzést, hogy a szerhasználó „szakértőként” beszél ezekről, akkor sokszor tapasztalhatjuk, hogy ezt szívesen teszi. A kliensoktatás, edukáció célja ebben a szakaszban a szerhasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentése: azaz, mikor okoz a használt szer vészhelyzeteket, hogyan lehet ezeket megelőzni, hogyan lehet elkerülni a több szerhasználatot egyidőben, a szexuális fertőzések kialakulását (szexuális kapcsolat korlátozása a szerhasználat idején, óvszerhasználat). Mindezt nem elég elmondani: többször is kell olyan beszélgetéseket kezdeményezni, ahol ezekről a témákról szó van.
A szerhasználattal kapcsolatban sok a bizonytalanság magukban a használókban is: néha ugyanaz a szer rosszullétet okoz, nem tudja kiszámolni, mi történik akkor, ha többféle szert használ, mi a szerhasználata későbbi következménye, milyen testi-lelki szövődményekkel kell számolni, befolyásolja-e a szerhasználat a gyermekvállalást, milyen hatása van a magzatra, vagy a már megszületett gyerekre. Az információadás egyben a személyes kapcsolat kialakítását is lehetővé teszi.

Visszaesés megelőzés

Az addikciók kezelésében a relapszus prevenció középponti kérdés és kiemelt figyelmet érdemel. A módszer célja, hogy segítse az egyéneket a kívánt viselkedésváltozás fenntartásában, egyrészt igyekszik megelőzni a visszaesést, illetve arra is megoldásokat kínál, ha megtörtént az, és segíti a szerhasználót a megbirkózásban, a teljes visszaesés megelőzésében. A módszer ugyanakkor jól használható akkor is, ha a szerhasználó viselkedés nem teljes feladásáról, hanem csak mérsékléséről van szó, illetve akkor is, ha a társuló negatív következményeket akarjuk csökkenteni (ártalomcsökkentés).
Fontos tisztázni, hogy az absztinens időszakban megtörténő droghasználatot „megcsúszásként" értelmezzük, ami nem egyenlő a visszaeséssel. A „visszaesés" a korábbi teljes kontrolvesztett használatot és a vele együttjáró életforma, gondolkodásmód visszarendeződését jelenti. A droghasználót abban kell segíteni, hogy a (szinte mindig) bekövetkező megcsúszásokat így értelmezze, valamint felismerje és kezelje azokat a helyzeteket, ahol a „megcsúszás" előfordulhat, illetve megtanulja kezelni magát a „megcsúszást" is - hogy az ne alakuljon „visszaeséssé".

Megcsúszásra, relapszusra hajlamosítanak a nagy kockázatú helyzetek (1.), valamint megfigyelhetőek bizonyos figyelmeztető jelzések (2.) is, melyek megelőzik a relapszust.

Nagy kockázatú helyzetek:
Minden olyan külső vagy belső körülmény, amelyek veszélyeztetik az egyén kontrollérzését és növelik a relapszus lehetőségét. Ezek három típusát különíthetjük el:

- Negatív emocionális állapotok (az összes relapszus 35%-a): frusztráció, düh, szorongás, depresszió, unalom.
- Interperszonális konfliktus (az összes relapszus 16%-a): párkapcsolat és házasság, barátság, munkavállaló-munkaadó kapcsolat zavara.
- Szociális presszió (az összes relapszus 20%-a): ez lehetett direkt (pl. szóbeli rábeszélés) vagy indirekt (pl. jelen lenni olyanok között, akik drogot használnak).

Figyelmeztető jelzések:
Ide sorolhatók az automatikus gondolatok és addiktív hiedelmek, melyek szerhasználathoz vezethetnek. Ezek előre jelezhetik a szerhasználatot és a visszaesést, például:

1. Minden vagy semmi gondolkodás -„Ha nem lehetek a legjobb, nincs értelme akár egy próbát is tenni."
2. Túláltalánosítás (ha valami rosszra fordult, mindig úgy marad) - "Visszaestem öt év absztinencia után, ezután már soha nem leszek képes drog nélkül élni."
3. Mentális szűrő (az egyén csak a negatív dolgokat veszi észre) - „Soha nem felejtem el, ahogy akkor elbántak velem!"

4. A pozitív negatívba fordítása (a pozitív dolgok „nem számítanak" ezért vagy azért).
5. Eljutni negatív következtetéshez (anélkül, hogy erre megfelelő bizonyíték lenne) - „Gondolatolvasás": „A barátom kétszer félbeszakított. Biztos, hogy egy unalmas alaknak tart, akire nem érdemes figyelni."
   „Jövendőmondó hiba" (biztos lenni abban, hogy a dolgok rosszra fordulnak, amihez elég ennek puszta tudata): „Úgysem fognak megkedvelni, miért is próbáljak meg közeledni hozzájuk?" „Soha nem leszek képes megváltoztatni az ivásom."
6. Katasztrófává alakítás (ha valami rosszra fordul, biztos, hogy totális katasztrófa lesz belőle) - „Ha vágyat érzek arra, hogy igyam, biztos, hogy nem bírom ki."
7. „Kell" és „muszáj" megállapítások (ha a személy felé irányul, bűntudat alakul ki, ha más felé, akkor frusztráció, düh és neheztelés) - „Nem lehetek mérges." „Mindig pontosan kell érkeznie."

4. Együttműködések

Törekedjünk az együttműködésre az addiktológiai szolgáltatók alacsony-küszöbű vagy közösségi ellátásában dolgozókkal, utcai szociális munkásaikkal. Az addiktológiai gondozók, drogambulanciák az egészségügyi ellátások mellett szociális ellátásokat is nyújtanak. Egy-egy kliens kapcsán az addiktológiai szakemberekkel való rendszeres konzultáció és a beavatkozás irányának egyeztetése hatékonyabbá teheti a munkát. A felépülést úgy segíthetjük a legjobban, ha az addiktológiai intézményekben dolgozó szakemberek munkáját támogatjuk.
Minden helyi közösségi kezdeményezés, tanoda, működő önkormányzat vagy kisebbségi önkormányzat, lelkész, működő gyülekezet, működő szociális ellátás növeli a szerhasználattal foglalkozó szakemberek kapcsolódását a kliensekhez (első lépésben), majd pedig a minimál-szintű beavatkozást: ártalomcsökkentés információnyújtással, beszélgetésekkel. Csak mindezek után következhet a változás-célú motiválás, amire alapozva kerülhet szóba az elvonás vagy a felépülés, a szakintézményben folyó felépülési munka.
Annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési programokkal eredményeket tudjunk elérni, együtt kell működnünk különböző partnerintézményekkel és szolgáltatókkal.
Az egészségfejlesztési programok fontos színterét képezik az óvodai-, és iskolai intézmények, melyek másodlagos szocializációs szintérként lehetőséget adnak az egészséges életmód készségeinek kialakítására és begyakorlására, valamint a szülők bevonására, attitűdformálására is.
Köznevelési intézményekhez kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása;
- iskola-egészségügyi ellátást végző iskolaorvossal és védőnővel való együttműködés;
- iskolai egészségfejlesztő programok megvalósulásának segítése;
- iskolai szűrővizsgálatok megvalósításában való részvétel;
- iskolai egészségterv megtervezésében, illetve megvalósításában való együttműködés.

A területi gyermekjóléti szolgálat feladata a működési területén élő gyermekek testi és lelki egészségének és a családban történő nevelésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése, illetve a kialakult veszélyeztetettség megszüntetése, valamint a gyermek családjából történő kiemelésének megelőzése
Gyermekjóléti alapellátáshoz kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása család- és gyermekjóléti alapellátás szakembereivel;
- családon belül érzékelt gyermek veszélyeztetettségének felismerése esetén a családok irányítása a család- és gyermekjóléti alapellátáshoz;
- a család- és gyermekjóléti alapellátás szolgáltatásának elérhetővé tétele a telepen élők körében.

Kisebb településeken, ahol hiányos a gyermekorvosi szolgáltatás, felnőtt-, és gyermekorvosi feladatokat a háziorvos, nagyobb településeken a házi gyermekorvos, a védőnői feladatokat a területileg illetékes védőnő (védőnők) látja (látják) el.
A védőnő segíti és támogatja a család, az anya és gyermeke egészségének védelmét, a jelenlétével és munkájával a folyamatos elérhetőséget, támogatást biztosítja. A családvédelmi szolgálat (CSVSZ) védőnője többek között tájékoztatást ad a családtervezésről, a fogamzásgátlásról és a terhesség-megszakítás menetéről.
Egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása (például a háziorvossal, védőnővel);
- családok motiválása az egészségügyi ellátórendszer nyújtotta szolgáltatásokon való részvételre;
- primer-, szekunder prevenció megvalósításában való segítségnyújtás;
- életkorhoz kötött és lakossági szűrővizsgálatok megvalósulásában együttműködés.

Az egészségfejlesztés szempontjából az egészségügyi szakellátást igénylő esetekben a területileg illetékes kórházak és intézmények jelentik a segítő-támogató kapcsolatok színterét. Az egészségügyi intézmények, azon belül is különösen az egészségfejlesztési munkatársak, az ifjúság-, és területi védőnők segítséget jelenthetnek az egészségfejlesztési munkában.

Kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása (az egészségügyi ellátás szempontjából érintett egészségügyi szakembereken keresztül) a járási, szükség esetén megyei népegészségügyi intézetekkel;
- lakossági szűrővizsgálatok megvalósításában együttműködés;
- családok motiválása a szervezett szűréseken való részvételre;
- az egészségügyi intézmények egészségfejlesztési programjaiban való részvétel, segítségnyújtás a programok lebonyolításában, lakosság bevonásában.

Az Egészség Fejlesztési Iroda (EFI) járásonként működő TAJ kártya nélkül is ingyenesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat biztosít. Az EFI-kben, 6 pilot helyszínen - Balatonföldváron, Hatvanban, Csongrádon, Szendrőn, Szentgotthárdon és Baktalórántházán - Lelki Egészség Központok funkcióval bővültek (LEK). A LEK feladata, hogy feltérképezze az adott járásban a lelki egészséget érintő legfontosabb problémákat, összegyűjtse és értékelje a mentális problémák megelőzésével, fel- és megismerésével, kezelésével kapcsolatos jó gyakorlatokat, valamint képzésekkel, és a preventív-integratív szemléletmód terjesztésével erősítse a szakemberek és segítők együttműködését.

Az EFI és LEK intézményeihez kapcsolódó tevékenységek lehetnek:

- kapcsolat kiépítése és fenntartása a járási intézményekkel;
- családok motiválása a szolgáltatásokon való részvételre;
- az intézmények egészségfejlesztési programjaiban való részvétel, segítségnyújtás a programok lebonyolításában, lakosság bevonásában.

FONTOS: *Az együttműködések során minden esetben figyelnünk kell a kompetenciahatárokra, hogy a segítés valóban hatékonyan tudjon megvalósulni. Bővebben, lásd: 3.2. Kompetenciahatárok című fejezet*

A legfontosabb feladatok az szenvedélybetegekkel végzett munka során

- megkereső tevékenység megszervezése,
- ha valaki használ valamilyen szert, törekedjünk arra, hogy minél kevésbé kockázatos módszert használjon a szerhasználat során (információ átadás, tűcsere program),
- bizalom kialakítása,
- egyéni beszélgetések kezdeményezése, a motiváció kialakítása,
- segítés abban, hogy a kliens bejusson és bennmaradjon az addiktológiai ellátás intézményeiben,
- a motiváció fenntartása,
- a szermentesek visszaesésének megakadályozása,
- önsegítő csoportok létrehozása, azok támogatása, részt vehet nyitott üléseken,
- maga is kezdeményezhet, vezethet csoportot: didaktikus, edukációs, készségfejlesztő, rehabilitációs, szocializációs, konzultációs,
- szervezeti igényeket szolgáló bizottságok, adminisztratív csoportok, képviseleti testületek munkájában való részvétel,
- javaslatok készítése a szolgáltatások bővítéséhez,
- klienseket szolgáló team megbeszéléseken, esetkezelő konferencián való részvétel,

- társadalmi környezet megváltoztatására törekvő akciócsoportokban való részvétel.

5.3.3. Az addiktológiai ellátórendszer bemutatása

Alacsonyküszöbű szolgáltatások nem támasztanak magas követelményeket a kliensek felé, általában anonim módon, térítés nélkül igénybe vehető szolgáltatások. Továbbá nem absztinencia orientáltak, hanem a szerhasználat/szerfüggés/viselkedéses problémák ártalmait csökkentő, és pszichoszociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások. Célja tehát az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás elindítása és segítése. Alacsonyküszöbű tevékenységi formák: pszicho-szociális intervenciók, információs, valamint felvilágosító szolgáltatások, telefonos, információs vonal fenntartása, nappali ellátás (drop-in), megkereső munka (utcai munka és party service szolgáltatások), tű- és fecskendőcsere szolgáltatások, szűrések. alacsonyküszöbű ellátás a szervezett megkereső programokon felül biztosítja az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat és a kríziskezelést.

Nappali ellátás[7] – A szenvedélybetegek részére biztosított nappali ellátás a saját otthonukban élő, tizenhatodik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő szenvedélybetegek számára nyújt önkéntes alapon igénybe vehető, szociális, egészségügyi és mentális állapotuknak megfelelő alapszolgáltatásokat, valamint, nyitott formában, az ellátotti kör és a lakosság által egyaránt elérhető lehetőségeket. A nappali megnevezés arra utal, hogy adott helyiségben, meghatározott napközbeni nyitva tartás mellett különféle szolgáltatásokat nyújt szenvedélybetegek és hozzátartozóik részére. Egyéni konzultációs és csoportos foglalkozásokat biztosít, lehetőséget ad a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, higiénés szükségletek kielégítésére, étkeztetésre, és a helyi igényeknek megfelelő közösségi programokat szervez, valamint helyet biztosít a közösségi szervezésű programoknak, önsegítő csoportoknak. A nappali ellátási forma fontos eleme a szolgáltatás preventív hatása, hiszen az egyéni szükségletekre alapozott hosszabb távú szociális és mentális gondozással, az életvitel, életvezetés segítésével, a személyiség fejlesztésével, a közösség erejével megelőzhető, hogy a problémával küzdő egyre inkább izolálódjon, állapota rosszabbodjon. A nappali alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását illetve fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a bio-pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a mentális gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést.

A közösségi ellátás célja a szenvedélybetegek támogatása saját lakókörnyezetükben az önálló életvitelük fenntartásában, valamint további gyógyulásuk és rehabilitációjuk elősegítése. A szerhasználók saját lakókörnyezetükben történő elérése érdekében a közösségi programok segítségével megkereső tevékenységet szervezhetnek. A közösségi ellátások keretében biztosítani kell: a meglévő képességek megtartását és fejlesztését, pszicho-szociális rehabilitációt, szociális és mentális gondozást a szenvedélybetegek saját otthonában, tartózkodási helyén. Segítséget nyújt a szenvedélybetegek számára egészségi és pszichés állapotuk javításában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában; a szociális és mentális gondozásukban, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban. A közösségi ellátás akkor hatékony, ha átfogó, tehát nem csak szigetszerűen épül ki, és integrált a többi addiktológiai szolgáltatással. További feladat a házi- és kezelőorvossal való kapcsolattartás révén az ügyfél állapotának figyelemmel kísérése, illetve egészségügyi, terápiás szolgáltatásokon, szűrővizsgálaton való részvételének ösztönzése.

[7] Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2018: Szakmai ajánlás – Nappali ellátás szenvedélybetegek részére (http://kozossegiellatasok.hu/doc/SzenvedelybetegNappaliAjanlas.pdf)

Járóbeteg ellátás - Drogambulancia, egészségügyi, addiktológiai ambuláns ellátás, TÁMASZ ambulanciák, területi ideggondozók – olyan ellátásokat nyújtanak, melyek elsősorban a függőségi problémákkal küzdőket látja el. Tevékenységi körük és alkalmazott módszerek közé tartozik az állapotfelmérés, információ szolgáltatás, addiktológiai konzultáció, krízisintervenció, kezelés, gyógyszeres fenntartó kezelés, elterelés, egyéni és csoportos pszichoterápiás módszerek, önismeret, kommunikációs technikák fejlesztése.

Kórházi fekvőbeteg ellátás – A problémás és függőségben szenvedő alkohol és kábítószerfogyasztók, valamint viselkedési függőségekkel küzdők kórházi ellátásának kétféle oka lehet. Egyik a drogtúladagolás következtében életveszélyes, vagy mérgezéses állapotba került szerhasználó sürgősségi ellátása. A másik esetben a drogbeteg maga kéri felvételét az addiktológiai vagy pszichiátriai osztályra, mely jelentkezés célja a szermentesség elérése. Ez általában 2-6 hétig tartó terápiás folyamat. A szerről való fokozatos leszokást, különböző gyógyszeres kezeléssel (pl. Metadon) és más terápiák (egyéni, csoportos pszichoterápia) együttes alkalmazásával segítik.

Rehabilitáció - A rehabilitációs folyamat célja, hogy a szenvedélybetegséggel küzdő személy megtanuljon szermentesen élni, megtalálja saját szerepét a társadalomba, ahova visszailleszkedve, annak teljes jogú tagjaként éljen. A rehabilitáció általában fél – egy évig tart (általában ennyi időt töltenek a rehabilitációs otthonban). A folyamat önkéntes, azonban általában egyetlen szenvedélybeteg sem választ önként, hanem a kezelésbe, az elvonási tünetek elől menekülésbe való belefáradás, a teljes anyagi, egzisztenciális ellehetetlenülés, a fizikai és szellemi lepusztulás, hozzátartozók ultimátumai vagy akár bírósági határozat miatt jelentkeznek. A rehabilitáció akkor sikeres, ha nem csupán a szermentességre tanítja meg a személyt, hanem elindítja őt a felépülés útján. A felépülési folyamat célja, hogy az egyén megtalálja életének értelmét (kialakítsa azokat a kapcsolatokat, tevékenységeket, amelyek nem kapcsolódnak a szerhasználathoz), amelyhez nagy segítséget nyújt a terápiás közösség, önsegítő csoport és a hozzátartozók támogatása (tehát a felépülési folyamat túlmutat a rehabilitáción töltött időn). A felépülés hosszadalmas (gyakran azt mondják, hogy élethosszig tartó), többlépcsős folyamat, amelyben a sikertelen próbálkozásoknak is helye van, de minden próbálkozás a változást segíti elő.

Támogatott lakhatás - Ez a szociális szolgáltatási forma 2013-tól került be a jogi szabályozásba. Az addig tartós bentlakásos szociális intézményben szenvedélybetegek részére biztosít intézményen kívüli lakhatási szolgáltatást az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően. Az egyén önálló életvitelének segítése érdekében – a lakhatás mellett – biztosítja a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt. A támogatott lakhatás szolgáltatási elemei: felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés, tanácsadás, pedagógiai, gyógypedagógiai segítségnyújtás, háztartási segítségnyújtást.

Önsegítő csoportok - Önsegítés és önsegítő csoportok működtetésének katalizálása és kapcsolattartás. Az önsegítő csoportok – melyek nem kizárólag az NA, AA csoportokat jelentik – segítenek a tünetek kezelésében és a nehézségek megélésében. A szenvedélybetegek önsegítő csoportjaiban, a felépülésben lévő szerhasználók találkoznak, hogy segítsék egymást az absztinencia megtartásában. Javítják az életminőséget, a mindennapi funkcionalitást, bővítik a szociális hálót és csökkentik az egészségügyi és terápiás kezelések számát és hosszát Az önsegítő csoportok sok esetben sikeres alternatívái vagy kiegészítői a professzionális ellátásnak. Ide tartoznak a hozzátartozói csoportok is, ahol a családtagok felismerik, hogy problémáikkal nincsenek egyedül, a szenvedélybeteg hozzátartozóval kapcsolatban mások is hasonló problémákat és érzéseket élnek meg. Emellett tapasztalataikkal és visszajelzéseikkel egymást tudják segíteni a továbblépések keresésében. Az önsegítő csoportok működésének elősegítése kiemelkedő feladata lehet a telepen dolgozó szakembereknek.

Felhasznált irodalom:

Csák R. – Márványkövi F. – Rácz J. (2017): Új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) használóinak vizsgálata vidéki szegregátumokban.

Elekes, Zs. (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem

Nemzeti Drog Fókuszpont (2016). 2016-os Éves Jelentés a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/

Nemzeti Drog Fókuszpont (2018). 2018-os Éves Jelentés (2017-es adatok alapján) a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára. http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/

Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról" (OLAAP 2015) első eredményei.

Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. november 26-28, Siófok, Supplementum kötet, pp. 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/Absztraktfuzet_MAT_X_2015.pdf

Ádány Róza (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan , Medicina, https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan/ch09s10.html

Demetrovics Zsolt (2009): A droghasználat családi háttere, in: Demetrovics (szerk.): Az addiktológia alapjai III., Eötvös, Budapest, 130-143.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19(3), 276-288. http://dx.doi.org/10.1037/h0088437

Prochaska, James O. – Norcross, John C. – DiClemente, Carlo C. (2009): Valódi újrakezdés. Budapest : Ursus Libris.

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.

5. 6. Fogyatékos személyek ellátása

Összefoglalás

A fejezet áttekinti a fogyatékos személyek ellátásával kapcsolatos alapfogalmakat, az egyes fogyatékossági típusok jellegzetességeit és specifikumait. A fejezet részletesen tárgyalja a fogyatékos személyek által igénybe vehető szociális alapszolgáltatásokat és szakosított ellátási formákat. A fejezet végén a hallgatók gyakorlati ismereteket szerezhetnek az akadálymentesség témakörében.

Cél

A képzésben résztvevők képet kapnak az egyes fogyatékossági típusok legfontosabb jellemzőiről, ismereteket szerezhetnek az egyes fogyatékosságokkal együttjáró nehézségekről és problémákról, amelyekkel a segítő szakemberek munkájuk során találkoznak. Gyakorlati példákon keresztül megismerik az ellátotti célcsoporthoz kapcsolódó hatékony kommunikáció speciális formáit.

Kulcsszavak

fogyatékosság fogalma és típusai, rehabilitáció, szociális alap-és szakosított ellátási formák, hatékony kommunikáció, akadálymentesség

Tanulást segítő kérdések

Melyek az egyes fogyatékosságok jellegzetességei és specifikumai?
Mit jelent az elemi rehabilitáció fogalma?
Sorolja fel a pszichoszociális fogyatékossággal élők esetében a stessz kezelésének módszereit.
Milyen módszerekkel segíthetjük az autista személyek hatékony kommunikációját?
Mit jelent az egyenlő esélyű hozzáférés elve?
Milyen szociális alap- és szakellátásokat vehetnek igénybe fogyatékos személyek?
Milyen gyakorlati szempontokat kell figyelembe venni az akdálymentesség megteremtéséhez az egyes fogyatékossági típusoknál?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Bulyáki T. (2016): Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák (pp: 51-97). ELTE TÁTK http://tatk.elte.hu/file/bulyaki_mentalis_zavarral_elok.pdf
Csákvári Judit–Mészáros Andrea 2012, Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft
Dávid Andrea, Dr. Gadó Márta, Csákvári Judit (2008) Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációja, in: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány ÖNkorPRess Kiadói Kft
Dr. Illyés Sándor (2000): Gyógypedagógiai alapismeretek, Budapest, Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Fehérné Kovács Zsuzsa, Földiné Angyalossy Zsuzsánna, Kálmán Zsófia dr., Márkus Eszter dr., Perlusz Andrea dr., Szabó Ákosné dr.,2009, Ismeretek a fogyatékos, akadályozott személyek segítésére felkészítő képzések hallgatóinak, AduPrint Kiadó és Nyomda Kft.Budapest

6.1. Alapfogalmak

Bevezető

Az alábbi fejezet a fogyatékos személyek önálló és önrendelkező életéhez elengedhetetlen speciális ismereteket és szükségleteikhez igazodó szolgáltatásokat ismerteti és mutatja be gyakorlati példákon keresztül.

A fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai, akik a mindenkit megillető jogokkal és lehetőségekkel csak jelentős nehézségek árán vagy egyáltalán nem képesek élni, ezért szükség van számukra olyan szolgáltatásokat nyújtani, amelyek elősegítik autonóm társadalmi részvételüket.

A Központi Statisztikai Hivatal által 2015-ben kiadott 2011. évi népszámlálás adatai szerint 490 578 fő, azaz a népesség 4,9%-a vallotta magát fogyatékos személynek. (http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossag) Figyelembe kell venni ezen szám meghatározásánál azt a 2011-es népszámlálási adatot is, amely szerint Magyarországon 1 648 413 fő a tartósan beteg, egészségkárosodott emberek száma. (http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossag). Figyelembe véve, hogy a tartós betegség az esetek jelentős részében valamilyen fogyatékosság kialakulásával is jár, összességében mindenképpen nagyságrendileg milliós számú érintett társadalmi csoportról beszélhetünk. A fogyatékossággal érintett kör meghatározásakor, ugyanakkor fontos kiemelni, hogy nem csupán a fogyatékossággal élő személyek szenvedik el a fogyatékosságból adódó hátrányokat, hanem a fogyatékos ember családtagjai és környezete is jelentős nehézségekkel néznek szembe.

Emberi jogi szempontból kétségkívül a – hazánk által az elsők között ratifikált – 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről (továbbiakban: Egyezmény) a legnagyobb jelentőségű nemzetközi dokumentum. Az Egyezmény paradigmaváltást jelentett mind a hazai, mind a nemzetközi fogyatékosságügy területén: az emberi jogi megközelítést állította középpontba. Ennek lényege, hogy a fogyatékos emberek nem jótékonykodás alanyai, hanem jogok birtokosai, akiket elsősorban nem segélyekkel és kedvezményekkel, hanem az önrendelkezés, az önálló életvitel, valamint a munkához és a szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés megteremtésével kell támogatni.

A hazai jogszabályok területén a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (továbbiakban: Fot.) tekinthető alapdokumentumnak.

A törvény elsődleges célkitűzése a fogyatékos személy jogainak biztosítása, ezáltal esélyegyenlőségének, önálló életvitelének és a társadalmi életben való aktív részvételének előmozdítása.

Sok más rendelkezése mellett a Fot. meghatározza a fenti célok elérése érdekében végrehajtandó intézkedések főbb területeit, akadálymentesítési kötelezettséget ír elő a kormányzati és önkormányzati közszolgáltatások fenntartói számára. Mindezek mellett életre hívta az Országos Fogyatékosügyi Tanácsot, amely a Kormány közvetlen tanácsadó szerveként a kormányzati és civil párbeszéd egyik legfőbb fórumaként működik 1999 óta.

A Fot. emellett konkrét jogosultságokat is biztosít a fogyatékos emberek számára. Ezek közül –a teljesség igénye nélkül – az akadálymentes környezethez, az egyenlő esélyű információ-jutáshoz, az oktatáshoz, a közlekedéshez, az egészségügyi ellátások akadálymentes igénybevételéhez, rehabilitációhoz, segédeszközökhöz, támogató szolgálat igénybe vételéhez, korai fejlesztéshez, illetve az integrált vagy védett munkaerőpiaci részvételhez való jog emelhető ki.

A törvény vezette be a fogyatékossági támogatást, amely azon súlyosan fogyatékos személy részére járó pénzbeli ellátás, aki önálló életvitelre egyáltalán nem képes, illetve mások állandó segítségére szorul. A támogatás célja, hogy - a súlyosan fogyatékos személy jövedelmétől függetlenül - anyagi segítséggel járuljon hozzá a súlyosan fogyatékos állapotból eredő társadalmi hátrányok mérsékléséhez.

Emberi jogi szempontból ugyancsak lényeges eredmény volt a 2009. évi CXXV. törvény a magyar jelnyelvről és a magyar jelnyelv használatáról megalkotása. A törvény megjelenésével nemzetközi szinten is kiemelkedően tartalmas jelnyelvi szabályozás lépett életbe Magyarországon, amely a jelnyelvet önálló, természetes nyelvként, a hallássérültek csoportját pedig nyelvi kisebbségként ismeri el. A törvény emellett állami kötelezettséggé teszi a jelnyelvi tolmácsszolgáltatás országos hálózatának

működtetését, térítésmentes jelnyelvi tolmács-szolgáltatást biztosít a hallássérült és siketvak emberek számára. Ezek mellett 2017-től lehetővé teszi az ún. bilingvális (elsősorban jelnyelven történő) alapfokú oktatás választhatóságát, és kötelezően előírja a televíziók számára a műsorszámok feliratozását is.

A fogyatékos személyek ellátásával kapcsolatos alapfogalmak az alábbiak:

Fogyatékos személy: „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" (1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4.§.)

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. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4.§.)

Segédeszköz: „a fogyatékos személy fizikai vagy érzékszervi képessége részleges vagy teljes hiányának részleges vagy teljes pótlását szolgáló eszköz" (1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4.§.)

Támogató szolgálat: „a fogyatékos személy önálló életvitelét elősegítő, a mindennapi szükségletei kielégítését célzó - személyes közreműködés által megvalósuló – szolgáltatás" (1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4.§.)

Lakóotthon: a fogyatékos személy önálló életvitelét elősegítő, kisközösséget befogadó lakhatási forma.

Akadálymentes: „az épített környezet akkor, ha annak kényelmes, biztonságos, önálló használata minden ember számára biztosított, ideértve azokat az egészségkárosodott egyéneket vagy embercsoportokat is, akiknek ehhez speciális eszközökre, illetve műszaki megoldásokra van szükségük." (1997. évi LXXVIII. törvény az épített környezet alakításáról és védelméről, 2.§.)

Akadálymentesség: a fogyatékosság nem betegség, hanem a társadalmi sokszínűség része, és a fogyatékosság más megközelítésére hívja fel a figyelmet, mégpedig, hogy a fogyatékos személyek és a környezeti akadályok kölcsönhatása jelentős szereppel bír, vagyis a nem megfelelő környezet gátolja őket abban, hogy rész tudjanak venni a társadalomban teljes értékűen és hatékonyan, másokkal azonos alapon.

Az egyezmény értelmében a feladat ezen környezeti akadályok beazonosítása és lebontása, melynek eszköze többek között a társadalmi tudatformálás, a komplex szolgáltatás-szervezés, és az akadálymentesítés. Az egyezmény értelmében a környezethez való akadálymentes hozzáférés kialakítása és fenntartása szoros összefüggésben van a fogyatékos emberek egyenlő esélyű hozzáféréshez való jogával. (2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről)

Egyenlő esélyű hozzáférés:

- „a szolgáltatás egyenlő eséllyel hozzáférhető akkor, ha igénybevétele - az igénybe vevő állapotának megfelelő önállósággal - mindenki, különösen a mozgási, látási, hallási, mentális és kommunikációs funkciókban sérült emberek számára akadálymentes, kiszámítható, értelmezhető és érzékelhető,

- az épület egyenlő eséllyel hozzáférhető, ha mindenki, különösen a mozgási, látási, hallási, mentális és kommunikációs funkciókban sérült emberek számára megközelíthető, a nyilvánosság számára nyitva álló része bejárható, vészhelyzetben biztonsággal elhagyható, valamint az épületben a tárgyak, berendezések mindenki számára rendeltetésszerűen használhatók,

- az információ egyenlő eséllyel hozzáférhető akkor, ha az mindenki, különösen a mozgási, látási, hallási, mentális és kommunikációs funkciókban sérült emberek számára kiszámítható, értelmezhető és érzékelhető, az ahhoz való hozzájutás pedig az igénybe vevő számára akadálymentes." (1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 4.§.)

Támogatott lakhatás: szociális szakosított ellátási forma, mely a fogyatékossággal élők, a pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek számára nyújt ellátást. Célja az önálló életvitel lehetőségének megteremtése, melyet erre a célra átalakított lakásokban vagy házakban szükséges megvalósítani.

Felépülés: A mentális zavarral élő szemszögéből nézve a személyes felépülés azt jelenti, hogy az életét önmaga irányítja, ismeri és megvalósítja a céljait, akár a mentális probléma tünetei ellenére is. Az életét általában nem kórházakban tölti, és nem is egy védett szálláson, ahol mások kontrollálják. Képes az életét alakítani, formálni, használja, de nem függ az egészségügyi és szociális szolgáltatóktól és a terápiáktól. E megközelítés fontos eleme, hogy a visszahúzódás helyett egy aktívabb részvételt feltételez az életvitelben, és a védekező elutasítás helyett szembenézést és elfogadást ösztönöz (Bulyáki, 2018)

Képessé tétel: „A képessé tétel elmélete azzal foglalkozik, hogy hogyan szerezhetik meg az emberek az irányítást saját életük felett, csoportként (közösségként) képviselve saját érdekeiket; a módszer pedig azzal, hogy a szociális munkások hogyan keresik a lehetőségeket arra, hogy fokozzák/növeljék azoknak az embereknek a „hatalmát" (befolyását), akik ebben hiányt szenvednek." (Adams, 2003.)

Diszfunkció: működési zavar, egy képességterület működésében való tartós lemaradás.

Funkcióképesség: „az a zavarmentes állapot, amikor megtartott a testünk sértetlensége, tudunk elképzeléseink szerint tevékenykedni és részt veszünk valamennyi részünkre fontos élethelyzetben, a maguk teljességében megéljük a szerepeinket. Ha bármelyik dimenzió területén zavarok, problémák alakulnak ki, akkor keletkezik a fogyatékosság." (Kullmann, 2012)

Funkcióképesség javulás: amikor az egyén fogyatékosságából eredő testi, lelki, mentális, környezeti állapotában fejlődés, az életére kiható pozitív változás következik be.

6.2 A fogyatékosság definíciói és típusai. Az egyes fogyatékosságok jellegzetességei és specifikumai

A fogyatékosság definíciói

A fogyatékosságot többféle megközelítésből vizsgálhatjuk.

A szociológia szerint a fogyatékosság társadalmilag meghatározott (különböző gazdasági, társadalmi, földrajzi viszonyok között más és más), a szokásostól, a társadalom többsége által elfogadottól való, negatív irányú eltérés. A fogyatékosság nem egy tény, hanem viszony és érték, ami a társadalmi értékelésből ered. (Foucault, 2000; Vigotszkij, 1987)

Gyógypedagógiai megközelítés: A fogyatékosság a gyógypedagógia alapfogalma. A fogyatékosság jelöli meg azt a tulajdonságot vagy tulajdonságcsoportot, ami alapján a személy gyógypedagógiai ellátást igényel. A fogalom jelentése és terjedelme nagyon változó tartalommal bír. A fogalom értelmezése függ például az egyén fizikai és társadalmi környezetétől, attól, hogy az adott társadalomban, hogyan gondolkoznak a fogyatékosságról, kit tekintenek fogyatékos személynek. A fogyatékosság vonatkozhat egy tulajdonságterületre, egy területen belül egy vagy több tulajdonságra, de vonatkozhat több területre és több területen több különböző tulajdonságra is. (Illyés Sándor,2000)

Fogyatékosság típusai

Pszichoszociális fogyatékosság

„A pszichoszociális fogyatékossággal élő személy minden olyan személy, aki hosszantartó mentális károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalást." (Gombos Gábor 2013).

1999-ben alakult meg a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (továbbiakban: PÉF), mely egy non-profit szervezet, és elsősorban érdekvédelemmel, az emberi jogok érvényesülésével és a pszichoszociális fogyatékossággal élő ember esélyegyenlőségével foglalkozik. Elnöke, Radó Iván szerint a pszicho szociális akadályozottsággal élő személy az, aki olyan lelki eredetű betegséggel él, amely állapot számos egyéb környezeti/társadalmi tényezővel összefüggésben korlátozza vagy akadályozza az adott személy teljes, hatékony és egyenlő esélyű társadalmi részvételét. A pszichoszociális akadályozottsággal élő személynek komplex, a változó állapothoz igazodó támogató szolgáltatásokra - akadálymentesítésre van szüksége pszichés jólléte és egyenlő társadalmi részvétele biztosításához.

A betegségből adódó akadályok, korlátok ellenére a személyes felépülés egy kielégítőbb és reményteljesebb élet esélyét teremti meg, egyben új jelentést és célt ad az egyén életének, és lehetőséget kínál arra, hogy túljusson a mentális betegség következményein. (Bulyáki Tünde 2018)

A felépülés fogalma a normális korlátok közötti működést jelenti az életnek ugyanazon dimenzióiban, amelyek károsak a betegség által korlátozott embernél. A pszichoszociális fogyatékosság a tananyag 3. fejezetében részletesen tárgyalásra kerül.

Autizmus és az autisztikus spektrum zavar

Az autizmus szociális, kommunikációs kognitív készségek minőségi fejlődési zavara, amely 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.

Különböző formáit egységes kórképként, autisztikus spektrumzavarként, illetve pervazív fejlődési zavarok csoportjaként definiálja a modern szakirodalom. Genetikusan erősen meghatározott, a családokban halmozódik. (www.autizmus.hu). Az állapot szakirodalmi 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.

Súlyos zavar vagy speciális nehézség, furcsa jellemzők a következőkben nyilvánulhat meg:

- a társas kapcsolatokban: pl. társaktól való elkülönülés vagy szokatlan közeledés,
- egyoldalú interakcióban;
- a kommunikációban (beszéd, gesztus, mimika): pl. a beszéd hiánya,
- a beszéd szintjéhez képest gyenge beszédhasználatban, kommunikációban, vagy a nyelv szó szerinti értelmezésében;
- 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. Nincs látható, típusos külső jele, ugyanakkor minden értelmi szint mellett előfordulhat, és gyakran társul más fogyatékossággal, fejlődési zavarral. Ennek megfelelően a klinikai kép igen sokféle lehet, az autizmus súlyossága, az értelmi színvonal, az egyéb képességek, illetve fogyatékosságok és a gyermek személyisége függvényében.

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. Az esetleg jelentős mértékű fejlődés mellett az alapvető probléma egész életen át fennáll, és döntő hatással van a szociális beilleszkedésre és életminőségre, a képességeknek megfelelő színvonalú életvezetés elérésére.
Minőségi károsodás és általános elmaradás három területen figyelhető meg:

a) a reciprok (kölcsönösséget igénylő) szociális interakciókban (a metakommunikáció, pl. szemkontaktus használata a szociális kapcsolatok szabályozásában, a kölcsönösség, a kortárskapcsolatok, a vigasz, az öröm, élmények kölcsönös megosztás stb.);
b) a kommunikációban (beszéd kialakulása, a kialakult beszéd funkcionális használat, pl. társalgás fenntartására, illetve nem beszélő gyermeknél kompenzációra való törekvés más eszközökkel, a beszéd metakommunikatív oldala, mint ritmus, hangsúly, intonáció stb.) és a játékban (változatos és spontán szerep-, illetve imitatív játék); valamint
c) a rugalmas viselkedés-szervezés területén (pl. sztereotip, repetitív, (azonosan vagy azonos jelleggel ismétlődő), illetve azonossághoz való ragaszkodást tükröző tünetek).(www.autista.hu)

A tünetek 3-5 éves korban, tehát az óvodáskorban a legtípusosabbak, illetve legsúlyosabbak.
Kisgyermekkorban a beszéd fejlődésének zavara (olykor visszafejlődés), a magány szeretete, szűk körű érdeklődés, amely ebben a korban főleg a tárgyak fizikai jellegzetességeire vagy azonos aktivitásra irányul, a szimbolikus játék hiánya, sztereotip mozgásos tünetek (pl. kezek röpködő mozdulata, bizarr tartások, grimaszok, lábujjhegyen járás), illetve a szenzoros viselkedés furcsaságai (pl. szagolgatás, vizuális ingerek keresése) a jellemzőek.

A környező világ megismerésének zavara, a kommunikáció lehetetlensége is okozhatja a jellegzetes ragaszkodást az azonossághoz, a ritkább kóros fokú leválaszthatatlanságot az anyáról, a frusztráció és félelem kapcsán jelentkező düh- és szorongási rohamokat, pl. nyilvános helyen, vásárlás közben, közlekedés során, várakozáskor.

Jobb értelmű gyermekeknél a szűk körű, sztereotip érdeklődés már nem szenzoros ingerekre irányul, hanem szociális tartalommal nem bíró, vagy funkcionális értelmétől elvonatkoztatott témákra, érdeklődési körökre: pl. térképek, közlekedés, járművek, országok és fővárosok, lakcímek, és gyakori a zene szeretete.

A tünetekből egy-egy gyermeknél nem találjuk meg az összeset, és súlyosságuk is igen változó lehet. A felnőtt korú autista személyek körében a diagnózis nagyon ritka, hiszen az elmúlt 20 évben alakult ki Magyarországon az autizmus diagnosztika, de az is a gyermekekre fókuszál. Ez azt jelenti, hogy a felnőtt lakosságban ismeretlen számú diagnosztizálatlan autista személy él. A szociális intézményekben is valószínűleg sok olyan ellátott van, akiknek a mai tudással autizmus diagnózist adnának. A fent felsorolt furcsa jellemzők nagy része felnőtt korban is megmarad, egyesek erősödhetnek, mások gyengülhetnek, ez személyenként változó. Az autizmus-specifikus nevelés, tanítás, fejlesztés 18 hónapos kortól kezdhető el a gyermeknél, de soha nem késő elkezdeni, felnőttek esetén is jelentős eredmények érhetőek el.

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. A beszédfogyatékosság a beszéd- és nyelvi teljesítmények súlyos zavarai, amelyeknek a hátterében elsősorban biológiai/organikus, funkcionális okok állnak, és csak intenzív, szakszerű segítségnyújtással javíthatóak. A beszédfogyatékosság megjelenhet a beszédfejlődés kiterjedt és hosszan tartó elmaradásában, a beszédfolyamatosság, a beszéd- és hangképzés sérüléseiben, valamint az olvasás, írás megtanulásának és alkalmazásának akadályozottságában. (Torda, 2000)

A beszédfogyatékosság fajtái a következők:

- **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, helyettesítése 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. (Illyés, 2000)

Értelmi fogyatékosság

„A központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és/vagy környezeti hatások eredőjeként alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első életévtől kezdve – számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott." (Czeizel-Lányiné-Rátay, 1978). 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, ezért a népesség átlagától való eltérés az intelligenciahányadossal adható meg legegyszerűbben. A legismertebb osztályozás az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (APA) által készített eljárási módszer, mely az IQ-értékek alapján sorolja be az értelmi fogyatékossággal élőket. Ezen mérési protokoll alapján enyhe fokban sérült (75–50 közötti IQ) az értelmi fogyatékos populáció kb. 85%-a, középsúlyos (55–35 közötti IQ) az értelmi fogyatékos populáció kb. 10%-a, súlyos (40–20 közötti IQ) az értelmi fogyatékos populáció kb. 3-4%-a, igen súlyos (25 alatti IQ) az értelmi fogyatékos populáció kb. 1-2%-a.

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.

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 hallássérülés gyűjtőfogalom, magában foglalja a hallásveszteség minden fokát és típusát. A fogalmat a

halláskárosodás, a hallászcsökkenés és a hallásveszteség szinonimájaként is szokták használni. Ide tartoznak a hallószerv bármelyik részének veleszületett vagy szerzett sérülései, esetleg fejlődési rendellenességei, melyek következményeképpen a hallásteljesítmény az éptől eltér. (Farkas-Perlusz, 2000)

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).

Siket vagy hallássérült az olyan személy, akinek 110 dB-nél súlyosabb hallászcsökkenést mutat mindkét fül. Ez azt jelenti, hogy az illető egyáltalán nem hall semmit, vagy azt, hogy hallásmaradványa csak az erőteljes mély hangokat észleli. (Farkas-Perlusz, 2000)

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 belső fül zavara esetében jó eredménnyel alkalmazható a cochleáris implantáció, amely egy olyan műtéti eljárás, ami a súlyos nagyothallók és siketek hallásjavítását szolgálja. A hallóideg, illetve az agy működési zavara esetében a siketség csak kis mértékben vagy egyáltalán nem gyógyítható.
Mindenképp a siket (vagy hallássérült) megnevezés használandó, a „süket” kifejezés teljes mértékben kerülendő. A siketek általában képesek szájról olvasni, másrészt a testbeszéd is árulkodó lehet, ha a jelenlétükben róluk beszélnek.

Nagyothallónak nevezzük azt a személyt, akiknek halláskárosodásuk mértéke mindkét fülön 40-90 dB között van. (Farkas-Perlusz, 2000) 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.
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. Ez magyarázza a McGurk-hatást, vagyis azt, hogy jobban érthető az, akinek látható az arca, illetve a szája. 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.

Látássérülés
A látássérült emberek a térbeli tájékozódás és az információszerzés terén akadályozottak, látássérülésük legalább 67%-os. (Illyés, 2000)

Látáscsökkenésük mértéke szerint 3 fő csoportba sorolhatóak:

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.

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

Aliglátók
Fényérzékenyek, ujjolvasók, nagytárgylátók. (Illyés, 2000)

A látássérültek **elemi rehabilitációja** módszertanának kifejlesztésével és bevezetésével a szakemberek célja az volt, hogy az érintettek képesek legyenek hétköznapi életet élni, ugyanakkor fontos számukra azoknak a speciális eszközöknek, módszereknek az elsajátítása is, amely lehetővé teszi számukra a teljesen önálló életet. Az elemi rehabilitáció az élet olyan területeire fókuszál, ahol a látássérülésből fakadóan különleges odafigyelés, tudás szükséges.

Az esetleges meglévő látásmaradvány használatát optikai segédeszközökkel lehet támogatni. Ilyenek például a nagyítók, szemüvegek. A tájékozódásban ma már sokféle eszköz segíthet, ilyen a fehér bot, a jelzőlámpák hangjelzése, a járdán a vezető-sávok megépítése, a segítő kutyák alkalmazása, GPS alkalmazása, ugyanakkor fontos az érintettel többször, alaposan bejárni azokat a helyiségeket, amelyeket minden nap használ, ugyanez igaz a rendszeresen bejárandó útvonalakra is. A mindennapos tevékenységek terén szintén fontos, hogy megtanuljanak olyan biztonságos és praktikus technikákat, módszereket, amellyel például a konyhában, vagy a higiénés tevékenységek sokaságában önállóan képesek cselekedni. A cél 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.

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 gyógypedagógiában (Illyés, 2000)

a) Petyhüdt bénulások
A bénulás egy izom vagy egy izomcsoport működésképtelenségét jelenti. Az érintett testrész érzéktelenné is válhat. Az izomzat tónusa kórosan csökkent. Enyhébb esetekben csökken az izomerő és az izomzat működőképessége (parézisek). Súlyos esetekben a bénulás teljes (plégiák).

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: szerzett végtaghiány

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. Megkülönböztetünk kis (pl. ujj) és nagy (pl. láb) amputációt. A nagy amputációknál az amputálás helyét is jelzik, térd alatt vagy felett, illetve könyök alatt vagy felett. A műtét után az amputált paciens hosszabb - rövidebb kórházi ellátásra szorul. Egy ujj amputálása után még aznap haza mehet, egy kar esetében pár nap, míg egy láb esetén 1-2 hét kórházi ellátás szükséges. Az amputáció pszichésen is megterheli a pacienst, de ez egyénenként eltérő. Megfelelően végzett amputáció után általában lehetséges a protézis (művégtag) viselése.

A bénulástól eltérően a megfelelően végrehajtott amputáció után lehetőség van művégtag viselésére, 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.

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 (Kocsisné– Túriné– Ruzsics, 2013).

6.2.1. DSM-5 és BNO-10 és 11 és FNO kódok rendszerének és szabályozásának ismertetése

A „DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz” című könyv az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) által kiadott kézikönyv, melyben minden diagnózis tételesen szerepel, széleskörű szakértői konszenzuson alapul, és az újabb tudományos eredmények is megtalálhatóak ebben a kézikönyvben.

A BNO az egészségügyben használt, a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszer rövidítése. Kialakításának az volt a célja, hogy bármelyik országban megbetegedett, illetve sérülést szerzett személy diagnózisát egységes kódrendszer alapján lehessen besorolni. A WHO (World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet) által kiadott BNO kódrendszerben a kódok négy karakteresek. Az első karakter betű, majd következik két szám. Ez a három karakter határozza meg nemzetközi statisztikában használt betegségkategóriákat, amelyeket az esetek többségében egy negyedik karakter kisebb egységekre bont. Jelenleg a BNO-10 van használatban, a BNO-11 kidolgozás alatt áll.

Mindkét kódrendszer a mentális problémákból eredő betegségek beazonosításával foglalkozik.

Az FNO a funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása. Az alapja az ember holisztikus megközelítése, vagyis teljes egészként, mentális, egészségi és fizikai állapotának figyelembevételével együtt tekint a vizsgált egyénre, figyelembe veszi a környezeti beágyazottságát is. Számokkal és betűkkel, különböző szempontokból közelíti meg az egészségi állapotot. Ezt az osztályozást egy szakemberekből álló csapat, team végzi. A kód megmutatja, hogy egy sérülés, fogyatékosság vagy az egészségi állapot megváltozása következtében egy adott személy az élete egyes területein milyen mértékben képes működni. Vizsgálja például a testi funkciókat (például alvás, látás, hallás, figyelem, fájdalom, stb.), a tevékenység és részvétel intenzitását (étkezés, társalgás, toilette-használat, családi kapcsolatok, stb.) és a környezeti tényezőket (szűk család, barátok, társadalmi aittűd, stb.) (Egészségügyi Világszervezet (2004)
A fogyatékosság FNO szerinti értelmezése: „A fogyatékosság a károsodásokat, a tevékenység akadályozottságát és a részvétel korlátozottságát felölelő gyűjtőfogalom. Egy kóros egészségi állapotú egyén, valamint kontextuális (környezeti és személyes) tényezői közötti kölcsönhatás negatív oldalát jelöli meg.” (Egészségügyi Világszervezet (2004)

6.2.2.Diagnosztikai kritériumok

A különböző fogyatékosságok diagnosztizálása sohasem a szociális szakember feladata, különböző orvosokból és egyéb szakemberekből álló bizottság vizsgálja meg az érintettet, és állítja ki a diagnózist. Ezt a tevékenységet orvosok, gyógypedagógusok, pszichológusok és pszichiáterek, illetve a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai végzik. „A szakértői bizottság komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint orvosi, sajátos nevelési igény gyanúja esetén komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai orvosi vizsgálat alapján szakértői véleményt készít.” (15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről). Minden szakember a következő módszerekkel, eszközökkel vizsgálja a fogyatékosság meglétét: intelligencia tesztekkel, fejlődési tesztekkel, szókincs tesztekkel, kognitív képesség tesztekkel, szociális érettségi skálával mérik fel a személyt. (Csákvári Judit–Mészáros Andrea 2012, Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.)

6.2.3. Az egyes fogyatékosságokkal együtt járó nehézségek, problémák, amikkel a segítő szakemberek találkozhatnak

A **pszichoszociális fogyatékossággal** élő személyek életében a felépülés útján a legnagyobb akadályt a stigmatizáció jelenti. A stigmatizáció megbélyegzést jelent. Vagyis a társadalom tagjai, ha tudomásukra jut egy egyén pszichoszociális fogyatékossága, másként tekintenek rá, bolondnak, veszélyesnek, kerülendőnek gondolják, kiközösítik, kizárják a csoportból, marginalizálják. A stigmatizáció kapcsán a megélt és a vélelmezet stigmatizációt kell megemlítenünk. A rehabilitációban a pszichoszociális intervenciók közül kiemelkedő fontossággal bír a munkarehabilitáció. 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 stigmatizáció csökkentését célozzák meg az érzékenyítő programok, melynek keretében tapasztalati és kísérő szakértők bevonásával, interaktív beszélgetések keretében laikus emberek találkozhatnak mentális zavarral érintettekkel.

Az **autizmus** sok esetben nem kerül azonosításra, nem diagnosztizálják, ezért az érintettek jelentős része nem kap autizmus-specifikus segítést az életében. Ennek következtében sokszor a kezelhetetlenségük miatt eltanácsolják őket az oktatási vagy a szociális intézményekből, és a szintén eszköztelen családokra marad ezeknek a sokszor nagyon nehezen kezelhető embereknek az ellátása.

Egy autista ember, a spektrum bármelyik részén helyezkedik is el, a napjai nagy részében próbálja a körülötte lévő világot értelmezni, megérteni és reagálni a környezetéből bejövő ingerekre. Állapotából fakadóan nagyon nehezen érti meg a neurotipikus, vagyis az autizmusban nem érintett emberek

reakcióját, kérdéseit, érzelmeit, működésüket. Ez azért van, mert az ő világuk sokkal egyszerűbb és letisztultabb. 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, amelyek nem azok, amik, 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. Képzeljük el, mennyire rosszul érezhetnénk magunkat egy olyan világban, ahol mindenki másik nyelvet beszél, mint mi, mi pedig nem tudunk megszólalni semmilyen nyelven, hogy elmondjuk, mit gondolunk. Nekünk is nagyon frusztráló érzés lenne.
Sok esetben megfigyelhető autizmusban érintetteknél a túlzott figyelem, érdeklődés egy adott terület iránt, amely a teljes szélsőségesség irányába is terelődhet, például a vonatok szeretete, vagy egy gyűjtési szenvedély, amely kihatással lehet akár a higiéniai, vagy fizikai egészségére. Amennyiben valamiért nem jutnak hozzá az érdeklődésüknek megfelelő tárgyhoz, tevékenységhez, megfigyelhetjük az agresszió elhatalmasodását.
Jellemző az autizmus állapotra, hogy a megszokott dolgok, napi rutinok, tevékenységek, ruhák között nehezen képesek váltani, változtatni. Amennyiben ezt kell tenniük, feszültek lesznek, és ismét az agresszióhoz fordulnak megoldási lehetőségként.
Sokuk viseli nehezen a zajt, a tömeget, a testi kontaktust, ezek szintén feszültséget és agressziót válthatnak ki az egyénből.

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.

Értelmi fogyatékos személyek esetén nehézséget tapasztalhatunk a beszédészlelésben és beszédmegértésben, a szókincs, a mondatalkotás és az artikuláció területén sajátos vonások jelenhetnek meg. A környezetre adott reakciók halványabbak, kifejezéstelenebbek lehetnek, alacsony pszichés aktivációs szint miatt nehezen motiválhatók az érintettek, figyelmük gyorsan elterelődik, rövid ideig képesek koncentrálni. Megfigyelhető esetükben az érzékelés és észlelés differenciálatlansága (pl. a tárgyak megfigyelésénél kevesebb jegyet, különbséget tudnak észrevenni, nem tudják megkülönböztetni a lényegest a lényegtelentől), nem törekszenek a tárgyak jellemzésére, a tárgyak megnevezésén túl annak tulajdonságait, jellemzőit nem tudják felsorolni, az észlelés beszűkülése következtében a tájékozódás bizonytalanná válik. Jellemző viselkedésükben a következetlenség: a figyelem szórtsága miatt nem tudnak huzamosabb ideig egy dologra összpontosítani. Gondolkodásukból hiányzik az előzetes tájékozódási szakasz. Feladatmegoldás esetén nem ismerkednek a konkrét feladattal, nem képzelik el a megoldás folyamatát, nem tesznek fel kérdéseket, hanem azonnal cselekednek. Megnehezíti az ismeretszerzést a kognitív funkciók sérülése, a pontatlan megfigyelés, a célirányos mozgások kivitelezésének nehézségei, a hibás vizuális emlékezet, a kialakulatlan dominancia, tartós figyelem és feladattartás gyengesége, nyugtalan magatartás. (Dr. Kovács, 2013.)

Látássérültek esetében nehézséget okozhat a mindennapi tevékenységek megoldása, a testi higiénia, a wc-használat, az öltözködés, az étkezés, a főzés, a közlekedés, a vásárlás, az idegen emberekkel való kommunikáció, a tájékozódás.

6.3. Az egyes fogyatékossággal összefüggő problémákra adható releváns szakmai válaszok

Pszichoszociális fogyatékossággal élők

A mentális zavarral élő személyekkel kapcsolatosan fontos szem előtt tartanunk, hogy a mentális zavarral élő személyek különösen sérülékeny kliens csoportba tartoznak.

„A sérülékenység- stressz modell szerint a mentális zavarral járó károsodás megnyilvánulásának valószínűsége akkor a legnagyobb, amikor a sérülékenységi és a stressz tényezők kombinációja meghaladja az adott személy bio- pszichológiai alkalmazkodó képességét, és kiváltja azokat a biológiai/ viselkedésbeli válaszreakciókat, amelyek a kérdéses egyén betegségét jellemzik" (Ian R.H. Falloon és mtársai 1998:23 idézi Bulyáki Tünde 2016).

„A stressz lehet környezeti stressz (pl. munkavégzéshez kapcsolódó stressz) és életeseményekhez (pl. közeli rokon halála) kapcsolódó stressz. A stresszorok negatív hatása a sérülékeny egyénre állapotrosszabbodásához, személyes és szociális korlátozottsághoz vezethet, amely az életminőség romlását eredményezheti. A segítő tevékenység célja, hogy a mentális zavarral élő személyeket hozzásegítsük a stressz megfelelő kezeléséhez. Ezek a készségek segítik a személyes örömteli célok elérését." (Bulyáki Tünde 2016). A stressz kezelés minden szolgáltatási formánál (közösségi pszichiátriai ellátás, pszichiátriai betegek nappali ellátás, pszichiátriai betegek átmeneti és tartós ellátást nyújtó otthona, pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye, pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona, támogatott lakhatás) megjelenő tevékenység.

A stressz kezelés módszerei

- **kommunikációs készségek fejlesztése**

A kommunikációs készségek fejlesztése során a meglévő hatékony készségek erősítése és új készségek fejlesztése valósul meg (Bulyáki Tünde 2016)

Az alapvető kommunikációs készségek a következők, amelyek fejlesztése megvalósul a kommunikációs készségfejlesztő tréningen:

1. Pozitív érzés kifejezés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy megtanulja, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a pozitív érzéseiket.
2. Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy megtanulja, hogy hogyan kérhet konstruktívan mástól.
3. Kellemetlen érzések kifejezése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozója megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a kellemetlen érzéseiket.
4. Aktív figyelem technikájának a fejlesztése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személyek megtanulják, hogyan tudnak hatékonyan figyelni a kommunikációban résztvevő partnerre, a kommunikációs folyamatra. (Bulyáki Tünde 2016)

- **problémamegoldó készségek fejlesztése**

„A hatékonyan alkalmazott kommunikációs készségek hozzájárulnak a problémamegoldó készségek fejlődéséhez. Ha mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik nem tudnak egymásra figyelni, egymást meghallgatni, erőfeszítéseiket értékelni, pozitív kéréseket közölni, a kellemetlen érzéseket minősítés, kritika nélkül megosztani, a családtagok nem fognak tudni részt venni az eredményes problémamegoldás folyamatában." (Bulyáki Tünde 2016:55,56)

A személyes, örömteli célok elérése érdekében, fontos foglalkoznunk a problémamegoldó készségek fejlesztésével.

- **asszertív viselkedés elősegítése**

A személyes hatékonyság növelése fontos a mentális zavarral élő személyeknél, akiknél az érdek érvényesítésének készsége csorbulhat. Az asszertív viselkedés fejlesztése a kommunikációs tréninghez kapcsolódóan jelenik vagy jelenhet meg. Helyzetgyakorlatok segítségével készségfejlesztéssel valósul meg. Eredménye lehet a hatékony és méltányos viselkedés. (Bulyáki Tünde 2016:57,58)

- **agressziókezelés**

A mentális zavarral élő személyek által elkövetett bűncselekményeknek a médiákban való túlzott megjelenítések hatására a mentális zavarral élő személyeket stigmatizálják, negatív módon megbélyegzik. Amikor a mentális zavarral élő személy a betegség akut szakaszában van, az agresszió veszélye valóban megnőhet. Az indulatkezelési stratégiák kognitív és viselkedéses intervenciókból tevődnek össze, eredményes lehet mind a megelőzésben és a kezelésben is. (Bulyáki Tünde 2016)

Az **autizmus** kezelésére 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, együttlakásból 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 jelentek 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.

A beszédfogyatékossággal élő személyeknél a logopédus a kulcs a kezelésben, 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. 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. A fejlesztések hatására az egyén 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.

A **hallás korlátozottsága** az élet minden területén okozhat nehézséget a hallássérült személynek, ezért fontos az állandó, szoros, türelmes, speciális módszerekkel való támogatása egész életén át, vagy amíg képessé válik hallássérülését önállóan kezelni. A hallás hiánya feszültséget okozhat a csoporton belül és az egyénben is egyaránt. Fontos a környezet felkészítése a hallássérült ember speciális szükségleteivel, a vele való, őt segítő viselkedéssel kapcsolatban. A legideálisabb az volna az érintettek számára, ha mindenki, aki a környezetükben van, elsajátítaná a jelelést, ez egyenlőre nem kivitelezhető, ugyanakkor fontos, hogy egy alapszókincset elsajátítsanak a vele rendszeresen kapcsolatba kerülő szakemberek, ezzel segítve az érintettek integrációját, konfliktuskezelését, jobb életminőségét.

Látássérülés esetén az elemi rehabilitáció jelenthet megoldást, amely segít, hogy 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) az ambuláns forma azt jelenti, hogy alkalmankénti beutazással veszi igénybe a rehabilitációs szolgáltatásokat,
b) a bentlakásos forma esetén intézményi keretek között, kiszakadva családi környezetéből rehabilitálódik,
c) az 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 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 közösítsék ki, vagy ne használják ki a nem látó embert. Segíteni kell az integrációját a csoportba.

A **mozgássérült** emberek állapota is nagyon széles skálán jellemezhető, egyesek képesek a teljesen önálló életre a számukra megfelelő segédeszköz segítségével, míg mások élethosszig tartó, teljes körű ápolásra szorulnak. Sok mozgássérült személy kizárólag mozgásában akadályozott, más fogyatékosság nem társul az állapotához. 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, rollátort, 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, emelő

- 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, különböző szemléltető eszközök, vizuális folyamatábrák, nagyméretű egerek, gömbegerek, kisméretű billentyűzet, PCS kommunikációs képrendszer és képszótár

Léteznek különböző művégtagok és implantátumok az amputált végtagok, testrészek pótlására.
A mozgássérült emberekkel nagy kihívás a segédeszközök használatát elsajátíttatni, illetve a pszichés, mentális problémák kezelése, kísérése fontos feladat. A velük foglalkozó szociális szakember feladata, 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 **súlyos vagy halmozottan fogyatékos** egyének különös bánásmódot igényelnek életük minden területén. Mind a fizikai, mind a pszichés, mind a mentális gondozásuk nagy kihívást jelenthet a mindennapokban. A különböző gyógypedagógiai módszerek segíthetnek az érintettnek, a környezetükben élőknek és az ellátásukat végzőknek is, hogy sikerüljön az adott fogyatékossággal élő ember képességeit fejleszteni, a meglévőeket megtartani, és minden résztvevő számára kielégítő életkörülményeket teremteni. A súlyosan vagy halmozottan fogyatékos emberek nagyon komplex támogatást igényelnek, ami megkívánja az új módszerek, technikák megismerését, továbbképzéseken való részvételt, amely megelégedettséggel szolgálhat mind az ellátást igénybe vevő, mind az ellátást nyújtó számára.

Az eddigi gyakorlatban megvalósítható módszerek mellett fontos jelentősége van annak, hogy a segítő szakember ismerje azokat az ellátástípusokat, amelyeket a fogyatékossággal élő személyek igénybe vehetnek. Ezeket a 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (továbbiakban: Szt) és az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (továbbiakban: Rendelet) szabályozza. A két jogszabály alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat különböztet meg. Az alapszolgáltatásokat olyan fogyatékossággal élő személy veheti igénybe, aki otthonában él, célja, hogy minél tovább saját otthonában maradhasson, ezzel megteremtve számára, hogy annyira önálló életet tudjon élni, amennyire képességei ezt engedik. A szakosított ellátások azoknak a személyeknek nyújtanak bentlakásos, intézményi ellátást, akik valamilyen okból, mely lehet az egészségi állapota, a gondozási szükséglete, a családi körülmények megváltozása, saját akarata, már nem tudnak saját otthonukban teljes értékű, biztonságos életet élni.

Szociális alapszolgáltatások, melyeket fogyatékossággal élő személyek igénybe vehetnek

a) **házi segítségnyújtás**

Olyan szolgáltatás, amelyet az igénybe vevőnek saját lakókörnyezetében, saját otthonában nyújt a szolgáltató annak érdekében, hogy minél tovább fenntartható legyen az önálló életvitele. Házi segítségnyújtás keretében szociális segítés és személyi gondozás vehető igénybe. A szociális segítés keretén belül a lakókörnyezet higiénéjének megtartásában és a háztartási tevékenységekben való részvétel, esetleges vészhelyzetekben segítségnyújtás, bentlakásos intézménybe való beköltözés segítése a házi segítségnyújtást végző feladata. Személyi gondozás alatt az igénybe vevővel való segítő kapcsolat kialakítását és a gondozási és ápolási feladatok elvégzését értjük. Ez a szolgáltatás

főképpen az idős és a fogyatékos célcsoportra fókuszál, hiszen ennek segítségével otthonaikban tudnak maradni azok az igénybe vevők, akiknek az önálló élethez pont ez a megsegítés hiányzik. Ennek eredményeként hosszabb ideig képesek saját lakókörnyezetükben, otthonukban élni, ezzel is segítve minél teljesebb mentális egészségi állapotukat. A szolgáltatást térítési díj fizetése ellenében vehető igénybe. 2017-ben országosan 95 081 fő részesült házi segítségnyújtásban. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

b) **jelzőrendszeres házi segítségnyújtás**

Ennek keretében az igénybevevő saját otthonában van lehetősége egy esetlegesen felmerülő vészhelyzet jelzésére. Ennek a szolgáltatásnak a feltétele, hogy a segélyhívó készülés használatára képes legyen az igénybe vevő. Idős, fogyatékkal élő és pszichiátriai beteg célcsoport számára segít az önálló életvitel fenntartásában. Az igénybe vevő egy segélyhívó készülék segítségével, melynek testen viselhetőnek, csepp,- és ütésállónak kell lennie, vészhelyzet esetén jelezni tud, amely jelzést egy erre a célra létrehozott diszpécserközpont fogad, amely a gondozó felé továbbítja a jelzést. Az igénybe vevőnek rendelkeznie kell vezetékes telefonkészülékkel, hogy mindig elérhető legyen, illetve biztosítani kell a lakásba való folyamatos, akadálytalan bejutást, például biztonsági lánc használata kerülendő. A szolgáltatást térítési díj fizetése ellenében lehet igénybe venni.

c) **étkeztetés**

Napi egyszeri meleg étkezés biztosítása a szociálisan rászoruló emberek számára. A rászorultság oka lehet az igénybe vevő kora, egészségi állapota, fogyatékossága, pszichiátriai vagy szenvedélybetegsége, hajléktalansága. A jogosultsági feltételeket a helyi önkormányzat határozzam meg saját rendeletében. Két formában nyújtható a szolgáltatás, a szociális konyha és a népkonyha különül el egymástól. A szociális konyha az étel előállítását, melegítését és kiszolgálását végzi, a népkonyhán helyben fogyasztva, alkalmi jelleggel vehető igénybe az étkeztetés.

Az étkeztetés a szociális konyhán 3 féle formában szervezhető meg: a helyszíni fogyasztás, elvitel lehetőségének megteremtése, vagy lakásra szállítás, a népkonyhán helyben fogyasztásra van lehetőség. A szociális étkeztetés térítési díj fizetésével vehető igénybe, míg a népkonyha ingyenes szolgáltatás. Szociális étkeztetést 2017-ben 176 407 fő, népkonyhai szolgáltatást 120 228 fő vett igénybe (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.).

d) **támogató szolgáltatás**

Elsősorban fogyatékossággal élő embereknek nyújtott szolgáltatási forma. Feladata személyi segítő szolgálat és szállító szolgálat működtetése.

Célja az önálló életvitel segítése lakáson kívüli közszolgáltatások elérésével, illetve a lakáson belüli speciális segítségnyújtás biztosításával. A támogató szolgálatok a személyi segítő szolgálat által a személyes szükségletek kielégítésében, az önálló, vagy minél önállóbb munkavégzésben, tanulmányok folytatásában és a különböző ellátások igénybevételében nyújt segítséget. A szállító szolgálat által speciálisan, erre a célra felszerelt gépjárművek segítségével szállítás nyújtásával segítik elő az igénybe vevők önálló életvitelét. Biztosítják a fogyatékkal élők közszolgáltatásokhoz, egészségügyi és szociális ellátásokhoz, fejlesztő tevékenységekhez, munkatevékenységhez, családi, közösségi, kulturális, szabadidős tevékenységekhez, ügyintézéshez, tanácsadáshoz, jelnyelvi szolgálathoz való hozzájutását. a támogató szolgáltatás térítési díj fizetése mellett vehető igénybe. A szolgáltatást 2017-ben 13 306 fő vette igénybe. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

e) **nappali ellátás**

Többféle célcsoport számára alakítható ki nappali ellátás: idős, fogyatékossággal élő, pszichiátriai beteg, szenvedélybeteg, hajléktalan. A fogyatékosok nappali intézményét harmadik életévüket betöltött, önellátásra részben, vagy egyáltalán nem képes, felügyeletre szoruló fogyatékos és autista személyek vehetik igénybe. Célja az idő hasznos eltöltése napközben, a társas kapcsolatok kialakításának ösztönzése és fenntartása, szabadidős tevékenységek szervezése, lehetőséget nyújt az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, illetve amennyiben igény mutatkozik rá, az étkeztetés

megszervezésére. Az ellátás térítési díj fizetése mellett vehető igénybe. Fogyatékosok nappali ellátását 2017-ben 7722 fő vette igénybe. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

f) **családsegítés**

A családsegítés a Szociális törvény és Rendelet által szabályozott szolgáltatási forma, ugyanakkor a tevékenység az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról által szabályozott család-és gyermekjóléti szolgálatnál és a család-és gyermekjóléti központban valósul meg. A családsegítés célja, hogy a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okokat segítsen megelőzni, a krízishelyzetet megszüntetni, valamint az életvezetési képességeiket megőrizni. (1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 64 §.). A családok segítése érdekében jelzőrendszer működik, mely a veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észleli és jelzi a szolgálat vagy a központ felé. A jelzőrendszer törvényben meghatározott tagjai, akiknek jelzési kötelezettségük van: a jegyző, a járási hivatal, az egészségügyi és szociális szolgáltatók, a pártfogó felügyelői és jogi segítségnyújtói szolgálat, ugyanakkor jelezhet a társadalom minden más tagja, alapítványok, egyesületek, vallási közösségek, oktatási intézmények, magánszemélyek. A jelzés megtétele azért különösen fontos, mert sok esetben a veszélyeztetett személy nem képes, vagy nem mer jelezni a problémáról, közös felelősségünk a krízisben vagy veszélyeztetett élethelyzetben lévő személyek támogatáshoz való segítése.

A családsegítés keretében a következőket szükséges nyújtani:

- életvezetési, mentálhigiénés és szociális tanácsadás
- az anyagi nehézségekkel küzdők megsegítése
- a családban zajló diszfunkciók feloldása
- a munkanélküli személyek segítése
- kríziskezelés
- a nagy létszámú intézmények támogatott lakhatásba való kiköltözése után esetmenedzseri tevékenység biztosítása.

Család-és gyermekjóléti központokat minden járásszékhelyen kötelező működtetni. A család-és gyermekjóléti szolgálatok a kisebb településen nyújtanak szolgáltatást. A 2017-es évben családsegítés szolgáltatást 206 103 fő vett igénybe. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

Szociális szakosított ellátások, melyeket fogyatékossággal élő személyek vehetnek igénybe

a) **ápolást-gondozást nyújtó intézmény**

Az önmaguk ellátására nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes személyek helyezhetők el ebben az ellátási formában. Napi minimum háromszori étkezés, megfelelő ruházat, textília, felügyelet, lakhatási körülmények biztosítása a feladata az intézménynek.

Ápolást-gondozást nyújtó intézmények fajtái:

- idősek otthona,
- pszichiátriai betegek otthona,
- szenvedélybetegek otthona,
- fogyatékos személyek otthona,
- hajléktalanok otthona.

A fogyatékos személyek otthona minden ellátott számára térítési díj fizetése mellett vehető igénybe. 2017-ben 14 743 fő lakott fogyatékos személyek otthonában és fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében összesen. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

b) **rehabilitációs intézmény**

Az ellátottak önálló életvezetési képességének kialakítása, illetve helyreállítása a célja. A rehabilitációs intézmények fajtái:

- pszichiátriai betegek számára,
- szenvedélybetegek számára,
- fogyatékos személyek számára,
- hajléktalan személyek számára létrehozott ellátási forma.

Fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében azon személyek helyezhetők el, akiknek oktatása és rehabilitációs célú foglalkoztatása kizárólag intézményi keretek között valósítható meg. Az intézmény előkészíti az ott élők családi és lakóhelyi környezetbe történő visszatérését, valamint megszervezi az intézményi ellátás megszűnését követő utógondozást. A fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye térítési díj fizetése mellett vehető igénybe. 2017-ben 14 743 fő lakott fogyatékos személyek otthonában és fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében összesen. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

c) **átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény**

Legfeljebb egy év időtartamra helyezhető el ebben a típusú intézményben az ellátott, mely időtartam indokolt esetben 1 évvel meghosszabbítható.

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények típusai:

- időskorúak gondozóháza,
- fogyatékos személyek gondozóháza,
- pszichiátriai betegek átmeneti otthona,
- szenvedélybetegek átmeneti otthona,
- éjjeli menedékhely;
- hajléktalan személyek átmeneti szállása;

Fogyatékos személyek gondozóházában azon személyek helyezhetők el, akiknek a gondozása és ellátása a családjukban a továbbiakban nem biztosítható, illetve átmeneti elhelyezésük a család tehermentesítését szolgálja. A fogyatékos személyek gondozóháza térítési díj fizetése mellett vehető igénybe. 2017-ben 236 fő ellátott élt ilyen típusú intézményben. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

d) **lakóotthonok**

Olyan nyolc-tizenkettő, pszichiátriai beteget vagy fogyatékos személyt - ideértve az autista személyeket is -, illetve szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít.

A lakóotthonok fajtái:

- fogyatékos személyek lakóotthona;
- pszichiátriai betegek lakóotthona;
- szenvedélybetegek lakóotthona.

A lakóotthonok célja a minél önállóbb életvitel kialakításának a segítése kis létszámú ellátotti körben, ahol a lehetősége nyílik az ellátottaknak minél szorosabb személyes kapcsolatok, családias légkör, a saját élettér az egyes egyéni igényekre szabott kialakítására, egymás, illetve a segítők általi szocializálódásra, és ezek által egy minőségi, az önállóságot támogató életvitel kialakítására. A lakóotthonok térítési díj fizetése mellett vehetőek igénybe. 2017-ben 1522 fő élt lakóotthonban. (KSH: Szociális Statisztikai Évkönyv, 2017, 2018.)

e) **támogatott lakhatás (továbbiakban: TL)**

A fogyatékossággal élők, a pszichiátriai betegek-ide nem értve a demenseket- és a szenvedélybetegek számára nyújt ellátást. Célja az önálló életvitel lehetőségének megteremtése, melyet erre a célra átalakított lakásokban vagy házakban szükséges megvalósítani. A támogatott lakhatás, mint szolgáltatási forma, 2013. január 1-jétől került bevezetésre a Szociális törvénybe. A hatályos szabályok szerint új ápoló-gondozó célú férőhely létrehozása fogyatékos, pszichiátriai beteg és szenvedélybeteg emberek számára csak támogatott lakhatási formában lehetséges.

A támogatott lakhatás fajtái:

- legfeljebb hat fő számára kialakított lakásban vagy házban,

- hét-tizenkét fő számára kialakított lakásban vagy házban,
- legfeljebb ötven fő elhelyezésére szolgáló lakások, épületek együttesében nyújtható.

Fogyatékos személyek esetén támogatott lakhatás az alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés elvégzése után nyújtható.
A TL nyújtásának fontos eleme a helyi szolgáltatási gyűrű kialakítása, melynek célja minden, a támogatott lakhatás környezetében lévő köz- egészségügyi,- szociális,- oktatási,- kulturális szolgáltatóval a kapcsolatfelvétel, melyek segítségével és igénybevételével a bentlakó számára minden olyan szolgáltatás nyújtása megvalósítható, melyet a komplex szükségletfelmérés megmutat, illetve ezen szolgáltatások igénybevételével válik képessé a lakó a teljes, minőségi élet megélésére.

6.4. Hatékony kommunikáció fogyatékossággal élő személyekkel

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.
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.)

Egy adott közösségben 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. Minden fogyatékossági típusnál célravezető eszköz lehet vizuális segédeszközök használata. Ezekkel az eszközökkel bemutathatunk egy folyamatot, mint például a napirend, az öltözködés, a kézmosás, jelezhet vele az érintett fájdalmat, igényt, hangulatot, a tanulás eszköze is lehet.

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 alkalmazhatunk még plusz eszközöket, módszereket.

Mozgássérült személyek

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 kerekesszéket 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 a személy, kommunikációnkban erre figyeljünk. (Meggyesné-Máténé, 2013)

Látássérült személyek

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. (Meggyesné-Máténé, 2013)
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 nagymértékben 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.

Hallássérült személyek

Amikor hallássérült személlyel kommunikálunk, mindig hozzá beszéljünk, rá nézzünk. Aki szájról tud olvasni, annál a személynél 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. (Meggyesné-Máténé, 2013)
Segítségül hívhatunk még vizuális segédeszközöket, képeket, fotókat, videókat is, melyek szükségleteket, igényeket fejeznek ki.

Autizmussal és autizmus spektrum zavarral élők

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.
Fontos fejlesztési módszerek a vizuális segédeszközök, a zene, a tánc, bármilyen típusú mozgásforma.

Beszédfogyatékossággal élők

„*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 válasszunk 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 fogyatékossággal élők

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 fogyatékos személyek

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 súlyosan-halmozottan fogyatékos személyek csoportja egy heterogén csoport, így a kommunikációs lehetőségeik nagyon individuálisak. 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. A legsúlyosabb értelmi fogyatékos személyek kommunikációs csatornáit tekintve a légzés ritmusát, a hangadást, az érintést és a mozgást kell kiemelnünk, mint gyakori kommunikációs csatornát.
Az agresszív viselkedés is lehet kommunikációs csatorna. Természetesen nem minden helyzetre igaz ez, hiszen az önkárosító, sztereotip tevékenységek hátterében sok más ok is meghúzódhat.
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. (Kocsisné – Túriné – Ruzsics, 2013)

6.5. Akadálymentesség fogalma

A 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről értelmében a társadalom feladata a környezeti akadályok beazonosítása és lebontása, melynek eszköze többek között a társadalmi tudatformálás, a komplex szolgáltatás-szervezés, és az akadálymentesítés. Az egyezmény értelmében a környezethez való akadálymentes hozzáférés kialakítása és fenntartása szoros összefüggésben van a fogyatékos emberek egyenlő esélyű hozzáféréshez való jogával. Az épített környezet akadálymentesítése a legfőbb alap, de ha az egyén az épületekben megvalósuló szolgáltatásoknak, társadalmi folyamatoknak nem válhat aktív részesévé, akkor az a környezet számára nem vált akadálymentessé. A cél az egyenlő esélyű hozzáférés, amelyet a Fot.) az alábbiakban definiál:

Semmit rólunk nélkülünk elv érvényesítése

Mint minden más területen, az akadálymentes környezet kialakításánál is elengedhetetlen a „semmit rólunk nélkülünk” elv érvényesülése, vagyis az igénybevevők bevonása a folyamatba már a kezdetektől, a tervezési szakasztól. Csak így garantálható, hogy a beruházások ténylegesen megfeleljenek a

mozgássérült emberek igényeinek, legyen szó akár a metróhálózat felújításáról, akár egy színház kialakításáról.
Hazánkban a köznyelvi meghatározás szerint az akadálymentesítés a már meglévő épületek, létesítmények oly módon történő átalakítása vagy átépítése, melynek köszönhetően azok a fogyatékos emberek számára hozzáférhetővé válnak.

6.5.1 Az akadálymentességhez kapcsolódó gyakorlati ismeretek

Az épített környezet alakításáról és védelméről szóló 1997. évi LXXVIII. törvény megfogalmazása szerint akadálymentes az épített környezet akkor, ha annak kényelmes, biztonságos, önálló használata minden ember számára biztosított, ideértve azokat az egészségkárosodott egyéneket vagy embercsoportokat is, akiknek ehhez speciális eszközökre, illetve műszaki megoldásokra van szükségük. Épített környezetnek nevezzük a tudatos építési munka eredményeként létrehozott, illetve elhatárolt épített környezet részét, amely elsődlegesen az egyéni és a közösségi lét feltételeinek megteremtését szolgálja.
Ez alapján akadálymentesítés nemcsak a fogyatékos emberek érdekét szolgálja, hanem előnyöket nyújt olyan speciális igényű felhasználók számára is, mint az idősek, a gyermekek, a kismamák vagy az átmenetileg segédeszközzel közlekedők stb. Ezért annak megvalósulása az egész társadalom érdekét szolgálja.
A hazai jogszabályi környezet szerint 1998. január 1-jét követően minden új építésű vagy felújítandó, átalakítandó közhasználatú építmény tervezésekor és a kivitelezés során is kötelezően figyelembe kell venni és érvényesíteni kell az akadálymentesítés szempontjait. Közhasználatú építménynek minősül az olyan építmény (építményrész), amely
Magánhasználatú épületek esetén nincs törvényi kötelezettség az akadálymentesítést illetően. Ebben az esetben maga a tulajdonos, illetve maguk a tulajdonosok döntik el, hogy akadálymentesítik-e a tulajdonukat, vagy sem.

Az akadálymentesítés körébe tartozó területek:

- épületek hozzáférése: rámpa, elektromos lépcsőjáró, önműködően nyíló ajtók
- közösségi közlekedés hozzáférhetősége: alacsonypadlós járművek, lift, emelők
- élettéren belüli közlekedés hozzáférése: küszöbök hiánya, igényekre szabott konyhabútor, kapcsolók, önműködően nyíló ajtók
- kommunikáció: hangos jelzőlámpák, Braille írás használata,
- informatika: felolvasó számítógépprogram
- mindennapi élet, tisztálkodás, étkezés, háztartási tevékenységek végzése, szabadidős tevékenységek
- közszolgáltatások hozzáférése: hivatalok, egészségügyi szolgáltatók elérése
- oktatás: minden fogyatékossággal élőnek a saját képességeihez igazított tanulási lehetőség a megfelelő segédeszközök és támogatás alkalmazásával
- környezet: járdák, zebrák akadálymentesítése

6.5.2 Jó gyakorlatok, alternatívák arra az esetre, amikor a teljes akadálymentesítés nem lehetséges, átépítést nem igénylő, a kliensnek mégis segítséget nyújtó megoldások

Az akadálymentesítés minden fogyatékosságtípushoz tartozó egyén számára elengedhetetlen a minőségi társadalmi részvételhez, az egészségügy igénybevételétől, a szabadidő eltöltésen át az otthoni önálló, vagy támogatott élet kialakításáig. A következő szempontok adnak segítséget az akadálymentesség megteremtéséhez:
- Mozgássérült személyeknek mozgó rámpa, lenyitható rámpa, kihúzható rámpa, küszöb nélküli ajtók, mozgásérzékelős autók, csúszásmentes burkolat, kézmagasságban elhelyezett villanykapcsolók szükségesek. Kapaszkodók a folyosón, lépcsőházban, liftben, a lakáson belül, a fürdőben, a wc-ben,

könnyen járó kilincsek alkalmazása, lenyitható zuhanyszék, állítható mosdó és tükör, csengő a mosdóban, nem akadálymentes épületben a hivatali ügyintézés az érintetthez való eljuttatása, például lemegy az ügyintéző az igénybevevőhöz, egy szoba vagy egy lakás berendezésének az átrendezése, hogy az érintett kerekesszéke kényelmesen elférjen.

- Hallássérültek számára minden írott információ, az információt adó személy erősen artikulált beszédmódja, az elektronikus kommunikáció használata (email, sms, viber, messenger), fényjelzések használata, a hallókészülékek, a különböző implantátumok, melyek a fülbe kerülnek beültetésre segítik életüket. Számtalan jelzőeszköz van, ami erőteljesebb hanggal, fénnyel és rezgéssel is jelzi, ha csengetnek, ha szól a telefon, vagy ha tűz üt ki a konyhában, de édesanyáknak segít abban is, hogy babájuk sírását észrevegyék.
- Látássérülteknek az akadálymentesség az önálló információszerzés biztosítottságát és az ezáltal megvalósuló minél önállóbb életvitelt jelenti. (http://www.mvgyosz.hu/amit-adunk-hu/szervezeteknek-kozossegeknek-hu/akadalymentesitesi-szolgaltatasok/). A közlekedésben az érzékelhető burkolatok, a tapintható makettek, a Braille- írásos tájékoztatók, dokumentumok, kültéri táblák, térképek, papírpénzek, a hangjelzést kiadó jelzőlámpák, a különböző olvasószoftverek, melyek felolvassák a megadott szöveget, minden hangos információ, például megállóhelyek bemondása, egyes folyamatokhoz, eseményhez kötött hangjelek használata, például ebédre hívó dallam, kommunikációban az aktuálisan történő események elmondása, az írott dokumentumok felolvasása, a lakókörnyezet tárgyai helyének állandó helyen tartása, nem mozgatása tud segítséget nyújtani a mindennapi életben.
- Értelmi fogyatékos személyek esetén a hivatalok és szolgáltatás alkalmassá tétele az igénybevételre könnyen érthető szövegekkel, kommunikációval, az ügyintézők felkészítése ezen célcsoporttal való munka sajátosságaira, a diszkrimináció mellőzésére, az asszertivitás alkalmazására, könnyen érthető nyomtatványok készítése, melyek segítik az ügyintézést, a szülők és a közvetlen környezet felkészítése arra, hogyan tudják támogatni az értelmi fogyatékos személyt az ügyintézésben. A tanulásban az akadálymentesség könnyen érthető, vizuális támogatással készült tankönyvek, segédanyagok készítésével valósulhat meg. (http://www.downalapitvany.hu/node/523)
- Autista személyek esetében az egyszerű fogalmazás, mondandónk egyértelmű kifejezése, világos, előre kiszámítható, részletes napirend készítése, az egy tevékenységre fordítható időtartam előre jelzése, melyet egy órán vagy egy timeren megmutatunk a személynek, a napirend kidolgozásának megtanítása, a különböző kommunikációs technikák alkalmazása segíthet az akadálymentesség megvalósulásában. A kommunikációban használhatunk vizuális segédeszközöket, melyek lehetnek fotók, vagy előre kinyomtatott képek, vagy rajzolással készített segítség. Segítséget nyújthat esetükben még a különböző helyzetekhez kapcsolódó viselkedésszabályok megbeszélése, rögzítése vizuális segédeszközzel, képekkel, fotókkal, folyamatábrák készítése. () Ugyanakkor az akadálymentesítést valósítja meg az az áruház is, ahol minden hónap első hétfőjén „csendes nyitva tartást” tartanak 14-16 óra között, amikor csökkentett zaj és fényviszonyokkal segítenek megteremteni a csendes vásárlás lehetőségét az autizmussal élő mozgáskedvelőknek és családjuknak.
- Súlyosan-halmozottan fogyatékos személyek állapotához sok esetben valamilyen mozgáskorlátozottság is párosul, ezért szükséges a személy lakókörnyezetében biztosítani az akadálymentes környezetet lift, rámpa alkalmazásával, és a szoba átrendezésével, akadálymentessé tételével. Fontos esetükben a megfelelő, alternatív kommunikációs eszközök használata és az ezt segítő környezet kialakítása, mert sok esetben nagyon nehezen kommunikálnak az ebbe a célcsoportba tartozó személyek.
- Minden fogyatékosság-típusba tartozó, megfelelő értelmi képességgel rendelkező érintett megtanítása az okostelefonok, tabletek, számítógépek akadálymentesítő programjainak használatára.

Felhasznált irodalom

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

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

1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

A modern rehabilitációs szemléletet tükröző egyéni állapotfelmérő módszer, A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO) elméleti és gyakorlati alkalmazásának tapasztalatai. A módszer alkalmazási lehetőségei a mozgássérült emberek rehabilitációjában. Dr. Kullmann Lajos Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Budapest, 2012

Adams, Robert: Social Work and Empowement. London, 2003, Palgrave Macmillan, 8. o.

Buda Béla (1986): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei. Animula Kiadó, Budapest

Bulyáki T. (2016): Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák (pp: 51-97). ELTE TÁTK http://tatk.elte.hu/file/bulyaki_mentalis_zavarral_elok.pdf

Christoph Leyendecker Motorische Behinderungen: Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten, 2005.

Czeizel Endre, Lányiné Emgelmayer Ágnes és Rátai Csaba (1978): Az értelmi fogyatékosok kóreredete a Budapest vizsgálat" tükrében. Medicina Kiadó, Budapest.

Csákvári Judit–Mészáros Andrea 2012, Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft

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

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

Dr. Kovács Krisztina, Az óvodapedagógus feladata a sajátos nevelési igényű gyermekek nevelésében SZTE JGYPK Óvóképző Szakcsoport, „Mentor(h)áló 2.0 Program" TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt

Egészségügyi Világszervezet (2004): FNO – A funkcióképesség, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása. OEP-ESZCSM, Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Farkas Miklós és Perlusz Andrea (2000): A hallássérült gyermekek óvodai és iskolai nevelése és oktatása. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 507-508. o.

Fehérné Kovács Zsuzsa, Földiné Angyalossy Zsuzsánna, Kálmán Zsófia dr., Márkus Eszter dr., Perlusz Andrea dr., Szabó Ákosné dr. ,2009, Ismeretek a fogyatékos, akadályozott személyek segítésére felkészítő képzések hallgatóinak, AduPrint Kiadó és Nyomda Kft.Budapest

Fröchlich, Andreas (1991): Ganzheitliche Entwicklungsförderung In: Fröchlich, Andreas (hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik, Band 12, Pädagogik bei schwerer Behinderung, Edition Marhold, Berlin, 155-168.

Fröchlich, Andreas (2010): Communico In: Grunick, Gerhard/Maier-Mihalitsch, Nicole (hrsg.): Leben pur-Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf ,12-24.

Gombos Gábor Mi a pszichoszociális fogyatékosság? 2013https://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag/

Gombos Gábor, óraadó egyetemi tanár, NALSAR Jogi Egyetem, Hyderabad, India[1] és Ír Nemzeti Egyetem, Fogyatékosjogi és –Politikai Központ, Galway

http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_fogyatekossag

https://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag/ (2013. 10.06.)

Kocsisné Kálló Veronika – Túriné Gál Anikó – Ruzsics Ilona: Kommunikáció fejlődése és fejlesztése értelmileg akadályozott személyeknél, „Mentor(h)áló 2.0 Program" TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt

Torda Ágnes (2000): Beszédhibás gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 578. o.