Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

Szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű ellátása című képzés

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és
VEKOP-7.5.1-16-2016-00001
kiemelt projektek
E-mail: efop382@nszi.hu
E-mail: vekop751@nszi.hu

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

Képzés címe

Szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű ellátása című képzés

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Berényi András
Márton Andrea
Dr. Szemelyácz János

Szakmai lektorok

Dr. Bodrogi Andrea
Dr. Harangozó Judit

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

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

A kiadvány a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

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 Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

1142 Budapest, Ungvár utca 64-66.

Telefon: +36 1 450 32 30, +36 1 450 32 35

www.nszi.hu

Felelős kiadó Dr. Tóth Tibor főigazgató

Budapest, 2023.

- **Előszó**

Köszöntjük a Szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű ellátása c. képzésen!
A szenvedélybetegek közösségi ellátása képzés kötelező óraszáma 188 óra, ebből
a) 104 óra elméleti oktatás,
b) 84 óra gyakorlati oktatás.
(3) A szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása képzés kötelező óraszáma 173 óra, ebből
a) 89 óra elméleti oktatás,
b) 84 óra gyakorlati oktatás

Mit ad Önnek a Szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű elltása ***c.*** **továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?**

A képzésben résztvevő, közösségi addiktológiai ellátásban dolgozó munkatárs képes lesz az egyéni, személyes célok eléréséhez a klienst kompetens, felelős személynek tekinteni; következetesen végigvihető gondozási folyamatot összeállítani.
A közösségi addiktológiai ellátásban dolgozó munkatársak segítséget kapnak abban, hogy megismerjék a szenvedélybetegek gondozásának szakmai alapjait és speciális ismereteit, valamint a gondozási terv elkészítésének szempontjait, mely által az kliensekkel hatékony segítői kapcsolatban tudnak dolgozni.

A közösségi addiktológiai ellátás célja, hogy
- **a szenvedélybetegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve reintegrálódjanak a közösségbe;**
- **a szenvedélybetegek és hozzátartozóik egyaránt segítséget kapjanak a családot érintő addiktív problémák kezelésében;**
- **a gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció, a tanácsadás minden formáját a szenvedélybeteg otthonában, illetve lakókörnyezetében, tartózkodási helyén biztosítsa, valamint ott, ahol a kliens segítséget kér, és ahol a szolgáltató megkereső programokat szervez;**
- **segítséget nyújtson a szenvedélybetegeknek egészségi és pszichés állapotuk javításában, meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében;**
- **segítséget nyújtson mindennapi életükben az adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában, szociális és mentális gondozásukban, az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban;**
- **a szolgáltatás olyan hosszú távú, egyéni szükségletekre alapozott gondozást kínáljon, amely nagymértékben épít az ellátottak aktív és felelős részvételére, valamint a természetes közösségi erőforrásokra, őket is oktatva és támogatva;**
- **a közösségi ellátás szakmai szupervízió mellett történjen;**
- **működjenek együtt a kliens érdekében a természetes támogató közeggel, illetve az intézményes egészségügyi és szociális ellátás egyes területeivel.**

A képzés általános célja, hogy a képzésben résztvevők hatékonyan tudjanak tevékenykedni a szenvedélybetegek alapellátásában.
A képzés konkrét célja: a képzésben résztvevők szerezzenek ismereteket:
- **a pszichoaktív szerekről, azok hatásairól, illetve a nem szerhez kötődő, ún. viselkedési függőségi formákról,**
- **a szenvedélybetegségek kialakulásáról,**
- **a hazai szenvedélybeteg-ellátó rendszerekről,**
- **a segítés alkalmazott módjairól, lehetőségeiről,**
- **a segítés jogi és etikai szabályairól.**

A résztvevők váljanak képessé:

- **különféle pszichoszociális intervenciók alkalmazására,**
- **saját kompetenciahatáraik felismerésére, megtartására,**
- **önmaguk és a segítettek mentálhigiénéjének védelmére.**

Hogyan épül fel a Szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű elltása ***c.*** **képzés?**

Tananyagegység	**Óraszám**	**Forma**
1. Első képzési nap Közösségi addiktológia elméleti alapjai	10 tanóra (10 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
2. Második képzési nap Közösségi addiktológia elméleti alapjai	10 tanóra (10 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
3. Harmadik képzési nap Közösségi addiktológia elméleti alapjai	10 tanóra (10 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
4. Negyedik képzési nap Közösségi addiktológia elméleti alapjai	10 tanóra (10 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
5. Ötödik képzési nap Közösségi addiktológia elméleti alapjai	7 tanóra (7 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
6. Hatodik képzési nap Közösségi addiktológia elméleti alapjai	8 tanóra (8 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
7. Hetedik képzési nap Pszichopatológia	8 tanóra (8 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
8. Nyolcadik képzési nap Addiktológiai alapismeretek	8 tanóra (8 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
9. Kilencedik képzési nap Alacsonyküszöbű ellátás alapjai	10 tanóra (10 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
10. Tizedik képzési nap Alacsonyküszöbű ellátás alapjai	7 tanóra (7 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
11. Tizenegyedik képzési nap Alacsonyküszöbű ellátás alapjai	8 tanóra (8 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti
12. Tizenkettedik képzési nap Segítő kapcsolat	10 tanóra (0 tanóra elmélet, 10 tanóra gyakorlat)	jelenléti
13. Tizenharmadik képzési nap Segítő kapcsolat / személyiségfejlesztés)	10 tanóra (0 tanóra elmélet, 10 tanóra gyakorlat)	jelenléti
14. Tizennegyedik képzési nap Segítő kapcsolat / személyiségfejlesztés)	10 tanóra (0 tanóra elmélet, 10 tanóra gyakorlat)	jelenléti
15. Tizenötödik képzési nap: A családkonzultáció alapjai	8 tanóra (0 tanóra elmélet, 8 tanóra gyakorlat)	jelenléti
16. Tizenhatodik képzési nap: Szupervízió	8 tanóra (0 tanóra elmélet, 8 tanóra gyakorlat)	jelenléti
17. Tizenhetedik képzési nap : Esetmegbeszélés	8 tanóra (0 tanóra elmélet, 8 tanóra gyakorlat)	jelenléti
18. Tizennyolcadik képzési nap: Közösségi ellátás - terepen intézményben	8 tanóra (0 tanóra elmélet, 8 tanóra gyakorlat)	jelenléti
19. Tizenkilencedik képzési nap: Közösségi ellátás – terepen intézményben	8 tanóra (0 tanóra elmélet, 8 tanóra gyakorlat)	jelenléti

20. Huszadik képzési nap: civil, önsegítő szervezetnél gyakorlat	4 tanóra (0 tanóra elmélet, 4 tanóra gyakorlat)	jelenléti
21. Huszonegyedik képzési nap: Tutori konzultáció	3 tanóra (0 tanóra elmélet, 3 tanóra gyakorlat)	jelenléti
22. Huszonkettedik képzési nap: Tutori konzultáció	3 tanóra (0 tanóra elmélet, 3 tanóra gyakorlat)	jelenléti
23. Huszonharmadik képzési nap: Tutori konzultáció	4 tanóra (0 tanóra elmélet, 4 tanóra gyakorlat)	jelenléti
24. Huszonnegyedik képzési nap: A támogató hálózatok ismerete	8 tanóra (8 tanóra elmélet, 0 tanóra gyakorlat)	jelenléti

A program célja a szenvedélybetegek közösségi ellátását végző szakemberek felkészítése a speciális feladatokra.
Az Oktatási Program a feladatellátáshoz szükséges ismereteket közvetítve az ellátás feltételrendszerét, illetve az ellátási modelleket mutatja be. Ebben a speciális ellátási típusban a különböző szociális segítségnyújtáson túl (étkeztetés, pénzbeli ellátás, ügyintézés) az életviteli készségek fejlesztése, a szabadidő hasznos eltöltésének strukturálása, a munka- és az emberi kapcsolatok fejlesztése kap szerepet.
A képzési program, olyan felépülés értéken alapuló hosszú távú , egyéni szükségletekre és személyes célokra alapoz, amely a szolgáltatást igénybevevő aktív és felelős részvételére épít, a természetes közösség erőforrásaira a valós integrációs, reintegrációs folyamatok segítésére, a belső és külső konfliktusok feloldására és visszaesés megelőzésre

- **1. Bemutatkozás, a képzés indítása**
-

Összefoglalás: Képzési indítása, bemutatkozás, motivációk tisztázása. Képzés kereteinek megismerése. A képzés elfogadásának feltételei.

Célja: Keretek tisztázása, képzés feltételeinek megbeszélése .

Kulcsszavak: indítás, motiváció, csoportszabályok, bemuatatkozás, keretek

Tanulást segítő kérdések:
Milyen motivációval jelentkeztem a képzésre?
Milyen csoportszabályok vonatkoznak a képzésre.

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- A 81/2004. (IX. 18.) ESzCsM rendelet alapján a szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű ellátása képzésre vonatkozóan.
- 17/C. § * (1) A szenvedélybetegek közösségi ellátása és alacsonyküszöbű ellátása képzés célja a képzésen részt vevő személy felkészítése a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet 39/J-39/L. §-ában foglalt feladatok ellátására.

1.1. Bemutatkozás, tapasztaltok, motivációk, elvárások tisztázása

- név
- foglalkozási terület
- klienskör
- feladatok
- gyakorlati tapasztalatok
- előzetes ismeretek
- a témához kapcsolódó nézetek
- a képzéssel kapcsolatos motiváció
- a képzéssel kapcsolatos elvárások

1.2. Csoportszabályok

- Titoktartás!!! (a szabály értelmezése a hallgatókkal együtt)
- Kommunikáció: egyes szám első személy,
- Mások véleményének, idejének a tisztelet
- Részvétel: aktivitás,
- Önkéntesség
- Időkeretek: a nap kezdése, zárása, szünetek
- Technikai kérdések
- Mobiltelefon-használat, laptop stb.
- Tegeződés/ magázódás
- Passzolás lehetősége, hogyan milyen módon
- Nem minősítünk.

1.3. A képzés általános célja, hogy a képzésben résztvevők hatékonyan tudjanak tevékenykedni a szenvedélybetegek alapellátásában.

A képzés konkrét célja: a képzésben résztvevők szerezzenek ismereteket:

- a pszichoaktív szerekről, azok hatásairól, illetve a nem szerhez kötődő, ún. viselkedési függőségi formákról,
- a szenvedélybetegségek kialakulásáról,
- a hazai szenvedélybeteg-ellátó rendszerekről,
- a segítés alkalmazott módjairól, lehetőségeiről,
- a segítés jogi és etikai szabályairól.

A résztvevők váljanak képessé:

- különféle pszichoszociális intervenciók alkalmazására,
- saját kompetenciahatáraik felismerésére, megtartására,
- önmaguk és a segítettek mentálhigiénéjének védelmére.

1.4. A munkaterület rövid, jellemző leírása

A közösségi addiktológiai ellátás célja:

- a szenvedélybetegek társadalmi,
- közösségi integrációja, illetve
- reintegrációja,
- ártalomcsökkentés és
- visszaesés-megelőzés

1.5. A képzésben résztvevő munkatárs feladatai

1.5.1. A képzésben résztvevő terápiás munkatárs, gondozó, szociális munkatárs, segítő feladatai a közösségi ellátásban:

- Gondozás és pszichoszociális rehabilitáció a szolgáltatást igénybevevő otthonában, illetve lakókörnyezetében.
- Segítségnyújtás az egészségi és pszichés állapot javításában.
- Segítség a meglévő képességek és készségek megtartásában, illetve fejlesztésében.
- Segítség a mindennapi életben adódó konfliktusok feloldásában és a problémák megoldásában.
- Segítségnyújtás az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban.
- Motiválás a szolgáltatások igénybevételére.
- Megkereső tevékenység.
- Segítségnyújtás a gondozott fizikai, mentális, szociális és lakókörnyezeti szükségleteinek kielégítéséhez, különösen a gondozási tervben megfogalmazott problémák kezelésében, melynek során fejleszti a kliens és a természetes segítők (pl. családtagok, barátok, munkatársak) azon készségeit, amelyek személyes céljaik eléréséhez szükségesek.
- A testi, lelki, szociális szükségletek felmérése, összehangolása alapján gondozási terv összeállítására és kivitelezésére. A készségek fejlesztése és folyamatos monitorizálása a kliens és hozzátartozói személyes céljainak és a célok megoldását akadályozó problémák felmérése.
- A korai figyelmeztető tünetek felismerése. Aktívan közreműködés a problémaelemzés és - megoldás folyamatában, speciális problémák felmerülése esetén a koordinátor bevonása.
- Közreműködés a pszichoedukációban.

1.5.2. A képzésben résztvevő munkatárs feladataia alacsonyküszöbűi ellátásban:

- Segítségnyújtás az egészségi és pszichés állapot javításában.
- Segítség a mindennapi életben adódó konfliktusok feloldásában és a problémák megoldásában.
- Segítségnyújtás az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásban.
- Motiválás a szolgáltatások igénybevételére.
- Természetes támogató háló szervezése.
- Megkereső programok utcán, szórakozóhelyeken, egyéb közösségekben.
- Felvilágosító tevékenység, kortársképzés, prevenciós programok.
- Segítségnyújtás a kliens fizikai, mentális, szociális és lakókörnyezeti szükségleteinek kielégítéséhez.
- A korai figyelmeztető tünetek felismerése, aktív közreműködés a problémaelemzés és -megoldás folyamatában, speciális problémák felmerülése esetén a koordinátor bevonásával.
- Közreműködés a kliens és családtagjai felvilágosító tevékenységében, kiemelten az ártalomcsökkentés területén.
- Team munkában dolgozik, munkatársaival és klienseivel képes a hatékony kommunikációra, az együttműködésre.
- Segítő csoport szervezése a szakmai egység vezetését ellátó terápiás munkatárssal együttműködve.

1.6. Képzés általános szakmai követelményei

- Szakmai követelmény a felépülés –értékekre alapozott közösségi ellátás szemléletének, mint attitűd elsajátítása, és az ezt segítő pszichoszociális módszerek ismerte és hatékony alkalmazása (a közösségi alapú ellátás preferálása, az intézményes megoldási módok kerülése, az egyenrangú kapcsolat, mint kommunikációs eszköz alkalmazása).
- A képzésben résztvevő munkatárs ismerje és alkalmazza a Szociális Munka Etikai Kódexét.
- Kommunikációs képessége tegye lehetővé a családdal, a természetes támogató környezettel és a szenvedélybeteggel való kapcsolat tartását.
- Rendelkezzen és törekedjen a megfelelő önismerettel, amely egészüljön ki kompetenciahatárának ismeretével és betartásával.
- Fejlett empátiás képességgel rendelkezzen, melyet legyen képes a szenvedélybetegeknél és környezetükben egyaránt használni.
- Ismerje a jó segítő ismérveit, és minél inkább próbálja megvalósítani azokat.

1.7. Képzési idő

Tantárgy	Óraszám(óra)*	
	Elmélet	Gyakorlat
A közösségi addiktológiai ellátás elméleti alapjai	55	0
A támogató hálózatok (szociális, egészségügyi, természetes közösségi erőforrások) ismerete	8	0
Pszichopatológia	8	0
Addiktológiai alapismeretek	8	
Az alacsonyküszöbű ellátás alapjai	10 (alacsonyküszöbű ellátás munkatársa)-25 (közösségi alapellátás munkatársa)	
Segítő kapcsolat, személyiségfejlesztés		30
A családkonzultáció alapjai		8
Szupervízió		8
Esetmegbeszélés		8
Gyakorlat		
Közösségi ellátás	0	16
Civil, önsegítő szervezet	0	4
Tutori konzultáció	0	10 óra/képzésben résztvevő
Összesen	89 (alacsonyküszöbű ellátás munkatársa) –	84
	104 (közösségi alapellátás munkatársa)	

* Megjegyzés: az óraszámot tanórának tekintjük, így 1 tanóra = 45 perc.

1.8. Követelményrendszer

A maximális hiányzás mértéke a program időtartamának a 81/2004. (IX.18.) ESzCsM rendeletben maghatározottak szerinti mértéke. (10%)
A részvétel igazolása az oktatók által vezetett jelenléti ív ellenjegyzésével történik.
A gyakorlatról a tutor „záróvizsgára bocsátható" minősítéssel igazolást állít ki a hozzá leadott gondozási terv és mellékletei alapján és a szóbeli vizsgára megjelöli a konkrét helyzetgyakorlati feladatot.
A fenti két feltétel együttes megléte esetén bocsátható a résztvevő záróvizsgára.

1.9. A záróvizsgára bocsátás feltételei:

Vizsgára az a képzésben résztvevő bocsátható , aki a meghatározott modulok elméleti óráinak legalább 80%-án részt vett,
teljesítette a gyakorlatot, és a tutortól „záróvizsgára bocsátható" minősítést kapott, valamint elkészítette az általa teljesített modulokhoz tartozó írásbeli vizsgafeladatot.
A szóbeli vizsga keretében a tutor által elfogadott esetet prezentálja a hallgató 10 percben.

1.10. A gyakorlat értékelése:

A tutor értékeli a gyakorlat során szerzett készségeket az esetleírás - közösségi alapellátásban dolgozók esetében a leadott gondozási terv, annak mellékleteivel - és a tutorálási folyamat alapján.

A gyakorlat eredménye:
kiválóan megfelelt –(*záróvizsgára bocsátható*)
jól megfelelt –(*záróvizsgára bocsátható*)
megfelelt –(*záróvizsgára bocsátható*)
nem felelt meg – (*záróvizsgára nem bocsátható*)

1.11. Képzés lezárása: a záróvizsga értékelése

A 81/2004. (IX.18.) ESzCsM rendeletben szereplő képzések esetében a záróvizsga az alábbiak szerint történik:

- A záróvizsga időpontját a képzés utolsó napját követő 15.-60. nap között kell meghatározni.
- A jegyzőkönyv vezetését minden esetben a képzés szervezésével megbízott intézmény képviselője végzi.
- A vizsgabizottság három főből áll: 1 fő vizsgaelnök, 2 fő vizsgabizottsági tag. A vizsgabizottság tagjai: oktató(k), a képzésszervező képviseletét ellátni jogosult személy.(a képzésszervező részéről max. 1 fő).
- A vizsgaelnököt a képzés szervezésével megbízott intézmény delegálja. Az elnöki tisztet olyan személy töltheti be, aki az adott terület szaktekintélye, vagy az Oktatási Program megírásában, szakmai szerkesztésében, lektorálásában kiemelkedően tevékenykedett.
- A tagokat az adott képzés vezetője jelöli ki, egyeztetve a képzés szervezésével megbízott intézmény képviselőjével. A vizsgabizottság tagjai olyan személyek lehetnek, akik az adott képzésben meghatározó tárgyakat oktatnak. Vizsgabizottsági tag lehet még az a személy, aki az adott képzésben más képzési helyszínen meghatározó tárgyat oktat.

1.12. A záróvizsga eredménye lehet:

• kiválóan megfelelt (90 – 100%),
• jól megfelelt (80 – 89%),
• megfelelt (60 – 79%),
• nem felelt meg (0 – 59%)

Pótvizsga
A képzésben résztvevő a képzés lezárását követően egy éven belül pótvizsgát tehet.

A képzés által nyújtott képesítés
A képzésben résztvevő“Addiktológiai közösségi ellátást végző szakember” tanúsítvány kap.

1.13. Javasolt időbeosztás:

(Régiónkénti képzés megszervezése esetén)

- Havonta 1 vagy 2 képzési nap
- Egy képzési nap: 8 vagy10 tanóra képzési idő
- Egy tanóra 45 perc
- **Szünetek 2 db 10 perces szünet és egy 30 perces ebédszünet.**

2. A közösségi ellátás elméleti megközelítése, a szemléleti kerete

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják a közösség fogalmát, jelentését, elméleti értelmezését.

Célja: ***fogalmak tisztázása, elméleti alapok megismerése*** ……

Kulcsszavak: közösségi ellátás, szocializáció, szociális tanulás, szemléleti keret

Tanulást segítő kérdések:
Mi a közösségi ellátás fogalma?
Mi a szocializáció?
Milyen formái vannak a szociális tanulásnak?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2007): Addiktológia Alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 325-335. oldal, 364.-375. old.

Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): Addiktológia Alapjai II. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): Addiktológia Alapjai III. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 345-361. olda, 365-374. old., 385-389. old., 431-436. old.445.-458.old.

Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): Addiktológia Alapjai IV. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 307-314.old., 331-344.old.

2.1. A közösség fogalma, jelentése, értelmezése

- A közösség nemcsak az egyén integrálódását segítő társas környezet, hanem szociális védőháló is, melynek megtartó erejét, eszközrendszerét használni kell a szenvedélybetegek ellátásában is. Ismert, hogy az intézményi ellátás hatékonysága csökken azáltal, hogy a kezelés alatt kiemeljük a klienst a szociális környezetéből, miközben a stressz keletkezésének helyszínén a hozzátartozók semmilyen segítséget, támogatást nem kapnak a kívánt változás megvalósulása érdekében, a kliens pedig ritkán tanulja meg az intézményben az otthoni stressz kezelésében hatékony eszközöket.
- A hatékonyságot csak komplex, integrált módon, az kliens családjának és környezetének bevonásával lehet növelni.
- A közösségi alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését

2.2. Szociális tanulás és szocializáció – szereptanulás, szerepviselkedés – azonosulás; a közösség, mint társaslélektani hálózat a szocializáció szempontjából.

Minden olyan tanulást, amely révén bekövetkező viselkedésváltozás társas kölcsönhatások, szociális interakciók következtében alakul ki szociális tanulásnak nevezünk. A szociális tanulás a szocializáció folyamatában értelmezhető. Brim meghatározása szerint az a folyamat, amely által az egyének olyan tudásra, képességekre és állapotokra tesznek szert, amely alkalmassá teszi őket arra, hogy különböző csoportoknak és a társadalomnak többé-kevésbé hasznos tagjaivá váljanak. A szocializációt tehát felfoghatjuk úgy is, mint a személyiség fejlődésének társadalmi vetületét.

A szociális tanulás formái

1. Utánzás
2. Modellkövetés
3. Identifikáció

4. Interiorizáció

2.3. Szocializáció

A szocializáció olyan tanulási folyamat, amely a születéstől a halálig tart. A szocializáció nem más, mint a „társadalomba való beilleszkedés folyamata, amely során az egyén megtanulja megismerni önmagát és a környezetét, elsajátítja az együttélés szabályait, a lehetséges és elvárt viselkedésmódokat.” (Bagdy, 1986.)

2.3.1. Szocializáció színterei

Többféle felosztás működik

Kevésbé merev szabályozású intézmények, pl.: nyári tábor, iskola.
Más osztályozás szerint van:
Nevelési célzatú szocializációs rendszer. Ilyen például a család vagy az iskola.
Reszocializáló rendszer: célja a korábbi szocializációs rendszerek hibáinak a kijavítása, pl.: javítóintézet.
De feloszthatjuk aszerint is, hogy mikor kap szerepet az egyén életében. Elsődleges szocializációs színtér a család, másodlagos az iskola és az összes többi későbbi szocializációs intézmény. (Tóth. 2000.)

2.4. Lakókörnyezet feltérképezése

- A közösségi ellátást igénylő klienst a munkatársak a közvetlen lakókörnyezetében keresik fel, feltérképezve az egyén természetes segítő kapcsolatait, családi hátterét.
- A szolgáltatás a gondozás és a segítő kapcsolat összes elemét a szükségletekre épülve, a klienssel együttműködve és a természetes támogató rendszerét bevonva nyújtja.
- Lényeges a szemléletben, hogy a gondozás a kliens természetes környezetében, külső-belső erőforrásait bevonva valósul meg, mindvégig törekedve arra, hogy a szenvedélybeteg a közvetlen és tágabb környezetének teljes jogú tagja maradjon, vagy minél előbb reintegrálódjon a közösségbe.
- Az ellátás során a segítői folyamatban az egyénnel és közösségével együttműködésben mozgósítja mindazon kapcsolatokat, amelyeket az kliens a szerhasználat következtében elveszített, illetve olyan új lehetőségekhez, közösségekhez, csoportokhoz, erőforrásokhoz juttatja az egyént és családját, amelyek által a szenvedélybeteg képessé válik a saját sorsának irányítására.

2.5. Családi és közösségi rendszerek feltárása

- A folyamatban tehát egyénre szabottan, a családi és közösségi rendszerek figyelembe vételével megvalósul a szociális támogatás.
- Mindezek a folyamatok, a támogatás mértéke, a közösség erőforrásaira építkezés és a helyi erőforrások felhasználása megakadályozzák a szenvedélybetegséggel közvetve vagy közvetlenül 7 érintett egyént az elmagányosodásban (izolálódásban) és így a folyamatban megnyílik a kliens számára a változás lehetősége, az új magatartásforma elsajátítása.

2.6. Szenvedélybeteg ellátás hozzáférhetősége

- Mobilitás, könnyű hozzáférhetőség.
- A közösségi ellátás lehetővé teszi, hogy szenvedélybeteg-ellátás hozzáférhetővé váljon mind több helyszínen, beleértve olyan településeket, lakóközösségeket, intézményeket, ahol a kliensek más módon nem jutnának a szenvedélybetegségükkel kapcsolatos kezeléshez.

- Mivel a közösségi ellátás könnyen elérhető, ezért segíti az igénybevételt és a hozzáférhetőséget.
- Ezáltal az kliensek köre kibővül, így olyan kliensi kör is támogatást, konkrét egyénre szabott segítséget kap, amely más módon nem jutna célzottan a szenvedélybetegségével kapcsolatban segítőhöz (pl. mélyszegénységben élők, hátrányos helyzetű kistelepülések , falvak, büntetés-végrehajtási intézetben élők stb.)

2.7. Együttműködések

- Komplexitás és integráltság.
- A közösségi ellátást nyújtó szolgáltatóknak élő kapcsolatot kell kialakítania az egészségügyi intézményekkel (háziorvosok, addiktológiai, pszichiátriai osztályok és gondozók) és a szociális ellátás szereplőivel (család- és gyermekjóléti központ, nappali ellátás, rehabilitációs intézmény stb.) valamint az egyházi és civil szervezetekkel annak érdekében, hogy az kliensek állapotának megfelelő szolgáltatásokat tudjanak felajánlani.
- Kiemelten fontos az egészségügyi intézményekkel való szoros együttműködés megerősítése együttműködési megállapodás kötésével.
- Külön figyelmet kell fordítani a helyben vagy a közelben működő önsegítő csoportokkal való kapcsolattartásra is.

3. A közösségi ellátás, a szolgáltatási elemek során biztosított ellátási formák megismerése

–

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják, hogy a közösségi ellátás munkatársa kapcsolatot tart a kliens támogató hátterével, és figyelembe veszi az kliens igényeit, de a segítői folyamatban törekszik a kliens motiválásával a szerhasználó élethelyzetének, életminőségének javítására, és amennyiben lehetséges, támogatja a teljes absztinencia elérését.
A segítői folyamatok során a közösségi ellátás munkatársa a felsorolt szolgáltatási elemeket a kliens igényeinek megfelelően alakítja.
A szenvedélybetegek közösségi ellátása szolgáltatási elemek: a) tanácsadás, b) esetkezelés, c) készségfejlesztés d) gondozás e) megkeresés.

Célja: A szenvedélybeteg közösségi ellátás szolgáltatási elemek megismerése.

Kulcsszavak: támogató háttér, szolgáltatási elem, tanácsadás, esetkezelés, készségfejlesztés, gondozás, megkeresés, önreflexió, krizsi tanácsadás, családkonzultáció, Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell, motivációs interjú, reintegráció, reszocializáció, utógondozás, utánkövetés , gondozási terv, csoport dinamika, relapszus prevenció, absztinencia, megkeresés, pszichoszociális ellátás.

Tanulást segítő kérdések:

- **Kliens támogató hétrének feltárásának módjai?**
- **Kliens igényeinek feltárásának milyen eszközei, módszerei vannak?**
- **Tanácsadás szolgáltatási elem jellemzői?**
- **Ismertesse az esetkezelés szolgáltatási elem jellemzőit.**
- **Mutassa be a készségfejlesztés szolgáltatási elemet.**
- **Jellemezze a gondozási szolgáltatási elemet.**
- **Milyen jellemzői vannak a megkeresés szolgáltatási elemnek?**
- **Mit jelent a krízis?**
- **Mi a krízis tanácsadás legfőbb célja?**
- **Kérem, mutassa be a családkonzultáció jellemzői?**
- **Mutassa be a** Prochaska-DiClemente-féle felépülési modellt.
- **Ismertesse a motivációs interjú lépéseit.**
- **Mutassa be a gondozási terv részeit, és ismertesse.**
- **Jellemezze a reintegrációt és reszocializáció fogalmát.**
- **Mit tartalmaz az utógondozás?**
- **Mit jelent, és mit tartalmaz a segítői folyamat értékelése?**
- **Kérem, ismertesse a relapszuspr venció ismérveit.**
- **Mutassa be a pszichoszociális szemlélet jellemzőit.**
- **Mi az absztinencia fogalma?**
- **Ismertesse a csoportdinamika, folymtát, jellemzőit, fontosságát.**
- **Mutassa be a „nemet mondás" fontosságát .**
- **Jellemezze megkerős tevékenységet. (közvetlen /közvetett)**

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- **Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2007): Addiktológia Alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.229-293 . old.**
- **Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): Addiktológia Alapjai II. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.**

- **Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): Addiktológia Alapjai III. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 250-273. old, 277-293. old**

- **Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): Addiktológia Alapjai IV. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 29-39 old.**

- **Rácz J : (2001): Addiktológia: Tünettan és intervenció. Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest.64-67. old, 120-179. old.**

- **SZAKMAI AJÁNLÁS – SZENVEDÉLYBETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA Jóváhagyta: Nyitrai Imre helyettes államtitkár Kiadta: Czibere Károly államtitkár Kiadva: 2018**

- **Relapse Prevention An Overview of Marlatt' s Cognitive-Behavioral Model Mary E. Larimer, Ph.D., Rebekka S. Palmer, and G. Alan Marlatt, Ph.D. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf**

- **Rácz J.: (2013) Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek Neuropsychopharmacol Hung 2013; 15(4): 232-238)https://epa.oszk.hu/02400/02454/00052/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2013_04_232-238.pdf**

- **Beck, A. T., Write, F., Newman, C.C. & Liese, B. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press, New York.**

- **Bodrogi, A. (2006). Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. és Perczel Forintos, D. (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 583-610.**

Bodrogi, A. (2011). Az alkoholizmus kognitív viselkedésterápiás megközelítése. Magyar Pszichológiai Szemle, 66. 1. 141–156.

–

3.1. Tanácsadás:

Az kliens bevonásával történő jogait lehetőségeit figyelembe vevő, kérdésre reagáló, élethelyzetének, szükségleteinek megfelelő vélemény-, javaslat kialakítási folyamat, a megfelelő információ átadása valamilyen egyszerű vagy speciális felkészültséget igénylő témában, amely valamilyen cselekvésre, magatartásra ösztönöz, vagy nemkívánatos cselekvés, magatartás elkerülésére irányul.

3.1.1. TANÁCSADÁS A SZOLGÁLTATÁSI ELEM KERETÉBEN VÉGEZHETŐ TEVÉKENYSÉGEKRE

Információs, felvilágosító szolgáltatások esetén:

– tájékoztató tanácsadás (személyes, telefonos, internetes),
– tájékoztatás az igénybevehető szolgáltatásokról (egészségügyi és szociális)
– tájékoztatás önsegítő csoportok kapcsán
– információ összegyűjtése és biztosítása,
– telefonos információs vonal, on-line információs szolgáltatás működtetése,
– igénybe vehető szolgáltatások bemutatása,

– a szolgáltatás tartalmának bemutatása,
– más ellátó helyek szolgáltatásainak ajánlása,
– tájékoztatás a családkonzultációs lehetőségekről rövid intervenciók, az igénybevevő választási lehetőségeinek figyelembe vétele
– tájékoztató konzultációk szenvedélybeteg családok részére.

3.2. Esetkezelés

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

3.2.1. A Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell azt vizsgálja, hogy a szerhasználó mennyire kész megváltoztatni a használói viselkedését.

A következő stádiumokat különbözteti meg:

1. Változásra való elszánás előtti állapot (pre-kontempláció) “elégedett használó” fázisa
2. Elszánás (kontempláció)
3. Előkészületi stadium, determináció fázisa
4. Akció fázisa
5. Fenntartás fázisa
6. Termináció (hosszú távú változás) fázisa
7. Visszaesés fázisa (nem szükségszerű)



A Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell azt vizsgálja, hogy a szerhasználó mennyire kész megváltoztatni a használói viselkedését.

1. .

1. Változásra való elszánás előtti fázis (prekontempláció) - A kliens élvezi a szerhasználatot, nem fordul segítségért, ha segítséget kér, akkor információk átadása szükséges, a kétkedés felkeltése, a kockázat észlelésének növelése.

2. Elszánás (kontempláció) – A kliens már szembesül a szerhasználat negatív következményeivel, a változást illetően azonban ambivalens. A segítő feladata a változás felé motiválni.

3. Előkészületi stádium - A kliens itt már tudja, hogy több a szerhasználat kapcsán a hátránya, mint az előnye, erőfeszítéseket készül tenni a leszokásra. A segítői feladat a célok meghatározásában támogatni, megerősíteni, hogy képes legyen a változásra.

4. Akció stádiuma - Ebben a szakaszban a kliens jól bevonható a terápiás folyamatba, hajlandó konkrét lépéseket tenni a szerhasználat felhagyására. Ekkor az esetkezelés jól működik, a közös munka hatékony a klienssel, és a változás felé történő lépések felgyorsulhatnak.

5. Fenntartás stádiuma - A kliens helyzete, állapota már változott: abbamaradt, vagy mérséklődött a szerfogyasztás. Az esetkezelés azonban ebben a szakaszban nem hagyható el, hiszen fontos a visszaesés kockázatait csökkenteni, itt lehet hatékony az ún. relapszus prevenciós munka.

6. Visszaesés stádiuma - A szenvedélybetegség kezelésében fontos tudni, hogy a visszaesés bármikor előfordulhat, de vannak előzményei, és sok esetben egy megállítható folyamat. Ebben a stádiumban az információkat és alternatívákat kell eljuttatni a klienshez, annak érdekében, hogy a folyamat megállítható legyen (Csupán megcsúszásról beszéljünk!).

7.Visszaesés stádiuma (nem szükségszerűen bekövetkező fázis) - A szenvedélybetegség kezelésében fontos tudni, hogy a visszaesés bármikor előfordulhat, de vannak előzményei, és sok esetben egy megállítható folyamat. Ebben a stádiumban az információkat és alternatívákat kell eljuttatni a klienshez, annak érdekében, hogy a folyamat megállítható legyen (Csupán megcsúszásról beszéljünk!).

Amennyiben a visszaesés megtörténik, a támogatás a kliens állapotának és elvárásainak megfelelően folytatható. Az esetkezelés folyamatában minden egyes stádiumban fontos figyelemmel lenni arra, hogy a közösségi ellátás egyik legfontosabb erőssége az, hogy a helyi lehetőségeket, erőforrásokat bevonja a klienssel végzett munkába.
Az esetkezelés során a családtagok szerepe bármelyik stádiumban jelentősen megnőhet, a hozzátartozók a felépülés legfontosabb támogatói lehetnek a segítői folyamatban. Természetesen a szolgáltatás nyújtása során más szemléleti keret alkalmazása is lehetséges. A közösségi ellátás lehetővé teszi azt is, hogy először a szerhasználó hozzátartozója kérje ellátását és támogatását, ilyen esetekben a hozzátartozó mentális egészsége, pszichés és fizikai állapotának megőrzése kerül a segítői kapcsolat fókuszába. A hozzátartozón keresztül később a szerhasználó maga könnyebben bevonódhat, és kérheti a közösségi ellátás támogatását a felépülésben.

3.2.2. Korai felismerés és szűrés

Tesztek felvétele, szűrések kezdeményezése, támogatása, eredmények kiértékelése, szakorvosi vizsgálat megszervezése, szerződéskötés, megállapodás – kérelmek rögzítése, a jogosultság vizsgálata, szerződéskötés, megállapodás, állapotfelmérés.
– a kezelésre és a kapcsolatba kerülésre vonatkozó adatok felvétele,

– addiktív problémák jellemzőinek felismerése,
– szociodemográfiai jellemzők felmérése,
– a pszichiátriai státusz felmérése,
– szomatikus egészségügyi problémák felmérése,
– szociális kapcsolatrendszer feltérképezése
– a kliens és a környezete, a családtagok közötti érzelmi viszonyok, a kapcsolat minőségének tisztázása, az adott családtagoktól várható támogatás felmérése, a beavatkozási szükségletek tisztázása,
– a jogi helyzet felmérése,
– összegző vélemény elkészítése.

3.2.3. Problémaelemzés, problémamegoldás

– A személyes problémák meghatározása, – rövid és hosszú távú célok meghatározása, fontossági sorrend felállítása.
– Problémamegoldó beszélgetések:– akadályozó tényezők, problémák feltárása, elemzése, kulcsproblémák meghatározása, krízisintervenció.
– Rövid pszichoedukáció: – a hiányzó ismeretek felmérése, az együttműködés értékelése.

3.2.4. Egyéni gondozási terv készítése.

– Célkitűzések meghatározása
– Rövid és hosszú távú célok meghatározása.
– Segítségnyújtás a terápiás terv megírására
– A tevékenység végrehajtásához szükséges eszközök, módszerek meghatározása közös egyeztetés alapján.
– A terápiás terv értékelése.
– A kitűzött és elért célok értékelése, új célok meghatározása, módszerek meghatározása.

3.2.5. 3.2.6. Motivációs interjú (későbbiekben részletesen ismertetjük)

3.2.6. Felépülési készségfejlesztés:

– a meglévő készségek feltérképezése
– a kliens felépüléshez szükséges főbb készségterületeinek meghatározása,
– haladási irányok és mutatók megfogalmazása, elemzése,
– a hiányzó készségek meghatározása
– tesztek, szűrések, konzultációk eredményeinek áttekintése, tapasztalatok beépítése.
- Készségfejlesztés lépéseinek meghatározása, begyakorlása.
- Készségfejlesztés folyamatának értékelése

3.2.7. Munkához jutás segítése

- munkatapasztalat, motiváció, eddigi álláskeresési törekvések feltérképezése, hiányzó készségek meghatározása,
- készség, képesség, motiváció álláskeresésre vonatkozó lehetőségeinek meghatározása, a fejlesztés lépéseinek előirányzata és az előrehaladás támogatása,
- a folyamatok értékelése.

- Relapszus prevenció
- ingerkontroll, az első, másod és harmadfokú kockázati tényezők, magas kockázatú helyzetek azonosítása, alapvető fogalmak tisztázása,
- a korai figyelmeztető tünetek azonosítása.

3.2.8. Szociális csoportmunka működtetése

– Csoporttematika és a csoporttagok összeállítása, szerződéskötés a csoporttal, csoportfolyamatok értékelése.
– Hivatalos ügyek intézése
– Kérelmek, hivatalos okmányok, rendőrségi ügyek, jogi ügyek vitelének támogatása, egészségügyi szakellátáshoz juttatás támogatása, juttatások igénylése.

3.2.9. Támogató szociális kapcsolatrendszer fejlesztése:

– meglévő kapcsolatok feltérképezése,
– a hiányzó kapcsolatok meghatározása.

3.2.10. Értékelés – folyamatközi vagy záró értékelés

- Az esetkezelés folyamatának időközi és záró értékelése.
- Kiemelt feladat, hogy az esetkezelés során mind a kliens, mind a közösségi ellátás végző szakember értékelje a segítői folyamatot.
- Kulcs fogalom, az önreflexió.

3.2.11. Információs, felvilágosító szolgáltatások – krízisben lévők támogatása.

- Kiemelten fontos az esetkezelésben résztvevő szolgáltatás kliens kliens precíz tájékoztatása a segítségnyújtás, esetkezelés tartalmáról, folyamatáról.
- Szükség esetén krízisintervenciós és /vagy
- Krízis tanácsadás javasolt.

3.2.12. Családkonzultáció biztosítása

A családkonzultáció olyan segítő módszer, amely a beavatkozás tárgyának nem a problémás egyént, hanem a családot tekinti. Alapfeltételezése az, hogy a család pszichológiai egység, ahol a kölcsönösen egymásra ható családtagok rendszere teremti meg az egyének fejlődésének feltételeit, illetve befolyásolja a család tagjainak mindenkori működését. A családterápiás szemlélet a problémát jelentő viselkedését nem csak az érintett családtag szempontjából vizsgálja, hanem a család működése egészére vonatkoztatja, s annak zavaraként értékeli. Ezért az egész családot bevonja a konzultáció folyamatába abból a célból, hogy a problémát okozó viselkedésben, állapotban változás történjen.

A **családkonzultáció célja** az, hogy segítse a konzultáción résztvevő családokat, hogy a lehetőségekhez képest optimálisan működő családdá váljanak.

Az addiktológiai természetű problémák kezelésének rendszerszemléletű, a családi körre irányuló módszere hosszú évtizedekre mutat vissza.
A családnak nagy szerepe van a szerhasználat kialakulásában, fenntartásában. Az egyén csak abban az esetben képes megtartani a változást, ha a környezetében szintén változás történik. Az elmélet és a gyakorlati tapasztalatok is azt mutatják, hogy szerabúzus esetén hatékony beavatkozás a családi intervenció (Barát és Demerovics, 2009).

Serdülőkorú kliensek esetében kiemelten fontos a család bevonása a folyamatba.

A konzultációs folyamatra jellemző, hogy eszközrendszerében és célkitűzéseiben eltér a hagyományos családi konzultációtól. Igazán hatékonynak azok a beavatkozások bizonyulnak, amelyek rugalmasak, többfajta családterápiás irányzat eszközrendszerét is ötvözik.
A családi konzultációs folyamat során fontos beavatkozási szempont a szociális munka rendszerszemléletű megközelítése (Lüssi, 2001). Ennek lényege a család segítése abban, hogy erőforrásait használni tudja, tagjai képesek legyenek megelőzni, vagy kezelni a szociális jellegű gondokat.

A konzultáns családhoz kapcsolódását Doherty és Baird (1986) öt szinten határozza meg:
1. szint: Kevés kapcsolat a családdal, csupán a probléma, gyakorlati kérdések kapcsán;
2. szint: Pszichoedukáció, kevés kapcsolat a családdal;
3. szint: A konzultáns a nem problémás családtagnak is segítséget nyújt;
4. szint: A konzultáns időnként megtervezett családi intervenciókat hajt végre;
5. szint: Családterápia / konzultáció. A konzultáns a helyzetnek megfelelően ki tudja választani a megfelelő szintet/ szinteket a család folyamatba történő integrálásához. Egy-egy segítő helyzetben nem minden szint jelenik meg, és a szintek megjelenésének intenzitása is változó (Barát és Demetrovics, 2009).

A közösségi ellátás folyamatában gyakran nincs lehetőség a család bevonására, ilyen esetekben az úgynevezett egyszemélyes családi konzultációs módszert (Szapochnik, Kurtines, Perez-Vidal, Hervis és Fotte, 1986) célszerű alkalmazni.
A segítő kérdéseivel, módszereivel olyan helyzetet teremt az üléseken, mintha a teljes család részt venne a beszélgetésen, ezáltal biztosítva annak lehetőségét, hogy megértsék a család szerepét a kialakult helyzet fenntartásában. A megértésen túl a módszer célja, hogy a klienst képessé tegye a családon belüli változás elindítására.
Serdülők esetében minden esetben törekednünk kell minél több családtag folyamatba történő integrálására. A legtöbb serdülő a kipróbálás, a rekreációs, helyzetszituatív használat időszakában – amikor még a szer pozitívumai a dominánsak – kerül be a megelőzőfelvilágosítás rendszerébe. A serdülő problémái tehát főként nem a szerhasználattal, hanem az élet egyéb területeivel kapcsolatosak, ezek megoldásához pedig fontos a család bevonása.
A rendszerelméletű gondolkodás fundamentumai alapján, ha a rendszer bármely tagján változás indul el, az hatással van a rendszer többi tagjára is. A családtagok sok esetben jobban érdekeltek a problémás viselkedés abbahagyásában, mint az ellátásba került fiatal.
A család bevonása tehát nem okoz nehézséget, a folyamatban tartása viszont sok esetben akadályokba ütközik. A szülők a konzultánstól konkrét tanácsot, szülői értekezletszerű találkozásokat igényelnek, holott a családi konzultációnak nem ez a célja.

3.2.13. Reintegráció, reszocializáció segítése

– a józanságot elérő igénybevevők esetében a lakhatás rendezése, a hajléktalan státuszú igénybevevő esetén, rehabilitációból az intézménybe támogatást kérő ügyfél esetén, szolgáltatások kiajánlása mellett a szolgáltatások igénybevételének támogatása szükség szerint félutasházban.
- A józanodó, felépülésben résztvevő ügyfél esetében a munkához jutás támogatása és a képzésekben való részvétel támogatása.

3.2.14. Utógondozás, nyomon követés

Utógondozás az életvitel során adódó problémák megoldásának segítése.
Az esetkezelés intenzív , rendszeres kapcsolattartását követően javaslot a szolgáltatást igénybe vevó utógondozása, utánkövetése. Pl.: 3 hónap, 6 hónap egy év, két év múlva is.

3.3. Gondozás:

Az kliens bevonásával történő, tervezésen alapuló, célzott segítés mindazon tevékenységek elvégzésében, amelyeket saját maga tenne meg, ha erre képes lenne, továbbá olyan rendszeres vagy hosszabb idejű testi-lelki támogatása, fejlesztése, amely elősegíti a körülményekhez képest legjobb életminőség elérését, illetve családban, társadalmi státuszban való megtartását, visszailleszkedését. A gondozási tevékenység végzésénél is a legfontosabb kiindulási pont az kliens fizikai és mentális állapota, valamint az egészségügyi státusa.

A gondozási tevékenység a következőket foglalja magába:

– a szerhasználatból eredő ártalmak csökkentése, a káros következmények mérséklése,
– a lakókörnyezet rendezettségének megőrzése, helyreállítása,
– a napi rutin kialakítása támogatással, – a testi higiéniát biztosító tevékenységek ösztönzése, elérése ill. megtartása,
– önellátás biztosítása, ösztönzése,
– egészségügyi ellátáshoz juttatás (háziorvos, addiktológiai gondozó, sürgősségi ellátás stb.),
– szükség esetén más szociális ellátó bevonása,
– szűrővizsgálatok ösztönzése,
– gyógyszer-compliance
– mentális és pszichés státusz mérése,
– rehabilitációs szükségletek felmérése és az ezzel kapcsolatos ügyintézés végzése,
– az egészségügyi és szociális gondozási tevékenységek koordinálása.

A gondozási tevékenység esetében a hangsúly a fizikai szükségletek kielégítésén van, illetve a kliens fizikai és egészségügyi állapotának rendezésén és megtartásán dolgozik együtt az igénybevevő illetve a segítő.

3.3.1. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás szervezése, segítése:

- háziorvosi ellátás igénybevételének segítése,
- szakorvosi ellátáshoz való jutás elősegítése,
- kórházi ellátáshoz való jutás elősegítése, megszervezése,
- szűrővizsgálatokhoz való hozzájutás megszervezése
- önkéntes igénybevétel elősegítése, szociális szolgálat által szervezett szűrővizsgálaton való részvétel biztosítása,

3.3.2. A testi higiéniát biztosító tevékenységek ösztönzése, elérése, megtartása,

- Tisztálkodás (rendszerség)
- Szájhigiénia figyelemmel kísérése
- Rendezett ruházat biztosítása (mosásban, mosatásban való segítségnyújtás)
- Köröm, haj ápolás.

3.3.3. a lakókörnyezet rendezettségének elérése/megőrzése/helyreállítása.

- Konyhai higiénia
- Fürdőszobai higiénia
- Lakószoba, hálószoba komfortjának kialakítása, higiéniájának átbeszélése
- Megfelelő berendezések beszerzése (szükség esetén)
- Fertőző források kiküszöbölése
- Rendszeres takarítás átbeszélése, ösztönzése (napi, heti havi, alkalmankénti)

3.3.4. A megfelelő étkezés/élelmezés megszervezésének elősegítése.

— A kialakult társ emésztőrenddszeri betegségeknek megfelelő diéta (pl. cukorbetegség,koleszterin diéta, májbetegség esetén szükséges diéta) betartása,betartatása a szolgáltatást igénybevevő esetében.
— Vitaminpótlás segítése
— Rendszeres étkezés átbeszélése
— Szükség esetén az étkezetés megszervezése, helyi szociális szolgáltatók bevonásával.

Szükség esetén a segítség adása dietetikussal való kapcsolattartást.

3.4. Készségfejlesztés:

Az igénybe vevő társadalmi beilleszkedését segítő magatartásformáinak, egyéni és társas készségeinek kialakulását, fejlesztését szolgáló helyzetek és alternatívák kidolgozása, lehetőségek biztosítása azok gyakorlására.

A következő készségek fejlesztése valósítható, meg melyek támogathatják a szenvedélybeteg és családja felépülését, melyeket természetesen a kliens igényeinek figyelembevételével érdemes alkalmazni:

– önellátásra való képesség javítása,
– visszaesés megelőzése,
– stresszkezelő technikák biztosítása,
– új, egészséges, józan kapcsolatok kialakítása: csoport-, munka-, foglalkoztató-terápiák,
– hozzátartozói csoportok,
– a tagadás mérséklése, új, józan logikai struktúrák, attitűd és attitűd kibontakoztatása,
– problémamegoldó képesség,
– visszautasítás készsége,
– önérvényesítés készsége,
– kommunikációs készségek.

3.4.1. A készségfejlesztés keretében végezhető szolgáltatások, tevékenységek:

- Problémaelemzés,
- problémamegoldás,
- problémamegoldó beszélgetések – akadályozó tényezők,
- problémák feltárása, elemzése,
- kulcsproblémák meghatározása,
- megoldási lehetőségek összegyűjtése,
- megoldási terv készítése.

3.4.2. Motivációs beszélgetés:

3.4.2. Motivációs beszélgetés:
– motivációs tényezők feltárása, kiértékelés a személyes célokkal összefüggésben.
Változásra irányuló motiváció kialakítása és megerősítése.
(későbbiekben erre a technikára visszatérünk részletesen)

3.4.3. Felépülési készségfejlesztés:

– a felépülést akadályozó tényezők összegyűjtése, kiértékelése,
– készségfejlesztés lépéseinek meghatározása
– részcélok, lépések, feladatok, napi, heti, havi ütemterv meghatározása,
– készségfejlesztés formáinak meghatározása,
– visszacsatolás,
– a lépések begyakorlásának tervszerű végzése.

3.4.4. Készség – képesség – motiváció fejlesztési lépéseinek meghatározása, begyakorlása.

3.4.5. Relapszus prevenció

– a relapszus megelőzése érdekében alkalmazandó stratégiák kidolgozása és gyakorlása.
– A visszaesés megelőzéséhez szükséges készségek elsajátítása, gyakorlása.

Prof. Dr. Rácz József tanulmánya alapján: A relapszusprevenciós modell (röviden: RP modell):
A Marlatt és Gordon (1985) által kialakított modell fő jellemzője, hogy a relapszust nem „minden vagy semmi" alapon fogja fel (absztinencia vagy relapszus), hanem viselkedési kontinuumot feltételez.
Ez elkezdődik már az első, a terápiát követő droghasználat miatti kezelésbevétel előtt és folytatódik a kezdeti droghasználat után is. A modell elsősorban a kognitív-viselkedéses jellemzőket veszi számba és ezekhez terápiás javaslatokat is rendel (Marlatt és Donovan, 2005; Larimer et al., 1999).
A modell szerint relapszushoz két tényezőcsoport vezethet: a közvetlen, meghatározó faktorok és a rejtett előzmények.
Nagykockázatú helyzetek A modell középponti tényezői a nagykockázatú helyzetek. Ezekben a helyzetekben az egyén önkontrollja veszélybe kerül és megnő a visszaesés valószínűsége. Ezek a helyzetek a relapszust kiváltó közvetlen tényezőcsoporthoz tartoznak.

A modell által azonosított nagykockázatú helyzetek:
• Negatív érzelmi állapotok: például düh, szorongás, depresszió, frusztráció, unalom. Elsősorban intraperszonális tényezők tartoznak ebbe a csoportba.
• Interperszonális helyzetek: például konfliktusok negatív érzelmi állapotokhoz, majd visszaesésekhez vezethetnek.
• Társas hatások: közvetlen vagy közvetett verbális vagy nonverbális rábeszélés a szerhasználatra, indirekt nyomásgyakorlás, például amikor az egyén olyan helyzetben van, ahol sokan drogoznak.
• Pozitív érzelmi állapotok: például ünnepségek, droghoz kötődő ingereknek való kitettség (például filmekben bemutatott droghasználat), nemspecifikus sóvárgás (lásd később).
Coping: ugyan a RP modell középponti elemei a nagykockázatú helyzetek, könnyen belátható, hogy nem ezek, hanem az egyén viselkedése vezet a relapszushoz, tehát a helyzetekre adott válasza. Ha az egyén megtanulja kezelni a nagykockázatú helyzeteket, azaz olyan coping stratégiákat alakít ki, amellyel kezelhetővé vagy elkerülhetővé teszi ezeket a helyzeteket, akkor a relapszus valószínűsége csökken.

A helyzetek hatékony kezelése a továbbiakban az egyén önhatékonyságát, a személyes kontrollba vetett hitét is pozitívan befolyásolja. Kimeneti elvárások: droghasználók esetében is megfigyelhető, hogy a szerhasználat közvetlen, azonnali hatásaira koncentrálnak és a későbbi, negatív következményekkel kevésbé foglalkoznak. Nagykockázatú helyzetekben különösen veszélyes lehet az ilyen gondolatok felbukkanása, hiszen akkor a droghasználat újramegjelenése nagyon valószínűvé válik. Ilyenkor az egyén úgy érezheti, hogy a droghasználat segít elkerülni vagy legyőzni például a negatív érzelmi állapotait (ami lehet az „öngyógyítás", „öngyógyszerezés" egy formája).

Absztinencia megsértési effektus: a visszaesés és a korábbi szintű, rendszeres szerhasználat közötti különbség legjobban ezzel a tényezővel magyarázható. Helyesebb lenne ebben az esetben lapszusról, mint relapszusról beszélni, hiszen a RP modell szerint az absztinenciát követő első használatnak nem szükségszerű következménye a rendszeres szerhasználat visszatérése. A magyar nyelvben a „megcsúszás" és a „visszaesés" szavakkal fejezzük ki ezt a különbséget. Azok az emberek, akik a visszaesést saját személyes kudarcukként fogják fel és bűntudatot vagy más negatív érzést éreznek, folytathatják a szerhasználatot, elkerülendő az ilyen negatív érzéseket. Mások teljes kudarcként foghatják fel a visszaesést, amikor a „kontroll" már túlmegy az ő személyes lehetőségein („ilyen vagyok, így születtem").

A tapasztalatok szerint azok tudnak hatékonyabban megbirkózni a visszaeséssel, akik azt egy tanulási folyamat átmeneti kudarcként fogják fel; még nem elég hatékony a coping stratégiájuk, hogy megküzdjenek a kiváltó okkal. Ugyanakkor, mivel egy tanulási folyamatként fogják fel a visszaesést (illetve a fenntartás stádiumát), igyekeznek tanulni a hibáikból – illetve megfelelő pszichoterápiás vagy gyógyszeres támogatás mellett képesekké válnak tanulni a hibájukból –, és egy következő alkalommal már másképpen viselkednek. Ekkor nem alakul ki a korábbi, rendszeres szerhasználat.
Rejtett előzmények A RP modellben ebbe a csoportba a relapszushoz kevésbé direkt úton vezető előzmények tartoznak (Larimer et al., 1999). Ilyenek például az életstílussal, életvezetéssel kapcsolatba hozható tényezők, mint a megnövekedett stressz. Olyan kognitív tényezők is szerepet kaphatnak, mint a visszaesés tagadása, racionalizációja vagy a szer használata iránti késztetés vagy a sóvárgás. Ezek a tényezők megnövelik az egyén sebezhetőségét: arra vonatkozóan, hogy nagykockázatú helyzetbe kerüljön, illetve hogy azt ne tudja leküzdeni (vagy azzal megküzdeni).

Marlatt és Gordon (1985) megkülönbözteti a hirtelen fellépő késztetést (urge) és a hosszabb távon jelentkező sóvárgást (craving). Mindkettő esetében a fiziológiai folyamatok mellett kognitív, illetve környezeti tényezőket is azonosítottak: kondicionált reakciókat, a szer hatásának elvárásával kapcsolatos pozitív gondolatokat. A kognitív-viselkedéses pszichoterápia szerint az „addiktív hiedelmek" a leggyakrabban az örömkereséssel, a problémamegoldással, a nyugalommal vagy a menekülléssel kapcsolatosak (Beck et al., 1993; Bodrogi, 2011). Ezek az addiktív hiedelmek nagykockázatú helyzetekben aktiválódva megnövelik a szerhasználat megjelenésének valószínűségét.

3.4.6. 3.4.6. Visszautasítás, a csábításnak való ellenállás

„**Nemet mondás" művészete :** Asszertívan nemet mondani nem egyszerű. Fontos tudatosítani, a kliensünkkel, hogy saját céljaival tisztában kell lenni, miközben tisztában kell lenni a kliensnek a környezet elvárásaival is. „NEM-et mondás valószínű a kommunikációs folyamatban elakadást eredményezhet, de ezért nem hibás a kliens, aki „nem"-et mondott.
Segítsünk a kliensünknek, hogy reálisan és átgondoltan értékelje a helyzetet tudatosan, és ne engedjünk hogy a kliensünk a megfelelés vagy a félelem parancsának hatására eredeti céljától eltérjen. Fontos tény amit jó ha kliensünknek segítünk megértetni, hogy a nemleges válasz nem a másik személyét vagy a hozzá fűződő érzéseket utasítja el, csupán az **adott kérésre** adtunk nemleges választ.
A helyzet persze mindenképpen konfliktust szül, de nem mindegy, hogy az milyen teret nyit meg.
Ha a nemet valamilyen okból kliensünk elkerüli, akkor attól még **belső** igény a nem válaszra nem változik, és tettek a kliens saját igényével fognak szembemenni, ami belső stresszhez, feszültséghez, szorongáshoz, félelemhez vezethetnek. A megoldásra például egy technika: az **én-üzenet**.

Hogyan mondjon nemet, ha kínálják,
-Határozottságot tükröző hangszín és testtartás

-Rövid állító mondatok
-Adjon alternatívát
-Vállalja fel, hogy joga van pl alkoholmentes italt kérni
- Kerülje a kifogásokat
Pl.: "Nem kérek sört, inkább vizet innék
"Ne erőltesd nem kérek"

3.4.7. Csoportfolyamatok működtetése készségfejlesztési céllal.

3.4.8. Szociális kapcsolatok fejlesztése,

- hiányzó kapcsolatok kialakításához szükséges készségek meghatározása és
- stratégiák kidolgozása.

3.4.9. Kapcsolatépítés, kapcsolatok fenntartásához szükséges készségek meghatározása, azok aktiválása, működtetése, begyakorlása.

3.4.10. Családterápiás konzultáció biztosítása a szociális intézményben. (erre későbbiekben részletesen visszatérünk)

3.4.11. Reintegráció, reszocializáció segítése:

– szermentes élet kialakításának támogatása,
– absztinencia iránti motiváció megtartása,
– optimális egészségügyi állapot fenntartásának segítése,
– családi problémák megoldásának segítése..

3.5. Megkeresés

A megkereső munka olyan segítő tevékenység, amelynek célja az ellátási területen élő vagy ott életvitelszerűen tartózkodó, vagy az ellátási területen meghatározott céllal megjelenő, „rejtőzködő” segítő intézménnyel kapcsolatot nem tartó szer addikciós problémákkal küzdő egyénekkel, csoportokkal, közösségekkel történő kapcsolatfelvétel.

3.5.1. Közvetett megkeresés:

– tájékoztatás a szolgáltatásról
– amely lehet információk eljuttatása a média segítségével
– a célcsoport rendszeres informálása,
– szórólapok, plakátok elhelyezése a társintézmények épületeiben, közösségi tereiben, plakátok, szóróanyagok kihelyezése, pótlása,
– partnerintézmények felkeresése, kapcsolatfelvétel és együttműködési megállapodások megkötése a partnerintézményekkel
– tájékoztatók, konzultációk.

3.5.2. Közvetlen kliens megkeresés esetén tanácsadás szolgáltatás:

– a szűrések, tesztek felvétele,
– rövid intervenció keretében összegző visszajelzés, választási lehetőségek számbavétele,
– szerződéskötés, megállapodás
– tájékoztatás a szolgáltatásról.
– Problémaelemzés, problémamegoldás tevékenységen belül:

- rövid pszichoedukáció
- információnyújtás, tájékoztatás,
- tanácsadás, az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutásról, illetve az egészséges életmódról.

3.6. Pszichoszociális ellátás

A pszichoszociális munka *fogalma*: olyan munka, amely arra irányul, hogy az egyének, a családok, a csoportok és a társadalom részéről rendelkezésre álló lehetőségeket úgy mozgósítsuk, hogy a személy magatartásában és helyzetében kedvező változásokat érjünk el oly módon, hogy az ember saját normáin, céljain belül, valamint társadalmi lehetőségeit figyelembe véve megelégedéssel működhessen.
A pszichoszociális munka *célja*: az ismeretek átadása, az önértékelés erősítése, a magatartás és a kapcsolatok megváltoztatása, az erőforrások feltárása.
A pszichoszociális megközelítés képviselői is számolnak az addikciók kialakulásának biológiai hajlamosító tényezőivel, ám a szociális viselkedés programját annak társadalmi (pl. stigmatizáció) és történelmi (pl. a modern kor individuációs követelménye) tényezőit tekintetbe véve elsősorban a szocializációban, a szociális tanulásban kutatják.

3.7. DOKUMENTÁCIÓ
A közösségi ellátás működtetése során alkalmazandó dokumentációs rendet a hatályos, szolgáltatásra vonatkozó jogi szabályozás valamint jelen ajánlás határozza meg. A kötelezően vezetendő dokumentáción túl a szolgáltató szabadon határozza meg saját dokumentációs rendjét, ennek során ugyanakkor figyelemmel kell lenni arra, hogy jogosulatlan adatkezelés nem valósulhat meg, a dokumentációs rendszerben akár papíralapon, akár elektronikus módon rögzített adatok esetében az adatvédelemről a szolgáltatónak gondoskodnia kell.

1., Havi Esetkövető Lap
A havi esetkövető lap az igénybevevővel való havi találkozásokat segíti nyilván tartani szolgáltatási elemenként. A táblázat havonta vezetendő. A szenvedélybetegek közösségi ellátásból a perc alapú elszámolása 2018. évtől kivezetésre kerül, így az esetkövető lapokon a dátum oszlopba a szolgáltatási elemek mellé egy-egy találkozási alkalmat tud jelezni a közösségi ellátás munkatársa, amelyből látszik, az igénybevétel módja, (maga az igénybevett szolgáltatási elem) és időpontja (nap). Az esetkövető lapot az esetvitelért felelős munkatárs (gondozó, terápiás munkatárs, szociális munkatárs) vezeti, úgy, hogy a találkozási alkalmak dátuma kerül beírásra az igénybevett szolgáltatási elem mellé, illetve az igénybevett szolgáltatási elem aláhúzással kiemelésre kerül.

A gondozási folyamatban történő havi változások, előre lépések, visszaesések
szövegesen összefoglalásra kerülnek a táblázat utolsó kitöltő részében a „havi gondozás összefoglalása” címszó alatt, amely egy rálátást ad az adott havi folyamatra.

2., Félévi és Éves gondozási és eseménynapló
A dokumentáció ezen részében az féléves és éves jelentések kerülnek rögzítésre a havi esetkezelő lap és a KENYSZI rendszerbe felvitt adatok összesítése alapján.

3., Gondozási terv
A gondozási terv célja, hogy egyénre szabottan határozza meg az ellátásban részesülő állapotának megfelelő gondozási, ápolási, fejlesztési feladatokat és azok megvalósításának módszereit. Az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember folyamatosan figyelemmel kíséri és elősegíti az egyéni gondozási tervben meghatározottak érvényesülését.
Célszerű a gondozási terv eredményét évenként értékelni – jelentős állapotváltozás esetén annak figyelembevételével módosítani. A gondozási tervet, annak

módosítását az ellátást igénybe vevő személlyel, illetve törvényes képviselőjével közösen javasolt elkészíteni.
A gondozási terv kidolgozását javasolt munkacsoportban végezni, amelyben az ellátásban részesülő személlyel közvetlenül foglalkozó szakember, valamint az intézményvezető által kijelölt szakemberek vesznek
részt (pl. orvos, gyógypedagógus, foglalkoztatás vezető, mentálhigiénés szakember). A hatékony gondozási
terv elkészítését megelőzi a különböző típusú, de a célcsoportot figyelembe vevő állapot-, illetve szükségletfelmérések alkalmazása.
A gondozási terv alapvetően tartalmazza:
a) az ellátott személy fizikai, mentális állapotának helyzetét,
b) az állapotjavulás, illetve megőrzés érdekében szükséges, illetve javasolt feladatokat, azok időbeli ütemezését,
c) az ellátott részére történő segítségnyújtás egyéb elemeit.

GONDOZÁSI TERV – MINTA

Az ellátott célja: .....
A természetes támogatók/hozzátartozók személyes céljai: .....
.....
.....
A cél megvalósulását akadályozó probléma, gátló tényezők: .....
.....
.....
Megállapodás az adott gondozási időszakra: .....
.....
.....
A személyes célok érdekében: .....
.....
A terápiás segítő által vállalt készségfejlesztés és tevékenység ütemezése:
.....
.A kliens által vállalt feladatok: .....
.....
.....
A hozzátartozók/természetes támogatók által vállalt feladatok:
.....
Multidiszciplináris teamben bevonandó szolgáltatók: .....
.....
A gondozási terv, személyes célok áttekintésének, értékelésének időpontja: .....

.....
..Aláírások: Dátum: ……

4. Az addiktív problémával küzdő személyek alacsonyküszöbű ellátásához tartozó szolgáltatási elemek

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják alacsonyküszöbű ellátáshoz tartozó szolgáltatásokat . Az alacsonyküszöbű szolgáltatások kiemelt szerepet játszanak a nehezen elérhető, vagy más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok megtalálásában és, a szolgáltatásokba történő bevonásában.

Célja: A szolgáltatások célja a szenvedélybetegek, az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás ösztönzése és segítése.

Kulcsszavak: ártalomcsökkentés, prevenció, célzott prevenció, javalott prevenció, Prochaska-Diclemente-féle felépülés szemlélet, addiktológiai ellátás alapelvei és vezérelvei

Tanulást segítő kérdések:

- **Mi az alacsonyküszöbű ellátás definíciója?**
- **Kik az alacsonyküszöbű ellátás célcsoportjai?**
- **Mit jelent a Prochaska-Diclemente-féle felépülés szemlélet?**
- **Kérem, mutassa be, hogy mit jelent a prevenció kiemelten a célzott és javallott prevenció definícióját , jellemzőit.**
- **Ismertesse az addiktológiai ellátás alapelvei té s vezérelveit.**

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Buda Béla dr: A megelőzés és az ártalomcsökkentés új perspektívái IN: Fürst Zsuzsanna – Wenger Tibor: A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai ISM, Budapest, 2001. 209-225

4.1. Alacsonyküszöbű ellátás definíciója, szemléleti kerete

Az alacsonyküszöbű kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket az igénybe vevőkkel szemben.
Az ellátás során nem követelmény az absztinencia, nem elvárás a terápiás cél és szándék megfogalmazása.
A szolgáltatást igénybevevő korosztályi megkötés nélkül, nevének közlése nélkül, anonim módon is kaphat segítséget.
Az alacsonyküszöbűség mindazonáltal nem jelent teljes szabálynélküliséget az ellátás igénybevétele során.
A szolgáltatásnak, a dolgozók és az igénybe vevők számára érthető szakmai programmal - nyitva álló helyiség esetén -házirenddel kell rendelkeznie.

4.1.1. A szolgáltatás célcsoportjai:

Megtalálhatóak az addiktológiai vonatkozásban veszélyeztetett illetve deviáns életvitelű fiatalok és felnőttek, a rejtőzködő és magas kockázatú csoportok.
Az alacsonyküszöbű szolgáltatások kiemelt szerepet játszanak a nehezen elérhető, vagy más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok megtalálásában és, a szolgáltatásokba történő bevonásában.
A szolgáltatásokat igénybevevők számára sokszor ezek lehetnek az ellátórendszerbe történő belépés, a segítő szakemberekkel való kapcsolatba lépés legegyszerűbben elérhető színterei .

4.1.2. A szolgáltatás jellemzői:

-

Figyelemmel kell lenni arra, hogy sok esetben magas kockázatú munkáról van szó, amely szükségessé teszi a biztonsági kockázatok áttekintését, elemzését az azokra való felkészülést. (Amennyiben a szolgáltató szükségesnek látja adott programok kapcsán saját biztonsági tervet is készíthet.)
Speciális módon elsősorban a szerhasználat/szerfüggés/viselkedéses problémák ártalmait csökkentő, prevenciós és pszicho-szociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások, melyek térítés nélkül, könnyen elérhetőek, s akár a szolgáltatás kihelyezésével, mobilizálásával is sokak által igénybe vehetők.
Az alacsonyküszöbű szolgáltatások sajátos módszerei, eszközei, eljárásai alkalmasak lehetnek az igénybevevő súlyosabb testi-lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek megelőzésére, aktuális állapotának szinten tartására, javítására, további szolgáltatások igénybevételének motiválására.
A küszöb alacsonyra helyezése abban is megnyilvánul, hogy a szolgáltató szervezetek a célcsoportokhoz, illetve azok igényeihez igazítják eszközrendszerüket, módszertanukat, telephelyük és nyitva-tartási idejük kiválasztását – vagyis magukat könnyen, bárki számára elérhetővé teszik. Nem elsődleges cél az intézményi ellátásba vonás, a igénybe vevők természetes környezetében is történhet az ellátás.
Az addiktológiai alacsonyküszöbű szolgáltatások területén meghatározó fogalomként emelhető ki a megelőzés, az ártalomcsökkentés és a kezelésbe juttatás elősegítése.
A szolgáltatás akkor tud igazán hatékonyan működni, ha mindezen fogalmi elemek együttesen érvényesülnek

4.2. Prevenció

A megelőzés általánossá vált felosztása szerint egyrészt a célzott prevenció említendő, amely értelmében a különösen veszélyeztetett célcsoportokra irányuló prevenciós beavatkozásoknál jelentős erőfeszítést igényel az azonosított kockázati csoportok elérése, a programokba vonása.

Másrészt az alacsonyküszöbű programok gyakorlatában a javallott prevenció kaphat szerepet. Itt a különösen veszélyeztetett, nehezen elérhető célcsoportok tagjainak a nem kötelezettségen alapuló javallott prevenciós programokba történő bevonása lehet a fókuszban.
(Mint ismeretes a javallott prevenció célja már sokszor nem magának a szerhasználatnak a megelőzése, hanem a függőség kialakulásának megelőzése, a fogyasztás gyakoriságának csökkentése, illetve a „veszélyes" szerhasználat megelőzése.

4.3. Ártalomcsökkentés

Az ártalomcsökkentés gyakorlati beavatkozások összefoglaló neve, amelynek célja a kábítószer-fogyasztás okozta egyéni és makroszintű egészségügyi, szociális és gazdasági károk mérséklése.
Az ártalomcsökkentő programok hozzájárulnak a fertőző betegségek terjedésének, illetve a bűnözés vagy a halálozás emelkedésének megakadályozásához.
Az ártalomcsökkentés gyakorlati beavatkozások összefoglaló neve, amelynek célja a kábítószer-fogyasztás okozta egyéni és makroszintű egészségügyi, szociális és gazdasági károk mérséklése.
Az ártalomcsökkentő programok hozzájárulnak a fertőző betegségek terjedésének, illetve a bűnözés vagy a halálozás emelkedésének megakadályozásához..
Az ártalomcsökkentésnek a megelőzés klasszikus értelmezése szerinti másodlagos megelőzés vonatkozásában van jelentősége: egyrészt amikor az érintettek esetében már megjelennek addiktológiai problémák, problémás kémiai szerhasználat, azonban a drogos életútban a függőség még nem manifesztálódott.
Ebben az esetben a problémák, kockázati tényezők vagy állapotok korai felismerése és a korai kezelésbe vétel csökkenti a betegség kialakulását valamint jó eséllyel megelőzni vagy mérsékelni tudja a későbbi káros következményeket.
Az ártalomcsökkentésben az un. akut ártalmak csökkentése (korai szegmens) nehezen elválasztató a megelőzés fogalmától. Itt gyakran (bár nem kizárólagosan) a fiatalokhoz, általában enyhébb addiktológiai problémával küzdő tizenévesekhez juttatnak el ártalomcsökkentő szolgáltatásokat (pl. zenei fesztiválokon).
A másik jellemző esetben a súlyosabb addiktológiai problémával küzdők, függő szerhasználók esetében érvényesül az ártalomcsökkentés preventív hatása.

4.4. Prochaska-Diclemente-féle felépülés szemlélet

Az alacsonyküszöbű szolgáltatás a Prochaska-Diclemente-féle felépülés szemlélet alapján, a felépülési folyamat „kezdő" és „újrakezdő" pontján is segíthet, ezzel végső soron a komplex addiktológiai kezelés egyfajta katalizátora.
Az alacsonyküszöbű programok nagy előnye, hogy alapvetően nem egyfajta személyes mélypont, krízis megélésére támaszkodva várja az érintettektől a pozitív változás iránti igény és segítségkérés megjelenését.
Ennél tágabb lehetőséget biztosít a segítő kapcsolat kialakítására, és azon keresztül a pozitív irányú változás megindítására már a szerhasználat korai szakaszában.
Ez sokszor kezdetben csak annyit jelent, hogy a bizalmatlan, senkivel kapcsolatban nem álló addiktológiai problémával küzdő személy képes segítő kapcsolatot kialakítani és fenntartani, amely később alapot biztosít a bizalom kialakulásához és a változtatás megindításához.
Összefoglalóan az mondható el, hogy az „utánanyúlás", a sokféle segítési ajánlat megkönnyíti a változás motivációjának kialakulását és fenntartását.

Mindezen meghatározó, egymást diffúz módon átszövő fogalmi hármas mellett a rugalmasság és innováció kettős fogalmát emeljük ki.

4.5. Addiktológiai ellátás vezérelvei

Tevékenységük egyik része az addiktív problémával élő személyek megtalálása, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzése, másrészt a túléléshez szükséges szolgáltatások biztosítása és az érintettek további kezelések felé terelése.
Az alacsonyküszöbű szolgáltatások kiemelt feladata az egészséggel kapcsolatos információk, és a biztonságosabb droghasználattal kapcsolatos üzenetek terjesztése, tévhitek megkérdőjelezése, helytelen ismeretek korrigálása és a témával kapcsolatos szemléletformálás.
A szolgáltatást ott kell végezni, ahol a rászorulók vannak; azokon a színtereken, ahol igény mutatkozik a szolgáltatásra és az addiktológiai problémákkal küzdők – mind egyénileg, mind csoportosan – képesek arra, hogy irányítsák életüket, és változtassanak szokásaikon.
A szolgáltatások kialakításában az kliensek igényeire szükséges alapozni.

A hatékonyabb beavatkozás érdekében figyelembe kell venni az egyén és környezete körülményeinek rendszerét (lehetőségeit, korlátait). Az absztinencia elérése nem minden esetben az elsődleges cél.
Beavatkozásainak másik fő vezérelve a rehabilitációs szemlélet abban az értelemben, hogy a segítő folyamat tervezésénél a fokozatosságot tartsuk szem előtt.
A hatékony ellátás érdekében, elsősorban egy integrált kezelőszíntér szükséges, de amennyiben ez nem áll rendelkezésre – márpedig az esetek többségében nem elérhető ilyen intézmény/rendszer – akkor úgynevezett több helyszínes, multi-site kezelés indokolt.

4.5.1. A szolgáltatás alapelvei:

– Emberi jogok, emberi méltóság, egyenlő ellátás elve
– Az egészséghez, az egészséget támogató környezethez való jog elve
– Partnerség, közös cselekvés elve
– Az önkéntesség elve
- Kommunikációs elv
- – Rehabilitációs szemlélet
- – Kezelés, ellátás, ártalomcsökkentés szemléleti kerete: komplex élethelyzetét a középpontba helyező kliensközpontú megközelítés elve: § tudományos megalapozottság; § pragmatizmus § humanisztikus értékek § célok hierarchiája § a kezelési rendszerbe illesztés (mainstreaming) § értékelési rendszerek fejlesztése § az ellátás teljes vertikumában a felépülés centrikus megközelítés alkalmazása

– Szubszidiaritás elve
– Együttműködés elve
– Átfogó megközelítés elve
– Titoktartás, az információk felelős kezelése

5. SZOLGÁLTATÁSI ELEMEK AZ ALACSONYKÜSZÖBŰ ELLÁTÁSBAN

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják alacsonyküszöbű ellátáshoz tartozó szolgáltatási elmeket.

Célja: Az Alacsonyküszöbű szolgáltatási elemek mélyebb megismerése, gyakorlati példákon keresztül.

Kulcsszavak: ártalomcsökkentés, tanácsadás, szaktanácsadás, esetkezelés, készségfejlesztés, közösségfejlesztés, állapotfelmérés, háztartási és/ vagy háztartást pótló segítségnyújtás.

Tanulást segítő kérdések:

- **Az alacsonyküszöbű ellátás esetében mit jelent a tanácsadás a különböző színtereken?**
- **Mutassa be a szaktanácsokkal kapcsolatos ismérveket az alacsonyküszöbű ellátás tevékenységei esetében.**
- **Jellemezze az esetkezelést, mint szolgáltatási elem.**
- **Mit tartalmaz a közösségfejlesztés?**
- **Mutassa be az állapotfelmérés módszereit, tesztjei.**
- **Ismertesse a háztartási és / vagy háztartást pótló segítségnyújtás , mint szolgáltatási elemet.**

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- SZAKMAI AJÁNLÁS SZENVEDÉLYBETEGEK ALACSONYKÜSZÖBŰ ELLÁTÁSA RÉSZÉRE. 2018. Jóváhagyta: Nyitrai Imre helyettes államtitkár Kiadta: Czibere Károly államtitkár

5.1. Tanácsadás

Az igénybe vevő bevonásával történő, jogait, lehetőségeit figyelembe vevő, kérdésére reagáló, élethelyzetének, szükségleteinek megfelelő vélemény-, javaslat kialakítási folyamat, a megfelelő információ átadása valamilyen egyszerű vagy speciális felkészültséget igénylő témában, amely valamilyen cselekvésre, magatartásra ösztönöz, vagy nemkívánatos cselekvés, magatartás elkerülésére irányul.
A tanácsadás célcsoportját elsősorban az addiktológiai problémával küzdő személyek és környezetükben élők jelentik. Ez minden olyan személyt magába foglalhat, aki a szenvedélybeteg, vagy addiktológiai problémával küzdő kapcsolatrendszerébe tartozik(pl. barát, családtag, munkatárs, pedagógus stb.).Atanácsadás rendszerszemléletben foglalkozik a segítségkérővel, akinek minden esetben figyelembe veszi pszicho-szociális helyzetét, az addikciós probléma súlyosságát, és a felépülés szakaszainak jellegzetességeit. A tevékenység középpontjában leggyakrabban az addiktológiai problémához kapcsolódó információnyújtás áll

5.1.1. Tanácsadás megkeresés keretében:

– a célcsoport rendszeres informálása
– plakátok, szóróanyagok kihelyezése, pótlása,
– tájékoztatás, informálás a médián keresztül (pl. reklámok), on-line felületeken, közösségi médiában, stb.
– tájékoztatás a célcsoporttal kapcsolatba kerülő intézmények, társszervezetek részére (pl.: szociális, egészségügyi, rendvédelmi, oktatási és egyéb szervezetek körében).

Tanácsadás a szűrés és korai felismerés keretében:
– rövid intervenció,
– választási lehetőségek számbavétele,
– tájékoztatás a szolgáltatásról.

5.1.2. Problémaelemzés, problémamegoldás keretében:

– rövid pszicho-edukáció,
– információnyújtás, tájékoztatás.

5.1.3. Hivatalos ügyek intézésének segítése keretében:

– tanácsadás az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutásról,
– továbbirányítás az illetékes intézményekhez / szolgáltatókhoz / hatóságokhoz.

5.1.4. Egészségügyi ártalmak csökkentése keretében:

– a célcsoport ellátása a droghasználat ártalmait csökkentő információs anyagokkal, egyéb ártalomcsökkentő eszközökkel,
– tájékoztatás az ártalomcsökkentés és a kezelés további lehetőségeiről, módozatairól,
– a igénybe vevők információkkal történő ellátása a kezelőhelyek elérhetőségeiről, magasabb küszöbű szolgáltatásokról,
– a tanácsadás az egészséges életmódról,
– a igénybe vevők tájékoztatása - a közvetlen megkereső tevékenység eredményeit (adatait) felhasználva - a területileg illetékes szociális-, egészségügyi-, terápiás- szolgáltatásokról, kezelőhelyekről és igénybevétellel kapcsolatos információkról,
– tájékoztatás a szűrővizsgálat (szolgáltatás) igénybevételének módjáról, – egészségfejlesztő üzenetek átadása.

5.2. Szaktanácsadások:

– a helyi lehetőségekhez és igényekhez mérten pl. jogi, pszichológiai, álláskeresési, munkaügyi, társadalombiztosítási, stb. tanácsadás

Információs, felvilágosító szolgáltatások keretében:
– tájékoztató tanácsadás (személyes, telefonos, internetes),
– információ összegyűjtése és biztosítása,
– telefonos információs vonal, on-line információs eszközök működtetése,
– informálás az igénybe vehető szolgáltatásokról,
– más intézmények szolgáltatásainak kiajánlása, továbbirányítás

5.3. Esetkezelés

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

5.3.1. Esetkezelési példák: Szűrés és korai felismerés esetén:

– szűrések, tesztek felvétele (pl.: AUDIT, CAGE),
– eredmények kiértékelése,
– szakorvosi vizsgálat megszervezése,
– összegző visszajelzés,
– szerződéskötés, megállapodás szóban vagy írásban.

Addiktológiai állapotfelmérés keretében (pl.: képalkotó lap, TDI, segítő lap):
– kezelésre és a kapcsolatba kerülésre vonatkozó adatok felvétele,
– az addiktív problémák jellemzőinek felmérése,
– szocio-demográfiai jellemzők felmérése.

5.3.2. Esetkezelési példák: Problémaelemzés, problémamegoldás keretében:

– személyes problémák meghatározása,
– rövid- és hosszú távú célok meghatározása,
– fontossági sorrend felállítása,
– akadályozó tényezők, problémák feltárása, elemzése, kulcsproblémák meghatározása,
– krízisintervenció,
– hiányzó ismeretek felmérése,
– együttműködés értékelése.
Motivációs interjú keretében:
– motiváció felmérése.

5.3.3. Esetkezelési példák: Hivatalos ügyek intézésének segítésének keretében:

– kérelmek, hivatalos ügyek intézésének segítése és az ügyintézési képesség fejlesztése,
– hivatalos okmányok kérelmezésében, esetleges pótlásában való segítségnyújtás
– jogszabály által előírt pénzbeli és természetbeli juttatások igénylésében való segítségnyújtás,
– jogi, rendőrségi, munkaügyi problémák megoldásában segítségnyújtás.

5.3.4. Esetkezelési példák Egészségügyi ártalmak csökkentése keretében:

– az egészségügyi szűréshez, orvosi ellátáshoz való hozzáférés szervezése, – szűrővizsgálatra motiválás,
– speciális esetekben, megfelelő feltételek, eszközök és szakemberek rendelkezésre állása esetén, szűrés biztosítása pl. HIV, HBV, HCV.

5.3.5. Esetkezelési példák: Információs, felvilágosító szolgáltatások keretében:
– krízisben lévők segítése, krízishelyzet feltárása,
– azonnali beavatkozás személyesen vagy telefonon,
– krízis formájának és intenzitásának meghatározása.

A krízist lehetőségnek tekintjük arra, hogy az ellátottak megtanulják, hogyan lehet hatékonyan kezelni a későbbi krízishelyzeteket, illetve hogyan lehet azokat elkerülni azokat a jövőben, vagy megelőzni a krízis kialakulását.
A krízist előidéző alapvető problémák meghatározása
A családi problémamegoldás felmérése,
A korai figyelmeztető jelek meghatározása.
A kríziskezelés készségének jelenlegi szintje.
A gondozást végzők szükségletei és erőforrásai a kríziskezeléshez.
A kríziskezelés technikája.

5.4. Készségfejlesztés

Az igénybe vevő társadalmi beilleszkedését segítő magatartásformáinak, egyéni és társas készségeinek kialakulását, fejlesztését szolgáló helyzetek és alternatívák kidolgozása, lehetőségek biztosítása azok gyakorlására.

5.4.1. A készségfejlesztés, mint szolgáltatási elem értelmezhető egyéni és csoportos formában is.

PÉLDÁK A FELÉPÜLÉSI KÉSZSÉGEK FŐBB TERÜLETEIRE:
– a visszautasítás és egyensúlymegtartás készsége,
– megküzdési készség,
– kapcsolatteremtő- és fenntartó készség,
– önellátási készség,
– álláskeresési készség,
– beilleszkedési készség,
– kommunikációs készség,
– asszertivitási készség,
– idő- és tevékenység struktúra kialakítása,
– stressz-kezelés, agresszió-kezelés,
– problémamegoldás, konfliktuskezelés.

Problémaelemzés, problémamegoldás keretében:
– problémamegoldó beszélgetések,
– problémaelemzés/megoldás technikájának megtanítása,
– megoldási lehetőségek összegyűjtése,
– megoldási terv készítése,
– motivációs beszélgetés,
– motivációs tényezők feltárása,
– kiértékelés a személyes célokkal összefüggésben.
Motivációs interjú keretében:
– a változásra irányuló motiváció kialakítása és megerősítése,
– a változás melletti elköteleződés megerősítése.

5.5. Megkeresés

A szociális problémák által érintett vagy veszélyeztetett azon egyének közvetlen, illetve közvetett módon történő elérése vagy felkutatása (a releváns szolgáltatásokhoz való hozzájuttatás céljából), akik vélhetően jogosultak egy adott szolgáltatásra, de azt bármilyen okból elérni nem tudják.
A megkereső programok alapvetően egyeznek abban, hogy teljes körű egészség feletti kontrollhoz juttatásuk elősegítése és megtartása érdekében a veszélyeztetett, vagy addiktológiai problémával küzdő, bizalmatlan rászoruló csoportokkal kívánnak kapcsolatot teremteni, azok saját környezetében, speciális szükségletek figyelembe vétele mellett, speciális szakmai módszerekkel. A megkereső programok ugyanakkor módszereikben, működési kereteikben és részcéljainkban nagyon különbözőek lehetnek, hiszen ezeket a sokféle célcsoportjaik szükségleteihez, illetve igényeikhez igazítják.

5.5.1. A megkereső (elérő) programok főbb színterei:
– köznevelési terület,
– egészségügy,
– szociális/gyermekvédelmi terület,
– közterület (utca, lakótelepi helyszínek),
– egyéb ágazati területek (Közművelődési, zenei programok helyszínei, plázák, fesztiválhelyszínek).

5.5.2. PÉLDÁK A MEGKERESÉS SZOLGÁLTATÁSI ELEM KERETÉBEN VÉGEZHETŐ TEVÉKENYSÉGEKRE

Közvetett megkeresés keretében:
– szórólapok, plakátok elhelyezése a társintézmények épületeiben, közösségi tereiben,
– területen lévő társintézmények beazonosítása, és hozzájárulásuk beszerzése,
– partnerintézmények felkeresése.
Közvetlen megkeresés (elérés) keretében:
– kapcsolat kialakítása, megerősítése, fenntartása,
– figyelemmel kísérés,
– egyéni és közösségi szükségletek körülhatárolása.

5.6. Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás

Az igénybe vevő segítése mindennapi életvitelében, személyes környezete rendben tartásában, mindennapi ügyeinek intézésében, valamint a személyes szükségleteinek kielégítésére szolgáló lehetőségek és eszközök biztosítása, ha ezt saját háztartásában vagy annak hiányában nem tudja megoldani.
Az addiktológiai problémákkal küzdők esetében a háztartási vagy háztartáspótló segítségnyújtás elsősorban a fizikai alapszükségletek biztosításán, különösen a rövid pihenési lehetőség biztosításán keresztül valósul meg.

- Rövid pihenési lehetőség biztosítása
- Folyadékpótlás, élelemhez jutás biztosítása
- Tisztálkodási lehetőség biztosítása
- Személyes ruházat tisztításának lehetősége

5.7. Közösségi fejlesztés

Egy településrész, település vagy térség lakosságát érintő integrációs szemléletű, bátorító, ösztönző, informáló, kapcsolatszervező tevékenység, amely különböző célcsoportokra vonatkozó speciális igényeket tár fel, szolgáltatásokat kezdeményez, közösségi együttműködéseket valósít meg.
Az alacsonyküszöbű szolgáltatás egyik célja lehet olyan folyamatok beindítása, ami hozzájárulhat az adott területen élő, addiktológiai szempontból érintett vagy veszélyeztetett csoportok problémáinak megismeréséhez, megelőzéséhez és kezeléséhez.
Az alacsonyküszöbű szolgáltatások hatékony működtetéséhez elengedhetetlen azokkal az ellátási területen működő egészségügyi, rendvédelmi, szociális, gyermekvédelmi és oktatási intézményekkel történő együttműködés kialakítása, akik valamilyen módon kapcsolatba kerülnek a fent említett célcsoporttal, vagy részt vesznek a segítői munkában.

5.7.1. Közvetett megkeresés:

– tájékoztatás a szolgáltatásról,
– információk eljuttatása a média segítségével,
– szervezet médiastratégiájának kialakítása,
– partnerintézmények felkeresése,
– kapcsolatfelvétel és együttműködési megállapodás kötése a partnerintézménnyel,
– partnerintézmények jelzőrendszerszerű működtetése (egészségügyi, rendvédelmi, szociális, gyermekvédelmi és oktatási intézmények),
– közösségi munkacsoport működtetése.

5.7.2. Közvetlen megkeresés:

– a célcsoportok feltérképezése,

– a szolgáltatás létrejötte előtt elvégzett szükségletfelmérés frissítése,
– bejárási terv készítése a szükségletfelméréshez,
– „látóút”, szociális térkép és ellátási térkép elkészítése,
– közösségi szükségletfelmérések információinak összegzése, kinyilvánított és normatív szükségletek meghatározása,
– közösségi szükségletek meghatározása,
– szükségletek mibenlétének közvetítése a döntéshozók felé, érdekközvetítés.

5.8. DOKUMENTÁCIÓ

Alacsonyküszöbű tevékenységi formák legfőbb mérőszámai:
– az ellátottak nemek szerinti megoszlása,
– az életkori megoszlás,
– kliensforgalom,
– a nyújtott szolgáltatások százalékos megoszlása,
– a szolgáltatások időtartama,
– a szolgáltatás részeként nyújtott, vagy begyűjtött eszközök darabszáma (például injektor),
– szolgáltatási napok száma,
– a szolgáltatás napi időtartama,
– az egyszerre jelenlévő szakemberek száma.
A működés során vezetni kell:
– ügyeleti naplót, mely a napi események rögzítésére szolgál,
– forgalmi naplót,
– kapcsolattartó lapot,
– képalkotó lapot.

- **6.** Jelen tantárgy keretében kifejezett cél a speciális készségfejlesztési[AB1] technikák megismerése, elsajátítása

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják a közösségi ellátsában hasznélatos speciális készségfejlesztési technikákat.

Célja: Az ellátásban dolgozó munkatársak gyakorlati segítséget és gyakorlati eszközöket és módszereket kapjanak a kliensek segítésében.

Kulcsszavak: Gyógyszer –compliance, rövid intervenció, motivációs interjú, ellánállás, döntési folyamat, relapszus prevenció, stresszkezelés, asszertívitás, kríziskezelés, munkavállalási készségfejlesztés, kettős diagnózis, digitális kompetencia, szabadidő eltöltése

Tanulást segítő kérdések:

Mi a gyógyszer-compliance? Mi a feldata a munkársnak?

Mutassa be a rövid intervenciós technikát.

Ismertesse a motivációs interjú lépéseit, folyamatát.

Mi a relapszus prevenció lényege, jellemzője, lépései?

Mia krízis, és hogyan tudja kezelni a közösségi ellátásban dolgozó munkatárs?

Mi a stressz, hogyan tudjuk kezelni?

Mi a kettősdiagnózis?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2007): Addiktológia Alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 47-69. old., 107127. old.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): Addiktológia Alapjai II. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): Addiktológia Alapjai III. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 149-175. old., 250-273. old., 277-293. old.
- Dudits Dénes Arany Zoltán Szappanos József A Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt “A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillér IV.3 Az illegális szerfogyasztás megelőzését és kezelését célzó egyes szolgáltatások minőségügyi rendszerének kialakítása IV.3.4.2.2 Szakmai kiadványok a protokollokról, alkalmazási útmutatók, javaslatok elkészítése Módszertani levél a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára

- Harangozó J., Bodrogi A.: A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás (in szerk. Füredi J., Németh A., Tariska P. (2009): A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. Budapest, Medicina, 570-594.p.)

- Prof. Dr. Rácz József: Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek. https://mppt.hu/magazin/pdf/xv-evfolyam-4-szam/racz.pdf

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing: Preparing people for change. New York, NY: Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2002-02948-000

- Miller, W.R. & Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (Motivációs interjúk: felkészítés az addiktív viselkedés megváltoztatására). National Drug and Alcohol Research Centre, Sydney, New South Wales, Australia. https://books.google.hu/books/about/Motivational_Interviewing.html?id=h16_QgAACAAJ&redir_esc=y

- Relapse Prevention An Overview of Marlatt' s Cognitive-Behavioral Model Mary E. Larimer, Ph.D., Rebekka S. Palmer, and G. Alan Marlatt, Ph.D. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf

- Rácz J.: (2013) Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek Neuropsychopharmacol Hung 2013; 15(4): 232-238)https://epa.oszk.hu/02400/02454/00052/pdf/EPA02454_neuropsychopharmacologia_hungarica_2013_04_232-238.pdf

- Beck, A. T., Write, F., Newman, C.C. & Liese, B. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press, New York.

- Bodrogi, A. (2006). Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. és Perczel Forintos, D. (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 583-610.

- Bodrogi, A. (2011). Az alkoholizmus kognitív viselkedésterápiás megközelítése. Magyar Pszichológiai Szemle, 66. 1. 141–156.

[AB1]jellemzője

Speciális technikák (stratégiák):

1. Hogyan válik segítővé, együttműködővé a közösségi koordinátori feladatokat ellátó terápiás munkatárs a gyógyszeres kezelésében?
2. Compliance tréning a problémaelemző és problémamegoldó módszer alkalmazásával, összekötve a gyógyszerekről adott felvilágosítással.
3. Rövid intervenció: korlátozott ideig tartó stratégia, amely a nem dependens ivók alkoholfogyasztásának csökkentésére összpontosít, és alkalmas mindenfajta nemkívánatos viselkedés megváltoztatására. A változás (felépülési) modell (Prochaska – DiClemente): az addikciók felépülés központú megközelítése, mely azt vizsgálja, hogy az egyén mennyire kész megváltoztatni szerhasználói viselkedését.
4. Motivációs interjú: a módszer célja, hogy az ellátott kliens kívánja szerhasználó életmódjának megváltoztatását.
5. Relapsusprevenció (visszaesés-megelőzés): A gondozónak tisztában kell lennie a visszaesésre figyelmeztető jelekkel, s fontos, hogy készüljön relapsus-prevenciós (visszaesés-megelőzés) terv a visszaesés folyamatának mielőbbi megszakítása érdekében.
6. Visszautasító (refusal) módszer.
7. Életviteli készségek: A készségfejlesztés a közösségi ellátás talán leglényegesebb pontja. A készségfejlesztés során mindig azon képességekre koncentrálunk, amelyekre a kliensnek céljai eléréséhez szüksége van. Ide tartoznak a szociális, illetve az életviteli készségek, melyek a tanulással, a munkavégzéssel, a szabadidős tevékenységgel, az időbeosztással, a partnerkapcsolattal, a családalapítással, a baráti kapcsolatok kialakításával stb. vannak összefüggésben. A készségek oktatása szerepjátékok sorozatán keresztül történik.
8. Az agresszió kezelése: az addiktológiai betegeknél – állapotrosszabbodás esetén – esetleg előfordulhatnak agresszív cselekedetek, de tisztában kell lennünk azzal, hogy agresszív viselkedésre ritkán kerül sor ok nélkül, kiváltásához azonban ilyenkor sokkal kevesebb is elég, mint a beteg stabil állapotában.
9. Szociális csoportmunka megszervezése, megvalósítása.

Szöveges tartalom (Arial 10., 1,15-ös sorköz, nincs térköz, sorkizárt.)

5.8. Gyógyszer-compliance

A gyógyszeres terápia eredményessége több tényező együttes teljesülésének függvénye.
Egyfelől szükség van a terápia helyes megválasztására a kórkép jellege és súlyossága, a beteg állapota, toleranciája és komorbiditása, a párhuzamos kezelések, valamint a szakmai irányelvek figyelembe vételével. Ez a kezelőorvos feladata. Másfelől elengedhetetlen az is, hogy a beteg a számára rendelt gyógyszerkészítményt a kezelőorvos utasításának, valamint az alkalmazási előírásnak megfelelően vegye be. Utóbbit nevezzük beteg-együttműködésnek.

Mit is gondolunk a betegegyüttműködésről?
Gondoljuk át, vizsgáljuk meg.

- A csoport – Határozzák meg betegegyüttműködés hiányának legfontosabb „érzékelhető” elemeit
- B csoport – Milyen faktorok befolyásolhatják a beteg-együttműködést
- C csoport – Lehet-e és ha igen olya finanszírozási modellt bevezetni ami hatással van a betegegyüttműködésre

- D csoport – Határozza meg, hogy milyen intervenciókkal segíthetnek a gyógyszerészek a betegegyüttműködés javításában.

Compliance, adherencia, perzisztencia

- Van-e különbség
- Többféle megközelítés
- Mennyiség – idő

Compliance

Annak mértéke, hogy a beteg milyen mértékben követi az eü. szakemberek terápiás utasításait. (WHO)
A beteg és az egészségügyi személyzet együttműködése a betegség ismérveinek felállításában és a terápiában. (Klinikai gyógyszerészet jegyzet)

- **Adherencia –** az egyén egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszerszedés, diéta és az életmódváltozás területén.
- **Perzisztencia** – A beteg folyamatos gyógyszerszedési képessége.

5.9. Rövid intervenciók:

5.9.1. Mit jelent a Rövid Intervenció?

- Rövid (néhány perces) beavatkozás
- Direktív, kliens centrikus konzultációs technika a nem kívánatos viselkedés megváltoztatását célozza
- Célorientált
- Célja: Nem függő fogyasztók alkoholfogyasztásának csökkentése
- Vagy Függő fogyasztók motiválása kezelés igénybevételére

A Rövid intervenció célja

- Az alkoholfogyasztás, mint problémaviselkedés megváltoztatása (Miller, Rollnick)
- Bármely fajta nem kívánatos viselkedés megváltoztatása
- Használjuk, compliance javításásra
- Kezelés igénybevételére való motiválásra egyéb kórképeknél
- Dohányzásról leszoktatásra

A Rövid intervenció alapelemei

F: feedback:
Állapotfelmérést követő visszajelzés a kliens számára: akár laboratóriumi eredmények, akár pszichoszociális állapotának visszajelzése, illetve annak feltárása, hogy ezek az állapotok az alkoholfogyasztással állnak összefüggésben.

R: responsibility (felelősség):
Hangsúlyozzuk, hogy a változásban milyen nagy szerepe van a kliens a felelősséggének. Az ő döntése

A: advice (tanács):
A tanács világos, konkrét, csökkentse, vagy hagyja abba az ivást saját egészsége, stb. érdekében.

M: menu (menü):
Ajánljunk fel különböző választási lehetőségeket a kliensnek ivási szokásai megváltoztatására.

E: empathy (empátia):
Az empátia itt is kulcsszerepet játszik Fejezzük ki a kliens számára, hogy átérezzük, megértjük, hogy a változás nehéz.

S: self-efficacy (ön-hatékonyság):
Kifejezzük, hogy bízunk abban, hogy a kliens képes a változást véghezvinni.

5.9.2. Rövid intervenciók a kockázati és problémaivóknál

1. lépés: Adjunk hangot aggodalmainknak
Világosan érthető tanácsot adjunk.
Tanácsoljuk a betegnek, hogy változtassa meg ivással kapcsolatos magatartását
2. lépés: Becsüljük fel a kliens változásra való motivációját
3. lépés Tűzzünk ki egy specifikus ivási célt
4. lépés:Kliens követés

5.9.3. Rövid intervenciók a f*üggőknél*

1. lépés: Fejezzük ki aggodalmunkat
Adjunk érthető tanácsot: Tanácsoljuk a betegnek, hogy ne fogyasszon alkoholt egyáltalán
Alapvető szükséglet az absztinencia
2. lépés: Becsüljük fel a változásra való motiváltságot
Határozzuk meg a változásra való felkészültséget
3. lépés: Tűzzünk ki egy dátumot az ivás abbahagyására
4. lépés: Irányítsuk a beteget szakemberhez
5. lépés: Klienskövetés

5.9.4. A problémás / kockázati ivók jellegzetességei a következők:

Rövid Intervenciós technikát a WHO a problémás alkoholfogyasztás felmérésére és kezelésére dolgozta ki. A problémás ivók az alkoholfüggőknél nagyobb arányát teszik ki a népességnek.

1. Naponta nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása vagy alkalmanként,
ismétlődően az intoxikáció szintjéig történő ivás
2. Az alkoholfogyasztás fizikai és/vagy pszichés problémákat okoz
3. Az alkoholfogyasztás munkahelyi problémákat, családi, párkapcsolati
problémákat okoz.
4. A problémaivók egy részénél a későbbiekben alkoholfüggőség alakul ki.

5.9.5. Rövid Intervenció célja a kockázatos mértékű , illetve problémás alkoholfogyasztók kiszűrése és a változásra való motiváció felkeltése.

.
A módszer alkalmazásával a kockázati és problémaivók alkoholfogyasztása csökkenthető, alkalmas továbbá az alkoholfüggők addiktológiai kezelésre történő motiválásra.
Az 1980-as bevezetés óta számos nagy elemszámú vizsgálat bizonyította a módszer hatásosságát több országban (Moyer 2002).
Tesztelésre pl. az AUDIT felmérő teszt alkalmas.

5.10. Motivációs interjú

Előzmények:

- Kezdetben az alkoholproblémával küzdő kliensek kezelésre lett kidolgozva. Miller és Rollnick (1991.)

- • Más szakterületek is használják: orvosi kezelésben, …stb.

- A tanácsadó/terapeuta és a kliens együttműködésére alapoz, a kliens változásra való motivációját, valamint a változáshoz szükséges erőforrásait aktiválja, és mindezek mellett tiszteletben tartja a kliens autonómiáját.
- A motivációs interjú egy olyan módszer, amelynek révén a tanácsadó/terapeuta segíti a klienst abban, hogy felismerje az adott problémát, és lépéseket tegyen annak megoldása felé. (Azaz kliensre orientáló kognitív megközelítés, amely célzottan viselkedésváltozást idéz elő.)
- A tanácsadó/terapeuta a módszer használata során autoriter és konfrontatív stílust mellőzve a változást elősegítő pozitív atmoszférát teremt , amelyben a személynek szabadságában áll a tanácsok elfogadására vagy el nem fogadására, valamint a viselkedés megváltoztatásra, vagy megtartására.

5.10.1. A viselkedés megváltoztatására vonatkozó motiváció

- A motiváció a változásra való készenlét, vagy hajlandóság állapota, amely változik helyzetről, helyzete . Ez az az állapot, amire befolyást gyakorolhatunk.
- A viselkedés szempontjából a motiváció annak a valószínűsége, hogy a kliens belekezd – folytat vagy kitartóan követ valamilyen változást elősegítő stratégiát.
- A motiváció látszólagos hiánya nem a kliens személyiségjellemzőinek tudható be.
- A változás motivációja hullámzik.

A motiváció erősségét befolyásolja:

- Személyiségjellemzők,
- Kezelés típusa
- Tanácsadás- terápia stílusa
- Kontextust.

- Kutatások bizonyították, hogy a terapeuta személyközi stílusa nagymértékben együtt járt a kliens bevonódásával.
- A motivációs interjús szemlélete az együttműködést és az aktivitás kiváltását és a kliens autonómiájának tiszteletét hangsúlyozza.

5.10.2. A motiváció elősegítésének hatékony módszerei

Tanácsok - Jól időzített tanácsok:

Ehhez a probléma, vagy kockázat világos, konkrét bemutatása, valamint változás fontosságának a kiemelése, és a konkrét változási stratégia ajánlása.

Akadályok, gátak feloldása:

A változásra vonatkozó erőfeszítésekkel szembeni akadályok kockázatok azonosítása, problémamegoldás alkalmazása. (anyagi-attitűdök).

Választási lehetőségek nyújtása:

A segítőnek abban kell a klienst segíteni, hogy érezze a személyes választás lehetőségét, szabadságát, és felelősségét. A választási lehetőség csökkenti az ellenállást, javíthatja az együttműködést, és a kezelés eredményességét, ami a motivációra visszahat.

A kívánatosság csökkentése:

A problémaviselkedés pozitív incentiveinek (húzó ingerek) tisztázása, hatékony stratégiák alkalmazása, szerhasználat pozitív következményeinek csökkentésére. A problémaviselkedés negatív következményeinek a tudatosítása.

Empátia gyakorlása:

Csökkenti az ellenállást. Itt a reflektív figyelmet jelenti.

Visszajelzés nyújtása:

Ez a módszer segít a klienst az aktuális helyzetének a meghatározásában, a lehetséges fejlődési utak feltérképezésében. Segíti a kliens önreflexióját.

A célok tisztázása:

A világos célok segítik a viselkedésváltozást. (megvalósítható, konkrét, kliens számára elfogadható)

Aktív segítség:

A segítő, a folyamat során a klienst támogatja és szükség szerint irányítja a terápiás folyamatok megkezdésében.

5.11. Motivációs interjú alapelvei

5.11.1. Empátia

- Az empátia, az elfogadás egyik legfontosabb eszköze a visszatükröző figyelem.
- A visszatükröző figyelembe a segítő arra törekszik, hogy megértse a kliens érzéseit és szempontjait anélkül, hogy megítélné, kritikával illetné, illetve hibáztatná.
- A visszatükröző figyelme, komoly odaszentelődést igényel a szakembertől, ugyanakkor meghozza az eredményét, hiszen a kliens megéli azt, hogy meghallgatják, odafigyelnek rá és megértik, amit közölni szeretne.
- Négy szintje van a visszatükrözésnek:
    - Megismétlés
    - Más szavakkal történő megismétlés
    - Átfogalmazás
    - Az érzések visszatükrözése
- elfogadás segíti a változást
- képzett, reflektív, tisztelelteljes meghallgatás
- az ambivalnecia normális

5.11.2. A vita elkerülése

- Viták ellentétes hatással járnak.
- Védekezés a hárítást indítja el.
- A címkézés szükségtelen.

- A nyílt viták kerülendők, mivel a várttal ellentétes hatásúak lehetnek és kiválthatják a kliens reaktanciáját és ellenállását.
- A reaktanciaelmélet szerint, ha a személy úgy véli, hogy a szabadságát valami igazságtalanul fenyegeti vagy korlátozza, akkor felerősödik benne az a motiváció, hogy visszanyerje a személyes kontroll érzését azzal, hogy nem engedelmeskedik (Brehm és Brehm, 1981).
- A vita a kliens ellenállásához vezethet, ami kerülendő a motivációs interjú során, mivel blokkolhatja a változás folyamatát.
- Például a vita egyik forrása lehet a diagnosztikus címke használata. Különösen az alkohol betegek kezelésénél helyeznek nagy hangsúlyt a címke alkalmazására, holott a kliensre erőltetett címke vitát, egyet nem értést, ellenállást szülhet.
- Ugyanakkor szükséges, hogy a kliens saját maga ismerje fel a problémáját.
- A motivációs interjúban képzett szakember finom technikákkal dolgozhat anélkül, hogy vitát generálna a kliens és saját maga között.

5.11.3. Én-hatékonyság, önbizalom erősítése

- változásba vetett hit motivál
- a kliens felelős a változás melletti döntésért, és megvalósításért
- reményt nyújtanak az alternatívák
- Az énhatékonyság vagy más kifejezéssel az önbizalom a cselekvés és a változás sikeres véghezvitelébe vetett hit, ami kritikus a változásra való motivációban.
- A motivációs interjú célja, hogy erősítse a kliens vélekedését arra vonatkozóan, hogy meg tud küzdeni a nehézségekkel, és sikeres lesz a viselkedés megváltoztatásában.
- A motivációs interjúnak nem az a célja, hogy azt a benyomást erősítse, hogy a tanácsadó vagy terapeuta megváltoztatja a személyt és annak viselkedését, hanem sokkal inkább az, hogy ha a kliens meg akar változni, akkor ebben a tanácsadó vagy terapeuta tud segíteni.
- Az első lépés során a tanácsadó felteszi a kérdést arra vonatkozóan, hogy a kliens számára mennyire fontos a változás: "Mennyire tartja fontosnak, hogy leszokjon a dohányzásról?
- Egy skálán l-től 10-ig pontozva, ahol 1 = egyáltalán nem fontos és 10 = nagyon fontos, mit mondana, mennyire fontos az Ön számára?

A következő lépés a kliens válaszából következik

5.11.4. Az ellentmondásosság (diszkrepancia) felismerése és a változásra való készenlét kiváltása

- következmények tudatosítása
- kliensnek kell a változás mellett érvelni
- A motivációs interjú során a tanácsadó kialakítja és felerősíti a jelen viselkedés és a jövőbeni célok közötti ellentmondást.
- A diszkrepancia felismerését és a változás melletti motiváció erősödését számos módszer segítheti, ilyen például a döntési egyensúly alkalmazása, a szélsőségek alkalmazása, az előre- vagy visszatekintés, a célok feltárása.
- A döntési egyensúly feltárásának a kérdései lehetnek a következők:
    - "Mi az, amit szeret... (a dohányzásban, az ivásban stb.)?"
    - "Mi az, ami nem annyira jó ... (a dohányzásban, az ivásban stb.)?"
    - "Mi az, ami nagyon hiányozna, ha felhagyna a... (a dohányzással, az ivással stb.)?"
    - "Mi az, ami jó lenne, ha felhagyna ... (a dohányzással, az ivással stb.)?"

Döntési egyensúly a szerről (alkohol/drog/nikotin) való leszokással kapcsolatban

1. Mi az, ami jó a dohányzásban? (példaként a dohányát vegyük a kérdéseknél)
    - jólesik
    - nyugtat
    - együtt vagyok a többi dohányossal
2. Mi az, ami nem annyira jó a leszokásban?
    - Más szokásokat kell megtanulni.
    - Átmenetileg rosszabb lesz a hangulatom.
    - Ingerlékenyebb lehetek.
    - Felszedek néhány plusz kilót.
3. Mi az, ami nem jó a dohányzásban?
    - Többletköltséget jelent
    - Rossz szájszagot okoz
    - Rossz példát mutatok a családban
    - Időigényes
    - Kellemetlen a közérzetem tőle
    - Szennyezi a környezetet
    - Csökkenti a teljesítményemet a szexben
    - Két emeletet is alig tudok szuszogás nélkül felmenni
    - Már a munkahelyen is egyre kínosabb
4. Mi az, ami jó a leszokásban?
    - Pénzt takaríthatok meg
    - Elkerülhetek betegségeket
    - Új barátokra tehetek szert a nemdohányzók között is
    - Jó példát mutatok
    - Nő a fizikai állóképességem(még a szexben is)

5.11.5. Ellentmondásosság funkciói

A szélsőségeket is használhatjuk a diszkrepancia kialakítására. A tanácsadó szélsőséges félelmek és aggodalmak leírását kéri a klienstől.

- "Mi az a legrosszabb, amitől fél, mi az a legrosszabb, ami történhet akkor, ha nem változtat a viselkedésén?"
- "Mi történne, ha mondjuk kórházba kerülne, és nem ... (dohányozhatna,fogyaszthatna alkoholt stb.)?"
- "Milyen lenne az élete, ha egyáltalán nem lenne ... (cigaretta, alkohol stb.)?„

A vissza- vagy előretekintés

- Emlékezzen azokra az időszakokra, amikor még nem volt jelen az adott probléma az életében, vagy képzelje el, hogy milyen lenne az élete a jövőben, ha felhagyna az adott problémaviselkedéssel.
- "Visszagondolva arra az időszakra, amikor nem ... (dohányzott, ivott, használt marihuánát stb.), mi változott azóta?"
- "Miben lenne más az élete egy év múlva, ha abbahagyná a... (dohányzást, az ivást stb.)?"

- A motivációs interjú legfontosabb célja és a gyakorlati munka jó indikátora, ha a kliens maga érvel a változás mellett.
    - Fontos odafigyelni a változás nyelvi kifejezéseire is. A változás motivációjának nyelvi elemei a következők:
        - a vágy kifejezése (Szeretnék ...; Akarok változtatni ...; Bárcsak ...)
        - a képességre vonatkozó állítás (Tudnék tenni valamit azért, hogy...)
        - konkrét ok melletti érvelés (Bizonyára jobban érezném magam, ha...);
        - szükséglet kifejezése (Le kell tennem a...; Igazából változtatnom kellene ...)

5.11.6. Ellenállás feldolgozása

- az ellenállás a kliens javára fordítható
- az észlelések korrigálhatóak, megváltoztathatóak.
- új perspektíva javasolható
- a kliens a problémamegoldás értékes forrása
- Az ellenállás annak a jele, hogy másik stratégia kell.

Az ellenállás feldolgozása

- Az ellenállás csökkenti a változás valószínűségét és növeli a kezelés időbeni abbahagyásának esélyét.
- A motivációs interjú alapvetése, hogy az ellenállás a tanácsadó vagy terapeuta interakciós stílusának függvényében változhat.
- Az ellenállás arra utal, hogy a szakember és a kliens nem ugyanabban a ritmusban halad előre a kezelés során.
- Az ellenállás jelei számosak lehetnek:
    - a kliens megkérdőjelezi a szakember tudását és gyakorlatát;
    - a kliens félbeszakítja a szakembert;
    - a kliens nem hajlandó felismerni a problémát, együttműködni a megoldásában, felvállalni a felelősséget vagy elfogadni a tanácsot;
    - a kliens nem figyel a szakemberre, például figyelmetlen, nem válaszol, nem releváns témára tereli a beszélgetést.

Az ellenállás kezelésének számos technikája lehetséges; többek között az egyszerű és összetettebb visszatükrözések, a fókuszváltás, a személyes felelősség és választás hangsúlyozása, az átkeretezés és így tovább.

- **Az ellenállás kezelésének lényeges eleme a tanácsadó és a kliens közötti interakció rugalmas, figyelmes és értő fenntartása.**

5.11.7. Stratégiák a motivációs interjú alkalmazásában

A motivációs interjú két fázisra bontható:

1. a változásra vonatkozó motiváció kialakítása és megerősítése;
2. a változás melletti elköteleződés megerősítése.

A változásra vonatkozó motiváció kialakítása és megerősítése

A változásra vonatkozó motiváció kialakításához szükséges stratégiák:

1. a nyitott kérdések használata,
2. a visszatükröző figyelem alkalmazása,
3. a kliens támogatása és megerősítése,
4. az összefoglalás használata,
5. az önmotivációs állítások kiváltása.

A változás melletti elköteleződés megerősítése.

A korábbi stratégiák alkalmazása mellett ebben a fázisban a változással kapcsolatos terv kidolgozása történik.

A tervek kidolgozása magában foglalja

1. a célok felállítását,
2. a lehetőségek figyelembevételét, valamint
3. a terv megvalósítását. Az eddigi beszélgetések elvezetnek a változás tervének kidolgozásához, amit érdemes akár írásba is foglalni.

Pl.: „A legfontosabb okaim, amiért változtatni akarok (le akarok szokni a dohányzásról, kevesebbet akarok inni stb.):

Saját fontos céljaim a változással (a leszokással a...):

A cselekvési tervem a céljaim megvalósításához: (a cselekvés és időzítése)

Az első lépés ...

Mások segíthetnek a változásban (ki és hogyan):

Reményeim szerint a cselekvési tervem ezekhez a pozitív eredményekhez vezethet:

Az elköteleződés megerősítése

A cselekvési terv melletti elköteleződés megerősítése egyrészt történhet azzal, hogy az összefoglalót követően feltesszük a kérdést, ez-e az, amit a kliens szeretne tenni. A kliens minél többször mondja el a tervét másoknak, annál erősebb lesz az elköteleződése.

5.12. Relapszus prevenció

- Korszerű addiktológiában középponti kérdést foglal el.
- A változás modelljével, a motiváció kérdésének előtérbe kerülésével, valamint a szűkebb értelemben vett relapszus prevencióval jelentősen kibővült és fogalmi- módszertani változáson ment át.
- **Fogalma: Olyan viselkedéses- kognitív kezelés, mely célja, hogy segítse az egyéneket a kívánt viselkedésváltozás fenntartásában.**
- Meghatározás kettős célt takar: 1. Megelőzni a visszaesést
- 2. Megbirkózni vele, ha megtörténik.
- Fenntartó program, Marlatt és Barett (1994) szerint mindenféle irányzatú vagy típusú terápia folytatható a relapszus prevenció módszerével.
- Módszer jól használható akkor is, ha a droghasználó viselkedés nem teljes feladásáról, hanem csak mérsékléséről van szó, valamint ha a társuló negatív következményeket akarjuk csökkenteni (ártalomcsökkentés)
- Marlatt szerint nem maga a droghasználat a probléma, el kell különíteni a kezdeti droghasználatot: **megcsúszás és a teljes, korábbi kontrollálatlan viselkedés jelentkezése a visszaesés.**
- A megcsúszás így nem kudarc, hanem a terápia menetében szinte mindig bekövetkező átmeneti fázis.

5.12.1. Relapszus prevenció célja:

A kliens felismerje és kezelje azokat a helyzeteket, ahol a megcsúszás előfordulhat, illetve megtanulja kezelni a megcsúszást is , hogy az ne alakuljon visszaeséssé.

- Különbség teendő a visszaesés mértéke között:
- Visszacsúszás: Időtartalmában, súlyosságában kisebb, reverzibilitása könnyebb. Túlméretezett visszacsúszás, botlás a túladagolás.
- Visszaesés: nem esemény, hanem folyamat, a visszaesés visszacsúszásokkal kezdődhet
- Folyamatban észre kell venni: a gyakoriságot, mennyiséget, pszichoszociális testi tünetek követik a botlásokat, visszacsúszásokat..
- *Absztinencia relapszus „ fekete-fehér sémája”*
- ABSZTINENCIA⇒VISSZAESÉS
- *Absztinencia, megcsúszás, visszaesés szürke zóna sémája*

ABSZTINENCIA⇒ MEGCSÚSZÁS⇒ VISSZAESÉS

- *A relapszus folyamatának kognitív magatartás modellje*

Nagykockázatú helyzetekben **ha van megküzdés akkor megnövekszik az énhatékonyság aminek eredményeként a visszaesés valószínűsége csökken.**

Ha **nincs megküzdés, akkor csökken az énhatékonyság /pozitív elvárások a szertől/ aminek következtében újra megjelenik a kezdeti droghasználat, aminek következtében bűntudata lesz és kontrollvesztést észlel, következmény relapszus veszély megnő.**

Relapszusra hajlamosítanak a nagy kockázatú helyzetek, és a relapszust bizonyos figyelmeztető jelzések előzik meg.

1., Nagy kockázatú helyzetek:

1. Negatív emocionális állapotok
2. Interperszonális konfliktus
3. Szociális presszió
4. Elvonási tünetek
5. Sóvárgás jelentkezése
6. Személyes kontroll próbára tevése

Ha az egyén képes megfelelő megküzdési, megbirkózási reakciókra, akkor a relapszus valószínűsége csökken, az egyén siker, kontrollérzése megerősödik.

A nagy kockázatú helyzeteket sokszor megelőzi egy fedett előzmény /pl. veszek egy üveg bort, hátha vendégek jönnek/ , melyek előkészítik a talajt, hogy kockázatos helyzetekbe kerüljön, és annak már ne tudjon ellenállni. / Otthon, este, egyedül az üveg borral/

2. Figyelmeztető helyzetek:

Mindennapos gondolkodási hibák

1. Minden vagy semmi gondolkodás
2. Túláltalánosítás
3. Csak a negatív gondolatokat veszi észre
4. Pozitív gondolatok negatívba fordítása
5. Katsztrófává alakítás
6. Összetéveszteni az érzelmeket a tényekkel
7. Önleértékelés
8. Nem vagyok rá képes

5.12.2. Relapszus prevenciós tréning

CÉL: megelőzni a relapszusokat, vagy ha mégis bekövetkeznek, hogyan alakíthatóak át lapszusokká, megbotlásokká, megcsúszásokká relapszus helyett.

- Stratégia készítése
- Segítés a támogató hálózat kialakításában
- Negatív érzelmi állapotokkal való megbírkózás
- Segítés a kognitív zavarokakl való megküzdésben
- Segíteni egy kiegyensúlyozott élet felé közelítésben

Szakaszai:

1. Növelni a változás iránti elkötelezettséget

2. Azonosítani a magas kockázatú helyzeteket

Ivásnapló készítése: Korábbi ivásokrol Hol? Mikor? Milyen érzések kísérték?

3. Megtanítani a coping és más hasznos készségeket

Problémamegoldó készségek megtanítása

- Mi pontosan a probléma
- Hogyan lehet megoldani
- Legjobb megoldást kiválasztani
- Akciótervet készíteni
- Végrehajtani a tervet
- Értékelés
- Visszautasítási készségek megtanulása, sóvárgás leküzdése

4. Ötleteket adni, hogyan lehet elkerülni a kísértést

- Gondolkodási hibák elkerülése a fontos. A terápia során ezt minden kliensnek meg kell tanítani.

5. Felkészíteni a megcsúszásra

- Kliensnek tudnia kell, hogy az absztinencia megsértése nagyon erős negatív érzelmeket, indulatokat vált ki belőle, ami miatt nem mer jelentkezni a kezelőnél. Fel kell készíteni, hogy ennek ellenére keressen azonnal segítséget, majd a konzultánssal beszélje át a történteket.

6. Más életvitel beli kérdésekkel foglalkozni a változás fenntartása érdekében

- A változás megváltozott környezetben könnyebben fenntartható. A relapszus prevenciós technikákat, általában az utógondozás során csoportban tanulják, gyakorolják .Hangsúly az elsajátításon van

5.13. Stresszkezelés

A gyenge stressztűrőképességgel rendelkező egyének fogékonyabbak a pszichiátriai betegségek kialakulása és fennmaradása tekintetében.
A hatékony stresszkezelés emeli a stressztűrő képességet, ezáltal csökkenti a visszaesések (relapszusok) számát, így különösen a betegség korai szakaszában döntő változást eredményezhet a betegség kimenetelében.
A kutatások alapján pontosabban is definiálhatóak azok a stressz-források, amelyek a relapszusok kiváltásához hozzájárulnak.
Ezeknek két fő területe van.

Az addikciós zavarral élő személyek 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” (Ian R.H. Falloon és mtársai 1998:23).
A stressz lehet környezeti stressz (pl. munkavégzéshez kapcsolódó stressz) és életeseményekhez (pl. közeli rokon halála) kapcsolódó stressz. A stresszorok negatív hatása a sérülékeny egyénre állapot rosszabbodásához, személyes és szociális korlátozottsághoz vezethet, amely az életminőség romlását eredményezheti.

5.13.1. A segítő tevékenység

A segítő tevékenység célja, hogy a szenvedélybetegeket hozzásegítsük a stresszt okozó helyzetek megfelelő kezeléséhez.

Ezek a készségek segítik az absztinencia elérését, fenntartását és a személyes célok elérését.
A stressz kezelés módszerei:

- kommunikációs készségek fejlesztése
- problémamegoldó készségek fejlesztése
- asszertív viselkedés elősegítése
- kríziskezelés és megelőzés
- agresszió kezelés

A stresszkezelő módszerek alkalmazása történhet a szenvedélybeteg otthonában és az adott szolgáltató intézményben. A stresszkezelő készségek fejlesztése szerveződhet a hozzátartozók bevonásával csoportos formában és egyéni esetkezelés alkalmával is.

Az alkalmazott módszerek várható eredményei az ellátott oldaláról a feszültség csökkenése, az állapotrosszabbodások megelőzése, kommunikációs és problémamegoldó készségek hatékonyságának növekedése, társadalmi életben való beilleszkedés**.** A szolgáltatást nyújtó oldaláról hatékonyabb együttműködés a mentális zavarral élő személyjel és hozzátartozóival**.**

5.14. Készségfejlesztés

A készségfejlesztés a közösségi ellátás egyik leglényegesebb feladata.

A készségfejlesztés során mindig azon képességekre koncentrálunk, amelyekre az ellátott céljai eléréséhez szüksége van. Ide tartoznak a szociális, illetve az életviteli készségek, melyek a tanulással, a munkavégzéssel, a szabadidős tevékenységgel, az időbeosztással, a partnerkapcsolattal, a családalapítással, a baráti kapcsolatok kialakításával stb. vannak összefüggésben.

5.14.1. Kommunikációs készségek fejlesztése

A készségfejlesztés során az új kommunikációs készségek fejlesztése a meglévő hatékony készségek erősítése valósul meg.
Az alapvető kommunikációs készségek, amelyek fejlesztése megvalósul a kommunikációs készségfejlesztő tréningen:

1. Pozitív érzés kifejezés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a pozitív érzéseiket.
2. Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan kérhetnek konstruktívan egymástól.
3. Negatív, kellemetlen érzések kifejezése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a kellemetlen érzéseiket.
4. Aktív figyelem technikájának a fejlesztése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogyan tudnak hatékonyan figyelni a kommunikációban résztvevő partnerre, a kommunikációs folyamatra.

A kommunikációs készségek fejlesztésének lépései
a résztvevők személyek közötti kommunikációs készségeinek felmérése. A beavatkozást végző szakember felméri a kliens és hozzátartozói kommunikációs készségeit.
magyarázatnyújtás az adott készség hatékony használatára vonatkozóan. A készségfejlesztést végző szakember tájékoztatja a mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit, hogy milyen előnyökkel jár az egyes kommunikációs készségek használata.
a készségek lépéseinek ismertetése. Az adott hatékony kommunikációs készség lépéseinek, technikájának az ismertetése a mentális zavarral élő személyjel és természetes támaszt nyújtó hozzátartozóival.

A készségek kipróbálása : Szerepjátékkal, a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói kipróbálják az adott kommunikációs készséget.
Konstruktív visszajelzés: A szerepjáték után a készségfejlesztést végző személy visszajelzést ad, hogy hogyan alkalmazta a mentális zavarral élő személy és a hozzátartozói az adott kommunikációs készséget. A visszajelzés tartalmazza a sikeresen alkalmazott elemek pozitív megerősítését és a változtatásokra irányuló javaslatokat.
Ismételt próba segítséggel. A visszajelzés után az adott szerepjáték újbóli eljátszása valósul meg.

Valós körülmények közötti gyakorlás és értékelés: A készségfejlesztés akkor lesz hatékony, ha a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói a mindennapi életben is tudja alkalmazni az újonnan elsajátított készséget.

A készségfejlesztést végző szakember házi feladatot ad, hogy a résztvevők próbálják ki az adott készséget a valós életben.(Falloon I. R .H. 1998)

Várható eredmény:
Az igénybevevő oldaláról a várható eredmény a kommunikációs készségek hatékonyságának a növekedése, a feszültség csökkenése.
A szolgáltató oldaláról várható eredmény, az ellátottal és a hozzátartozóival hatékonyabb együttműködés, előrelépés a felépülést támogató rehabilitációs folyamatban.
A kommunikációs készségek fejlesztése résztevékenység leírásánál bemutatott résztevékenységek egymásra épülő tevékenységek. A tevékenység leírás sorrendjében követik egymást a résztevékenységek.

5.14.2. Problémamegoldó készség fejlesztése

A hatékonyan alkalmazott kommunikációs készségek hozzájárulnak a problémamegoldó készségek fejlődéséhez.
A szenvedélybetegek és hozzátartozóik nem tudnak egymásra figyelni, egymást meghallgatni, erőfeszítéseiket értékelni, pozitív kéréseket közölni, a kellemetlen érzéseket minősítés, kritika nélkül megosztani, így a családtagok nem fognak tudni részt venni az eredményes problémamegoldás folyamatában.
A személyes célok elérése érdekében, a képessé tevés filozófiáját szem előtt tartva kiemelten fontos foglalkoznunk a problémamegoldó készség fejlesztésével.

A probléma megoldási módszer lépései:

- a probléma vagy a cél meghatározása
- lehetséges megoldási javaslatok megfogalmazása (ötletbörze)
- az egyes megoldási javaslatok előnyeinek, hátrányainak összegyűjtése
- a legjobb megoldás kiválasztása
- kivitelezés megtervezése
- végrehajtásban elért eredmények értékelése

Problémamegoldó készség fejlesztése

1. A készség jelenlegi szintjének áttekintése.
2. Magyarázatnyújtás a hatékony problémamegoldásra vonatkozóan.
3. A készség lépéseinek felvázolása
4. A készség elsajátításának oktatása
5. Valós körülmények közötti gyakorlás

A készségfejlesztés időtartalmában egyéni különbségek lehetnek az addikciós problémákkal küzdő személy készségeinek a függvényében.
Várható eredmény: az ellátott oldaláról várható eredmény a hatékonyabb, strukturált problémamegoldás. A szolgáltató oldaláról várható eredmény az ellátott és a természetes támaszt nyújtó hozzátartozóinak a problémamegoldó kapacitásának, készségének a fejlesztése.
A problémamegoldó készség fejlesztése résztevékenység leírásánál bemutatott résztevékenységek egymásra épülő tevékenységek. A tevékenység leírás sorrendjében követik egymást a résztevékenységek.

5.14.3. Az Asszertív viselkedés jellemzői:

A szociális készségeket fejlesztő tréning egyik **speciális célja** az, hogy képessé tegye a mentális zavarral élő személyt arra, hogy ki tudja fejezni az érzéseit és szükségleteit olyan helyzetekben, amelyekben mások talán megfélemlítőnek, dominánsnak tűnnek (Robert Paul Liberman, M.D. 2010).
A személyes hatékonyság növelése fontos a mentális zavarral élő személyeknél, akiknél a megküzdési és 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.

Agressziókezelés
A szenvedélybetegek többsége semmivel sem veszélyesebb, mint a társadalom bármely tagja. A mentális zavarral élő személyek által elkövetett bűncselekményeknek a médiákban túlzott megjelenítések eredményeként a mentális zavarral élő személyeket megbélyegzik, stigmatizálják. Amikor a pszichiátriai betegséggel 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.

1. A helyzet felmérése:

- Agresszív viselkedés gyakoriságának és természetének a nyomon követése. A beavatkozást végző szakember a szenvedélybeteg a hozzátartozóival feltárja, hogy milyen gyakran és milyen módon tapasztalható az agresszív viselkedés és, hogy milyen előzményei vannak.
- Valószínűbbé és kevésbé valószínűvé teszik az agresszív viselkedés bekövetkeztét.
- Szakorvosi vizsgálatok annak megállapítására, hogy a dühkitörések összefüggésben állnak e neurobiológiai rendellenességgel (Falloon I. R .H. et al 1998).

2. Az indulat, düh kezelése
A szakember:

- Felvilágosítás ad az agresszió természetéről, és hatékony kifejezésének lehetőségeiről.
- Problémamegoldó beszélgetés kezdeményez a mentális zavarral élő személyjel és hozzátartozóival, hogy feltárják az általuk hasznosnak ítélt problémamegoldási stratégiákat.
- Feltárja a klienssel és hozzátartozóival az agresszió korai figyelmeztető jeleit.
- A korai figyelmeztető jelek felmerülésekor alkalmazható önszabályzó stratégiák 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 ad a hozzátartozóknak az agresszív válaszreakció kockázatáról.(Falloon I. R .H. et al 1998).

Fontos foglalkoznunk azzal is, hogy a kliensek is megtanulják kezelni a feléjük irányuló agressziót. Ezt segíti a kommunikációs tréning, az asszertivitás fejlesztése továbbá a problémamegoldó készség fejlesztése.
A közösségi programok alkalmain az ellátottak is lehetnek kezdeményezői és elszenvedői egy-egy agresszív megnyilvánulásnak. Ezeknek a „történéseknek fontos a közös feldolgozása.
A mentális zavarral élő személyveszélyeztető illetve közvetlen veszélyeztető magatartása esetén a szakmai protokollok által meghatározott tevékenységek szükségesek (60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet.

Várható eredmények:

A szenvedélybetegek és hozzátartozóik megismerik és elsajátítják az indulat, düh hatékony kezelésének módjait. A szolgáltató részéről várható eredmény az indulat, düh kezelés stratégiáinak kidolgozása, fejlesztése a mentális zavarral élő személyjel és hozzátartozóival, állapot rosszabbodás megelőzése.
A beavatkozás időtartalma függ a mentális zavarral élő személy aktuális állapotától és készségeitől.
Az agressziókezelés résztevékenységleírásánál bemutatott résztevékenységek egymásra épülő tevékenységek. A tevékenység leírás sorrendjében követik egymást a résztevékenységek.

Az asszertív kommunikációs készségek fejlesztése az alapvető kommunikációs készségek fejlesztésével együtt **több alkalmat igényelhet.**
A tréning során a résztvevők megtanulják hatékonyan kifejezni: A pozitív érzéseket, A negatív érzéseket, Gyakorolják az aktív figyelem képességét. Ismételten gyakorolják a problémaelemző és problémamegoldó módszer megtanításának módját.

A hétköznapi életből adódó mindennapi stressz,
Az életeseményekhez kapcsolódó stressz.
A stresszkezelés javítását szolgálja az ellátottak és családtagjaik kommunikációs tréningen való részvétele. A tréning során a résztvevők megtanulják az alapvető kommunikációs készségek használatát. A készség elsajátításának oktatása a következő lépésekben történik:

I. Az érzelmek kifejezésének bemutatása,
II. A megfelelő kifejezésmód bemutatása,
III. A készség elpróbálása,
IV. A konstruktív visszajelzés,
V. Ismételt próba segítséggel,
VI. Valós körülmények között való gyakorlás. A tréning során a résztvevők megtanulják hatékonyan kifejezni: A pozitív érzéseket, A negatív érzéseket,

Negatív, kellemetlen érzések kifejezése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a kellemetlen érzéseiket **Aktív figyelem technikájának a fejlesztése.** A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogyan tudnak hatékonyan figyelni a kommunikációban résztvevő partnerre, a kommunikációs

5.14.4. Életviteli készségek

A társadalmi életben való aktív részvétel (a személyes örömteli célok követésével (lásd gondozási terv tevékenység leírását) interperszonális és szociális készségeket igényel.
A közösségben való aktív élethez rendelkeznünk kell a szociális készségek széles tárházával. Ide sorolhatjuk az önellátást, a rendelkezésre álló pénzbeosztását, az új ismeretek elsajátítását (tanulást), segélykérést, a beszélgetést, a bensőséges viszony kialakítását, a munkavégzési készséget, a lakóhely fenntartását, a szabadidő aktív eltöltését (Falloon, I. R .H. et al 1998).

A pszichoszociális hátránnyal szenvedélybetegek esetén gyakran találkozunk az életviteli készségek zavarával, elégtelenségével. A sikeres életviteli készségfejlesztés hozzásegíti a függő személyt ahhoz, hogy elérje személyes örömteli céljait, önállóbb működésre legyen képes, kevesebb családi és professzionális segítséget igényeljenek. A szolgáltató oldaláról várható eredmények: hatékonyan alkalmazott készségfejlesztés eredménye a mentális zavarral élő személy önállóbb, függetlenebb életet élhet, kevesebb segítséget igényel. Az életviteli készségek fejlesztése aktív tanulást igényel.
Várható eredmények:
hatékonyan alkalmazott készségfejlesztés eredménye a a szenvedélybetegek önállóbb, függetlenebb életet élhet, kevesebb segítséget igényel. Az életviteli készségek fejlesztése aktív tanulást igényel

A készségfejlesztést végző szakember felméri a mentális zavarral élő személy mindennapi élethelyzetben mutatott készségeit, különös tekintettel az önellátásra, a munkára (lásd: munkához való segítés tevékenységleírást), a kapcsolatok kialakítására továbbá a szabadidős tevékenységre. A jól működő készségeket kiemeli, pozitív visszajelzéssel megerősíti. A kevésbé hatékony, hiányosságot mutató készséget fejleszti (Harangozó Judit 2000).
A szakember (, terápiás munkatárs; gondozó; szociális, mentálhigiénés munkatárs) feljegyzi a kezdeti és a folyamatos felmérések során tett megfigyeléseit, amelyek konkrét eseteket írnak le, amikor a pszichés zavarral élő személy alkalmazta az adott készséget.

5.14.5. Munkavállalási készségfejlesztés

Kapcsolattartás a munkaadóval és a munkahelyi környezettel Az edukáció kiterjesztése a munkahelyi környezetre.
A munkahely, mint a természetes támogató rendszer része A hatékony munkarehabilitáció modellje: a támogatott munkarehabilitáció.
Alpontok: készségek, célok felmérése, munkapszichológiai felmérés; munkarehabilitációs terv kidolgozása Készségfejlesztés: Hogyan éljek együtt a betegséggel a munkahelyen? Mikor forduljak szakemberhez? (korai figyelmeztető tünetek)
Munkahelyi kommunikáció és a konfliktuskezelés tanítása.
Kapcsolattartás más segítőkkel, például munkanélkülieknek szolgáltató szervezetekkel és a munkáltatókkal Stigma és érdekvédelem.
A munkába állt ellátott követése és fokozott támogatásának módjai

Esetmenedzseri munka: Kapcsolattartás más segítőkkel, például munkanélkülieknek szolgáltató szervezetekkel és a munkáltatókkal .
Ösztönző programok a munkahely számára Betegek nonprofit kisvállalkozásai Stigma és érdekvédelem
A munkába állt beteg követése és fokozott támogatásának módjai:
Az addikciós problémákkal küzdő egyének felépülésének útját segítő pszichoszociális intervenciók közül kiemelkedő fontossággal bír a munkarehabilitáció.
Ezen belül külön ki kell emelnünk a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatást, amely jelentősen csökkenti az ellátottak stigmatizációját és egyben elősegíti a társadalmi reintegrációját.

Azt, hogy milyen előnyei vannak, a mindennapos munkába járásnak Liberman, az alábbiakban foglalja össze:

- visszanyeri a méltóságát, elégedettségét és megerősítést jelent neki, hogy produktívnak érezheti magát;
- lehetősége nyílik a kapcsolatteremtésre, és a kollégáival való interakciókra;
- barátságot köthet a kollégáival, és szabadidős tevékenységet szervezhetnek velük a munkahelyén kívül;
- lehetősége nyílik a szociális problémamegoldó készségek modellkövetéssel való elsajátítására, miközben megfigyeli a kollégáit és feletteseit az interakcióik során;
- részesül a tervezett és rendszeres tevékenységek kedvező, pozitív hatásában, ami csökkenti a feszültséget, szorongást.
- Javul az önbizalma és az önértékelése,
- növekszik a felelősségérzete és a jövőbe vetett
- állás megszerzésével és megtartásával, sikerélményhez jut;
- javulnak a kognitív képességei, mert a munka koncentrációt, emlékezeti, problémamegoldó és döntéshozatali készségeket igényel;
- pénzt keres, ami olyan általános megerősítés, ami az alapvető szükségletei kielégítéséhez szükséges javakhoz (pl. élelmiszer, lakhatás), és a mindennapi életben élvezetet jele.ntő javakhoz juttatja

- védettséget szerez a visszaeséssel szemben, mivel a munkahely gyakran védelmet nyújt a stresszel szemben;
- a „dolgozó” státuszába és szerepébe kerül, megerősödik identitásában,
- ez az identitás segíti a másokkal való kapcsolatteremtést, és a saját magával kapcsolatos jó érzések kialakulását,
- „olyan érzelmi, szemléleti és viselkedéses élményekben részesül, amely a felépülés, egészségesség, és normális életvitel részei.” (Liberman 2010: 366-367old.)

A munkavállaláshoz, álláskereséshez kapcsolódó készségek fejlesztése
Fontos beavatkozási tevékenység a motiváció fokozása. Szerencsés, ha a motivációfokozásnál a szociális szakember a munkaerőpiacon már sikeresen elhelyezkedett tapasztalati szakértőket von be. A tapasztalati szakértők sikerei lelkesíthetik a munkavállalásra jelentkezőket.
Várható eredmény: A munkavállalásra felkészítő támogató program egészének eredménye lehet, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállaló magabiztosabban tud megjelenni a munkaerőpiacon.
Tájékoztatás az ápolt, gondozott külső megjelenés fontosságáról, készségfejlesztés a hatékony bemutatkozás kapcsán.

A munkába állás kapcsán megváltozik a napi életvitel.
Foglalkozni kell a napi aktivitás és a pénzbeosztás készségének fejlesztésével.
A felépülőben lévő szenvedélybetegek esetében komoly stresszt jelenhet az addikciós problémákról és annak okáról és következményeiről való információközlés a munkáltató számára. Készségfejlesztés segítséget ad és felkészíti az ellátottat a kínos kérdések megválaszolására és az ilyen témájú, beszélgetésekre.

Hatékony kommunikáció készségének fejlesztése.
Fontos a munkavállalásra felkészítő programban különösen fontos a stresszkezelő technikák fejlesztése és a hatékony érdekképviselet erősítése.
A pozitív érzés kifejezése, pozitív szemléletű kérés és negatív érzés hatékony kifejezésének fejlesztése mellett az asszertív kommunikáció erősítse is előtérbe kerül.
Problémamegoldó készség fejlesztése. A képessé tevés filozófiáját szem előtt tartva az egyik legfontosabb stratégia a kliensek coping10 kapacitásának, készségének a fejlesztése.
Visszaesés prevenció. A felkészítő tréning során kiemelt figyelmet kell fordítani a korai figyelmeztető tünetek feltárására és felismerésére.

5.14.6. Kríziskezelés

A krízist lehetőségnek tekintjük arra, hogy az ellátottak megtanulják, hogyan lehet hatékonyan kezelni a későbbi krízishelyzeteket, illetve hogyan lehet azokat elkerülni azokat a jövőben, vagy megelőzni a krízis kialakulását.
A krízist előidéző alapvető problémák meghatározása
A családi problémamegoldás felmérése,
A korai figyelmeztető jelek meghatározása.
A kríziskezelés készségének jelenlegi szintje.
A gondozást végzők szükségletei és erőforrásai a kríziskezeléshez.
A kríziskezelés technikája.

5.14.7. Kettős diagnózisú kliensek kezelése

Az addiktív problémákkal küzdő emberek többségénél gyakran más pszichés problémák is jelen vannak így például depresszióval , szorongásos tünetekkel, öngyilkossági gondolatokkal.

Gyakori probléma még a kettős diagnózis mivel az addikciós problémák mellet pszichiátriai betegségre utaló tünetek súlyosbíthatják függő emberek helyzetét. Fontos, hogy komplex, integrált ellátást kapjon a szenvedélybeteg.
Ilyen esetben külön figyelmet kell fordítani a közösségi ellátás munkatársainak a gyógyszerszedési compliance kialakítására és fenntartására, hogy minél inkább minimalizálni lehessen a gyógyszerrel való visszaélést (abuse) ennek a speciális technikának az alkalmazásával.

5.14.8. Szabadidő eltöltési készségfejlesztés

Érdeklődési kör meghatározása, A szükséges készségek tárháza, Egyéb feltételek (pénz, közlekedés, hely, felszerelés, idő),
A szükséges személyek közötti készségek, Valós élethelyzetben való gyakorlás megtervezése, Az erőfeszítések megerősítése önmagunk és mások által,
Biztosítani, hogy a közösségi erőforrásokat szolgáltató személyek tudják, hogyan kezeljék a kérdéses személy fogyatékosságát.

A jól megtervezett szabadidős tevékenység elsősorban az egyén és a közösség számára önfejlesztő hatású.
Az igényes szabadidős tevékenység a közösségi ellátás munkatársainak közreműködésével fejleszti a testi-lelki és szellemi egészséget, az akaratot, a jellemet, a cselekvési képességeket, az értékeket, az emberi érintkezési formákat, a közösségi és társadalmi tudatot.
Segíti a személyközi kapcsolatok kezelését, gazdagítja az érzelmi életet, jelentősen hozzájárul a társadalmi beilleszkedési zavarok csökkentéséhez, a szocializációs folyamatok tudatosabb vezérléséhez, a szociális kompetenciák kialakításához. A személyiség fejlesztésének folyamatában folyamatosan kompenzációs funkciót is betölt.

5.14.9. Digitális kompetencia fejlesztés

A koronavírus járvány felhívták a figyelmet a digitális eszközök használatára a szociális ellátások elérése kapcsán. Kiderült az is, hogy az ellátottak közül sokaknak gondot jelentett a digitális eszközök használata.
Ennek később az volt az oka, hogy a kapcsolattartás nehézsége miatt nem vették igénybe a közösségi ellátásokat.
Ezért vált fontossá, hogy a közösségi ellátás keretében az ellátottak számára

- a digitális eszközökkel kapcsolatos idegenkedés oldása
- pozitív attitűd kialakítása a digitális eszközök használatával kapcsolatban

az alapvető digitális

A készségfejlesztés konkrét célja annak elérése, hogy az ellátottak

- tudják használni az infokommunikációs eszközeiken (PC, tablet, notebook, okostelefon, stb.) működtetéséhez szükséges alapvető funkciókat
- tudják hanghívásra és szöveges üzenetküldésre használni infokommunikációs eszközeiket
- tudjanak egyszerű szövegszerkesztési lépések felhasználásával rövid szöveget szerkeszteni
- tudjanak egyszerű mentési műveleteket végezni
- tudjanak az interneten tájékozódni, könnyen hozzáférhető információkat megszerezni
- tudjanak elektronikus levelezést bonyolítani az alapvető funkciók használatával

6. Szociális csoportmunka

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják a szociális csoportmunka fontosságát működését , szabályszerűségeit. ……

Célja: Szenvedélybetegek és hozzátartozóik ellátásban, segítésében hatékony módszert a csoport módszereket minél gyakrabban használják a munkatársak.

Kulcsszavak:

- A csoport definíciója
- Csoportok vizsgálatnak vertikális és horizontális metszete
- Csoportdinamikai tér
- Csoportnormák és szerepek
- Csoportfolyamatok jellemzői
- Csoportdinamikai alapelvek
- Csoportban a tréner, vezető szerepe
- Szociális kompetenciák a csoportmunka végzéséhez
- Csoportdinamika alkalmazásának formái és szerepe

Tanulást segítő kérdések:

- **Mi a csoport?**
- **Mik a konstruktív és destruktív szerepek a csoportban?**
- **Milyen feladatai vannak a trénernek a csoport különböző fázisaiban.**
- **Mutassa be a csoportfejlődés fázisait.**
- **Mi az Apollón szindróma?**
- **Csoportképződésnek miélyen formái vannak?**

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Olver Königh - Karl Schattenhoffer: Bevezetés a csoportdinamikába, 2019.
- Klaus Antons - Heidi Ehrensperger - Rita Milesi: A csoportdinamika gyakorlata, (Gyakorlatok és modellek) Z-Press kiadó 2020.
- Rudas János: Csoportdinamika - kezdőknek, haladóknak, kívülállóknak, Oridon és Társai Kft. 2016.
- Kurt Lewin: Csoportdinamika, Közgazdaságtani és jogi könyvkiadó 1976.
- Bodrogi A., Harangozó, J., Bulyáki, T., Falloon, R. H. (2014): *A közösségi addiktológia kézikönyve*. Ébredések Alapítvány, Budapest. Javaslom ezt idézni a Füredi áltak szerkesztett 2009-es könyvfejezett helyett vagy mellett..
- Bulyáki, Harangozó (szerk.): (2018) *A közösségi pszichiátria kézikönyve.* Ébredések Alapítvány, Budapest.
- Berényi András, Darabosné Bíró Virág, Siposné Kohári Szilvia (2018): *Szakmai ajánlás szenvedélybetegek közösségi ellátása*. Budapest, EMMI.

6.1. Alapfogalmak

- Csődület
- Tömeg
- Intézmény
- Szervezet
- Hálózat
- Csoport
- Társadalom
- Team

- A csoport mint társas rendszer

6.2. Történelmi kitekintés

Meghatározó személyiségek:

- **Kurt Lewin, 1940-es évek**
  Területek: a csoportklíma, csoporthoz való tartozás, vezetési stílus, autoritás, csoportnyomás, konformitás, csoportfolyamatok, normák, stb. feltárása v
  Kurt Lewin 1944-ben megalapította a Csoportdinamikai Kutató Központot (Massachusetts Institute of Technology-ban), majd halála előtt létrehozta a National Training Laboratories-t, ahonnan elindult a Tréning-csoport (T-csoport) irányzat.

- **Wilfred Bion**, 1963 - ban jelent meg erre vonatkozó fő műve
  A második világháború után a hazatérő katonák pszichiátriai rehabilitációjában dolgozott
  A csoport, mint egész szemléletét dolgozta ki.
  Megközelítése analitikus, a csoporttudattalan fogalmának bevezetése fűződik a nevéhez.
  Kultúra-független a csoportdinamika?

  A mentalitások fogalma:
    - munka mentalitás csoport
    - alapvető feltevések, mint a szorongással való megküzdés kifejeződései
    - Univerzális, mindenütt megfigyelhető

- **Bruce Tuckman**, 1965 Csoportfejlődés fáziasait írta le.
- Carl Rogers, 1980-as évek –terápiás csoportok
- Tudományterületek:
- Rendszerszemlélet
- Szociálpszichológia

Mi a csoport? Csoportlélektan

- A szociálpszichológia fontos fejezete, ami az emberi csoportok kialakulásával, szerkezetével, és belső viszonyaival foglalkozik. Elsősorban a kiscsoportokkal foglalkozik.
- A kiscsoport meghatározása –különösen fontos napjainkban, a virtuális csoportok megjelenése definíciós kérdéseket vet fel.

Kiscsoport:

- Több ember tartós együttese
- Személyes kapcsolatban vannak
- Elkülöníthető ki van benne és ki nincs (határok)
- Kialakul valamilyen vezetés (formális, informális)
- Létezik az odatartozás érzése
- Van valamilyen közös cél

6.3. A csoport jellemzői

Csoport típusai

Több megközelítésben definiálhatjuk a csoportot. Lehet:

- Nyitott – megközelítőleg állandó nagyságú, tagok cseréje lehetséges, működése határozott, vagy határozatlan idejű
- Zárt – tagság viszonylag állandó, működés megkezdése után új tag belépésére nincs lehetőség, működése határozott idejű

Csoport szerepe

- Miért tartozunk csoportokhoz?
- Beleszületés, az emberi lét feltétele
- A személyiség ebben a közegben tud kialakulni
- A csoportban alakul ki identitásunk
- A csoport visszatükrözés közege
- Fő kérdés: a különállás vagy beolvadás, ebben az értelemben a csoport inkább folyamat, mint entitás.

Csoport képződés

- Formális –hierarchia szerint működik, bárhol is működik, a szerkezete azonos (iskolai tanulócsoportok)
- Informális – közös cél illetve szimpátia hozza létre, önkéntes a csoporthoz tartozás, spontán szerveződés (faluközösség, baráti társaság

Ha egy csoportba kerülünk, többféle módon viselkedünk:

- Igazodunk a csoport elvárásaihoz - beolvadás
- Megpróbáljuk megváltoztatni a csoportnormát
- Megmaradunk deviánsnak (kevésbé hajlandó azonosulni a csoportnormákkal) . különállás
- Elhagyjuk a csoportot

Mérete, nagysága szerint

- Kiscsoport (13-15 fő)
  - A csoport tagjai ismerik egymást
  - Lehetőség van a tagoknak egymással kapcsolatba kerülni
  - Egy adott közös cél érdekében találkoznak
  - A norma- és értékrendszer meghatározott, és ezt a csoport tagjai elfogadják
- Nagycsoport (15-60 fő)
  - Nincs mindig lehetőség a rendszeres interakcióra, ezért nagyobb a kizáródás, csoportelhagyás veszélye, főleg olyan személyek esetén akik ezáltal nem tudják saját érdekeiket megfelelően képviselni
  - Nagycsoporton belül számos kis- és alcsoport jöhet létre, meghatározóbb a klikkesedés veszélye. Az alcsoportok között meghatározó ellentétek alakulhatnak ki.

Funkciója szerint

- **Természetes csoport**
- Spontán kezdeményezés a megalakulásra, érzelmi kapcsolódások jellemzik
- **Mesterséges csoport**
- Meghatározott céllal jön létre, de nyilván szükséges hozzá, egyfajta érzelmi elköteleződés

6.4. Csoportfejlődés fázisai

BRUCE TUCKMAN szerinti megalakulási fázisok

- **Alakulás fázisa (forming)**
  - Egymás és a feladat megismerése
- **Viharzás (storming)**

Mivel a csoport alakulása során a tagok egyre jobban megismerik egymást, ebben a fázisban történik a pozíciók elosztása, szerepek differenciálódása, újra elosztása. Ha ezen a szinten megragad a csoport, akkor egyre több majd állandósuló konfliktus rontja a teljesítményt, és a csoport felőrlődik. A csoportban azé lesz a hatalom, aki befolyást tud gyakorolni a többiekre

- **Hatalom megszerzés módja**

Erőszakkal (nem tartós, ellenérzéseket vált ki)
Presztízs rangsor kialakulása (tekintély, szakértelem alapján alakul ki, megszerezni nem, csak kiérdemelni lehet) Általában tartós

- **Normázás (norming)**

Feltételek kialakulása, attitűdök, szerepek kialakulása

- **Működés (performing)**
- **Az utolsó szakasz a felbomlás és a gyász (mourning, adjourning)**



	1. SZAKASZ	2. SZAKASZ	3. SZAKASZ	4. SZAKASZ
Csoport-struktúra	• próba és függőség. • Miféle viselkedések • fogadhatók el? • A tagok eligazítást, • támogatást várnak	• csoporton belüli • konfliktus • A tagok ellenségeskednek • egymással / Veze • tővel szemben • (egyéniség, ellen- • állás)	• csoportkohé zió • kialakulása	• funkcionális • szerep összefüggés
Feladati-rányú cselekvés	• tájékozódás és próba • A tagok közvetett úton kísérlik meg feltárni a feladat természetét és határait	• érzelmi reagálás, a • feladat köz- • lésekre	• önmaguk és • társaik meg- • beszélése	• belátás • megjelenése

Tudattalan *csoportfolyamatok :*
Bion elmélete a csoport mentalitásról

- Munka mentalitás
- Megküzdés,

Védekezés a szorongás ellen:

- Dependencia
- Harc és menekülés
- Párképződés
- Egybeolvadás – óceanikus érzés

Gyakorlati megfontolások:

- A csoport kezdeti szakaszaiban nehezebb dolgozni. Erre az ellenállás fogalmát használjuk, kérdés mi van mögötte
- Ugyanígy nehéz dolgozni a csoport felbomlás előtti szakaszában
- A kettő között sem egyenes vonalú a fejlődés, Bion szerint ingamozgás szerűek a változások

6.5. Csoportok szervezése

CÉL tisztázása, miért is retenénk csoportot indítani.

- Résztvevői kör és létszám tisztázása
- Elvárt eredmények tisztázása

- Csoport tartalom / témák tisztázása
- Módszerek tisztázása
- Az ív kérdései
- Milyen kompetenciák szükségesek a csoportvezetéshez?
- Milyen vezetés legyen?
- Hogyan mérjük az eredményt
- Hogyan mérjük az elégedettséget

6.6. A tréner szerepe: kísérés. vezetés, irányítás

Az alapkérdések minden csoportban ugyan azok.

- Amennyiben csoporton önszerveződő társas rendszert értünk,akkor ez meghatározza a csoportok vezetésének mikéntjét is.
- A csoportdinamikai trénerek úgy végzik munkájukat,hogy a csoportdinamikai tanulási tér és annak keretei kialakulhassanak és fennmaradjanak.
- A tréner szerepe, hogy a tevékenység révén életre keljenek a csoportdinamikai munkamódszerek és alapelvek.
- Sokat lehet tanulni a trénerek viselkedéséből azzal kapcsolatban, hogy miként is lehet csoportokat kísérni, vezetni és irányítani.

Irányítás:

- Az irányítás 2 síkját tudjuk megkülönböztetni, kontextus irányítás és folyamatirányítás.
- Kontextus irányítás: Mindazon döntéseket értjük, amelyek speciális csoportdinamikai dizájnba torkollnak. A kontextus irányítás úgy alakítja a folyamatot, hogy megváltoztatja a folyamatot körülvevő feltételeket.
- Folyamatirányítás: Tréner konkrét variábilis cselekvése magában a folyamatban. Ez igazi művészet, melynek vannak ugyan csoportdinamikai alapelveiből fakadó szabályai, de mégsem merülnek ki ezekben, és amelyek megmutatkoznak bizonyos magatartásformák alkalmazásában is.
- A tréner nem tesz olyat, amit maguk a résztvevők is meg tudnak tenni!
- A trénerek tehát a háttérbe vonulnak, a résztvevők közötti kommunikáció tartalmáért nem vállalják a felelősséget, csakis azért, hogy a kommunikáció folyamata haladjon előre.
- A tréner a viták során nem a partvonalon nézelődik, hanem rendelkezésre áll a tisztázódási folyamatnak.
- A csoporttagok minél aktívabban részt vesznek az események irányításában, annál mélyebben folynak bele a trénerek a folyamatokba a nélkül, hogy a csoport válláról bármit is levennének.

Kutatás, reflexivitás

- A trénerek igyekeznek aktivizálni a csoportot, arra, hogy maguk irányítsák a csoportot valamint arra, hogy kutassanak.
- A trénerek feladata, hogy megmutassák a csoporttagoknak, hogy miből is áll ez a sajátos kutatás.
- A csoport a cselekvés és a cselekvés vizsgálata között mozog.
- Önmagunk megismerésében a tréner nem szakértő szerepet játszik, hanem arra hív, hogy hipotéziseinket vessük össze a többiekével.
- A megélés és látásmód összehasonlítása során a trénerek a résztvevők rendelkezésére bocsátják tudásukat, hogy a tagok felfedezhessék az ismétlődő mintázatokat és szabályszerűségeket, ami a csoport interakciós rendszerét alkotja.

Értékítélet **mentesség:**

- Látásmódok és értékvilágok ütköznek, szimpátia-antipátia születik, kisebbség-többség formálódik a csoportokban.
- A trénerek feladata ------- sajátos álláspont elfoglalása.
- Mindenki pártján állás: (rugalmas) a tréner a háttérbe is tud vonulni, illetve átállhat a másik oldal pártjára is.
- A tréner álláspontja nem fölötte áll a dolgoknak, hanem a tréner szerepből fakadó sajátos viszonyban áll a dolgokkal és a szerep térben időben behatárolt.

Együttműködések- ellenállások

- A tréner együttműködést kínál a csoporttagoknak önmaguk mélyebb megismerésében, valamint elviseli azokat az érzelmeket, amelyekkel a résztvevők felé fordulnak.
- A trénerek a követelőzésekkel, támadásokkal, kritikákkal és érzelmekkel kapcsolatban 2 féle magatartást tanúsítanak.
- Vagy nem zavartatják, magukat továbbra is fenntartják az önismerésre való meghívásukat, a fenti kifogásokat és érzelmeket szintén kutatnivalónak tekintik.
- Vagy pedig ellenállást tanúsítanak, és nem ütik el a támadást, hanem belemennek a vitába.

Megnyugtatni - megmozgatni

- A T-csoportokban az elején a hallgatások, tanácstalanság, háttérbe húzódás jellemző.
- A csoportnak alapvetően van egy olyan vágya, hogy a trénerek vezessék őket, gondoskodjanak róluk.
- A trénernek ilyenkor az a célja, hogy megtörje a hallgatást esetleg rámutatni megtehető új lépésekre, valamint a kapcsolatfelvételek és a visszajelző folyamatok kezdeményezése és támogatása.
- A tréner a csoport sodrásával egy irányba úszik, megtámogatja a csoport fejlődési impulzusait és irányait.

Intervenciók

- Az intervenciók ritkán vannak pontosan megtervezve, inkább az adott szituációnak megfelelően a fenti beállítódások alapján generálódnak.
- Akkor professzionálisak az intervenciók,ha reflektálni lehet rájuk és meg lehet indokolni őket. Pontosan ezt segíti elő Bert Voig és Klaus Antons rendszerezési javaslata.
- Ők az intervenciót így definiálják: „A csoportvezető adta intervenció olya, céltudatos, elméleti megalapozottságú, indikáció alapú cselekvés, amely egy csoportnak vagy egy csoport tagjainak a folyamatában változást szeretne elérni.”
- Ők a sokféle intervenciót négy dimenzió segítségével próbálják meg osztályozni.



Erőforrás és probléma orientáltság

- Régebben a konfliktus és probléma- orientáltság volt az uralkodó, míg mostanában a megoldás-orientáltság.
- A csoportdinamika tartja azt az álláspontot, ami szerint minden társas történés, főleg minden szociális vagy személyes változás szükségszerűen konfliktusos.
- A csoporton belüli eltérő szemléletmódok és érdekellentétekkel kapcsolatban az a megoldás, ha a csoporttagok megpróbálják kitalálni azt, hogy hogyan tudnak együttműködni és együtt élni ezen ellentmondásokkal.
- Az erőforrás orientált változtatási stratégiák olyan feltételeket igyekeznek teremteni, amelyek során az illetők olyan ideiglenes kompetenciákat tapasztalnak meg magukban, amelyeket addig nem tudtak használni**.**

6.6.1. Szociális kompetenciák fejlesztése csoportmunka által

- A következő rész arról fog szólni, hogy mely szociális kompetenciák azok, amelyek kifejezetten fontosak a csoportokban és a csoportokkal való munkában.
- Csoportdinamikai tréningeken ezeket trenírozzák, hiszen arra helyezik a hangsúlyt, hogy a kompetenciák begyakorlásáról, javítgatásáról és folyamatos bővítéséről van szó, nem pedig egyszeri megszerzéséről.

Önmagunk és mások észlelése

- Az észlelés tanulás lényegében rá van utalva másokra, hiszen csak mások szemével tudjuk megismerni önmagunkat.
- Az észlelési folyamatok megértésére jó a pszichológiából átvett áttétel-viszont áttétel modell. Ez legáltalánosabb értelemben az átvitel azt az előbb említett hajlamunkat jelenti, hogy aktuális tapasztalatainkat a korábbiak alapján észleljük és ítéljük meg.
- Az önészlelés és a mások által való észlelés szembeállítása révén fel lehet ismerni egyedi áttételi mintázatainkat.

- Viszont áttétel: minden olyan érzelmi viszonyulás, amely trénerek felől a csoporttagok, kliensek irányába működik. A csoportvezetőknek ismerniük kell a bennünk kiváltott viszont áttételi tendenciákat, hogy irányítani tudják és fel tudják használni ezeket a csoport megértéséhez.

Önbizalom és önközlés

- Észleléseink észlelése az egyik oldal, a másik oldal, hogy mindezt egy bizonyos helyzetben egy másik embernek érthetően el is mondjuk.
- Feedback nagyon fontos.
- A lényeg, hogy úgy találjam meg a jó kifejezést, hogy ne vesszen el a spontaneitás.
- Cél az optimális nyitottság.

Szerepflexibilitás

- A csoportban zajló önmegtapasztalás azt jelenti, hogy olyan oldalaimat is felfedezhetem és megérthetem, amelyekről addig nem volt sejtésem, és amelyeket így nem is tudtam alkalmazni kapcsolataimban és élethelyzeteimben.
- Két válaszadási mintázat van ebben a tanulási folyamatban: az első, amikor a csoport kezdeti szakaszának elbizonytalanítására látásmódjuk bebetonozásával reagálnak, más viszont úgy viselkedik, mintha minden rájuk is vonatkozik .
- Különböző szituációkon keresztül fel tudom fedezni saját sokszínűségemet.

Stabilitás érzelmi terhelhetőség

- Önmagunk mélyebb megismerése egy csoportban a –ez a csoportdinamika célja.
- Alapvető tanulási cél a kitartás növelése, azaz hogy nehéz, nyomasztó helyzetekben „ne oldjunk kereket”.
- A szociális tanulás egyik alapfeltétele, hogy a tanulók ne meneküljenek el minden olyan helyzetből, ami megvakargatja meggyőződésüket és az ahhoz tartozó ellenállást.
- Érzelmi terhelhetőség : a magam és a mások érzelmeibe bele tudok bocsátkozni és el bírom őket viselni.

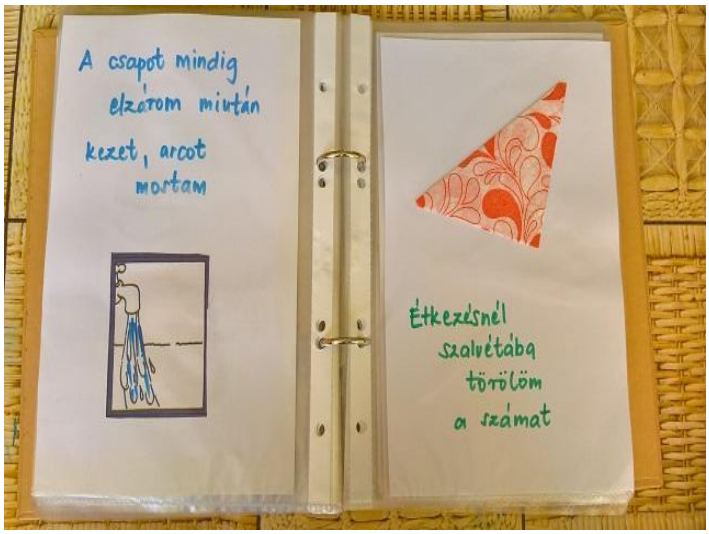
6.6.2. Csoportnormák és szerepek

- Társas csoportok (pl. nem, életkor, környezet iránti érdeklődés)
- Személyes csoportok (előbbi tagjai interakcióba lépnek egymással**)**



- A csoportnormák a csoporton belül kialakult viselkedési szabályok.
- A konformitás annak a mértéke, hogy a csoport tagjai mennyire hajlandóak megváltoztatni viselkedésüket, érzéseiket, nézeteiket és attitűdjüket, hogy azok jobban illeszkedjenek a csoportnormákhoz .

- ELFOGADÁS □□ MEGSZEGÉS
- Közös kimondott vagy kimondatlan megegyezések.
- Mind ezek mellett fontos funkciókat is ellátnak.



- a csoport működőképességét (közös célok követését, közös értékrendet)
- a csoport fennmaradását (a közös munkában és folyamatokban való aktív részvételt)
- a társas realitást (a csoport által közösen elfogadott referencia-keretet, hivatkozási alapot) és
- a társadalmi (szervezeti) környezethez fűződő kapcsolatok meghatározását (a csoport és a környezet viszonyának meghatározását)

A normákhoz való viszonyulás a csoporton belüli tagság sarokköve.
- Az egyén lehetőségei egy csoportban:
- az igazodás
- a normák megváltoztatására tett törekvés
- deviáns viselkedés
- a csoport elhagyása

A csoport lehetőségei az egyénnel szemben:
- a megértés,
- figyelmeztetés,
- meggyőzés (vagyis a csoportban való szocializáció támogatása)
- a normák megváltoztatása (vagyis a kisebbségi befolyás érvényesülésének biztosítása)
- a figyelmen kívül hagyás (a deviáns, szabályokat nem követő magatartás eltűrése) vagy
- a kirekesztés (a csoportból való kizárás, eltávolítás)

6.7. Csoport szerepek

KONSTRUKTÍV SZEREPEK
1. Kezdeményező: változtat, újításokat vezet be, variációk után néz.
2. Véleménynyilvánító: megtöri a csendet, beleszól, vitatkozik, véleménye mellett kitart. Fontos kommunikációs szerep.
3. Kérdező: információra éhes, mindig minden részlettel kapcsolatban , okkal vagy ok nélkül felvilágosítást követel.

4. Informátor: szerencsére a csoportok kitermelik a kérdező méltó párját, aki készséggel kielégíti az információs (ál)igényeket.
5. Szabályalkotó: igen fontos konstruktív szerep, hiszen a szabályok, normák, értékek lényegi csoportdimenziót képeznek, és sokszor kimondásuk nélkül nem hatnak.
6. Általánosító: igazi csoporthoz kötött szerep, betöltője azt a feladatot vállalta magára (többnyire nem is tudva róla), hogy összefoglaljon, tisztázzon bizonyos kérdéseket a csoport előtt (sokszor az informátorra bízva a terjesztést).
7. Engedelmeskedő: passzív, de fontos szerep, nem ideális, ha egy csoportban túl gyakori (más szerepekkel való kombináció híján).

DESTRUKTÍV SZEREPEK

1. Akadékoskodó: többnyire a véleménynyilvánító szerepének eltorzítója (esetleg a kezdeményező), túlzásba vivője.
2. Vetélkedő: az engedelmeskedő túlbuzgalmában vetélkedővé válhat, de a csoportban elfoglalt helyzetével elégedetlen csoporttag szerepe is lehet.
3. Mindentudó: az általánosító szerepének túltengéses változata;
4. Hírharang: nemcsak informál, hanem dezinformál is (rémhíreinek terjedéséről persze nem ő tehet, sőt többnyire nem is ő találja ki azokat).

Diszfunkcionális szerepek

- A csoport működését biztosító funkcionális szereprendszer mellett kialakuló diszfunkcionális szereprendszer rejtett módon elősegítheti a csoportműködést, erősíti azt.
- A „sztár” mindenkivel jóban van, de kapcsolatai felszínesek, politikája – a be nem avatkozás – válsághelyzetben csődöt mond.
- A másik póluson a „bűnbak” található, akinek rejtett funkciója abban áll, hogy levezeti a csoportban felhalmozódó agresszív feszültségeket, s ezáltal tömöríti a csoportot. A bűnbak szerepére kiszemelt személyek esetében többnyire a felnagyítás, bizonyos valóban meglévő személyi negatívumok önkényes kiragadása, a célnak megfelelő negatív indulati feszültséggel feltöltődő eszközzé alakítása a jellemző gyakorlat.

Apollón szindróma

- A legragyogóbb képességekkel rendelkező. emberekből összeállított csoport egyáltalán nem bizonyul a legjobbnak.
- az Apolló-team-ek nehezen irányíthatóak, meddő vitákra hajlamosak, a döntéshozatalban nehézkesek
- a team tagjai kizárólag személyes meggyőződésük alapján óhajtanak cselekedni, tekintet nélkül arra, hogy álláspontjukat elfogadják-e a többiek
- túl nagy hangsúlyt fektetnek az elemzésre, a többiek Logikai hibáinak Elcitálására
- kevésbé foglalkoznak az információk begyűjtésével, elosztásával és a tervezéssel
- Anarciára való hajlam

7. Segítő Kapcsolat, SZEMÉLYISÉGFEJLESZTÉS, Segítő beszélgetés

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják hogy a közösségi addiktológiai ellátásban dolgozó szakember kompetenciáinak feldolgozása a problémamegoldás során, a különböző módszerek, technikák alkalmazásának feltételei.
A közösségi addiktológiai ellátásban dolgozó szakember lehetséges szerepei az egyes szakaszokban, szerepelvárások, előforduló szerepkonfliktusok, nehézségek**.**

Célja: A tantárgy célja a segítő kapcsolat speciális eseteinek feldolgozása helyzetgyakorlatok segítségével kifejezetten az addiktológiai betegekkel és hozzátartozóikkal folytatott segítői munkára, kognitív megközelítési módszerek beemelésével.
A problémamegoldás egyes szakaszaiban a közösségi addiktológiai ellátásban dolgozó szakember kompetencia körébe sorolható módszerek, technikák megismerése és kipróbálása……

Kulcsszavak: Humanisztikus terápia, Carl Rogers, Altruizmus , Szindrómás segítés, empátia, értő figyelem, aktív hagatás, hitelsség, non-direktivitás, elhárító mechanizmusok, kommunikáció , célzott beszélgetés, interjú, asszertivitás

Tanulást segítő kérdések:
Mik a kliensközpontú terápia ismérvei?
Mik a kliensközpontú terápia korlátai?
Mi jellemző a szindrómás segítése?
Melyek a segítő kapcsolat jellemzői?
Melyek a segítő identitás ismérvei?
Jellemezze a az értő figylem jellemzőit?
Mutassa be az aktív hallgatást .
Kérem, sorolja fel az elhárító mechanizmusokat.
Kérem ismrtesse a segítő kapcsaolt buktatóit, gátló tényezőket.
Kérem, ismertesse a csoportszabályok legfontosabb szempontjait.
Mik a célzott beszélgetés jellemzői?
Kérem mutassa be a konstruktív kérdezés módszertanát.

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Rudas János: Delfi örökösei, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2007.
- Atkinson, R. L. (et al.) (1999): *Pszichológia*. Budapest, Osiris (308-333.; 400-405.; 496-499. old.)
- Bang, Ruth (1980): *Segítő kapcsolat.* Budapest, Tankönyvkiadó Vállalat.
- *Insoo Kim Berg (2007):*Konzultáció sokproblémás családokkal*. Családterápiás sorozat 5. Budapest, Animula Kft.*
- Molnár Péter -Csabai Márta (1995): *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest, Springer Hungarica.
- Bang, Ruth (1983): *A célzott beszélgetés. A beszélgetés, mint gyógyító és nevelő eljárás.* Budapest, Tankönyvkiadó.
- Harvey Ratner és Denise Yufus (2015): *Megoldásközpontú coaching gyermekekkel és fiatalokkal: A brief megközelítés.* Budapest, Z-Press Kiadó.
- Hézser Gábor (1995): *Pásztori pszichológia.* Budapest, Kálvin Kiadó.
- Tringer László (2005): *A gyógyító beszélgetés.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
-

Az addiktív személy-segítés hatékonyság nagyban függ a segítő személyiségétől, tudásától, jártasságától, de ugyanilyen fontos az is, hogy az addiktológiai közösségi ellátást végzők ismerjék és értsék a különféle segítői filozófiák, elméleti megközelítések lényegét, hiszen ezek kihatnak – az interperszonális kapcsolaton, kommunikáción, az alkalmazható módszereken stb. keresztül – a teljes segítői folyamatra és annak hatékonyságára.

A különféle elméleti (pszichoanalitikus, affektív, kognitív, behaviorista) megközelítések közül az addiktológiai közösségi ellátás Oktatási Programja a személyközpontú és az ún. kognitív-viselkedéses megközelítést helyezi előtérbe, melyek hatékonyságát számos kontrollált vizsgálat bizonyítja.
A segítő kapcsolat, személyiségfejlesztés tantárgy csoportos formában strukturált gyakorlatok alkalmazásával történik maximum 12-15 fős csoportokban. (amennyiben nagyobb a csoport, akkor csoportbontás szükséges)

7.1. Segítő kapcsolat

7.1.1. Humanisztikus, kliensközpontú terápia

- Egyén fejlődése fontos.
- Önmegvalósítási törekvés a fontos.
- Pszichológia betegség akkor jön létre, ha valamelyik gátlódik.
- Abban segít a humanisztikus terápia, hogy az emberek megismerik valódi önmagukat, szabadon válasszák meg életüket, viselkedésüket.
- Célja (1) az ilyen jellegű terápiáknak, hogy hozzásegítse az embereket, hogy olyan emberekké váljanak amilyenné képesek válni.
- A hangsúly az „itt" és „most"-on van, és nem a múlton van.
- Nem elemzi, azaz nem interpretálja a kliens viselkedését.
- Nem próbálja módosítani kliens viselkedését.
- Cél, (2) hogy az egyén saját gondolatait és érzelmeit megértse, és ezt serkentse, a saját megoldását az egyén megtalálja.

Carl Rogers (1902-1987)

- 1940-ben dolgozta ki a kliensközpontú terápiát.
- Alapja: a kliens önmaga legjobb ismerője, és az ember általában képes saját problémájának a megoldásában.⇒ a terapeuta feladata ennek a folyamatnak a segítése.
- Veleszületett tendenciák.
- Non direktív: A segítő a partnere belső megismerési folyamataira hagyatkozik. A segítő nem kritizál, nem oktat, nem utasítja a másikat.
- Mindenki az adott körülmények között megfelelő *MOTIVÁCIÓVAL* és KÉPESSÉGGEL bír a változásra és maga az egyén a legalkalmasabb annak az eldöntésére, hogy a változás milyen irány a legkívánatosabb számára

Terapeuta (inkább facilitátornak nevezte) szerepe:

- Tükörként viselkedjen (rezonancia doboz) amikor az egyén (nem páciensnek, inkább kliensnek nevezte) saját problémáját kutatja, elemzi.
- A segítő az érzések megfogalmazásával, a verbalizációval próbálja meghatározni, hogy pontosan értette-e a másik belső világát.
- A szóbeli kérdések nem információgyűjtésre vonatkoznak, hanem a közöltek jobb megértését szolgálják.
- A felfogott, megértett anyagot a segítő maga is feldolgozza, rendezi és a feldolgozás után jelenti vissza a partnernek, aki így segítséget kap ahhoz, hogy a strukturálatlan élményeit feldolgozza.
- Az információ feldolgozás első lépése a személytelen, külsődleges tartalmak és a személyes, érzelmi-motivációs tartalmakat hordozó közlések különválasztása.
- A segítő nem lehet bizonyos abban, hogy a kontextust és a rejtett közlést jól olvassa-e és azt a partnere képes-e befogadni, ezért a reflexióját javaslatként, feltételezésként fogalmazza meg.

- Központi fogalom az „én fogalom" (self ⇒ self-concept)

- „Én”ideál
- Feltétel nélküli pozitív elfogadásban a legegészségesebb az ember.
    - Nem birtokló emberiesség / gondoskodás.
    - Azon a szemléleten alapul, hogy minden emberben értékek hordozóját látja.
    - Nem kíván viszonosságot, nem függvénye a másik tulajdonságainak, viselkedésének.
    - Összetevői:
        - pozitív érzelmi odafordulás
        - Non direktivitás
        - Feltétel nélküliség
- A kliensközpontú terápia látszólag egyszerű, de valójában nagy gyakorlatot igényel.
    - A problémák felvetésének a felelőssége a klienssé .
    - Személyes hangú, bizalmas beszélgetés.
    - Titoktartás.
    - A terapeuta figyelmes, hallgató.
    - A terapeuta elfogadó, nyugtázza a személy által kifejezett érzelmeket.
- Cél: a terapeuta pontosítsa a kliens által kifejezett érzelmeket.

- ***Empátia*** ® a kliens által kifejezni vágyott érzelmek megértése és egyben ennek a megértésnek a kommunikációja a kliens felé. A kliens szemével látni a problémát.
- „A harmonikus személy könnyebben ráhangolódik másokra, mint aki maga is problémákkal küszködik.” (Tringer László)
- Az empátia különbözik az azonosulástól (identifikációtól).
- A segítő tudja, hogy ő csak „mintha” azt érezné, mint a partnere. (A teljes azonosulás elrontja a pontos empátiás megértést, elmossa azt a távolságot, amely ahhoz kell, hogy a segítő megőrizze saját differenciált látásmódját.)
- ***Melegség*** ⇒ a kliens mély elfogadása. (ez a pozitív érzelmi odafordulás) Ezt az elfogadást leginkább a nem-verbális jelek közvetítik leginkább: mosoly, tekintetváltás, hangszín, a gesztusok, testtartás, az elfoglalt helyzet és a kézfogás, kézfogás.
- ***Őszinteség*** ⇒ nyitott, becsületes terapeuta, nem játszik szerepet, nem a szakember beszél belőle. ⇒ hiteles. (kongruens)
- A beszélő verbális és non-verbális közlései összhangba legyenek egymással**.**

Kliensközpontú terápia korlátai:
- Azoknál a klienseknél alkalmazható, akik szeretnek beszélni.
- Azoknál használható, akik a probléma megbeszélésére motiváltak.
- Önként akarnak részt venni a segítségnyújtásban.
- Az egyik fél a segítő (konzultáló) a másik fél a segítséget kérő, a bajba jutott ember, a kliens.
- Elmélyült személyes viszony.
- A szónak gyógyító ereje van.
- Az érzelmi szintű önmegismerésre alapoz.
- A terapeuta személyiségén is múlik.

Altruizmus motivciói:
Definíció: *Önkéntes viselkedés mely mások javát szolgálja, jutalmazás reménye nélkül.*
- Ellenkező viselkedésminta, mint a referencia személytől látott.
- Szülővel való azonosulás.
- Szükséghelyzetben jó segítőnek bizonyult, új készségeket fedezett fel.
- Én-védő mechanizmus, mint reakcióképzés.
- Másokban megélt kiteljesedés. (érzelmek ellentétbe való átfordulása)

A segítő kapcsolat pszichológiai struktúrája

- A segítő beszélgetés a hétköznapi beszélgetéstől abban különbözik, hogy sajátos pszichológiai törvényszerűségeken alapul.
- A segítő elégedetten, éretten kiegyensúlyozottan vesz részt a konfliktusok, kritikus élethelyzetek megbeszélésén.
- Az érett segítő:
    - *Türelmes,*
    - *Őszinte,*
    - *Hiteles,*
    - *Bizalmas*
- Terápia célja: a segítő szándéka, hogy segítsen a másiknak a személyiségének kifejlesztésében, érlelődésében, képes legyen jobban funkcionálni, és az élet nehézségével megbirkózni. (ezt Mo-on tanácsadásnak nevezzük)
- A segítő nem tanácsot osztogat.
- Önálló problémamegoldásra késztet.
- Reális önismeretre, önértékelésre vezet.
- Önmegértésben segít.
- Közös munka középpontjában: a segített áll, és a szorongást, félelmet keltő érzések, hogyan vannak a személyiségben.
- A jelenre és a jövőre koncentrál.
- A segítő az egyén pozitív erőforrásaira, sikerélményre támaszkodik.
- A segítő kapcsolat középpontjában a segített teljes személyisége áll**.**
- Az érett hatékony segítő kapcsolatban a segítő reálisan látja önmagát, tud bánni a szorongással , félelmeivel, elfogadja a gyengeségét, korlátait**.**

7.1.2. Szindrómás segítés

- Ekkor a segítő saját bizonytalan önértékelését a segítés túlhajszolásával sokszor önkárosító formában képes csak fenntartani.
- A szindrómás. segítőnek kommunikációs problémái vannak,
- Saját szükségleteit, és érzései nem tudja elfogadni.
- Kényesen vigyázz arra, hogy problémái ki ne derüljenek.
- Kívülről nagy teherbírást mutat, hiányosságának tartja, ha valaki személyes konfliktusokkal, problémákkal küszködik. (oka gyermekkori sérülés)
- A segítő kapcsolat akkor veszélyes, ha a segítő „vakfoltját” érinti. ⇒ szupervízióba kell vinni az esetet.
- Általánosságban elmondható, hogy a típusos segítő szindrómás személyiség fejlődésének sérülése a közelség és függőség dimenziójában hat. ⇒ A közelséget kerüli a függőségtől fél. A segítő helyzet lehetőséget kínál arra: hogy saját függőségét tagadja, és a segítő szerepét mereven őrizze, illetve a mindenhatósági és jótevő érzését megerősítse.

7.1.3. Autoritás szerepe

- Hatalmát kreatívan, mások segítésére, érlelésére használja.
- Az érett autoritású személy, partneri elveken nyugvó segítő kapcsolatot épít ki, a segített érzésvilága, személyisége van a középpontba a, és indirekt módon segíti a személyiség fejlődését.
- A segítő szabja meg a kereteket, határokat, és hagyja, hogy annyit mondjon a segített amennyit szeretne.
- A segítő kapcsolat paradox helyzet:
    - *Aszimmetrikus* ⇒ a segítő személyes felelősséget vállal, döntéseket hoz a terápiával kapcsolatban .

- *Szimmetrikus* ⇒ nyilvánvalóvá teszi a segítő az egyenrangúságot, és abban segít, hogy a kliens képes legyen felelősséget vállalni önmagáért.

- A terapeuta:
  - Toleráns
  - Tiszteletben tartja a másik véleményét
  - Saját példájával és azzal, hogy a saját személyiségét adja, azáltal segít.
  - Szükséges a segített önismereti motivációja is.
  - Kölcsönös bizalomra épül.
  - Érzelmek verbalizálása jellemzi.

Segítő identitása

- Tudjon szeretet, elfogadást adni és kapni
- Értékes legyen önmaga és mások számára
- Olyan habitust igényel, amely képessé teszi őt ara, hogy a segítséget kérő mellé álljon.
- Segítséget kérővel együtt keresse a kivezető utat.
- Identitás kialakulását előmozdítsa (hosszú távon is), fejlődését biztosítsa.

7.1.4. Segítő kapcsolat lényege

- Szabályozott viszonyrendszer: önkéntesség, szerződéskötés (elvárások, vállalások)
- Professzionális segítő szakszerűség (spec. készségek; ismeretek szerzése; önismeret, szupervízió)
- Célzott kommunikáció intencionalitás (szándék mindegyik fél részéről); kommunikációs ismeretek
- Közösen meghatározott cél, kliens önállóvá válása (reális énkép, döntésképesség)

7.1.5. Segítő kapcsolat résztvevői: Kliens:

- Motivációja
- Megküzdési stratégiája
- Személyisége (kommunikációs készsége, problémamegoldó, döntési képessége, szociabilitása, intelligenciája)
- Jó kliens: motivált, intelligens, szociábilis
- Problémás kliens: motiválatlan, bizalmatlan, alacsony mentális képességű
  - én-erő hiánya jellemző (megküzdésnél)
  - rossz beidegződések a problémák kezelésében
  - öntörvényű, impulzív, netán agresszív
  - személyiségzavaros
  - fogyatékos

Önaktualizáló képesség

- Érzelmi megélés (szorongás vagy krízis)
- Tényszerű helyzet-megállapítás
- Cselekvő viszonyulás:
  - szembefordulás (probléma megoldása)
  - helyzetváltoztatás
  - complajensz (segítőben bízni)
  - kompenzálás (tartalék erők keresése önmagában)
  - altruizmus (segítésbe fordítás)

7.1.6. Segítő kapcsolat résztvevői : Segítő

Elvárt jellemzői:

- Empátia (mások helyzetébe való beleélés képessége)
- Frusztráció- és szorongástűrő képesség
- Kommunikációs készségek (meghallgatás, figyelem, visszajelzés)
- Konfliktuskezelési képesség (asszertivitás)
- Önállóság (önismeret, önbizalom, én-erő)
- Technikák rugalmas alkalmazása
- Hatékonyság (probléma megoldására orientálódás)
- Hatalom (pozícióból fakadóan, tekintély a személyes tulajdonságai alapján)
- Dominancia (kontroll a folyamat felett)
- Mentális képességek, ismeretek

Segítő kapcsolat viszonyrendszere

- Rendszerszemléletű megközelítés:
  - alrendszerek egymással kapcsolatban vannak
- Segítő rendszer:
  - kulturális elemek (szocializációs jellemzők, szokások) - részben
  - intézményi jellemzők (szervezeti kultúra)
  - kapcsolatteremtés, dominanciaviszonyok, segítő attitűd
- Külső (klienst érintő) rendszer:
  - kulturális elemek – részben
  - természetes támogatórendszer (család, munkahely**, stb.)**

Segítő társadalmi háttere:

- Gyors változások következtében:
  - szerepek megváltoztak (pl. orvos, sámán)
  - kapcsolati hálók meggyengültek (támogató rendszer)
  - hagyományok elhalnak (szokásrend változik)
- Segítségnyújtás fő terepei:
  - gyermeknevelés
  - családi, párkapcsolati konfliktusok
  - pályaválasztás; párválasztás
  - munkahelykeresés
  - konfliktuskezelés; krízisek

7.1.7. Segítő kapcsolat jellemzői:

- Felelősség megosztása (szerződésben is)
- Mindenkinek saját értékrendje lehet
- Meghatározott keretek (idői, térbeli, résztvevők - szerződés)
- Tisztelet, tapintat, türelem
- Titoktartás (bizalom alapja)
- Probléma megértése és ennek tükrözése (parafrázis)
- Érdeklődés és ennek közlése (szemkontaktus, nyitottság)
- Tolerancia és ennek közlése (nem kritizálunk, nem minősítünk)
- Tárgyilagosság és elfogulatlanság (nem ítélkezünk)
- Empátia és ennek közlése
- Nondirektivitás

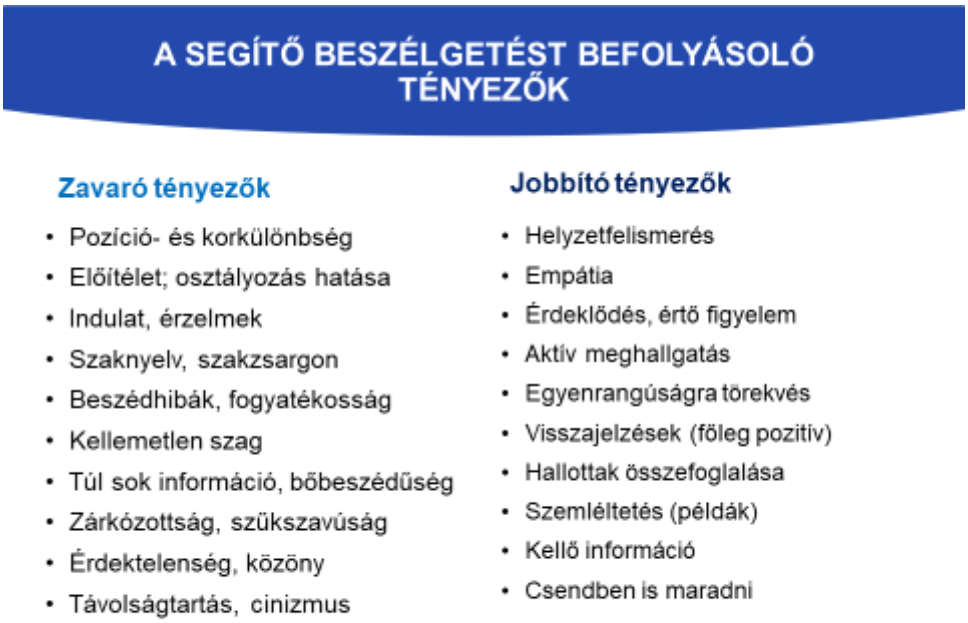
- Carl Rogers szerint:
  - empátia (saját érzelmek ismerete, másokénak felismerése, érdeklődés, nyitottság, tudatosság – távolságtartás)
  - kongruencia (hitelesség, összhang a kommunikációban)

- tolerancia (feltétel nélküli elfogadás)
- A segítő motivációjának tudatosulása
  - öngyógyítás – figyelem elterelése a saját problémáról;
  - rejtett szükségletek kielégítése („jó ember” vagyok)
  - fontosság, hasznosság, társadalmi elismertség
  - fölényhelyzet, autoritás megélése a jóság mögött
  - mások szenvedésével empátia (túlzott bevonódás veszélye)
  - altruizmus – altruista egoizmus (Selye János)

7.1.8. Segítő folyamat fázisai

- Munkalégkör megteremtése
- lelki háttér (bizalom, szimpátia), kölcsönös elfogadás
- segítő érzelmei, gondolatai serkentik a segítségkérőt
- Önkritika, önismeret, önmegértés
- saját gondolat, cselekedet, érzelem felismerése
- élmények hatása; belső kölcsönhatás figyelése (eszköz)
- Új felismerésekhez jutás
- pozitív perspektívák; teljesítmény követelése és elismerése;
- természetes ellenállás; tanulási azonosulási folyamat
- Realizálás, integrálás
- tapasztalatokból tanulás; segítő érett tekintély; befejezés - leválás

7.2. A segítő beszélgetés jellemzői, formái



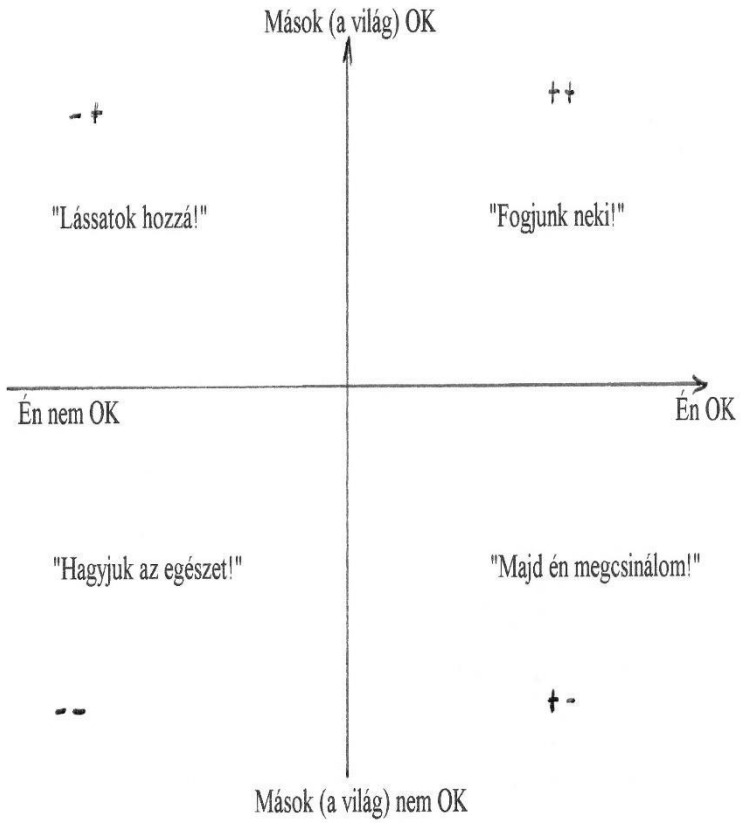
7.2.1. Értő figyelem

- Aktív meghallgatás:
  - nem csak a fülünk van nyitva, hanem a felfogásunk is (hallani és meghallani), koncentrálás, memória

- Visszajelzés adása arról, hogy figyelünk (bólogatás, hümmögés, stb.)
- Kérdezés: leginkább nyitott kérdésekkel, a probléma pontosítása céljából
- Átfogalmazás (parafrázis): a meghallott probléma meg- és átfogalmazása saját szavakkal (kiderül, hogy jól értjük-e a másikat), értelmezés
- Összegzés: a hallottak összefoglalása sajátmagunk számára is, és a kliens megnyugtatására, hogy megértettük; értelmezés
- Szükség esetén biztatás: ha érezhető, hogy nem mondott még el mindent a kliens

Értő figyelmet nehezítő tényezők
- Prekoncepció (kellő információ nélkül), előítélet
- Saját vélemény eluralkodása, értékítélet, helytelenítés
- Elterelődő figyelem, vagy leragadás
- A nonverbális jelek figyelmen kívül hagyása (ahogy mondja)
- A részletekben való elveszés (lényeget nem látni)
- Direkt kommunikáció, zárt kérdések
- A saját mondanivaló fontosabb, mint a kliensé (arra figyelünk, nem a másikra)
- Negatív visszajelzések
- Fölény érzékeltetése

7.2.2. Egyenrangúság, "OKÉ" keret





Tanácsadás

- Interaktív tanulási folyamat a szerződő felek között, holisztikus szemlélet alapján. /Európai Tanácsadási Társaság/
- Egészséges, „normális emberekkel foglalkozik
- Etikai és jogi normák alapján történik
- Célja: döntési, választási képesség fejlesztése
- Kompetenciája: szituációs problémák és megoldásuk
    - döntéshozatal
    - krízisek
    - kapcsolatok javítása
    - fejlődési kérdések
    - személyes tudatosság fejlesztése
    - konfliktusok és kezelésük

Tanácsadás területei

- Életvezetési tanácsadás
- Krízisek kezelése
- Párkapcsolati tanácsadás
- Családsegítő tanácsadás
- Munka-és pályaválasztási tanácsadás
- Szervezetfejlesztési tanácsadás
- Diáktanácsadás (alap-, közép- és felsőfokú intézményekben)
- Rehabilitációs tanácsadás
- Multi- és interkulturális tanácsadás

Tanácsadás szintjei

- Információszolgáltatás
    - egyén képes egyedül dönteni; általában érdekütközések
- Konzultáció
    - egyén bizonytalan, segítségre van szüksége a döntéshez
- Tanácsadás
    - belső konfliktusok, irreális vágyak

    - segítő beszélgetés, tesztek, vizsgálatok
- Fokális tanácsadás
    - sokféle probléma, személyen belül is; irreális elvárások és igények
    - problémák fókuszba helyezése
- Pszichoterápia
    - szorongás, belső integrációhiány
    - Csak tanácsadói képzéssel 1. és 2. szint; 3.-ba besegíthet

7.3. A segítő kapcsolatok gyakorlata

Segítő kapcsolat buktatói:

- Túlzott direktivitás
- Túlzott bevonódás
- Érzelmi zsarolás lehetősége („Jó segítő vagyok-e?”)
- Játszmázás
- Helfer-szindróma: kényszeres segítés, ami nem vezeti a klienst az önállóság felé

Kommunikációs technikák

- Metakommunikáció (szavakon túli és nonverbális)
    - testtartás, gesztikuláció, távolságtartás, mimika, szemkontaktus
    - hangszín, remegés, beszédtempó, szünetek
    - érzelmi állapotot fejeznek ki, folyamat jellemzői
- Verbális kommunikáció
    - kérdezés: zárt kérdés információszerzésre vagy megszakításra
        - (a válasz „igen” vagy „nem” lehet)
        - nyitott kérdés a beszélgetés kibontására
- !!! CSEND fontossága
- Kommunikációs gátak

Segítő beszélgetés eszközei:

- **Megfigyeléskor**
    - Figyelem jelzése
    - Parafrázis (újrafogalmazás)
    - Érzésekre reflektálás
    - Összegzés

- **Befolyásoláskor**
    - Direktíva (útmutatás)
    - Tartalomközlés (információadás,
    - instrukció, megerősítés
    - Érzéskifejezés
    - Befejező összegzés
    - Interpretáció
    - (pozitívumok kiemelése)
    - Önfeltárás

7.3.1. Interjú

- Általában a probléma feltárására
- Eszközei:
- biztatás
- beszélgetés céljainak tisztázása

- eltérő értékrend tiszteletben tartása
- az irracionális attitűdökkel szemben is elfogadás
- Jó, ha tudjuk, a kapcsolat hullámzó lehet

Mások figyelembevétele szerinti viselkedésformák:

- Nyíltan agresszív
  - mások igényeit, érdekeit háttérbe szorítja; hibáztatás; gúnyolódás
  - cél: mások legyőzésével saját törekvések megvalósítása; nyílt konfrontáció
- Rejtetten agresszív
  - ugyanaz, mint az előbbi, de nem vállalja a nyílt konfrontációt
- Szubmisszív
  - mások elvárásainak, igényeinek alárendelődik; saját igényeit háttérbe tolja
  - cél: mások helyeslését elnyerni, kerülni a sértést, konfrontálódást
- Asszertív
  - igényeit, érzéseit kifejezi és ehhez joga van a másiknak is
  - cél: saját és mások önbizalmának, magabiztosságának fejlesztése
  - nyertes – nyertes helyzet teremtése

Asszertivitás vagy önérvényesítés

- Felismerjük és kifejezzük az igényeket, érzéseket és véleményeket
- Világosan és határozottan kérjük azt, amit szeretnénk.
- Udvariasan mondunk nemet és szabunk határokat
- Feladjuk a merev viselkedésformákat, terhes kapcsolatokat, helyzeteket
- Felelősséget vállalunk érzéseinkért, tetteinkért; „én”-közléseket küldünk
- Tiszteljük saját magunkat, odafigyelünk testünk teherbíró képességére
- Tisztelünk másokat és odafigyelünk rájuk
- Konfliktus megoldásához készek vagyunk a kompromisszumra
- Vannak céljaink és megtervezzük azokat a lépéseket, melyekkel elérjük
- Akarni azt, és hozzájárulni ahhoz, hogy mások boldoguljanak

Erős segítői munkakapcsolat jellemzői:

- Probléma megértése és ennek kifejezése
  - visszatükrözés, parafrázis
- Érdeklődés kifejezése
  - szemkontaktus, nyitottság (meta- és verbális kommunikációban)
- Tolerancia és ennek kifejezése
  - semlegesnek maradni (nem kritizálunk, nem minősítünk)
- Tárgyilagosság és elfogulatlanság
  - nem ítélkezünk
- Empátia és ennek kifejezése
  - érzelmek visszatükrözése.

7.4. Beszélgetés a tanácsadás során

(Ruth Bang: A célzott beszélgetés című könyv alapján)

7.4.1. Érzelmi érettség

- Lelkileg érettnek nevezhető az a személyiség, aki alkatánál (például bizonyos szükséges mértékű lelki egészség és intelligencia), valamint neveltetésénél és önnevelésénél fogva képes arra, hogy a benne hatékony sokféle ösztönt és erőt, vágyat és szükségletet, reményt és elvárást konstruktív-alkotó módon tudja befolyásolni.

- 2 ismertetőjele:
    - Adni és kapni tudni úgy, hogy a saját vágyakat-szükségleteket össze tudjuk hangolni a többi emberével
    - Azon képességünk, hogy saját gondolkodásunkra , érzéseinkre és viselkedésünkre tudatosan hatni tudjunk
- Az érzelmi érettség szintjének felismerére a célzott beszélgetésben fontos, mert a tanácsadó így tudja onnan kezdeni a beszélgetést, ahol a másik tart (személyre szabottság!)

Érzelmi érettség felismerése

- 6 kérdésen keresztül lehet felmérni az érzelmi érettségi szintet:
- Kész-e, képes-e önkritikára, belátásra?
- Milyen fokú segítségre szorul belső önállósága?
- Milyen a belső függőségre való hajlama?
- Mennyire kontaktus- és szeretetképes?
- Milyenek az értékképzetei?
- Milyen viszonyban van saját magával?

Mi is a célzott beszélgetés ?

- A célzott beszélgetés a tanácsadásban használt eszköz
- Kiindulópontja valamilyen válság
- Olyan módszer, amely megszabja a tanácsadás irányát, tartalmát, felépítését
- A személyes érintkezés eszköze a tanácsadó számára



Tanácsadó feladata

- Kiindulás: azonosulás és szimpátia
- A kliens külső és belső helyzetének megismerése, megértése és elfogadása
- Nincs irányítás, csak segítés
- Cél: a másik megértése a saját nyelvén
- Objektivitás



A célzott beszélgetés felépítése

- **Munkamódszerek:**
  - Önsegítés elősegítése
  - Külsődleges támogatás
  - Képességek felmérése:
  - Mennyire tud kapcsolódni
  - Mennyire tud lemondani
  - Milyenek az értékképzetei
  - Milyen a realitásérzéke
  - Milyen az intelligenciája

- **3 lépés:**
  - Informálás és felvilágosítás
  - Tanácsadás
  - Belső megvitatásra buzdítás

7.4.2. Módszertani pszichológiai szempontok a célzott kérdezéshez

Konstruktív kérdezés

- Az alapozás
  - Bizalom megteremtése
  - Biztonságérzet növelése
- A tekintélyélmény
  - A beszélgetés vezetője, mint tekintélyszemély
  - Autoritását a segítésre használja fel, nem a kihasználásra
- A pszichés háttér helyreállítása (ellenségből szövetséges) – belső feszültség csökkentése
- Mosoly
- Megértés

- Zöld fény a kapcsolatnak („Mit tudunk tenni önért?”)

Ott kezdeni ahol a másik tart

- Megbeszélni és megszólítani
  - ott kezdeni, ahol a másik tart – nem ott, ami a tanácsadó célja
- A belső helyzet
  - Kívánságai, elvárásai, gondolatai, érzései
  - Nehéz megérteni, mert
    - Álcázás
    - az önmegértés hiánya
  - Segít benne
    - kísérleti léggömbök (kérdés-reakció)
- hasonlatok (korábbi tapasztalatok

Kérdés és válasz

- A beszélgetés kétharmada kérdés kell legyen a tanácsadó részéről
- Egyszerű / nehéz kérdések (külső / belső helyzetre vonatkoznak)
  - „hogy van?”
- Döntés választással
- Visszakérdezés
- Bátorítás nem szokványos válaszok adására
- Közvetett út: érzékeny pontok, intimszféra
- „Rossz” kérdések
  - Vallató jellegű, szuggesztív, egyszavas választ előidéző

Mindennapi események fontossága, témája

- A hétköznapok adják a beszélgetőtársak közötti megértés alapját
- A mindennapi eseményekre reagálva, reflektálva mélyebb megértés válik lehetségessé
- Tág értelemben vett hétköznapok

Érvek a tanácsadás mellett és ellen

- Nincs általános recept
- A tanácsadásnak vannak veszélyei
  - Passzív és függésre hajlamos személy esetén túl dependenssé válik a tanácsadótól
  - Túl aktív vagy túl elhamarkodott tanács
  - Kudarc, bűntudat a tanács be nem tartása miatt

Beszélni – hallgatni – megfogalmazni

- Beszélni
  - Ki beszéljen többet? – helyzetfüggő
  - Általában véve a tanácsadónak kell a klienst beszédre ösztönöznie

- Hallgatni
    - Szünet mint eszköz tudatos használata
    - Kliens hallgatása esetén inkább kontraproduktív
- Megfogalmazni
    - Ha a kliens képzettsége alacsony, akkor a tanácsadónak kell segítenie a megfogalmazásban

Tudatosság- tudatosítás

- Tudatosság, önismeret
- Nem csak a pozitív – erősségek és gyengeségek ismerete
- „Ilyen vagyok és kész.” – a kudarcot külső tényezőkben látja: akadályozza a fejlődésben
- reális énkép
- önreflexió kifejlesztése



Bűntudat kezelése

- Konstruktív feldolgozás – ez a lelkileg egészséges emberek számára járható út
- Destruktív elhárítás
- Nem a bűntudatkeltés a cél
    - Nagyobb fokú önmegértés
    - Szociális felelősségvállalás
- Nem felmentés, de kontextusba helyezés (hibázni mindenki szokott…)

Vita fontossága

- Vita: tárgyilagos véleménycsere érvekre alapozva egy beszélgetés során
- Lehet jó és rossz vita
    - Jó vita:
        - egyetértő és elutasító érvek, visszakérdezések
        - előremutató eredményt hoz
    - Rossz vita:
        - Párhuzamos beszélgetés, nincs empátia
        - Egyik vagy mindkét félben elhárító mechanizmusok indulnak be

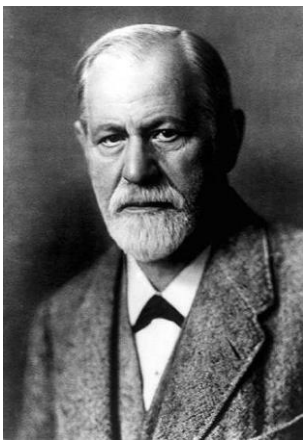
7.4.3. Beszélgetés konstruktív lezárása

- Ismétlések, segítség a külső és belső valóság újraértékeléséhez
    - Nem csak racionális felismerés, hanem értékbeli változás
- Visszapillantás – összefoglalás
    - Értékelő visszapillantás
    - Nem mindig nyíltan történik
- Kilátások, perspektívák
- A beszélgetés konstruktív befejezése
    - A segítő kapcsolat lezárása – érzelmi teher
    - Önállóság

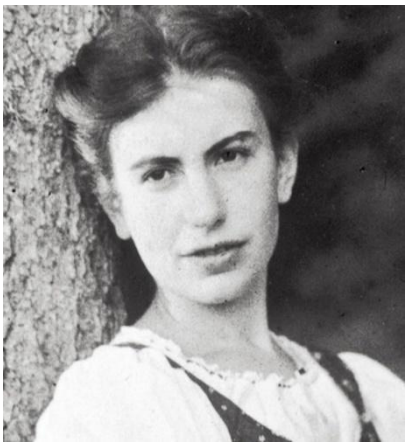
7.5. Az elhárító mechanizmusok

Ezen tananyagrész abban segíti a Hallgatót, hogy felismerje a kliensének elhárításait, és megfelelő segítség felé tudja irányítani.

A nyugati tudomány szerint Sigmund Freud (1856-1939) orvos, neurológus, pszichoanalitikus kutató munkásságában jelent meg először az elhárító mechanizmusok koncepciója, mint lelki-egyensúly teremtő, szorongáscsökkentő módszer.
Pszichoanalitikus elméletében az „Én" olyan stratégiákat dolgozott ki, melyek segítségével elkerülhető és/vagy kivédhető a szorongás, a nyugtalanság és a feszültség.



S. Freud



A. Freud

A téma részletes kidolgozása lánya, Anna Freud (Bécs, 1895. december 3. – London, 1982. október 9.) nevéhez fűződik, aki követte apja példáját és szintén a pszichoanalízis útjára lépett.
Melanie Klein mellett őt tekintik a pszichoanalitikus gyermekpszichológia megalapítójának.
Apjával összehasonlítva munkássága hangsúlyozta az ego fontosságát, és azt a képességét, miszerint az ego szociálisan fejleszthető.

Anna Freud , munkássága az elhárító mechanizmusokat monografikusan elsőként tárgyaló

„Az én és az elhárító mechanizmusok” című, először 1936-ban megjelent könyvének egy későbbi kiadásához 30 év múlva írt előszavában az elhárító mechanizmusokat úgy határozza meg,



mint azok a módok és eszközök, ahogyan és amelyekkel az „Én” a szorongást és a kínt elhárítja, valamint az impulzív viselkedés, az érzelmek és az ösztön-késztetések felett ellenőrzést gyakorol.

Ha nem vagy csak nehezen tudjuk elviselni azt a helyzetet, amiben éppen vagyunk, akkor a különböző elhárító mechanizmusok segítségével csökkenteni tudjuk a pillanatnyi félelem- és szorongásérzést.
A lélek tulajdonképpen úgy védekezik a szorongás ellen, hogy eltorzítja, átalakítja, meghamisítja a valóságot.
Ez a legtöbb esetben tudattalanul történik.
Kora gyermekkorban természetes, normál jelenségnek tekintjük, később gyakorta találkozunk ezzel a hárítással kevésbé integrált személyiségű, belső élményeiket, érzéseiket, szorongásukat nehezen toleráló embereknél, személyiségzavarok esetében.

Valamennyien kerülhetünk olyan megterhelő helyzetbe, amikor valamilyen nagyobb veszteséget, traumát elszenvedve elveszítjük egyensúlyunkat – lehet ez egy fontos hozzátartozó elvesztése vagy súlyosabb betegséggel való szembesülés. Ilyenkor másképp érzékeljük a világot és önmagunkat, előállhat, hogy kevésbé – vagy egyáltalán nem – vagyunk képesek szembenézni a történtekkel. Ilyen helyzetben „lelki túlélésre” törekszünk – úgy, ahogy tudunk.

Valamennyi elhárító mechanizmus véd bennünket az elviselhetetlen vagy elfogadhatatlan érzések, gondolatok átélésétől. Ám ha benne ragadunk, az sokszor elakadáshoz vezet, s egy idő után már nem tudjuk, mitől szenvedünk, belső konfliktusaink ugyanis tudattalanul tovább dolgoznak és feszítenek bennünket. Nem tudunk változtatni helyzetünkön, akadályoz életünk egészséges továbbvitelében…

Anna Freud könyvében több elhárító mechanizmust különböztetett meg és ezek száma az évek során csak növekedett, alapvetően az alábbi tízféle elhárító mechanizmussal foglalkozott: elfojtás, identifikáció, introjekció, izoláció, meg nem történtté tevés, reakcióképzés, regresszió, szublimáció, tagadás, tünetképzés.

A klasszikussá vált énvédő mechanizmusokat ki lehet egészíteni pl. az önbódítással, leárnyékolással, szerepjátszással, az érzések körül-páncélozásával és a tehetetlenség-nyilvánítással. Számtalan egyéb egovédő technika létezik és ezek koronként, kultúránként változnak; a társadalmi elvárások erősen befolyásolják alakulásukat.
Az alábbiakban ismertetném néhányuk megnyilvánulását:

Elfojtás-elfelejtés: a legismertebb mind közül. Az összes elhárító mechanizmus ebből fakad. Az elfojtás lényege a személy számára félelmet vagy fájdalmat keltő memóriatartalmak kiutasítása a tudatból. Ez lehet tudatos is, amikor egy személy akaratlagosan próbál egy gondolatot távol tartani a tudatosságtól (például ha valami kellemetlen dolgot tettünk, akkor próbálunk nem gondolni rá, így egy idő múlva már lehet, hogy nem is tudjuk felidézni).
Az elfojtás fontos szerepet játszik abban, hogy elfojtsa az ösztön-én impulzusokat. A kínos gondolatokat, érzelmeket a tudattalanba száműzzük, a fájdalmas, illetve veszélyes tapasztalatokat nem engedjük tudatosodni.

Identifikáció - azonosulás-azonosítás: Csatlakozás egy olyan agresszorhoz, akit nem tudunk legyőzni. Inkább azonos véleményen leszünk vele, az ő nézeteit valljuk, őt utánozzuk.
Ez az énvédő mechanizmus mindannyiunkra jellemző.

Introjekció – bevetítés: Mások erényeit vetítjük magunkra, magunkba. Azonosulunk egy hőssel, vagy egy tulajdonunkkal. Például megdicsérik a lakásunkat és ez nekünk esik jól.

Izoláció – elszigetelés: Gondolatok, viselkedéselemek, érzések leválasztása egy adott eseményről. Ez indulatok nélkül segít visszagondolni a történtekre, azonban ez csapda is lehet, mert azt az érzést nyújthatja, hogy már megoldottuk a helyzetet.

Meg nem történtté tevés: Egy olyan eseményt, melyben részt vettünk, vagy amelyet előidéztünk, törlünk emlékezetünkből, mert egyáltalán nem tudjuk elfogadni azt. Tényleg úgy érezzük, hogy az adott dolgot soha nem követtük el.

Projekció – kivetítés: Az általunk elutasított érzést, gondolatot, szándékot kivetítjük a másikra, őt hibáztatjuk, az érzelmeink okát a külvilágban keressük.
Ezáltal lehetőségünk nyílik arra, hogy az önmagunkban elfogadhatatlannak látott dolgokat elrejtsük, de közben kifejezésre juthatnak ezek a tartalmak. Erre példa lehet, amikor egy házas asszony más férfi iránt érez vonzalmat, ezért párját gyanúsítja a csábítással.

Reakcióképzés: A reakcióképzés vagy kompenzáció az önmeggyőzés illetve „önbecsapás” egyik módja. Az elfojtott vággyal ellentétes cselekedeteket hajtunk végre, vagy azzal ellentétes nézeteket hangoztatunk. Túlzott prüdéria mögött gyakran például elfojtott exhibicionizmus húzódik meg. Aki a vegetáriánus táplálkozás ellen lázad, titkon talán arra vágyik, hogy kipróbálja ezt az étkezési formát.

Regresszió – visszaesés: Átmeneti visszaesés egy korábbi életszakaszba, melyben még nem várható el tőlünk, hogy éretten és felelősségteljesen viselkedjünk. Stressz hatására gyakori ez a reakció. Például tekintélyszemély jelenlétében felvesszük a gyerekszerepet, kivetítjük rá az apa- vagy anyaképünket, így kiszolgáltatottá, védtelenné vagy lázadóvá válunk.

Szublimáció – átlényegülés: A folyamat sokszor tudattalanul megy végbe, az elfogadhatatlan impulzusok elfogadhatóvá tételét jelenti. Szublimáció az, ha az ember agresszióját vagy fölösleges szexuális energiáit munkában, vagy sportban vezeti le.
Tagadás: Nem veszünk tudomást a valóságról, a feszültséget tápláló külső okokról. Például cukorbetegség esetén megesszük az édes süteményt, „Ez az egy nem fog ártani!" alapon, vagy példa erre az anya, aki nem hajlandó elhinni az üzenetet, hogy a fia meghalt a háborúban.
Tünetképzés: Az elfojtott szorongást önmagunk ellen fordítjuk, betegségeket és baleseteket idézünk elő, viselkedési zavarokat gyártunk. Gyakori tünetek: izzadási rohamok, fejfájás, szúró érzet a szívtájékon, ingerlékenység, nyugtalanság.

Hasítás: A személy környezetében élőket pozitív és negatív szempontok szerint két egymással ellentétes csoportra – például „jók"-ra és „rosszak"-ra – osztja. Ezután a pozitív csoportba tartózó személyekben általában megbízik, és ez a biztonság érzetét nyújtja számára, a negatív csoport felé tanúsított bizalmatlanság és óvatos magatartás pedig szintén a biztonságérzetet, így a komfortérzést szolgálja.
Racionalizáció: Irracionális tetteinket intellektuális magyarázatokkal látjuk el, megokoljuk kudarcainkat, érzelmi választásainkat racionális okokra vezetjük vissza. Például megtörjük a böjtöt, hogy együtt lehessünk egy buliban a többiekkel. Valójában egyszerűen gyengék voltunk.

Agyban élés (intellektualizáció) Célja: érzelmi eltávolodás a kellemetlen érzés, gondolat okozta stresszhelyzettől. Lényege, hogy a személy olyan módon próbál eltávolodni a kellemetlen gondolatoktól, érzésektől vagy az azokat okozó stresszhelyzetektől, hogy absztrakt intellektuális formában kezeli azt.

Elkerülés: A szorongást keltő helyzetet egyszerűen elkerüljük. Lehetséges, hogy felvesszük a nézőszerepet: „Csináld te, én csak nézlek". A munkát és a vele járó felelősséget szívesen átadjuk másnak. „Dönts Te!" Felnőttként gyakran alárendelt szerepet választunk, behódolunk, nem tiltakozunk az igazságtalanság ellen.

Leértékelés: Az egyén nagyobbnak és fontosabbnak tekinti (és éli meg) magát a többieknél. A gyenge önértékelése miatt feltételezi hatalmasságát, mindenhatóságát és értékeli le a többieket. A külső megfigyelő számára ez a viselkedés sokszor hiúságként, nagyképűségként, kiválasztottsági érzésként fogalmazódik meg.

Humor: A kellemetlen vagy éles helyzetek "tompítása" derűs hangulat keltésével.

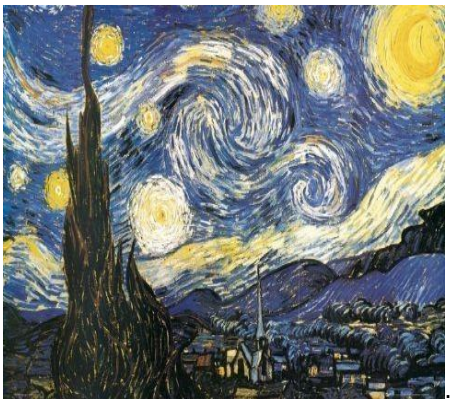
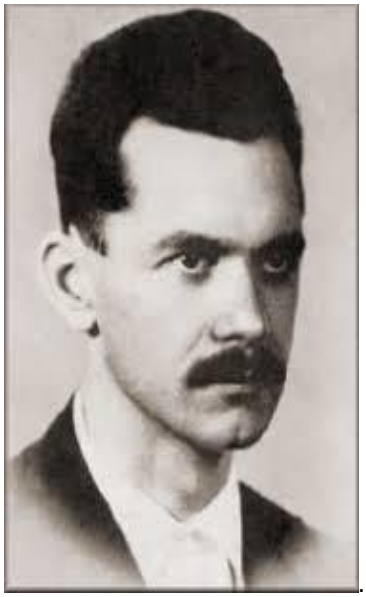
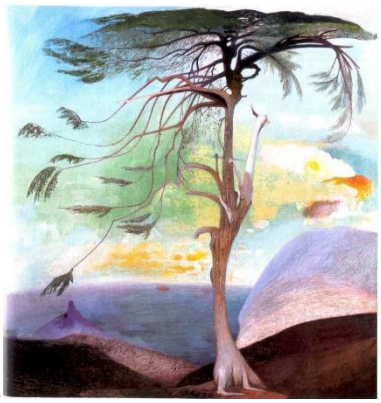
Szimpatizmus vagy sajnáltatás: Az egyén a saját erejéből el nem érhető céljai elérését a környezete részvétének, sajnálatának a manipulatív kiprovokálásával próbálja megvalósítani.

Testi szomatizáció vagyis a lélek konfliktusai a testi tünetekbe tevődnek át.

Eltolás – átvitel: Erről az én-védő mechanizmusról akkor beszélünk, amikor az ösztönök kiélése, célok megvalósulása akadályozott, és a feszültséget másokon éljük ki. Gyakran az agresszió kerül ilyen eltolásba: a főnököt nem üthetjük meg, ezért helyette a feleségünket, gyerekünket vagy állatainkat verjük.

Feldolgozás: A feszültségnek tevékenységi erővé való átalakítása, valamilyen hasznos tevékenységbe való „belefeledkezés”, például: munka- és/vagy fantázia-elaborálás.

Elaboráció: Az elaboráció pozitív elhárító mechanizmus, azaz alkalmazkodás szempontjából előnyös, mert a személy alkalmazkodóképessége és általában a képességei magasabb szintre emelkednek. Nagyon fontos és fejlett elhárító mechanizmus az elaboráció, amely a legtöbb művészi tevékenység és kifejezési forma gyökere. Ezt használva az alkotó „kidolgozza” magából a kínjait. Ha ez a folyamat nem lenne, akkor valószínűleg olyan művészek, mint Van Gogh, József Attila, Csontváry, sokkal hamarabb megbetegedtek volna, és nem hagytak volna ránk örökül annyi remekművet.

Az elhárító mechanizmusok előnye: kizárja a tudatból a fájdalmakat, a nem megvalósíthatót, mert annak átélése belső feszültséghez vezet.
Az elhárító mechanizmusok hátránya: annak a veszélye, hogy az elhárított feszültség megmarad és megváltozott, erősebb formában visszatér.

Az énvédő mechanizmusokat sokkal könnyebb felfedezni másokban, mint magunkban. A felsoroltak mellett még számos elhárító mechanizmus létezik.
Ezeknek repertoár szerűen kell jelen lenni, mert egy elhárító mechanizmus túlzott egysíkú alkalmazása nem megfelelő pszichés működést eredményez

7.6. Személyiségfejlesztés gyakorlata

A gyakorlat célja:

- A résztvevő munkatársak személyiségfejlesztésének támogatása félig strukturált gyakorlatok alkalmazásával.
- A megküzdési technikák bővítése, a stressztűrő képesség fokozása és a konfliktuskezelési módszerek elsajátítása.
- A csoportvezető irányításával és a csoporttagok egymásra hatásának eredményeként a résztvevők önismeretének elmélyítése és a hatékony szakmai szerepekhez szükséges attitűdök és viselkedésmódok elsajátítása.
- A tantárgy keretein kívül a folyamatos önfejlesztés, önreflexió és a szakmai igényesség iránti igény felkeltése.
- A személyiségfejlesztés csoportos formában strukturált gyakorlatok alkalmazásával történik maximum 12-15 fős csoportokban. (amennyiben nagyobb a csoport, akkor csoportbontás szükséges)

Önismeret fejlesztése

A résztvevő munkatárs ismerje meg:

- saját énjének tartalmait, tudatos identitását, személyiségének belső mozgásait, dinamizmusait
- az énkép merev kereteibe nem illeszthető pszichés elemeket
- a szerzett viselkedésminták, értékek és belső késztetések összehangolásának módját
- a személyén belüli érzelmi-indulati ellentmondásokat
- a másik emberre adott reakcióinak sokszínű élményhátterét
- személyes és szakmai kompetencia határait

7.6.1. Csoportszabályok

- „itt és most” szabálya: csak azzal foglalkozunk, ami a gyakorlaton történik, kizárjuk a külvilágot, „én-jelenségek”: ne általánosítsunk, saját, személyes érzéseinkről nyilvánuljunk meg
- nem csak ésszel, szívvel is: érzésekkel van vitatkozunk: az egymás mellé rakott érzések, vélemények adják az egymástól tanulás lehetőségét
- nem minősítünk
- titoktartás: a gyakorlaton elhangozottak a csoportra tartoznak (itt nem arra kell közös felelősség a lezajló eseményekért.
- A siker rajtunk múlik. A gyakorlatrésztvevőin, az oktatón és a résztvevőkön múlik, hogy hogy sikerül a gyakorlat, mennyi új dolgot tanulhatunk
- közös cél - mindegyik csoportnak megvan a saját célja, ezzel kerülnek meghirdetésre
- Ha valakivel problémám van, azt a csoporton belül tisztázom, ha szükséges, a vezető segítségével

- Én-közlések - ez az egyik legnehezebb pont szerintem :), arról szól, hogy a csoportban E/1-ben beszélek. Az én érzéseimről , az én tapasztalataimról stb.

- a csoportvezető feladatai - az egyik legfőbb feladata, hogy mindezeket a kereteket segítsen megtartani, a másik, hogy figyeljen a csoporttagokra és támogass őket

7.6.2. Gyakorlat várt hatásai

A résztvevő munkatárs legyen képes:

- az általa közvetített értékeket hitelesen képviselni;
- másokkal egyenrangú kapcsolatot létesíteni, vállalva a szakmai felelősséget;
- az általa megismert információkat a titoktartás szabályai szerint kezelni;
- felismerni másokkal való kapcsolatkezelési problémáit és ebben segítséget kérni;
- nyílt és hiteles kommunikációra, a metakommunikációs jelzések felismerésére és értékelésére;
- saját metakommunikációjának kontrollálására, kommunikációs problémáinak felismerésére
- mások befogadóképességéhez igazodó kommunikációra
- mások értő figyelemmel kísért meghallgatására
- a nondirektivitás szabályait kommunikációjában megfelelő helyen alkalmazni
- saját szakmai álláspontjának képviseletére
- mások alátámasztott szakmai érveit elfogadni
- önismeretét fejleszteni
- önmagát elfogadni és értékelni
- empátiát érezni és empátiás készségét folyamatosan fejleszteni
- pozitívan gondolkodni a saját életével kapcsolatban;
- felelősen viselkedni és dönteni;
- a szakmai tevékenységének következményeiért felelősséget vállalni;
- a konfliktusokat tűrni és megfelelően kezelni;
- megkülönböztetni a konfliktust és játszmákat,
- viselkedését kellően kontrollálni;
- szakmai személyiségének karbantartására;
- a kiégési tüneteinek időben történő felismerésére.

7.6.3. Gyakorlat témakörei:

A gyakorlat a következő 4 témával foglalkozik

1. A segítői szerep és addikció
2. Nyílt és hiteles kommunikáció fejlesztése
3. Reális pozitív énkép fejlesztése
4. Konfliktuskezelés
5. Stresszkezelés

Segítői szerep és az addikció:

A gyakorlat a következő kérdésekre keresik a válaszokat a résztvevők

- Milyen saját élményei vannak az addikcióval kapcsolatban?
- Milyen tapasztalatai vannak a szenvedélybetegségekkel, a szenvedélybetegekkel?
- Miért vállalkozik, vállalkozott erre a feladatra, munkára?
- Milyen motívumok játszanak közre, hogy ezen a területen dolgozik?
- Milyen veszélyei vannak a segítésnek számára?

Nyílt és hiteles kommunikáció fejlesztése

- Mások kommunikációjának megfigyelése, elemzése
- Saját kommunikációnk reális észlelése
- Saját szükségletekről és érzésekről szóló üzenetek közlése
- Társak visszajelzéseinek fogadása
- Kapcsolatteremtő készség fejlesztése a pozitív énkép függvényében
- Reális pozitív énkép fejlesztése
- Empátia, rugalmasság összefüggései
- Bizalmi kapcsolat kialakításának módozatai
- A reális és az ideális én összevetése
- Igényszint, önbizalom, teljesítményfokozás reális lehetőségei
- Előítéletek felismerése és kezelése
- Együttműködési készség.

Stresszkezelés **módszerei**

- Pozitív – negatív stressz
- Frusztrációs tolerancia növelésének technikái
- Szorongás- és stresszoldás módszerei
- A kiégés megelőzése, illetve kezelése
- A segítő szerep önismereti háttere, kompetencia-határok

Konfliktus kezelés módszerei

- A konfliktus felismerése
- Kommunikáció konfliktushelyzetben
- Konfliktuskezelő stratégiák felmérése (versengő, problémamegoldó, elkerülő, alkalmazkodó, kompromisszumkereső,), a stratégiák összefüggései
- A hatékony konfliktuskezelés gyakorlása
- A konfliktuskezelés a segítő kapcsolatban

Gyakorlat utóhatása:

Az oktató irányításával és a csoporttagok egymásra hatásának eredményeként a résztvevők önismerete és sikerül olyan kompetenciákat elsajátítani, amelyek jól alkalmazhatóak a közösségi ellátás mindennapi feladatai során.
A gyakorlat hatására a résztvevőkben nő a folyamatos önfejlesztés, önreflexió és a szakmai igényesség iránti igény.

8. Közösségi ellátás - gyakorlata

Összefoglalás: Ezen tananyag részben az elméletekhez tartozó tudásátadás, és gyakorlati ismeretek megszerzésére helyezzük a fő fókuszt.

Célja: A közösségi ellátás elméleti alapjai című tárgyban megfogalmazottak gyakorlatban történő elmélyítése

Kulcsszavak: pszichokatív szer, dependencia, tolerancia, kodependencia, addikció, viselkedési függőségek, kokain, ópiát, marihuána, LSD, MDMA, drog, megvonás, sóvárgás …

Tanulást segítő kérdések:
Kérem definiálja az alábbi szavakat: addikció, dependencia, tolerancia, absztinencia?
Mit jelent a kodependencia?
Milyen viselkedési addikciókat ismer?
Kérem, sorolja fel a pszichoaktív anyagokat hatásuk szerint?
Kérem, ismertesse a függőség kialakulásának fázisait ?

Ajánlott irodalom

- Komáromi Éva: A kodependencia című tanulmányának „Pszichoterápiák” fejezete. (Komáromi 2010, 378-381 p.).
- Szabóné Kármán Judit: Családgondozás - krízis-prevenció, Medicina Könyvkiadó, 2004.
- Kísérletek az addiktív személyek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon (Szerk: Berényi András (2006) Módszertani segédlet. Debrecen, Forrás Lelki Segítők Egyesülete)
- Kelemen Gábor – Csákiné Király Lívia (2004): Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Harangozó J., Bodrogi A.: A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás (in szerk. Füredi J., Németh A., Tariska P. (2009): A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. Budapest, Medicina, 570-594.p.)
- Eric Berne: Emberi Játszmák, Háttér kiadó, 2013.
- Erik Berne: Sorskönyv, Háttérkiadó 2013.
- Játszmák nélkül - Tranzakcióanalízis a gyakorlatban Járó Katalin (szerk.) Helikon Kiadó, 1999.
- Sors mint döntés I-II. - Az érzelmek felfedezése és felszabadítása Járó Katalin (szerk) 2005.
- Jellinek, E. M: (1942): Alcohol addiction and chronic alcoholism. New Haven: Yale University Press, https://www.science.org/doi/10.1126/science.97.2509.119.c

- Jellinek, E. M. (1962). Phases of alcohol addiction. In: D. J. Pittman. C. R. Snyder (szerk.) Society Culture and Drinking Patterns, Carbondale, Southern Illinois University Press, 356-368

Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. J., Comings, D. E. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. Journal of Psychoactive Drugs, 32 Suppl, i–iv, 1–112

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Komáromi Éva: A kodependencia című tanulmányának „Pszichoterápiák" fejezete. (Komáromi 2010, 378-381 p.).
- **Szabóné Kármán Judit: Családgondozás - krízis-prevenció, Medicina Könyvkiadó, 2004.**
- *Kísérletek az addiktív személyek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon* (Szerk: Berényi András (2006) Módszertani segédlet. Debrecen, Forrás Lelki Segítők Egyesülete)
- Kelemen Gábor – Csákiné Király Lívia (2004): *Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Harangozó J., Bodrogi A.: *A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás* (in szerk. Füredi J., Németh A., Tariska P. (2009): *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Budapest, Medicina, 570-594.p.)
- **Eric Berne: Emberi Játszmák, Háttér kiadó, 2013.**
- **Erik Berne: Sorskönyv, Háttérkiadó 2013.**
- Játszmák nélkül - Tranzakcióanalízis a gyakorlatban Járó Katalin (szerk.) Helikon Kiadó, 1999.
- **Sors mint döntés I-II. - Az érzelmek felfedezése és felszabadítása** *Járó Katalin (szerk) 2005.*

Szenvedélybetegek **kezelése**

Az alkoholprobléma, a szenvedélybetegségek a társadalom egészében jelen vannak, ezért a rendszerszemléletű megközelítés adhat segítséget.

Trendek, melykre a közösségi addiktológiai ellátásban működő szakembernek fel kell készülni.

- Az alkoholfogyasztás egyre korábbi életszakaszban kezdődik.
- A nemek közti különbség elhalványul, azaz a nők, lányok is felzárkóznak a szerhasználatban.
- Rohamivás divat
- Nikotin fogyasztás is egyre elterjedtebb
- Nagyobb hangsúlyt kell helyezni a viselkedési addikciók felismerésére, kezelésére.

8.1. Gyakorlati dilemmák:

- A szenvedélybetegségek problematikája többnyire a „problémás alkoholfogyasztásra" terjed ki.
- Az alkalmi, olykor egyszeri tragikus alkoholfogyasztás , szerhasználat nem kerül kellő képbe
- Az egyszeri, alkalmi használat veszélyei azonban igen jelentősek lehetnek: (baleset, esés, törés, családi, önagresszió, környezeti agresszív magatartás, bűncselekmény, munkahelyi, iskolai hiányzás, ennek jogi, szabályozási, házirendi következményei)
- Az alkoholprobléma az italozással gondban lévők jelentős részénél egyáltalán nem jelenik meg beismert problémaként.

- • A szenvedélybetegségeket nagyon gyakran az egyén környezetében élők korábban észlelik mint maga az érintett, ezért nagy hangsúlyt kap a közösségi ellátásban a család bevonása és támogatása, valamint a kodependencia felismerése és kezelése.

- Az alkoholhasználat a legtöbb esetben nikotinfogyasztással is párosul
- Gyakori az alkohol és gyógyszer közös használata. Hogyan kezeljük a politoxikomániát?
- Hogyan kezeljük a „passzív alkoholistát", aki tűri, eltűri, elviseli az alkoholista családtag, környezeti szereplő alkoholizmusát annak minden testi-lelki-kapcsolati következményeivel együtt?
- Hogyan kezeljük a „másodlagos alkoholistát", aki az alkoholfogyasztás fenntartója és kiszolgálója, majd maga is az ital használója lesz?

Szenvedélybetegségek hatásai:

- egészségügyi (bel szervi, mozgásszervi, idegrendszeri, traumatológia, toxikológiai, stb.)
- szexuális (aszexualitás, prostitúció, fertőzések)
- egzisztenciális (status vesztés, lezüllés, marginalizálódás)
- társkapcsolati (válás, baráti kapcsolatok elvesztése, cseréje)
- pszichés (önértékelési zavarok, hárítások, tagadások)
- kommunikációs (megváltozott verbális és nonverbális rendszer)
- családi (erőszak, bántalmazás, anyagi, k odependencia, életviteli, stb.)
- szociális (munkahelyvesztés, hajléktalanság, ellátottság/ ellátatlanság)
- iskolai, munkahelyi (erőszak, fegyelmi kérdések, hiányzások)
- környezeti (erőszak, bűncselekmény,stb.)
- jogi (bűncselekmény, büntetés)
- közlekedési (ittas vezetés, baleset, bűncselekmény)
- társadalmi, költségvetési („mibe kerül nekünk egy szenvedélybeteg kezelése?")

Szenvedélybetegségek érintettjei:

- maga a szenvedélybeteg személy
- a környezet közvetlen szereplői:család: gyermekek, házastárs, nagyszülők, szülők
- a környezet közvetett szereplői: munkatársak, szomszédok, stb.
- a társadalom, a jog, a büntetés-végrehajtás
- „mibe kerül nekünk egy alkoholista"?
- Az egészségügyi, szociális, igazgatási ellátás rendszere
- Az állami költségvetés (+, -)

Szenvedélybetegség általános megjelenése a szociális ágazatban

- Az index személy (szenvedélybeteg) kliens a legritkább esetben jelenik meg direkten alkoholproblémájával, vagy egyéb függőségi problémájával.

- Az alkoholproblémával, függőséggel küzdő családok hosszú ideig titkolják, tagadják a probléma alapját, létét.

- A családi gondok között mintegy „mellékesen" kezelik az alkohol okozta gondokat.

- A gyermek magatartási, viselkedési zavarai mögött a szülői alkoholfogyasztás rejtve marad.

- A környezeti szereplők sokáig felmentő, elfogadó magatartást tanúsítanak alkoholprobléma esetén, gyógyszerszedés , munkamánia esetén.

- Jelzés esetén a szociális ellátást végző számára gyakran nehézséget okoz az egyént alkohol- vagy drogproblémájával szembesítenie.

- A szociális ellátást végző a szenvedélybeteg személy kezelésére alapvetően kiképzetlen, beavatkozási készlete véges, vagy hiányos, vagy nincs is.(ezért van a jelen képzés, hogy speciális segítséget kapjon a szakember)

8.2. Addiktológiai alapfogalmak:

Drog: Farmakológiai fogalom, az orvostudományban tágabban, a magyar nyelvhasználatban szűkebben értelmezik. Azok az anyagok, amelyek elfogyasztva megváltoztatják a központi idegrendszer működését.

Kábítószer: Szigorúan véve jogi kifejezés. Csak azokat az illegális drogokat értjük alatta, amelyek használatát az adott ország büntető törvénykönyve büntetni rendel.

Pszichoaktív szer: Azok a kémiai anyagok, amelyek a központi idegrendszeren keresztül fejtik ki hatásukat. Független az anyag jogi státuszától. (a drog jelentésének megfelel)

Megvonás: a drog használatának abbahagyását követően jelentkező kellemetlen testi/lelki tünetek. Nem minden drog használatakor alakul ki fizikai megvonásos tünet, de lelki bármelyiknél kialakulhat.

Tolerancia: a szervezet az ismételt használat során hozzászokik egy kémiai anyag használatához. Ugyanazon hatás eléréséhez egyre nagyobb dózisra van szükség. *Fordított tolerancia*, *kereszttolerancia*

Designer drog: molekuláris szerkezetükben illegális drogokra hasonlítanak, azokhoz hasonló hatásokat idéznek elő. Ellenőrzés alá vonásig jogi következmények nélkül terjeszthetők, forgalmazásuk és használatuk legális. (C-lista – Új pszichoaktív szerek jegyzéke – ÚPSZ nem csak designer lehet!)

Set-setting: Zinberg szerint (1984) a „drogélményt" három tényező határozza meg.

1. a kémiai anyag alapvető élettani hatásai
2. a fogyasztó személyisége és testi-lelki állapota, valamint tapasztalatai és elvárásai **(„set")**
3. a használt fizikai és társadalmi körülményei, a környezet **(„setting")**

Entaktogén: A kapcsolatteremtést megkönnyítő, nyitottságot, felszabadult beszédességet, empátiát, szeretetet, valamint öröm- és elégedettségérzetet előidéző drog.

Polidrog-használat: többféle pszichoaktív anyag együttes használata

8.3. Függőség (dependencia)

- Konkrét orvosi diagnózishoz kötött (DSM, BNO)
- Lehet **kémiai** vagy **viselkedési**, ezeknek hasonló jellemzői vannak.
    - Folyamatos kényszer az adott viselkedés végrehajtására, nem tud ellenállni a vágynak (pl: ivás, játékgép)
    - A viselkedés ciklikusan ismétlődik.
    - **Feszültség – átmeneti kielégülés – (bűntudat) – feszültség**
    - Kialakul a hozzászokás (tolerancia)
    - Megvonásos tünetek jelentkezhetnek
    - Leszokási kísérletek kudarca

- Családi, szociális kapcsolatok romlása
- Egyéb mentális problémák megjelenése
- Más örömszerző források eltűnése

8.3.1. Pszichoaktív szerek csoportosítása

- Legális és illegális
- Természetes és szintetikus
- Gyógyszer vagy méreg
- Addiktív vagy nem addiktív
- Használati mód szerint
- Kémiai struktúra szerint
- **Pszichoaktív hatás szerint**

8.3.2. Hatás szerinti osztályozás

1. **Stimulánsok** (kokain, amfetamin, koffein, nikotin)
2. **Depresszánsok** (altatók, nyugtatók, alkohol, opiátok)
3. **Hallucinogének** (LSD, meszkalin, pszilocibin, szerves oldószerek,
4. **Egyéb:** kannabisz!?)

Bizonyos szereket külön kategóriaként is szoktak kezelni (részben nyugtató, hallucinogén, vagy stimulánsokra emlékeztető hatással is bírnak

8.3.3. Stimulánsok

A központi idegrendszert serkentik, növelik az éberségi szintet és az aktivitást, csökkentik a fáradtságérzetet.

Ez a leghomogénebb csoport, de érdemes tovább differenciálni a szereket.

- Kokain
- Amfetamin típusú pszichostimulánsok
- Entaktogének (MDMA, MDA)
- Nikotin
- Koffein
- Teobromin
- Teofillin

Kokain- crack 

Mi a kokain?

- Dél-amerikai növényből – kokacserjéből állítják elő
- Fehér porként árulják (~16 e Ft/g)

- A Crack a kokain szabad bázisú formája

Fogyasztása:

- Kokain: orrba szippantva (gyakoribb), intravénásan
- Crack: hevítve, füstjét beszívják

Hatása:

- A dopaminerg, noradrenerg és szerotonerg rendszerre hat
- **Izgalmi tünetek, fokozódó energia, nő az éberségi szint**
- Elmúlik az álmosság vagy fáradtság érzete
- Csökken az étvágyérzet
- Vérnyomás emelkedés, izzadás, folyadékvesztés
- **Eufória tapasztalható, nő a személy önbizalma**
- **Egocentrikusság, túlzott önértékelés**
- Beszédesség, könnyebb kapcsolatteremtés
- Nagyobb dózis esetén agresszív megnyilvánulások
- Erős szívdobogás, tremor
- Fokozott nyugtalanság, pánikroham, szorongás
- Kialakulhat tolerancia és függőség

Amfetamin **származékok**

Hatása:

- Éberség, magabiztosság
- Csökkenő étvágy
- Pulzus és vérnyomás emelkedés

Használat:

- Orrba felszívva, lenyelve, intravénásan
- Lelki és fizikai függőséget okoz
- Rebound mechanizmus

Kockázatok:

- Roham, szívroham, stroke esélyét növeli
- Szív- érrendszeri megbetegedések
- Immunrendszert gyengíti, betegségek esélye nő
- Pszichózis, paranoia
- Intravénás használat – fertőzésveszély!
- Más anyaggal keverni veszélyes!

Ecstasy, MDMA

Hatások: (3-4 órán át tart)

- kényelem, empátia, szeretet, eufória, feldobottság, összetartozás érzés
- Sajátos stimuláns és hallucinogén elemeket ötvöző hatása van

Negatív hatások:

- Szemrángás, állkapocs görcs, nyelv- és szájrágás, fogcsikorgatás, izomfeszültség
- Enyhe hallucinációk
- Nyugtalanság, ingerlékenység
- Lelki függőség kialakulása
- Toleranciát alakíthat ki (inkább rekreációs használat jellemző)
- Rendszeres használat során csökkennek a pozitív élmények

Veszélye:

- kiszáradás, keringési zavar, légzési nehézség, halál (a túlhevülés miatt)
- Fokozott folyadékvesztés
- vesekiválasztás csökkenése és lassulása, vesekárosodás

Nikotin

Hatása:

- Emeli a vérnyomást és a pulzust
- Szűkíti az ereket
- Éhségérzet tompítása
- Pszichés és fizikai függést is kialakíthat
- A nikotin nem nyugtat! Az elvonási tünetek megszüntetése, és/vagy a helyzetből való kilépés okoz nyugalmat

Veszélye:

- Minden szervrendszert károsít (oxigénellátást rontja)
- szív és érrendszeri megbetegedés
- felső légutak, tüdő daganatos megbetegedése
- impotencia, ivarsejtek károsodása

Koffein:

- Kávé, tea, kóladió alkaloidja
- KIR izgató hatás
- Pulzus és vérnyomás emelkedés
- Tartós fogyasztásnál enyhe tolerancia és addikció, ami néhány hét után megszűnik

Teobromin: *(istenek eledele; theo – isten, broma – étel)*

- A kakaó és a csokoládé főalkaloidja
- Enyhén élénkítő hatású
- Alacsony mennyiség van a csokoládéban (az állatokra már ez is veszélyes lehet)
- Mérgezéses tünetek: hányinger, hányás, hasmenés, fokozott vizelés, szívritmus zavar, görcsök, szívproblémák

Teofillin:

- A tealevelekben megtalálható kis mennyiségben
- Gyógyászati alkalmazás (hörgőtágító hatás)
- Fokozza a KIR, a szív működését és a vizeletkiválasztást

- Relaxáns hatás a tüdő simaizomzatára
- Mérgezéses tünetek: nyugtalanság, remegés, alvászavar

Energia italok



- Magas koffein tartalom
- Szénsav
- Taurin
- Alkohollal kombinálva veszélyes!
    - Eleinte elnyomja az alkohol hatását, több ital elfogyasztására buzdíthat
    - Taurin: olyan aminosav, ami a vérben lévő víz és ásványi sók szintjének szabályozásában játszik szerepet
    - A koffein fokozza a vizeletkiválasztást dehidráció veszélye
    - Paradox hatás: stimuláns depresszáns
    - Nagyobb mennyiségben felboríthatja a szervezet folyadékháztartását
    - Rejtett szív- és érrendszeri problémákat hozhat elő
- Mérgezéses tünetek: hányinger, hányás, émelygés, szédülés, izgatottság, nyugtalanság, erős szívdobogásérzés, magas vérnyomás

8.3.4. Depresszánsok

- A központi idegrendszert nyugtató szerek
- Heterogénebb csoport, mint a stimulánsoké
    - Nyugtató, altató, szorongásoldó gyógyszerek
    - Opiátok
    - Alkohol

Ópiát származékok

Jellemzői:

- Gyógyászatban fájdalomcsillapítás (morfin)
- Köhögéscsillapító (kodein)
- Leggyakrabban használt a heroin

Kockázata:

- Nagy az esély súlyos testi- és lelki függőség kialakulására (gyorsan alakít ki toleranciát)
- A legtöbb egészségügyi problémát okozó szerek

Élettani hatása:

- Fájdalom és szorongás csillapítása
- Depresszáns hatás (aktivitás csökkenése)
- Gyomor- és bélműködési zavarok
- Májfunkciók csökkenése
- Intravénás használat során: vérmérgezés, vénagyulladás, vérrögképződés, fekély, tályog, Hepatitis, HIV
- **Túladagolás:** kékre színeződött körmök, minimálisra szűkült pupilla, alacsony testhőmérséklet, keringési és légzési zavarok, halál

Heroin:

- Ópiummákból állítják elő
- Barnás v. fehéres por
- Intravénásan használják
- Használata: kanál, melegítő, citromsav, szűrő, deszt. víz, alkoholos törlőkendő, érszorító
- Ártalomcsökkentés – tűcsere – fertőzések
- Metadon szubsztitúció
- Piaci jelenlét, helyettesítés designer drogokkal

Kéjgáz N2O (dinitrogén-oxid), nevetőgáz

- Habpatron
- Használata: lufiba eresztik, onnan belélegzik
- Veszélyes, fulladás, fejfájás, eszméletvesztés
- Függőség inkább lelki
- Enyhe testi tünetek (kivonja a B12 vitamint)
- Legális
- Egy tüdőnyi N2O egy percre a motorikus képességek elvesztését okozza, az érzékelés és az érzet megszűnik
- Oxigén légzése nélkül agykárosodást és fulladást okozhat

Ketamin (lónyugtató)

- Altatásra használt dózis alatt pszichedelikus hatások
- Por, vagy folyadék
- Szintetikus állatorvosi érzéstelenítő szer
- Más légzésgátlóval (alkohol, barbiturátok) légzésdepressziót okozhat
- Pszichés és fizikai függőség
- Túladagolás esetén halál

- **GHB (Gamma-hidroxi-vajsav)**
- Szagtalan folyadék
- Eredetileg altatónak fejlesztették

- Kis dózis- eufória, gátlások oldása
- Nagy dózis- emlékezetkiesés, eszméletvesztés
- Alkohollal keverve lassítja a légzést
- Nehéz adagolni, cseppentős üveg
- Fizikai függőség, kellemetlen elvonási tünetek
- Rosszullét, eszméletvesztés esetén mentőt kell hívni, addig stabil oldalfekvés

RUSH (alkyl-nitrit) poppers

- Nyitott üvegből kipárolgó gázt beszippantják
- Elernyeszti az izmokat
- Lecsökkenti a vérnyomást
- Felgyorsítja a szívverést- az oxigéndús vér az agyban izgalmi állapotot kelt
- Veszélyes mással keverni
- Lenyelni tilos – mentő!
- Irritálja a bőrt és a tüdőt, a szöveteket

8.3.5. Hallucinogének

- Elsődleges hatása a kognitív funkciók, az érzékelés, az észlelés, a gondolkodás folyamatainak megváltoztatása
- Ez a legváltozatosabb csoport
    - LSD, meszkalin, pszilocibin, DMT
    - A kannabiszt is ide szoktán ide sorolni.
    - Egyes szakkönyvek ide sorolják az ecstasyt is.
- Szerves oldószerek (inkább depresszáló hatás

LSD

- Félszintetikus vegyület
- Színtelen, szagtalan folyadék
- Általában itatós papírra, bélyegre impregnálják
- A hatását „trip”-nek utazásnak szokták hívni

Hatásai:

- intenzív hallucinációk, illúziók, egyéb különös észlelések
- Max 12 óráig tart

Mi a teendő bad trip (súlyos szorongást keltő hallucináció) esetén?

- Nyugodt, csendes helyre kell vinni
- Fontos a megnyugtatás
- Önmagára vagy környezetére veszélyt jelentene – mentőt hívni

Használatának következményei :

- Lappangó mentális betegséget aktualizálhat
- Akinél volt a családban pszichiátriai betegség, jobb ha nem használja (skizofrénia, paranoia)

- **Set – setting**: rosszul megválasztott környezet, rossz lelki állapot – lelki traumát okozhat, „bad trip”
- Megváltozott érzékelés miatti balesetek
- Vezetni tilos a hatása alatt!
- Nem okoz fizikai függőséget
- A lelki függőség sem valószínű
- Önismeret, terápiás felhasználása

Hallucinogén anyagokat tartalmazó gombák: Hatóanyag: pszilocibin

- Kiszárítva megeszik, v. süteményben
- kellemes, álomszerű víziók
- Nem olyan intenzív mint az LSD
- szorongás, pánik, kellemetlen fenyegető tartalmú hallucinációk
- motivációk, érdeklődés elvesztése
- lelki függőség kialakulhat
- Fizikai függőség nincs

Kockázatok:

- Lappangó mentális betegséget előhozhat
- Más szerrel való használat kockázatai
- Bizonyos gyógyszerekkel nem ajánlott (MAO gátlók)
- Rosszullét, hányinger, hányás, eszméletveszté

DMT

Jellemzői:

- Az emberi szervezetben is előfordul
- Több ezer növényben megtalálható
- Az egyik legintenzívebb hallucinogén
- DMT tartalmú növények + MAO gátlót tartalmazó növények keveréke = Ayahuasca
- A tiszta DMT kristályos formában kerül forgalomba
- Gőzét pipából, vagy vaporizerből szívják
- Hatása alatt nem szabad felállni és autót vezetni!
- MAO gátlóval együtt hosszabb és intenzívebb hatás!!
- Hatásai: erős füst miatt – torok és tüdőirritáció, émelygés
- Veszélyei: mint a többi hallucinogénnél
- 20-30 percig tart a hatása
- Nem okoz fizikai függőséget
- Hamar lebontja a szervezet
- Nehéz hozzájutni, ritka, egy meghatározott kör használja
- Rekreációs célú szerhasználat

- spirituális élmény

Szervesoldószerek :Szipu (ragasztók, hígítók, csavarlazító)

Hatása:

- álomszerű „utazás”
- intenzív örömérzet, eufória
- erős zavarodottság, önkontrollvesztés
- erős lelki függőség

Veszélye:

- oxigénhiány, légzésbénulás, fulladás, halál
- eszméletvesztés
- vesekárosodás
- májkárosodás
- agy-, tüdőödéma
- szellemi leépülés

8.3.6. Kannabinoidok (marihuana, hasis)

Cannabis sativa, cannabis indica

- Hatóanyag: THC (delta-9-tetrahidrocannabinol)
- A Cannabis nőnemű növényének a legnagyobb a pszichoaktív anyag koncentrációja kiszárított bimbóit adják el marihuánaként

Használata: füstjét elszívják, ételbe rakják

- Cigarettába tekerve (joint), vizipipa, bong, vaporizer
- Sütéshez vajban készítik elő (inkább a levelet sütik, a rügyet elszívják)
- **Fű, zöld, cigi, spangli, space cake (süteménybe sütve)**

Hasis (csoki): erősebb a hatása

- A növény gyantájából készítik
- Hallucinogén hatása erősebb

Kockázatai a használatnak :

- Pszichés függés alakulhat ki a rendszeres használattól
- Nem lehet túladagolni, nincs halálos dózis
- Károsíthatja a tüdőt és a torkot
- Lelassítja a reflexeket
- Tartós használat megváltoztatja az értékrendet, fásultság, motiválatlanság
- Tartós (több éves) használat után mentális problémák
- Aktivizálhat látens pszichés problémákat

- Fontos lenne a fogyasztó pszichés jellemzőinek ismerete, családban volt e pszichózis, depresszió, skizofrénia?



- Néhányan idegesen, kényelmetlenül érzik magukat tőle
- Büntetőjogi kockázat, helyette elterjedt a szintetikus kannabinoidok használata

8.3.7. DESINGER DRGOK

A designer drog kifejezést azokra a szerekre használják, melyek molekuláris szerkezetükben illegális drogokra hasonlítanak, így azokhoz hasonló hatásokat idéznek elő, viszont nem szerepelnek a tiltólistákon, ezért forgalmazásuk és használatuk legális.

C lista: Az új pszichoaktív anyagokat nem fogják rögtön feltenni a kábítószerek listájára, hanem egy ideiglenes listára kerülnek fel – ez a C-lista. Ezen nem csak egyes szerek, hanem szercsoportok is szerepelnek (*generikus szabályozás*).

Hatása: Hatásmechanizmusuk nagyon hasonló az illegális szerekéhez

Veszélye: Kiszámíthatatlanság, nehéz dozírozás

Legelterjedtebb:

Szintetikus kannabinoidok (herbál, biofű)

Szintetikus katinon származékok, főleg pentedron (kristály)

Herbál, biofű

Szintetikus kannabinoid + hordozóanyag

- Korábban: színes aromazáró tasakokban növényi törmelékre impregnálva
- Jelenleg: fehér por, dohányra permetezve, vagy beáztatva
- Fantázianevek: Brutal smoke, Diamond, Kamikaze, Spice, bio, herba

Hatása:

- Marihuánához hasonló hatás, de intenzívebb és rövidebb ideig tart
- egyes használók stimuláns hatásról is beszámolnak
- euforikus érzés, megváltozik az érzékelés
- Nem kívánt hatások: **emelkedett pulzus, magas vérnyomás, rosszullét, zavartság, hányás, erős fejfájás**
- Pszichés problémák: rendszeres használat, vagy nagyobb dózis esetén: **rossz közérzet, szorongás, düh, félelem, paranoid gondolatok, agresszív késztetések**

Jellemzői:

- gyakoribb és súlyosabb negatív fizikai és pszichológiai következmények, mint a kannabisznál
- lényegesen olcsóbbak bármelyik illegális drognál

- komolyabb és elhúzódó elvonási tünetekkel jár az abbahagyása
- gyakori és nagy dózisú használat pszichotikus tünetekbe is átcsaphat
- könnyen beszerezhetőek: Bio boltok (Herbal shopok), Webshopok, Dealerek (osztálytársak, haverok)
- potensebbek, hatásuk többszöröse a korábbi szereknek
- kiszámíthatatlan mellékhatások
- Nem mutatják ki a tesztek – nincs referencia anyag

Kristály

Szintetikus katinon származékok

főleg pentedron a hatóanyaga, korábban mefedron, MDPV

- Kinézetre: Fehér színű, apró kristályos, vagy porszerű anyag
- Fantázianevek: penta, kristály, zene, mp3, *utca v. dealer neve*

Hatása:

- főleg az illegális MDMA és amfetamin származékokhoz hasonlítanak
- fokozott empátia, megnövekedett energia, éberség érzése
- nagyobb dózis esetén, vagy a hatás elmúlása után: szorongás, félelem, ingerlékenység
- rendszeres használat, nagyobb dózis: pszichiátriai problémák, pánikroham, hallucinációk, üldöztetéses érzések, agresszivitás
- Lehetnek depresszáló, stimuláló és hallucinogén hatások is egyszerre

Jellemzői:

- nehéz a dozírozása, könnyen túl lehet adagolni
- kiszámíthatatlan hatás
- kombinált szerhasználat fokozott veszélyt jelent
- rövid ideig tart a hatás, ismételt szerhasználat
- komoly egészségügyi kockázat: nazális és intravénás használat
- HIV/HBV/HCV kockázat
- Heroinfüggők jelentős része átállt erre
- Napi 4-5 □ 15-20 injektálás

8.3.8. Alkohol

Jellemzői:

- Növényi eredetű cukrokból jön létre élesztőgombák segítségével
- Pszichoaktív szer, több agyi központban, több neurotranszmitter-rendszerre hat
- A KIR-en kívül számos szervre hatással van

Hatása:

- feszültségoldás
- gátlások oldása
- testi és lelki függőség

Veszélye:

- Pszichés és szociális állapot romlása
- máj, agy, szív, izom, idegrendszer, emésztőrendszer károsodása
- Túladagolás, légzésdepresszió, halál
- Alkoholmegvonás, delirium tremens
- Szellemi leépülés



Jelinek , tipológiája az alkoholizmus meghatározásra

Alfa típusú ivó	feszültségek oldására, a megkönnyebbülésért iszik	problémái megszűnte után felhagyhat az ivással, de addig pszichés függőség lehet	a folyamat nem feltétlenül progrediál, de a társas kapcsolatokra negatívan hathat ki
Béta típusú ivó	alkalmi, de nem ritka vagy jelentéktelen alkoholabúzusok, melyek a szociális környezet szokásaihoz kapcsolódnak	nincsenek megvonási tünetek, de a biokémiai tolerancia hosszabb távon megnövekszik	szomatikus szövődmények
Gamma típusú ivó	addikt, kontrollvesztéses ivó, típusosan tömény italokkal, látványos részegségekkel	pszichés, majd fizikális függőségi jegyek	progresszív pszichés és szomatikus károsodások
Delta típusú ivó	addikt, de nem kontrollvesztéses ivó, típusosan nem tömény italokkal, külvilágnak lehet szinte láthatatlan	fizikális függőség	szociális kapcsolatokra vonatkozóan nem progresszív, de hosszabb távon súlyos szomatikus szövődménye
Epszilon típusú ivó	nem addikt, de kontrollvesztéses ivó, ritka, de nagy részegségekkel	kényszeres jellegű, pszichés függőség lehetséges	szociális kapcsolatokban feltűnő, de a környezet számára érthetetlen

Alkohol, és gyógyszerfüggőség kialakulásának fázisai, jellemzői

I. Első szakasz

- Alkalmi megkönnyebbülés
- Tolerancia növekedése
- A megkönnyebbülés állandó keresése

II. Kezdeti szakasz

- Stressz oldó
- Titkos fogyasztás
- Gyakran gondol az ember az alkoholra vagy a gyógyszerre
- Erősödő vágy
- Bűntudat
- Célzások kerülése
- Gyakori emlékkiesések

III. Kritikus fázis

- Kontrollvesztés
- Viselkedés megmagyarázására tett kísérletek
- Szociális terhek
- Kifelé túlzott magabiztosság

- Feltűnően agresszív viselkedés
- Állandó bűntudat
- Teljesen absztinens periódusok
- A fogyasztási szokások megváltozása
- Lemondás a barátokról – ellenségeskedések
- Munkahely elhagyása
- Viselkedés a szerre koncentrálódik
- A külvilág iránti érdeklődés csökken
- Emberi kapcsolatok újra értelmezése
- Önsajnálat
- Gondolati és tényleges menekülési kényszer
- Változások a családi életben
- Ok nélküli kedvetlenség
- Alkohol tartalék biztosítása
- Táplálkozás elhanyagolása
- Első szervi panaszok
- Szexuális vágy csökkenése
- Alkoholista féltékenység
- Rendszeres ivás reggelente

IV. Krónikus fázis

- Hosszabb, napokon át tartó részegség
- Etikai leépülés
- Gondolkodás leépülése
- Organikus pszichoszindrómák / alkoholos pszichózisok
- A függő „színvonalán aluli" emberekkel iszik
- Toleranciavesztés
- Megmagyarázhatatlan félelmek
- Remegés
- Pszichoszomatikus zavarok
- Kényszeres fogyasztás
- Meghatározatlan vallásos vágyak
- Magyarázatrendszer összeomlása
- Teljes összeomlás
- Alkoholos delírium / görcsös rohamok

8.3.9. Viselkedési függőségek

- Addiktív viselkedésforma, pszichoaktív anyag nélkül
- Bizonyos mértékig ezek a viselkedések részei az életünknek, a normalitásba tartoznak
- Függőségről beszélünk, ha már:

    - Uralják a viselkedést
    - A gondolkodást és az érzelmeket
    - Jelentősen befolyásolják az életvitelt, testi-lelki egészséget
- Több betegségcsoporthoz tartozhatnak
- Kényszeresség (obszesszív-kompulzív spektrum)
- Impulzuskontroll zavarai
- Ha megszabadul tőle, hamar jelentkezik egy másik
- Fizikai függés helyébe is léphet
- A diagnosztikus rendszerek nem tartalmazzák mindet

Formái, fajtái

- Anorexia
- Trichotillomania
- Bulimia
- Kényszeres vásárlás
- Kleptománia
- Kóros játékszenvedély
- Szexuális kompulziók, parafíliák
- Pirománia
- Internetfüggőség
-
- Testedzésfüggőség
- Izomdiszmorfia
- MunMunkafüggőség
- Kodependencia
- Számítógépes játékfüggőség
- Mobiltelefon függőség

Közös jellemzők a kémiai addikciókkal:

- A viselkedés ciklikusan ismétlődik. (feszültség és viszonylagos nyugalom állapota között)
- Komorbiditás (egymással, depresszióval, alkoholizmussal)
- Hasonló neurobiológiai okok
- Kialakul a tolerancia
- Megvonásos tünetek jelentkezhetnek
- Leszokási kísérletek kudarca
- Családi, szociális kapcsolatok romlása

Jutalomhiányos szindróma elmélete (Blum, Comings és mtsai, 2000.)

- Középagyi dopaminerg rendszer alulműködése
- Az általában megszokott ingerek nem nyújtanak megfelelő jutalomérzést, kielégülést

- Állandósult jutalomhiányos állapot jön létre
- Öröklött rendellenesség – alacsony receptorszám
- Eredmény: magasabb rizikójú viselkedések keresése, kompenzálás erősebb ingerekkel
- Nemcsak impulzív, kockázatkereső viselkedések, hanem egyéb jutalmazó magatartásformák (pl.: evés, szexuális viselkedés)
- Ez a rendellenesség közös gyökere lehet a viselkedési és kémiai addikcióknak egyaránt
- Azt, hogy kinél milyen addikció alakul ki, nagyban függ a környezettől

Mobil-/okostelefon függőség

- A telefon hiánya diszkomfortérzetet, szorongást okoz
- Szorongás okai: nem vagyunk elérhetőek, kimaradunk az információáramlásból)
- Elvonási tünetek: szorongás, ingerlékenység, bizonytalanság
- Tolerancia: nő a használat óraszáma
- Az életvezetésben, társas kapcsolatokban is problémát okoz (tanulás, szórakozás, munka)
- Sóvárgás jelentkezhet
- Gondolkodás beszűkül a mobiltelefonnal kapcsolatos gondolatokra
- Sokszor rejtve marad a probléma (nincsenek testi tünetek)
- Fontos feltárni a probléma gyökereit
- Erős pszichés függés is lehet
- Elvonási tünetek: nyugtalanság, idegesség, bizonytalanság

Kodependencia

Egy „problémás” – addikcióban, személyiségzavarban, kodependenciában vagy impulzuskontroll-zavarban szenvedő – egyénnel kialakított és hosszabb távon is fenntartott kapcsolat, amely nem kielégítő, szenvedéssel teli az alany szempontjából.
(Komáromi 2010,)

A kodependencia, mint betegség kategória megjelenése összefügg a női szerepviselkedéssel kapcsolatos tradicionális társadalmi felfogások megváltozásával. Egészen a közelmúltig természetes, sőt elvárt magatartás volt, hogy a nő önmegvalósítását, családon kívüli boldogulását háttérbe szorítsa és előnybe részesítse a másokért való lemondást és áldozat vállalást. Az alkoholista, illetve agresszív férj mellett „hősiesen” kitartó, „gyerekeiért mindent elviselő” anya példáját a tágabb környezete valósággal csodálta. Mára a függőség és az önfeláldozás kiszorult a női szerepviselkedés általánosan elfogadott tartományából, sőt sok esetben betegségtünetként érzékelhető. (Komáromi, 2010.)

Kielakulása:
A kodependencia kialakulása hátterében számos szociokulturális és pszichológiai tényező lehet, itt vázlatosan ismertetjük a legfontosabb szegmenseket Komáromi Éva tanulmánya nyomán:

A legmeghatározóbb tényező az, hogy a kodependens személy olyan diszfunkcionális családból származik, ahol az egyik szülő szenvedélybeteg (illetve ritkábban agresszív, bántalmazó, kriminális vagy más deviáns viselkedést megtestesítő) személy volt.
Ez az a hosszú időn át fennálló függőség (vagy deviancia) a családtagoknak annyira megváltoztathatatlannak, kontrollálhatatlannak látszott, hogy alkalmazkodniuk kellett, ki – ki a saját érettségének és lehetőségeinek megfelelően törekedett a feszültségek mérséklésre, a család belső egyensúlyának fenntartatására.
Az ilyen családban felnövő gyerekek patológiás szerepeket (hős, bűnbak, bohóc, elveszett gyerek) vettek fel, amelyek abban a szituációban a család belső egyensúlyát szolgálták.
A gyermek kisebb-nagyobb mértékben „szülővé" vált a sérült felnőtt(ek) helyett (*parentifikálódás*), aki képtelen kompetens szülőként funkcionálni. Mindez jelentős akadályt jelentett a gyermek személyiségfejlődésében, hiszen ebben a helyzetben nem tudott saját életkorához illő életfeladatok teljesítésével foglalkozni (játék, tanulás, identitásképzés stb.).
Az állandó stresszhelyzetben, kiszámíthatatlan körülmények között élő (mikor jön haza a munka után a kocsmában lerészegedő apa; mikor bántalmazza a családtagokat stb.), a szülő miatt szégyenkező gyermek, úgy hiszi, hogy neki kell elhárítani a mindennapos szinten fenyegető katasztrófát. Végső soron azt tanulja meg, hogy csak az állandó gondoskodással, a folyamatos kontrolláló viselkedéssel biztosítható ez a túlélés.

Hatásai a gyermekekre:

- A kodependens viselkedésre kényszerült gyermek korán pszichológai tüneteket produkálhat, amelyek családdal való munkánk során figyelmeztető jelek lehetnek.

Ilyenek:

- szorongásosság, félelmek; depresszió
- elégtelen figyelemkoncentráció, teljesítmény zavarok

Továbbá:

- Hős szerepnél: görcsös teljesítmény igény
- alvászavar
- fizikai panaszok
- Bűnbak szerepnél: normasértő viselkedés, magatartás problémák (már az óvodában is!)
- agresszió
- bukás
- kémiai szerfogyasztás
- kisebb bűncselekmények elkövetése
- Elveszett gyermek: félénk, gátolt
- fantázia világba húzódik vissza
- önbizalom hiánnyal küzd,
- kortárs csoportjában szociálisan izolált
- Bohóc: korosztályához képest túlzottan infantilis

- A gyermekkorban kialakuló kodependens viszonyulás szempontjából meghatározó az életkor és „a kodependesként” eltöltött idő hossza.

Kodependencia és a gyermekkor:

- A gyermekkorban kialakuló kodependens viszonyulás szempontjából meghatározó az életkor és „a kodependesként” eltöltött idő hossza.

- Kedvező, a kodependencia ellen ható tényezők:
    - jó minőségű családon kívüli kapcsolatok
    - önbecsülést erősítő faktorok: iskola, sport.

- Kedvező a kodependenciára ható esemény, „fordulat”:
    - szülő felépülése
    - szülők válása, újjáalakult család
    - gyermek- és családterápia

Kodependencia és a felnőttkor:

- A felnőtt kliensekkel való munkánk során 3 fő tipikus viszonyrendszerben találkozhatunk a kodependenciával:
    - **szülő**, mint kodependes kliens: kémiai vagy viselkedési addikcióban szenvedő fiatal felnőtt/felnőtt gyerek szülője
    - **házastárs**, mint kodependes kliens: szenvedélybeteg társsal házasságban / párkapcsolatban élők (túlnyomórészt nők)
    - **felnőtt gyermek**, mint kodependes kliens: alkoholista szülők felnőtt gyermekei (jelentős párkapcsolati problémákkal)

A kodependencia összetett jelenség, amely sokféle tünetben mutatkozhat, így diagnosztizálása az addiktológia területén jártas tapasztalt szakember feladata, mindazonáltal az un. első szűréshez hasznos támpontok lehetnek, ha tisztában vagyunk a betegség főbb jellemzőivel

8.3.10. Kodependencia jellemzői

Az identitás bizonytalansága, az autonómia hiánya: a kodependens szinte mindig másokhoz viszonyítva határozza meg önmagát.

Fokozott dependencia igény, külső fókusz: A kodependes személy a másik problémájával való foglalkozás nélkül üresnek éli meg az életet, ezért mindig a partnere problémája (drogozás, indulatkitörések) áll a figyelme központjában.

Határok gyengesége: A kodependens engedi, hogy mások sorozatosan megsértsék a határait, azaz bántalmazzák, erőszakot tegyenek rajta, becsapják, kihasználják vagy semmibe vegyék. (Ennek hátterében az áll, hogy a bizonytalan identitás, bizonytalan határokkal jár együtt.)

Túlzott felelősségérzet: mindent a saját felelősségének érez, ami a partner életében rosszul alakul. Saját magával szembeni felelősséget azonban nem vállalja fel, amelynek leggyakoribb megnyilvánulásai:
nem törődik önmagával,
elhanyagolja külsejét, egészségi állapotát,
nem veszi figyelembe saját vágyait, ambícióit
nem készül fel a jövőre
elviselhetetlen helyzetben sem kér segítséget stb.

Kényszeres gondoskodás: kényszeresen gondoskodik másokról, mindent és erején felül megtesz azok fizikai és érzelmi jólétéért (kínos szituációkból való kimentésük: másnaposssága miatt munkaképtelen férje helyett ő magyarázkodik; szenvedélybeteg családtagnak ő keres segítséget stb.)

„Áldozatiság": saját magát áldozatnak tekinti, úgy látja, hogy egyszerűen nincs más lehetősége az ő helyzetében.

Kontroll szükséglete: nem bízik abban, hogy az ellenőrzése alól kikerült dolgok jól alakulhatnak, ezért folyamatosan a másik viselkedésének, illetve végső soron az egész kapcsolat kontrolljára törekszik. (gyakran kutat partnere zsebében, mobil telefonjában)

Kognitív torzulások: a gondoskodó-irányító viselkedés mögött torz hiedelmek „minden vagy semmi" típusú gondolkodás és rigid „kell" húzódnak meg.
pl.: „Minden férfi iszik"; „Azért bánt, mert szeret"; „Engem mindenki elhagyna"

Manipulativitás, játszma-viselkedés: Nem képes saját szükségleteinek, igényeinek felvállalására és nyílt kifejezésére (mást mond mint amit gondol; nem tud nemet mondani stb.), ezért saját szükségleteinek kielégítését a partner viselkedésének kontrollálásával, manipulatív módon kísérli meg.

Negatív önértékelés: Önbecsülése alacsony (gondoskodó, kontrolláló viselkedése révén jut sikerélményhez). Fokozottan érzékeny lehet kritikai észrevételekre, sőt a segítő beszélgetésben egy-egy kérdés feltevését is elmarasztalásként, elutasításként értékelheti.

Bizalom hiánya: gyermekkora óta azt tapasztalta meg, hogy nem bízhat a környezetében, a kontrolláló viselkedése is mély bizalmatlanságából fakad.
Önmagában sem bízik, nem bízik a pozitív változás lehetőségében.

Ugyanakkor éppen azokban és éppen akkor bízna meg, akik erre érdemtelenek. (Sok csalódás után is hisz az alkoholista vagy őt bántalmazó férje ígéreteinek)

Kényszeresség. Kényszeres, addiktív működési módja az evés, a munka, a szexualitás, a pénzkeresés, a költekezés, a vásárlás és a szerencsejáték területén is jelentkezhet.

Tagadás: A társfüggő egyszerre tagadja önmaga és a másik betegségét. (lásd. Rorward metaforáját)

Elfojtások: A kodependens személy a meg nem feleléstől és az elhagyástól való félelmében elfojtja saját érzéseit, indulatait. Nem is tudja elképzelni, hogy jobb, könnyebb, teljesebb élete legyen.

Szégyen és bűntudat: A kodependens személy meghatározó érzései az eredeti családból eredő szégyen és bűntudat. (Szégyelli jelenlegi személyes, párkapcsolati problémáit is.)

Felduzzadt harag: Hosszú éveken át gyülemlő – ki nem fejezett - haragja időnkét dühkitörésekben mutatkozik meg. Ugyanakkor a rejtett harag pszichoszomatikus tünetekben, szorongásosságban, önkárosító viselkedésben és szexuális diszfunkciókban is megnyilvánulhat.

Sérült intimitás, kapcsolat zavara: A kodependens személy korai kapcsolataiban nem volt mód egészséges intimitás kialakítására, így felnőttként olyan partner választására törekszik, akivel ezen hiányossága ellenére is boldogul. (Ambivalens az intimitáshoz való kapcsolata vágyik is rá, fél is tőle).

Szexuális diszfunkciók: Az intimitással összefüggő problémák a szexualitás területén is zavarhoz vezetnek. (aszexualitás vagy hiposzexuális viselkedés; szexuális averzió; vaginizmus; diszparenunia; frigiditás vagy szexuális addikciók)

Destruktív lojalitás: Szülei illetve gyermekei vonatkozásában jellegzetes lojalitás-konfliktusok jelennek meg, pl.:
párkapcsolatában is a szülőknek akar megfelelni
az utódjáról való gondoskodás kárára házastársát részesíti előnyben (gyermekét elhanyagoló, cserbenhagyó, diszfunkcionális családi rendszer, ahol a kodependens szülő „engedi", hogy a gyermekét érzelmileg és/vagy fizikailag bántalmazza a házastársa)

Progresszivitás: A társfüggőség spontán gyógyulást nem mutató, fokozatosan előrehaladó, súlyosbodó állapot.

Kodependes személy segítése
A konzultáció: önkéntesen jelentkező kodependens személlyel végzett, viszonylag rövid időtartamú (max.15-20 alkalmas), strukturált és konkrét célok elérésére irányuló beavatkozás.

Kodependensekkel végzett egyéni konzultáció:

- enyhébb, nem előrehaladott állapotú társfüggőség tüneteinek enyhítése, a kliens életminőségének javítása érdekében
- súlyosan kodependens személyek esetében a konzultáció a terápiás munka „előszobája”
- mindig állapotfelmérésen alapul, a segítő munka pedig viselkedésváltozásra irányul, nem tűzi ki célul a személyiség mélyebb átalakulását
- problémák gyökerének feltárása helyett, inkább azok megoldásában igyekszik segítséget nyújtani
- a munka során rövid távú célokat érdemes kitűzni, lehető legkonkrétabb formában rögzíteni azokat és ennek nyomán változások kis lépésekben történnek

Konzultáció általános célja:

- ventilláció elősegítése
- az izoláció oldása
- a társ problémás viselkedésének reálisabb értékelése
- a problémában játszott saját szerep reálisabb értékelése
- a problémában játszott saját szerep jobb megértése
- szülő gyermek kapcsolat javítása
- szülői attitűd kedvező irányú befolyásolása

Konzultáció folyamán a változás mérföldkövei lehetnek:

- a társfüggő személy konfliktuskezelésének javulása
- a társfüggő személy asszertivitásának javulása
- a társfüggő személy gyermekével illetve házastársával való kommunikációjának kölcsönössé és nyíltabbá válása
- a társfüggő személy határait bátrabban képviseli
- a társfüggő személy öngondoskodásának javulása
- a társfüggő személy általában autonómabban viselkedik
- a társfüggő személy képes autonómabb döntéshozatalra
- a társfüggő személy reálisabban látja önmaga és társa viselkedését illetve a problémában játszott szerepét
- súlyosan kodependens személy terápiába delegálható, további kezelésbe irányítható

Konzultációban alkalmazott metódusok lehetnek:

- pszichoedukáció (információk betegség természetéről)
- készségfejlesztés (pl.: döntéshozatal)
- önmonitorozás
- előny-hátrány elemzés
- kognitív átstrukturálás

Ki végezhetnek konzultációt?

Ilyen területen képzett orvosok, pszichológusok, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok.

Az addiktológiai ellátáson kívül az alábbi ágazatokban dolgozók találkozhatnak gyakran kodependes kliensekkel:

- családsegítő- és gyermekjóléti szolgálat munkatársai
- védőnői szolgálat munkatársai,
- óvodák gyermek és ifjúságvédelmi felelősei, iskolai szociális munkások
- családok átmeneti otthonainak munkatársai

Terápia:

Az egyéni terápiában a pszichodinamikus és kognitív-viselkedésterápás megközelítések elterjedtek, amelyek itt nem tárgyalunk.

Az egyéni terápiás beavatkozásokat részletesebben ismerteti **II. Pár- vagy családi konzultáció, terápia**

Lásd másik tantárgy

III. Önsegítő csoportok

- Al-Anon ;
- ACA
- *Egyéb hozzátartozói csoportok (Révnél, Forrásnál, Máltánál)*

(Lásd: másik tantárgy)

- **Felhasznált irodalom**

1. Atkinson, R. L. (et al.) (1999): *Pszichológia*. Budapest, Osiris (308-333.; 400-405.; 496-499. old.)
2. Bang, Ruth (1980): *Segítő kapcsolat.* Budapest, Tankönyvkiadó Vállalat.
3. Bang, Ruth (1983): *A célzott beszélgetés. A beszélgetés, mint gyógyító és nevelő eljárás.* Budapest, Tankönyvkiadó.
4. Bodrogi A., Harangozó, J., Bulyáki, T., Falloon, R. H. (2014): *A közösségi addiktológia kézikönyve*. Ébredések Alapítvány, Budapest. Javaslom ezt idézni a Füredi általk szerkesztett 2009-es könyvfejezett helyett vagy mellett..
5. Buda Béla dr: A megelőzés és az ártalomcsökkentés új perspektívái IN: Fürst Zsuzsanna – Wenger Tibor: A kábítószerkérdés orvosi, jogi és társadalmi vonatkozásai ISM, Budapest, 2001. 209-225
6. Bulyáki, Harangozó (szerk.): (2018) *A közösségi pszichiátria kézikönyve.* Ébredések Alapítvány, Budapest.
7. Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): *Addiktológia Alapjai IV.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
8. Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): *Addiktológia Alapjai IV.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
9. Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2007): *Addiktológia Alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
10. Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): *Addiktológia Alapjai II.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
11. Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): *Addiktológia Alapjai III.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
12. Dudits Dénes Arany Zoltán Szappanos József A Magyar Addiktológiai Társaság megbízásából A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megbízásából „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” TÁMOP 5.4.1. Kiemelt projekt “A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése” pillér IV.3 Az illegális szerfogyasztás megelőzését és kezelését célzó egyes szolgáltatások minőségügyi rendszerének kialakítása IV.3.4.2.2 Szakmai kiadványok a protokollokról, alkalmazási útmutatók, javaslatok elkészítése Módszertani levél a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára
13. **Eric Berne: Emberi Játszmák, Háttér kiadó, 2013.**
14. **Eric Berne: Sorskönyv, Háttér Kiadó 2013.**
15. Harangozó J., Bodrogi A.: *A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás* (in szerk. Füredi J., Németh A., Tariska P. (2009): *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Budapest, Medicina, 570-594.p.)
16. Harangozó J., Bodrogi A.: *A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás* (in szerk. Füredi J., Németh A., Tariska P. (2009): *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Budapest, Medicina, 570-594.p.)
17. Harvey Ratner és Denise Yufus (2015): *Megoldásközpontú coaching gyermekekkel és fiatalokkal: A brief megközelítés.* Budapest, Z-Press Kiadó.
18. Hegedűs Attila –Arany Zoltán – Dr. Urbán Zoltán – Prof. Dr. Rácz József Phd, DSC: Biztonságban Szabadon – hazai partiszervíz szolgáltatások jó gyakorlatai / Szociálpedagógia IV. évfolyam 2016/12szám / Szent István Társulat az Apostoli Szentszék Könyvkiadója, Budapest 2016
19. Hézser Gábor (1995): *Pásztori pszichológia.* Budapest, Kálvin Kiadó.
20. *Insoo Kim Berg (2007):*Konzultáció sokproblémás családokkal*. Családterápiás sorozat 5. Budapest, Animula Kft.*
21. Játszmák nélkül - Tranzakcióanalízis a gyakorlatban Járó Katalin (szerk.) Helikon Kiadó, 1999.
22. Kardos Anna – Komka Norbert – Lörincz Norbert – Szomor Éva: Rászorulók Elérése írányelv, 2007; és Lőrincz Norbert – Pattyán László – Sütő Csaba – Tóth József: Az Utcai Szociális munka helye a szociális munkában 1997, kézirat, 8 p) 11. EMCDDA (1999): OutreachWorkAmongDrugUsersin Europe; (ford.: Vörös Eszter)

23. Kelemen Gábor – Csákiné Király Lívia (2004): *Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
24. Kelemen Gábor – Csákiné Király Lívia (2004): *Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
25. *Kísérletek az addiktív személyek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon* (Szerk: Berényi András (2006) Módszertani segédlet. Debrecen, Forrás Lelki Segítők Egyesülete)
26. Klaus Antons - Heidi Ehrensperger - Rita Milesi: A csoportdinamika gyakorlata, (Gyakorlatok és modellek) Z-Press kiadó 2020.
27. Komáromi Éva: A kodependencia című tanulmányának „Pszichoterápiák" fejezete. (Komáromi 2010, 378-381 p.).
28. Kurt Lewin: Csoportdinamika, Közgazdaságtani és jogi könyvkiadó 1976.
29. Máté Zsolt – Szemelyácz János dr.- Szűcs Judit: Egészségi ártalmak csökkentés - Szociális Szolgáltatások Modernizációja, TÁMOP-5.4.1-12
30. Molnár Péter -Csabai Márta (1995): *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest, Springer Hungarica.
31. Olver Königh - Karl Schattenhoffer: Bevezetés a csoportdinamikába, 2019.
32. Rácz József (1999): *Addiktológia – Tünettan és intervenciók*. Budapest, HIETE.
33. Rudas János: Csoportdinamika - kezdőknek, haladóknak, kívülállóknak, Oridon és Társai Kft. 2016.
34. Rudas János: Delfi örökösei, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2007.
35. **Sors mint döntés I-II. - Az érzelmek felfedezése és felszabadítása,** *Járó Katalin (szerk) 2005*
36. **Szabóné Kármán Judit: Családgondozás - krízis-prevenció, Medicina Könyvkiadó, 2004.**
37. SZAKMAI AJÁNLÁS – SZENVEDÉLYBETEGEK KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSA Jóváhagyta: Nyitrai Imre helyettes államtitkár Kiadta: Czibere Károly államtitkár Kiadva: 2018
38. SZAKMAI AJÁNLÁS SZENVEDÉLYBETEGEK ALACSONYKÜSZÖBŰ ELLÁTÁSA RÉSZÉRE. 2018. Jóváhagyta: Nyitrai Imre helyettes államtitkár Kiadta: Czibere Károly államtitkár
39. Takács István Gábor – Demetrovics Zsolt Ártalomcsökkentés: elmélet és gyakorlat IN: Demetrovics Zsolt (szerk): Az Addiktológia alapjai III. Elte Eötvös Kiadó, Budapest, 2009
40. Tringer László (2005): *A gyógyító beszélgetés.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
41. Weissenböck, Susanne – Lachout, Sophie – Ivan, Irene – Wilschnewsk,i Ralf - Berg, Katja - Schopp, Petra: Az online tanácsadás alapjai. Drogstop, Budapest, 2011. /ford.: Szirtes Szabó Katalin/;)

- **Online források**

1. A Nemzeti Drog Fókuszpont (www.drogfokuszpont.hu)
2. Prof. Dr. Rácz József: Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek. https://mppt.hu/magazin/pdf/xv-evfolyam-4-szam/racz.pdf
3. http://www.daath.hu/
4. http://drogriporter.hu/
5. http://www.madaszsz.hu/

- **Törvények, rendeletek**

1. 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet
2. 1993. évi III. törvény a Szociális igazgatásról és ellátásokról

- **Ajánlott irodalom**

1. Szakmai ajánlás a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű szolgáltatások részére 2008
2. Arany Zoltán - Szabó Krisztina – Kakuszi Szilvia – Máté Zsolt: Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai és addiktológiai ellátók helyi interdiszciplináris kapcsolattartását, szakmai hálózatépítését támogató szakmai útmutató. EFOP-2.2.0-16-2016-00002 Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése. AEEK Budapest, 2017.
3. dr. Szemelyácz János és mtsai: Addiktológiai Munkacsoport, Szociális Szolgáltatások Modernizációja, TÁMOP-5.4.1-12
4. *Kísérletek a szenvedélybetegek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon* (Szerk: Berényi András (2006) Módszertani segédlet. Debrecen, Forrás Lelki Segítők Egyesülete)

9. Pszichopatológia

- Bevezetés

Köszöntjük a 8tan órás Pszichopatológia c. képzésen!

Mit ad Önnek a Pszichopatológia *c.* továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

A képzés a pszichopatológiai ismeretek átadásáról szól, mely a mentális problémákkal foglalkozó szakember számára nélkülözhetetlen, hiszen a terápiás tervek elkészítésének egyik alaptényezője a pontos és értelmezhető diagnózis, mely magába foglalja a tüneteken alapuló differenciáldiagnosztikát, az egyes tünetekből összeálló és minőségileg új jelenséget, ezáltal új megoldandó problémát mutató tünetegyütteseket (szindrómákat) és fontos tényező a tünetek alapján az okokra történő visszakövetkeztetés. Természetesen nem várjuk el a szenvedélybetegek közösségi munkatársaitól, hogy önállóan diagnosztizáljanak, de érteniük kell a kliensek korábbi leleteit, ill. képesnek kell lenniük az adott akut helyzet tünetei alapján történő differenciálására.

Hogyan épül fel a Pszichopatológia *c.* képzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
1. Első képzési nap	8 tanóra (8 tanóra elmélet)	jelenléti

1. Alapfogalmak

Összefoglalás: A normalitás és a különböző szemléletű megközelítési modellek leírása.

Célja: A hallgató segítése egy kiindulási állapot meghatározásában, és megismerni a különböző szemléleti kereteket adó kóroktani modelleket.

Kulcsszavak: normalitás, abnormalitás, magyarázó modellek, társadalmi stressz

Tanulást segítő kérdések: Hogyan érthejük meg a normalitás-abnormalitás közötti különbséget? Milyen magyarázó modelleket ismer a mentális zavarokra?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- **Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.**

Normalitás fogalma

1.Hatékony valóságészlelés

2.Önismeret

3.A viselkedés akaratlagos szabályozásának képessége

4.Önértékelés és elfogadás

5.Érzelmi kapcsolatok kialakításának képessége

6.Alkotóképesség

Abnormalitás meghatározása
A négy „D” - jelentősen kultúra függő

•Eltérés a statisztikai átlagtól (deviancia)

•Eltérés a társadalmi normáktól (danger)

•Nem megfelelő alkalmazkodás (diszfunkcionalitás vs.maladaptív viselkedés)

•Rossz közérzet (distressz)

•Normalitás és abnormalitás

Mi tekinthető normálisnak?

Mi az abnormalitás?

Kulturális és társadalmi kontextushoz kötött mind a normalitás, mind az abnormalitás meghatározása.

•Normalitás és patológia

•A patológia értékelése, megállapítása történhet annak

•Jogi

•Etikai

•Statisztikai

•És különféle klinikai megközelítések, eltérő vélekedések, egyes kóros folyamatok természetét illetően (kialakulás, lefolyás, értelmezés, diagnózis)

•A normalitás definíciója

•Preston: Lelki egészség azt jelenti, hogy az egyén képes (1) fizikai adottságainak megfelelően (2) más emberekkel együttműködve, (3) boldogságot, örömöt érezni, (4) képességeit kibontakoztatva (5) önállóan élni

•Allport: Normális, egészséges embernek csak az érett személyiségű embert lehet nevezni, akire jellemző, hogy saját szükségleteit kielégítően dolgozik, az egész életvezetését meghatározó életszemléletben tevékenykedik, gondolkodik, él, örül.

•Erikson: az egyén saját magát, mint behelyettesíthetetlen egyszeri valóságot éli meg és a régmúlt időkben élt emberekkel, más kortársakkal közösséget vállalva, velük azonos emberi méltóságot, szeretetet, törvényeket, célokat vallva éli életét.

•Woodward: 1. az érett lelkileg egészséges ember tiszteli önmagát, bízik önmagában, mivel tisztában van saját valódi értékeivel 2. elfogadja a többi embert, élvezi mások társaságát, magabiztosan, lelkesen, minimális konfliktusok között dolgozik, éli családi és társadalmi életét.

•Wishner: a pszichikum egészsége és patológiája közötti kontinuum úgy fogható fel, mint annak a hatékonysága, ahogy az egyén a környezetnek vele szemben támasztott követelményeinek megfelelni képes.

•

•A normalitás kritériumai (10 pontban)

•Általános alkalmazkodási képesség

•Örömképesség (szexuális örömkészség, munkájának szeretete, ellazulás képessége)

•Kompetens interperszonális viselkedés

•Megfelelő intellektuális képességek

•Érzelmi és motivációs kontroll (jó frusztrációtűrő-képesség, megfelelő szorongás-kontroll, erkölcsi érzék, megfelelő énerő)

•Szociális attitűdök (empátia, intim kapcsolat kialakítására és fenntartására való képesség)

•Produktivitás

•Autonómia (érzelmi függetlenség, önbizalom)

•Integráltság (különböző késztetések sikeres összehangolása)

•Kedvező énkép

•

•Abnormalitás definíciója

•Wishner: abnormisnak tekinthető, aki a normálistól, azaz az átlagtól eltér.

•Eltérés a statisztikai átlagtól (gyakoriság, normál eloszlás)

•Eltérés a társadalmi normáktól (DE! hagyományok: pl. roma kultúra)

•Nem megfelelő alkalmazkodás/alkalmazkodás hiánya (pl. katonák - parancs, gyermekek - határok)

•Rossz közérzet/szenvedésnyomás (ön- és közveszélyesség, szerhasználat)

•

•A tipikust, vagy a kívánatosat tekintsük-e a normalitás kritériumának?

•Amikor azt mondjuk valakire, hogy BETEG, akkor azt az egész személyiségére, a teljes emberre mondjuk, vagy neki van egy betegsége, az csak egy rész? (Betegséget kezelünk, vagy az embert?) – lásd. biopszichoszociális modell!

•Fontos a környezet! Pl. miként reagál egy egészséges gyerek a diszfunkcionális környezetre (normálisan, vagy abnormálisan)?!

•

•

•Abnormalitás definíciója „4D”

•DEVIÁNS (deviant)

•SZENVEDÉST OKOZ (distress)

•DISZFUNKCIONÁLIS (dysfunctional)

•VESZÉLYEZTETŐ (danger)

•A pszichiátriai betegség fogalma

•Történetileg – nem/elsősorban nem testi tünetek, hanem a magatartásban nyilvánulnak meg

•Egyes elméletek szerint ez egyenlő a központi idegrendszer funkcionális zavarával

•Neuropatológiai megközelítés: számos kórkép hátterében organikus eltérések is találhatóak

•Hagyományok/tapasztalat (pl. delírium vs. kardiocerebelláris tudatzavar)

•És pszichiátriai betegségnek mondjuk, ami a pszichiátriai klasszifikációban megjelenik

•A pszichiátriai diagnózis jellemzői

•Etiológiai dg.(gyakorlatilag nincs)

•Szindromatológiai dg. - tünetcsoportok megfigyelése

•Biomedicinális szemlélet – előre meghatározott dignózis kategóriák – a klienseket ebbe próbálja (tüneteik redukciója alapján) belekategorizálni

•Pszichodinamikus szemlélet – a megfigyelhető pszichopatológiai jelenségek mögötti patopszichológiai folyamatokat hangsúlyozza; a diagnózis dimenzionális, strukturális.

•Fejlődési pszichopatológiai szemlélet

•Bio-pszicho-szociális integráció

•Multikauzális

•Rizikó- és protektív tényezők fontossága

•Heterotípiás kontinuitás

•Életkori változások

•Nemi különbségek

•Vulnerabilitás, reziliencia

•Epigenetika (genetikai epidemiológia)

•Fejlődési traumák jelentősége

•A pszichiátriai betegségek természetes alakulásának jellemzői

BETEGSÉGKEZDET

•Prodroma/bevezető tünet (pszichozis, disztímia vs. major depresszió)

•Prekurzor/figyelmeztető tünet; szubklinikai állapotok

•Első előfordulás gyakorisága (incidencia)

•Új betegek gyakorisága (összes incidencia) – delírium, demencia stb.

•Betegséggyakoriság (lifetime prevalencia)

LEFOLYÁS

Javulás/remisszió, teljes gyógyulás; gyógyulás esélye, súlyosbodás, relapszus

KIMENETEL

Komorbiditás (alkohol- és drogabusus, pánik és depresszió, súlyos szorongás, pszichotikus- és személyiségzavarok stb.), csökken a compliance, súlyosabb lefolyás, gyakoribb relapszusok, rosszabb prognózis; funkcionális zavarok, gyakoribb halálozás (főleg öngyilkosság)

•

•

A pszichopatológia történeti előzményei
Prehisztorikus felfogás

•Kőkorszak: természetfeletti erők megszállása démonok

•Terápia: trepanáció, ördögűzés

Az abnormalitás magyarázatai az ókorban

•Hippokratesz (ie.460-377) az agyban kereste az okokat:testnedvek áramlásának zavara, fekete- és sárga epe, vér és nyál. Terápia:életmód(étkezés, nyugalom, testedzés)

•Galenusz (130-200) emocionális és testi problémák szerepe. „Pszichoterápiák”: fürdőkúra, masszász, megnyugtatás

Az abnormalitás integratív szemlélete

•Biológiai

•Pszichológiai

•Szociokulturális tényezők együttes determinációja

•

Középkor: Demonológia

•Gonosz szellem teória: tarantizmus (vitustánc) lycantrópia

• Az egyház szerepe: ördögűzés

Reneszánsz

•A modern pszichopatológia: Johann Weyer (1515-1588) az elme a testhez hasonlóan megbetegszik

•XV.SZ.:Gheeli telep – mentálhigiénés közösség előfutára

•XVI. sz.Aziliumok kialakítása-börtönszerű intézmények lettek

XVIII-XIX.sz. Orvosi szemlélet

•Pinel 1793, francia forradalom az elmegyógyászat terén

•Morális gyógymód – mai pszichoterápia elődje

•XIX.sz. Szomatogén megközelítés: Kraepelin szindromatológia

•Kraft-Ebing szifilisz oltás

•Pszichogén megközelítés: mesmerizmus

•Charcot : hisztéria tanulmánya

•A viselkedésre és a társadalomra vonatkozó néhány modell

•TOTE (Test-Operate-Test-Exit) modell és cselekvés-szervezés modellje: minden cselekvés 4 belső lépésben szerveződik:

•Valóságvizsgálat alapján készített terv

•A terv lejátszása a gondolkodásban és/vagy a fantáziában

•A kapott eredmény felülvizsgálata

•Elfogadhatóság esetén a cselekvés kioldása

•Bandura: kognitív és viselkedés-lélektani antropológia: 5 alapvető képesség, melyek alapján a viselkedésszabályozás önhatékonysága lesz fontos:

•Szimbolizáció

•Előrelátó gondolkodás

•Vikariáló tanulás

•Önszabályozás

•Önreflexió

Ammon pszichodinamikus pszichopatológiai modellje

Bateson kettős-kötés modellje

Talcott Parsons rendszerszemléletű társadalom-modellje, deviancia-modell, öngyilkosság, alkohol és drog-függőség, mint társadalmi deviancia vö. szociálpszichiátria fénykora, TBZ

Antipszichiátria modell: a pszichiátria, mint totális intézmény, a társadalmi kirekesztés és elnyomás eszköze, a BETEGSÉGet a minősítés, a címkézés hozza létre

•

XX.század és a mai iskolák

•Freud és az analizis

•Behaviorizmus

•Humanisztikus irányzatok

A pszichodinamikus modell

•Determinisztikus: nincs véletlen

•Zavar okai: belső erők konfliktusai, tudattalan problémák, konfliktusok

•Freud analitikus modellje

•Modern tárgykapcsolat elméletek: a személyiségfejlődés szakaszait a kötődés-leválás megoldása határozza meg (Kernberg: Borderline személyiségzavar)

•

A behaviorista modell

•A viselkedésre összpontosítanak

•Tanulási folyamatok szerepe a kóros viselkedésmódok kialakulásában:klasszikus – szorongás kondicionálás; operáns kondicionálás – rossz szokások, szenvedélyek (dohányzás, alkohol, drog); modellkövetés – agresszív viselkedés

A kognitív modell

•A valóság értelmezésének zavara

•Maladaptiv feltételezések, hibás kognitiv sémák rontják a valóságpercepciót – az adaptációt

•Merev, diszfunkcionális kognitiv sémák, hibás énállítások, logikai hibák.

•Terápia célja a valóság újraértelmezése

•

Humanisztikus-egzisztencialista modell

•Rogers: önmegvalósitás elve, növekedési potenciál gátlása zavar oka – hátterében a feltétel nélküli elfogadás, megértés hiánya.

•Terápiás cél: pozitiv önértékelés kialakítása a megfelelő terápiás légkör megteremtésével (FNE,empátia, kongruencia)

•Egzisztencialisták: a létezésükért felelősséget nem vállalók a betegek – autentikus lét (Frankl:logoterápia)

A biológiai modell

•Anatómiai háttér : az agy régióinak szerepe, ECT, pszichosebészet - lobotómia

•Biokémiai háttér: receptorok érzékenysége, neurotranszmitterek szerepe (gyógyszerkutatás!)

•Genetikai háttér: családfa kutatások, örökbefogadottak vizsgálata, ikerkutatások

•

A szociokulturális modell

•A zavarok a szociális-kulturális közegben keletkeznek, s arra specifikusak (windigó,Napóleon, ámokfutás, neurózisok, személyiségzavarok)

•Thomas Szász: mentális betegség a társadalom terméke (50-es évek, szocializmusban tehát nincs)

•A szociális mező, és a család szerepe: rendszer szemlélet – rugalmatlan, összegabalyodó, elhatárolódó,patológiás háromszög

Társadalmi stress

•Társadalmi változások, gyors urbanizáció, gazdasági válság

•Társadalmi hovatartozás (szocioökomóniai státusz) alacsonyabb-több zavar, deviancia

•Etnikai, vallási és nemzetiségi háttér – hagyományok, tolerancia szerepe pl. alkoholizmus

•Faji és szexuális előítéletek

•Kulturális intézmények és értékek:anorexia

•Társadalmi címkék és reakciók:pszeudopáciensek

•

Klasszifikációs rendszerek

•

•

•a **klinikusok egymás közti kommunikációját**,

- a pszichiátriai **zavarok leírásában egyfajta közös nyelv kialakulását**,
- **az oktatást és a kutatást,**
- **az adatok statisztikai rendezését és értékelését**.

•Szükséges, hogy **tudományos alapelvek**re épüljön

•**explicit** és **operacionális** kritériumokra épülő klasszifikációk megbízhatósága ugrásszerűen **megjavult**.

•**operacionális (puszta megfigyeléssel el-dönthető**)

•

•individuális emberi viselkedés zavarait objektív, külső kritériumok alapján osztályozni önellentmondás

•**egyedi pszichológiai „reakciónak**" tekintették,

•érintett **személy és szociális környezete viszonyát**, nem magát a személyt **tekintették** „betegnek",

•**a mentális zavart** a megnevezése, tehát **a diagnózis felállítása „kreálja**" **(címkézési elmélet)**

•**csak egyetlen egy differenciálatlan „mentális zavar" létezik**, amelynek konkrét tüneteit kizárólag a beteg személyisége, élettörténete vagy szociális környezete formálja (egységpszichózis -tan)

•**nem segítik a kezelést, ezzel szemben „megbélyegzik" a beteget, és ezzel ártanak**

•A **különféle** mentális **zavaroknak** egymástól **eltérő sajátságaik** vannak:

•megjelenési formájuk,

•eltérőek a tüneteik és a lefolyásuk,

•a családi-rokoni halmozódásuk,

•életkorban jelentkeznek,

•különbözik a nemek szerinti eloszlásuk

• A ma használatos **kezelési formák** (pszichofarmakonok, pszichoterápiák) **korántsem „univerzálisak",** hanem többé-kevésbé **specifikusak***:*

•a relaxáció nem enyhíti a mániát,

•az antidepresszívumok nem szüntetik meg a hallucinációkat

•Egyre szaporodnak az egyes mentális zavarokra jellemző **agyélettani**, elektrofiziológiai, **biokémiai**, sőt újabban - **képalkotó eljárások révén** - az in vivo neuroanatómiai **adatok**, amelyek a klinikailag eltérő **tünetcsoportok hátterében** úgyszintén **különböző** és többé-kevésbé specifikus **funkciózavarokat** valószínűsítenek.

•az **etiológiai**, vagyis a keletkezés okára utaló

•a **patogenetikai**, az állapot kialakulását figyelő

•az **anatómia**i, kórbonctani, az elváltozás helyét meghatározó

•a **szimptomatológiai**, vagyis a tüneteket számba vevő

•a **funkcionális**, az okozott működési zavarokra koncentráló

•a **stádiumot**, az előrehaladottság mértékét alapul vevő

•a **prognosztikai**, a kimenetel esélyeit mérlegelő diagnózis fajtákat

•Nem betegségekről beszélnek hanem

"**mentális zavarok**"ról

*(tehát nem betegségegységekről, hanem csak **tünet jelenségeket)***

•**nyitottság** és a **korrigálhatóság** *:***folyamatosan szaporodó kutatási adatok és a klinikai tapasztalatok birtokában időszakosan** szakértői csoportok áttekintik és **revideálják**. Ez tükröződik a „**BNO"-k és a „DSM"-ek mind újabb kiadásaiban**.

Klinikai adatszerzés

Klinikai interjú:

- Strukturálatlan (dinamikus irányzatok; első interjú: Argelander, szabad kibeszélés: Bálint)

- Strukturált interjú (klinikai diagnosztikai interjú, pszichés státusz vizsgálata, szociális adaptáció)
- Félig strukturált interjú (anamnézis felvétel, viselkedésdiagnosztika, kognitív térképezés)

Teszt (standardizált eljárás):
- Objektivizálási törekvés az interjúk szubjektivitásával szemben
- Projektív tesztek (Rorschach teszt, TAT, mondatkiegészítési teszt, rajz tesztek)
- Személyiség-kérdőívek (MMPI-1-2, Freiburgi, Cattel, CPI, stb)
- Probléma: reliabilitás (USA-ban rosszabb eredmények mint Mo-n), kultúra-függés
- Önkitöltő kérdőívek: tünetek (szorongás, depresszió, evészavar), kogniciók, szociális készségek, stb.
- Pszichofiziológiai tesztek: GBR, SZR, kiváltott válasz, EEG, CT, PET, MRI
- Teljesítménytesztek: intelligencia, neuropszichológiai tesztek

Megfigyelés:
- In vivo megfigyelés
- Strukturált megfigyelés – video, laboratorium: detektivtükör
- Önmegfigyelés (dohányzás, drog, alkohol, evészavar, gondolatnapló)

A diagnózis
Adatok értelmezése, rendszerezése – klinikai kép, személyiségkép – differenciáldiagnosztikai szempontok, tünetegyüttesek
Kategorizálás – bejósolható folyamatok, terápiás lehetőségek (Kraepelin, 1883)
Diagnózis – BNO-11, DSM-V
Kezelés: Diagnózis; A terapeuta elméleti orientációja; Terápiás standardok alapján!
Terápiák hatékonysága
- A kezeltek állapota jobb mint a nem kezelteké
- A terápiás módszerek között nincs jeletős különbség
- Bizonyos betegségek kezelésében egyes terápiák hatékonyabbak, a terápiás megközelítések kombinációja hatékonyabb.

3.1 tudat 37-39

Feltétele: ép agytörzsi felszálló retikuláris rendszer – aktiváció (a kp.idegr.készenléti állapota.
Éberség (vigilitás): alvás – exsztázis, optimum törvény.
Tudati integráció: tudattartalmak összerendezettsége: hiányos vagy intenzív belső figyelem

A tudat zavarai
Vigilitás-zavarok: kábultság – somnolentia – sopor – kóma ill. extasis v. exaltatio.
Integráció zavarai (ép vigilitas mellett): fellazulás: szórakozottság – Zerfahrenheit (kuszaság) – confusio (incohaerentia) – amentia beszűkülés: elfogultság – rövidzárlat – explozív cselekmény - módosult tudatállapotok
Vigilitás és integráció együttes zavarai: oneiroid állapot – homályállapotok (rendezett – rendezet-len), delirium.
Tudat struktúrája - éntudat
Tudatos – tudatelőttes – tudatlatti
Reális én – önkép – én-ideál- énvédő mechanizmusok
Énstruktúra zavarai: negativ - pozitív önkép
Én-identitás zavarai: depersonalisatio, transitivismus - ego-schisis, dysmorphophobia, delire de negation (Cotard –syndroma)

3.2 figyelem 40

Hír – zaj (szignáldetekció)
Vigilitás: éberség, az a valószínűség, mely mellett az ingerek eljutnak a tudatig.
Tenacitás (feszültség): milyen intenzitással és mennyire tartósan ragadja meg a tárgyakat
Hypovigil – hypervigil – hypotenax –hypertenax
Hyperprosex – hypoprosex - hypertenax

3.3 orientáció 41

Allopsychés: idő – tér – környezet (személyei)
Autopsychés: duplikatív orientáció (énje mintegy megkettőződik, kóros és ép személyre vonatkozó adatok mintegy egymás mellett vannak jelen) paraidentifikáció (ismeretlenben ismerősüket vélik felfedezni)

3.4. érzékelés 42-44

Elemi zavarok: érzékszervek károsodása
Mennyiségi zavarok: hypaesthesia (kataton, depr., szedáció) – hyperaesthesia (M,Hy) – szelektív hyperaesthesia(szomatoform zavarok)
Minőségi zavarok: hibás feldolgozás – téves értelmezés: sajátos jelentés-kapcsolat: a valósággal a kapcsolat megvan, de az érzet minősége megváltozik (pánik, hypochondria)
Illúziók: alaklélektan, figyelem sajátos beállítódása, katathym, hipnózis, csökkent differenciáló készség (pszichoaktív szerek,alkohol,org.psy,sch)

Hallucinációk:
Valódi – pseudo
Hypnagog, extracampin
Komplexitás szerint: elemi, összetett, szcénikus
Érzékszervi mező szerint: visualis, acusticus – phonémikus, olfactorius, gustatorius, tactilis-haptikus, coenaesthesiás;
A valóság átélésének egészleges zavarai: derealisatio – tévely-protopathiás alakváltás, micropsia, macropsia, metamorphopsia, porropsia, időélményzavarok;

Képzetek és fogalomalkotás zavarai
Eideticus képesség (fotografikus memoria)
Homályos (unklkar) gondolkodás
Konkretizáció – regresszív állapot, nem képes az elvont gondolkodásra
Katathym transzformáció
Pseudologia phantastica (kóros hazudozás)
Confabulatio (színes meseszövés – Korsakov szindróma esetén pl)
Neologisma (új, jelentés nélküli szavak alkotása – pl.schizophreniában)

3.5 gondolkodás, intellektus 45-49

Elemi mozzanata az asszociáció
Fogalomalakotás – ítéletalkotás – következtetés
Diszkurzív – analógiás (dereisticus, mágikus) gondolkodás
Mennyiségi zavarok: lassulás (pl. depresszív állapotok), monoideismus (pl. depresszív állapotok), viscosus gondolkodás (epilepsia), fegyorsulás, gondolatrohanás (maniform állapot) – secundaer incohaerentia – gondolatszökellés, gondolatelakadás, zárlat

Gondolkodás MINŐSÉGI zavarai:
Alapja a bizarr asszociáció
Gondolattolongás - primer incohaerentia (témaválasztás incohaerentiája) – scundaer incohaerentia

Kuszaság
Paralógia – alógia
Psychés automatismusok: tévelyötlet, gondolat-átvitel, gondolatelvonás (affectusstupor!)
Személyes evidenciák: kóros vonatkoztatás, alaptalan jelentőségtulajdonítás, kulcsélmény

Gondolkodás TARTALMi zavarai
Elfogultság
Túlértékelt eszmék
Fóbiák
Kényszerek: gondolatok-képzetek, impulzusok, meggyőződések, tépelődés, szorongás
Téveseszmék: a valóságra vonatkozó téves, megalapozatlan ítélet. Megingathatatlan, korrigálhatatlan. Gyökere az önkép valamely torz eleme. Közvetve v. közvetlenül az ÉN-re vonatkozik. Formái: megalomán – mikromán, logikus – illogikus, rendszerezett – rendszerezetlen, holothym – heterothym, primer - secunder

Az ismeretfeldolgozás magasabb szintjének zavarai
Imperativizmus – negativ preferencia – konitív tetrád (én, én és a másik, valóság, jövő)
Elsődleges, másodlagos diszfunkcionális attitüdök, logikai hibák, automatikus negativ gondolatok
Önbeteljesítő próféciák: Aronson: centrális motívum: önkép önmaga beteljesítésére törekszik – énvédő kognitív manőverek.
Adaptív és vulnerabilis gondolkodás (egy dimenziós, abszolút, értékelő, szubjektív, globális, homályos, általános stb.)

Intellektus
Mennyiségi:
enyhe retardáció: 50-69
közepes retardáció: 35-49
súlyos retardáció: 20-34
igen súlyos: 20 alatt

Strukrúra zavarai: zseni, oligofrén, szalon idióta

Demenciák:
Szenilis demenciák (Parkinsin-kór, Alzheimer kór, Lévy-testes demencia),
prae-senilis- demenciák

3.6. emlékezés 50-51

Ultrarövid memória (0,25 sec)
Rövid távú memória(15 sec)(7+-2) átmeneti funkcionális visszacsatolásos neuronkapcsolat
Tartós memoria: alapja biokémiai és intracelluláris jelátvitel mechanizmusai
Megjegyző, megtartó és felidéző emlékezet

Emlékezés mennyiségi és minőségi zavarai
Amnesia: presbiophrenia (Ribot-szabály), anterograd, congrad, retrograd – globális, lokális, parciális – hypermnesia
Hibás rögzítés v. emlékezeti torzulás: perceptuális elhárítás (negativ események elfelejtése), paramnesiák (deja vu, jamais vu, retroaktív hallucinációk)

3.7. érzelmek 52-54

Ismeretfeldolgozás minőségi oldalát képviselik (kellemes-kellemetlen), az objektumhoz való viszonyulás
Inger – aktiv figyelem (jel v. zaj) – 1.szint: aktiváció, figyelem –
appetens v. averzív (2.döntési szint-limbikus lebeny) –
3.szint: ha averzív: támadás v. menekülés (szociális döntési szint)

Típusai: vágy – szenvedély – sóvárgás (craving) – indulat (affectus) – hangulat –közérzet
Összetevők: motoros – verbalis –vegetatív
Kóros érzelmi állapotok: kóros intenzitás fokozódás: szorongás, acting-out, irritabilitas, explosiv reactio, affectus-augmentatio, raptus, gátoltság-visszafogottság, hypomania, üres derű, eratomán v.religiosus extaticus doxazmák – csökkent érzelmi igénybevehetőség (apathia) elsivárosodás, kiürülés (lethargia:az érzelmi gátoltság legsúlyosabb formája)- alexitimia

Érzelmek minőségi zavarai
Regresszió, infantilismus, emocionális inkontinencia, inadekvát érzelmi reakciók (sch.,paranoia), ambivalentia, révület, affektiv stupor, paradox reakciók
Hangulatzavarok: dysthymia –hyperthymia - parathymia
Közérzet zavarai: dysphoria - euphoria

3.8. motiváció, pszichomotórium 55-57

Motivációk és cselekvések
Szükséglet – feszültség- drive cselekvésre késztetés) – cselekvés – megkönnyebbülés, kielégülés
Akarat: tudatos szándék, döntés
Motivációk: biológiai (genetikailag kódolt) és
szerzett (teljesítmény, affiliációs /befogadás/, hatalom)

Motivációk zavarai
Antrieb-csökkenés – iniciativa-szegénység
Hyperbulia (betegesen fokozott akarat-megnyilvánulás) – hypo-v.abulia – polybulia – ambitendencia – stupor
Minőségi zavarok: perversiók, sóvárgás
Elemi zavarok (pszichomotorium zavarai): ergorhexis (cselekvési zárlat), logorhexis (beszédzárla), gratia-vesztettség, impulzivitás, fokozott aktivitás, jactatio (mozgásvihar)

Minőségi zavarok (“kataton” tünetek), komplex tünetek: A tünetek lehetnek gátlási és izgalmi jellegűek

- Paramimia, parapantomimia – az aktuálisan zajló pszichés élményeknek a kifejező mozgások nem felelnek meg, vagy önmagukban bizarrak, groteszkek
- Negetivizmus (a felszólításnak nem tesz eleget, vagy a kért mozgásnak mindig az ellenkezőjét csinálja) (passzív-aktív) – stupor (súlyos fokú mozgásszegénység, vagy teljes hiány),
- Parancs-automatizmus
- Flexibilitas cerea (viaszhajlékonyság – spontán felvett testtartások)
- Cristallisatio (beállított – akár természetellenes testtartás – megtartása)
- Proskinesia
- echolalia., echopraxia – hallott szavak, vagy mozdulatok ismételgetése
- Sztereotípia, verbigeratio – mozdulatok, vagy szavak-kifejezések-mondatok rögzült ismételgetése;
- Harántimpulzus – akár drasztikusan agresszív impulzív megnyilvánulások

3.9. Kóros késztetések és impulzusok 58

- Ujjszopás,

- körömrágás,
- pica, ruminatio,
- bulimia,
- trichotillománia,
- kleptománia,
- pirománia,
- kóros játékszenvedély,
- tic,
- kényszerkésztetések és -cselekvések (tisztaság, ellenőrzés,ismétlés, stb.) ,
- agresszív impulzusok kontrolljának problémái,

téveszmék irányította cselekvések

3. Szkizofrénia és paranoid rendellenességek

Összefoglalás: A pszichosisok és a schizophrenia jellemzői, tünetei, kezelésük, lefolyásuk

Célja: Mivel számos pszichoaktív szer intoxikációja/elvonása pszichotikus állapotot idéz elő, így minden segítőnek ismernie kell ezeket, melyek differenciáldiagnosztikai szempontból, a beavatkozások minősége, intenzitása mérlegelésénél hasznosak lehetnek.

Kulcsszavak: pszichozis, pozitív tünetek, negatív tünetek, a schizophrenia stádiumai

Tanulást segítő kérdések: Mi segít megkülönböztetni a drog-indukálta pszichozist, az akut nem-drogindukálta pszichozistól, vagy a schizophreniától? Mely pszichoaktív anyagok intoxikációja/elvonása okozhat pszichotikus tüneteket?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- DSM-V.
- **Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.**

Mi a pszichózis?

A valóságkontroll elvesztése

Változás: a gondolkodásban, az érzésekben, az észrevevésben, a viselkedésben.

„Pszichózis" gyanúja merül fel, ha valakinek a viselkedése úgy változik meg, hogy a változás társadalmilag **indokolatlan** az egyén szempontjából **megmagyarázhatatlan**.

Diagnosztizálás aspektusai

Viselkedés, Élmény, Teljesítmény, Szociális adaptáció vizsgálata.

Tünetek

- gondolkodászavar (doxazmák)
- delúziók (téveszmék)
- hallucinációk
- megértés / kifejezés nehézsége
- különös viselkedés
- megváltozott érzések
-

PSZICHÓZISOK megjelenése

Pozitív tünetek:

- érzékcsalódások
- Téveszmék
- gondolkodászavar
- bizarr viselkedés
- izgatottság, nyugtalanság
- Megalománia
- Szokatlan gondolattartalmak
- hallucinációk

Negatív tünetek:

- örömképtelenség
- közöny
- fogyó figyelem
- érzelmi sivárosodás
- késztetés hiánya
- szegényes beszéd
- Motoros lelassulás
- Érzelmi eltompulás
- Gyenge kapcsolatteremtő készség
- Társas kapcsolatokból való passzív/apatikus visszahúzódás

Depressziós tünetek

Szorongás, Depresszió, Bűntudat érzése, Szomatikus félelmek

Izgalmi tünetek

Izgatottság, Gyengült impulzuskontroll, Ellenségesség, Kooperáció hiánya

Kognitív tünetek

Az absztrakt gondolkodás nehézsége, Tájékozatlanság, Fogalmi dezorganizáció, Rossz figyelem/visszahúzódás

Betegség belátás

Tünetek: észleléstől elutasításig, Okok: elfogadástól - tagadásig

Betegség belátás

Tünetek

A tünetek, például a hallucinációk, téveseszmék, érzelmi eltompulás és gyengült impulzusszabályzás leírásának és felismerésének a képessége. Az illető által önmagán tapasztalt tünetek világos észlelésével kezdődik és annak teljes elutasításáig terjedhet, hogy a különféle tünetek valójában egy betegségnek a jelei.

Ok-okozati viszony felismerésének a képessége a tünetek és az illető mentális betegsége között, amelyben szenved. Annak a ténynek a nagyon világos felfogásától, hogy az illető tüneteit mentális betegség okozza, annak a teljes tagadásáig terjedhet, hogy az illető mentális betegségben szenved.

Öngyilkossági szándék mértéke

1. Nincs öngyilkossági gondolat.
2. Az öngyilkossági nem kapcsolódik tervekhez.
3. Az öngyilkossági gondolat tervekhez kapcsolódik.
4. Igen gyakori öngyilkossági gondolat tervekhez és/vagy öngyilkossági kísérlethez kapcsolódva.

PSZICHÓZISOK kezelése

stratégiai célok

- trauma minimalizálása
- korai kezelés
- elfogadható alacsony gyógyszerdózis
- magyarázat - etiológia
- fejlődő terápiás kapcsolat

- család támogatása
- funkcionális reintegráció
- visszaesések megelőzése
- komorbiditás kezelése
- másodlagos negatív tünetek
- depresszió
- szorongás, PTSD
- drogabuzus
- pszichoszociális rehabilitáció (előítéletek!)

KORAI JELEK

- A korai figyelmeztető jelek (a betegséget megelőző tünetek) gyakran néhány héttel vagy egy hónappal azt megelőzően jelentkeznek, hogy az akut pszichotikus visszaesés bekövetkezne.
- Az elterjedt figyelmeztető jelzések a következők: alvási és táplálkozási zavarok, búskomorság, szorongás és feszültség, nyugtalanság, izomfeszültség, ingerlékenység, koncentrálási nehézségek és a társaság kerülése.
- A korai figyelmeztető jelek gyakran stabilak és személyhez kötődőek, vagyis a beteg általában azonos módon esik vissza, minden alkalommal ugyanazon figyelmeztető jelek mellett.

SZKIZOFRÉNIA és stádiumai

A skizofrénia diagnosztizálása

Dezorganizált típus (Hebe-frénia) zavartság, inkoherencia, gondolkodási zavarok, észlélési problémák, infantilis viselkedés, nevetgélés, alacsony funkcionálási szint.

Katatonia: pszichomotoros zavar a legjellemzőbb, stupor-motoros nyugtalanság

Paranoid típus: téveszmék és akusztikus hallucinációk jellegzetes rendszere

Reziduális: defektuálodott

Differenciáldiagnózis egyéb pszichotikus zavaroktól

Rövid pszichotikus zavar – egy nap és egy hónap közötti időtartam, maradványtünet nélkül gyógyul (változatos tünetek - gyakran vmilyen stresszorhoz köthetően – pl. posztpartum pszichózis

Skizofreniform pszichózis: sch-ra jellemző tünetek, gyorsabb lefolyás (max. Félév)

Skizoaffektív pszichózis (bipoláris és sch együtt)

Paranoid zavar – főként doxazmák, hallucinációk nélkül -üldöztetéses, féltékenységi, nagyzásos, szomatikus; jellemző a kettős könyvelés/disszimuláció

Indukált pszichotikus zavar: folie a deux, csoport

Pszichoaktív szer okozta pszichotikus zavar

Organikus pszichotikus zavar

AKUT PSZICHÓZIS KEZELÉSE SZEM ELŐTT KELL, HOGY TARTSA A

- a súlyos, veszélyes, agresszív, erőszakos tünetek kontrollját
- a gyors és hatékony kezelés sürgető igényét
- az öndestrukció elkerülését
- hosszú-távú megfontolásokat
- Hangulatzavarok és szorongásos zavarok megelőzését

4. Hangulatzavarok és szorongásos zavarok 77-79

Összefoglalás: A hangulatzavarok és szorongásos zavarok felosztása, csoportosításuk, tüneteik, kezelésük, lefolyásuk, kapcsolatuk az addiktológiai zavarokkal.

Célja: Mivel számos pszichoaktív szer intoxikációja/elvonása depresszív tüneteket, ill. szorongásos állapotot idéz elő, így minden segítőnek ismernie kell ezeket, melyek differenciáldiagnosztikai szempontból, a beavatkozások minősége, intenzitása mérlegelésénél hasznosak lehetnek.

Kulcsszavak: depresszió, szorongás,

Tanulást segítő kérdések: Mi segít megkülönböztetni a drog-indukálta depressziót/szorongást, az akut nem-drogindukálta depressziótól/szorongástól? Mely pszichoaktív anyagok intoxikációja/elvonása okozhat depresszív/szorongásos tüneteket?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- DSM-V.
- **Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.**

4.1. depresszió, mánia, bipoláris zavarok 80-97

Érzelmi élet/affectivitas, Hangulati élet zavarai
Hyperthymia (+) – manias exaltació
Dysthymia (-) depressziós stupor
Parathymia – ritka – hangulat/körülmények viszonya inadekvát

Közérzés zavarai
Euphoris (+)
Dysphoria (-)

Hangulatzavarok tipusai
Major depresszió 5-10%
Disztimiás zavar 3-5%
Bipoláris I.zavar 0,7%
Bipoláris II. zavar 0,5%
Ciklotim zavar 0,4%

A depresszió tünetei
Érzelmi: szomorúság, harag, bűntudat, stb.
Motivációs: spontaneitás hiánya, érdektelenség, akarati bénultság, halálvágy
Viselkedéses: lelassulás, inaktivitás
Kognitiv: önértéktelenség-tudat, pesszimizmus, reménytelenség
Szomatikus: étvágyzavar, emésztési problémák, alvásproblémák stb.

Depresszió elméletek
Alapvetően biopszichoszociókultúrális okok.
Biológiai: genetikai tényezők, hormonális változások (spec. esete: posztpartum depresszió)
Pszichodinamikus: tárgyvesztés szerepe
Behaviorista: tanult tehetetlenség (Seligman,1975)
Kognitív-behaviorális: maladaptív gondolkodás szerepe (Beck, 1967)

A depresszió kognitív teóriája (Beck)
Kognitiv triád (az én, a világ, és a jövő negatív szemlélete) – automatikus negatív gondolatokban öltenek formát

Diszfunkcionális attitűdök, hibás kognitív alapfeltevések (sémák)
Logikai (gondolkodási) hibák

Diszfunkcionális attitűdök

- Külső elismerés igénye
- Szeretettség igénye
- Teljesítmény
- Perfekcionizmus
- Jogos elvárások
- Omnipotencia
- Külső kontroll - autonómia
-

Gondolkodási hibák

- Minden vagy semmi (dichotóm gondolkodás
- Túláltalánosítás
- Negatív szűrő
- A pozitívum diszkvalifikálása
- Korai következtetés
- Magnifikáció és minimizáció
- Érzelmi logika
- Kell- típusú állítások
- Címkézés
- Perszonalizáció

A mánia tünetei
Érzelmi: emelkedett hangulat, ön/szeretet, kitörő jókedv
Kognitív: pozitív önkép, felgyorsult gondolkodás, a problémák bagatellizálása, optimizmus
Motivációs: impulzivitás, tettrekészség, energikus, növekedett libidó
Viselkedés: produktív, kritikátlan, harsány, gyors
Fizikai: fáradhatatlanság, álmatlanság

Bipoláris zavarok
Bipoláris I.: mániás és major depressziós epizódok
Bipoláris II. : hipomán és major depressziós epizódok
Ciklotimia: hipomán és minor depressziós epizódok
Magyarázata: biológiai-genetikai faktor szerepe
Terápia: gyógyszeres (fázis profilaktikus)

AFFEKTÍV KÓRKÉPEK TÜNETTANA

MÁNIA

- emelkedett hangulat
- sok energia
- túlzott aktivitás
- fokozott teljesítmények
- beszédkényszer
- csökkenő alvásigény
- figyelemkoncentráció csökken

(+ másodlagos tünetek)

DEPRESSZIÓ

- hangulati nyomottság
- örömképtelenség
- elsivárosodás
- csökkenő érdeklődés
- csökkenő figyelem
- étvágytalanság
- csökkenő szexuális érdeklődés
- csökkenő önértékelés
- bűntudat, önvád

AFFEKTÍV KÓRKÉPEK

perzisztáló (átható) hangulati zavarok

CIKLOTÍMIA

DISZTÍMIA

Tartós, számottevően zavaró és korlátozó, de mértékében, intenzitásában kevesebb, mint a **bipoláris**, illetve **depressziós** epizód.

Kérdések a depressziók felismeréséhez

- Hangulat?
- Kedélyállapot?
- Örömkészség?
- Érdeklődés ?
- Késztetések?
- Teljesítmények?
- Kudarcélmény és kezelésük?
- Önértékelés?
- Bűntudat, önvádlás?
- Reményvesztettség?
- Döntésképtelenség?
- Veszteségek?
- Étvágytalanság?
- Fogyás?
- Nemi vágy?
- Alvás? Korai ébredés?
- Korábbi előfordulás?
- Fázisok?
- Napszaki ingadozás?

Depresszió

Megjelenés: mimika, gesztusok, testtartás

Hangulat–közérzet: nyomott hangulat (dysthymia), rossz közérzet (dysphoria), anergia, érdeklődés csökkenés, örömtelenség (anhedonia)

Beszéd: halk, lassú, csökkent összmennyiség

Gondolkodás: lassú, szegényes, beszűkült, negatív gondolatok (értéktelenség, bűnösség, reménytelenség, kiúttalanság – mikrománia), öngyilkossági gondolatok, hangulatvezérelt téveseszmék

Memória: feledékenység, koncentrációszavar, figyelemzavar

Testi tünet: anorexia, inszomnia, szex-libidó, fájdalom

Mánia (hypomania)
Megjelenés: felgyorsult pszichomotorium, izgatott, beszédes, élénk mimika, gesztusok
Hangulat–közérzet: emelkedett hangulat (hyperthymia), emelkedett közérzet (euphoria), extázis irritábilitás, alacsony frusztrációs tolerancia, hiperaktivitás
Beszéd: logorrhoea, logofília
Gondolkodás: felgyorsultasszociációk, gondolatrohanás, szekunder inkoherencia, grandiózus, megalomán tartalmak, kibővült én-tudat, önértékelés (egodiasztole)
Kritikai készség: csökkentbelátás, kritikátlan, impulzív, agresszív viselkedés
Testi tünetek:étvágy-, szex csökkenése, inszomnia (álmatlanság)

Osztályozás

- ✔ hosszmetszeti lefolyás
- ✔ etiológia
- ✔ súlyosság
    - enyhe
    - közepes
    - súlyos, pszichotikus tünet nélkül
    - súlyos, pszichotikus tünetekkel

Etiológia
Primer depresszió (pl. „endogén”)
major depresszió – rekurrens depresszió
disztímiás zavar (neurotikus depresszió?)
bipoláris zavar
Ciklotímia
Szekunder depresszió
Egyéb mentális zavarok depressziós tünetekkel
Primer depresszió
Biológiai tényezők
Biogén aminok (noradrenalin, szertotonin, dopamin stb.)
Neuroendokrin szabályozás (hipotalamusz- hipofízis-mellékvese tengely, pajzsmirigy stb.)
neuroimmun szabályozás, morfológia (képalkotó), neuroanatómia stb.
Genetikai tényezők – SNP-k
Pszichoszociális faktorok (életesemények, stressz, személyiség jellemzők, pszichodinamikai faktorok)

Szekunder depressziók
Organikus – szomatikus eredet

- Neurológiai ok (tumor, trauma, neurodegeneratív betegség, cerebrovaszkuláris ok, gyulladás, szklerózis multiplex stb.)
- Idegrendszeren kívüli vagy szisztémás eredet (tumor, gyulladás, kardiovaszkuláris betegség, metabolikus, endokrin zavar stb.

Kémiai szer okozta hangulatzavarok

- Gyógyszeres eredet (antihipertenzívumok, szteroidok, analgetikumok, anxiolitikumok stb.)
- Egyéb pszichotróp anyag intoxikáció vagy megvonás (alkohol, nyugtatók, kokain, amfetamin stb.)

Egyéb mentális zavarok depressziós tünetekkel

- Szorongásos zavarok (generalizált szorongás, kevert szorongásos-depressziós tünetegyüttes, pánikzavar stb.)
- Evészavarok
- Szkizofrénia – szkizoaffektív zavar
- Szomatoform zavarok (szomatizációs zavar)
- Alkohol abusus
- Alkalmazkodási zavar

Szövődmények
Rokkantság, alkohol, nyugtató, drog abúzus – addikciók, öngyilkosság (15%)

4.2. szorongásos zavarok 98-110

Szorongás: (külső vagy belső) veszély előrevetítéséből adódó aggodalmak, fenyegetettség érzése: (ismeretlen, belső, bizonytalan)

Félelem: tudatosuló, reális veszély-fenyegetettség érzése (ismert, külső, meghatározott)

Egészséges v. kóros szorongás:
Figyelmeztető jel - vészjelzés– életmentő
Adaptív szorongás! - Testi sérülés, fájdalom, kilátástalanság, várható büntetés, szociális vagy testi szükséglettel kapcsolatos frusztráció
Segít-e a megoldásban? (kiváltó ok kezelése,megelőzése vagy a következmények csökkentése)

A szorongás tünetei
Szubjektív - pszichés – verbális, kellemetlen érzelmi állapot, tanulás, figyelem, asszociációk, érzékelés, gondolkodás
Viselkedésbeli – motoros tünetek, pszichomotoros gátoltság vagy agitáció (nyugtalanság), mimika, gesztusok
Vegetatív – izzadás, kipirulás, elsápadás, hipertenzió, tachikardia, tachipnoe, palpitáció, ájulás(érzés), szédülés, szájszárazság, hasmenés, hányinger, gyakori v. sürgető vizelési inger, hiperreflexia, pupilla tágulat

Szorongásos zavarok
élettartam prevalencia: 30.5% nő, 19.2% ffi

- Pánik zavar és agorafóbia
- Specifikus fóbia és szociális fóbia
- Kényszerbetegség (OCD)
- Poszttraumás stessz zavar
- Generalizált szorongás
- Egyéb szorongásos zavar
    - általános egészségi állapot miatt
    - pszichoaktív szer okozta szorongásos zavar

Pánik zavar, agorafóbia
élettartam prevalencia: 1.5-5%
Pánik rohamok (20-30 perces – extrém súlyosságú szorongás, halálfélelem, palpitáció, verítékezés, remegés, fulladásérzés, mellkasi fájdalom, hányinger, szédülés stb.)
Anticipátoros szorongás (előrevetített)
Agorafóbia: nyilvános/zsúfolt helyektől való félelem
Obszesszív-kompulzív zavar (OCD)
élettartam prevalencia: 2-3%
obszesszió - kényszergondolat (visszatérő, perzisztáló, intruzív, szorongást keltő gondolatok)

kompulzió - kényszercselekvés (repetitív viselkedés vagy mentális tevékenység, következménye a kényszergondolatnak)
Én-idegen (abszurd, irracionális)
Tünet-mintázat (kontamináció, kóros kételkedés, kényszerkésztetés, szimmetria stb.)

Szomatizáció
Szomatizáció: szomatikus panaszok/tünetek, pszichés erdettel
Szomatoform zavarok

- Szomatizációs zavar
- konverziós zavar
- Hipochondriázis
- test-diszmorfiás zavar
- fájdalom zavar

Egyéb pszichiátriai betegségek, szomatikus tünetekkel
Élettartam prevalencia: 0.2-2% (női nem)
Számos szomatikus panasz, több szervrendszerre kiterjedően (fájdalom, gasztrointesztinális, szexuális, pszeudoneurológiai)
Krónikus, 30 év alatt kezdődik

Pszichiátriai zavarok szomatikus panaszokkal/tünetekkel

- Szomatoform zavarok
- Hangulatzavarok
- Szorongásos zavarok
- Étkezési zavarok
- Szkizofrénia és egyéb pszichózisok
- Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok
- Organikus pszichiátriai zavarok

Konverziós zavar
ffi: nő 1:2 - 1:10 prevalencia?
Egy vagy több neurológiai jellegű tünet, neurológiai eredet nélkül
Tünetek:

- Motoros (akaratlan mozgások, tik, rohamok, bénulások, állás-, járászavar stb.)
- Szenzoros (anesztézia, vakság stb.)
- Viszcerális (hányás, hasmenés, ájulás)

Hipochondriázis
6 havi prevalencia: 4-6%
Súlyos betegségről való meggyőződés
Testi tünetek, érzetek félreértékelése
Fennmaradó meggyőződés,
ezzel kapcsolatos elfoglaltság

Szorongásos - szomatoform zavarok:
félelem, szorongás, depresszió, vegetatív tünetek, testi panaszok, testi tünetek

5. Személyiségzavarok 111-137

Összefoglalás: A személyiségzavarok csoportosítása, az egyes személyiségzavarok jellemzői, különös tekintettel a B csoportba tartozókra, melyek fokzott veszélyt jelentenek az addikciók megjelenése szempontjából.

Célja: Mivel a személyiségzavarok jelenléte nagyban rontja az addiktív zavarok miatt segítséget kérő kliens felépülésének esélyeit – főleg akkor, ha nem veszünk tudomást személyiségzavaráról – ismernünk kell problémáinak természetét, nem szokványos működését, reakcióit, sajátos kommunikációját.

Kulcsszavak: személyiségzavar, B csoportba tartozó személyiségzavarok, antiszociális személyiségzavar, borderline személyiségzavar, nárcisztikus személyiségzavar,

Tanulást segítő kérdések: A B csoportba tartozó személyiségzavarok miért jelentenek fokozott veszélyt az addiktív működések megjelenése szempontjából? Mit kell tennünk segítőként, ha az addiktív problémái miatt jelentkező kliensnél valamilyen személyiségzavar jellemzőit fedezzük fel?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- DSM-V.

Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

Meghatározás

A „normáltól”, az „átlagtól” jelentősen eltérő személyiségeket foglalja egybe.

Diagnosztikus kritériumai

Kiegyensúlyozatlanság a beállítódásban és viselkedésben, affectivitásban, impulses-kontrollban, észlelésben, gondolkodásban, másokkal való kapcsolatban.

Tartós zavar (nem epizódikusan jelentkezik).

A kóros viselkedésmintának mély gyökerei vannak (számos személyes és szociális helyzethez nem illik).

Gyermek- vagy fiatalkorban kezdődnek, átterjednek a felnőttkorra.

Jelentős szubjektív panaszok is előfordulnak.

A foglalkozásbeli és szociális teljesítőképesség beszűkül (BNO. 10).

(Stabil viselkedésminták, a különböző élethelyzetekben fellépő merev reakciók, a zavarok elsősorban a szociális funkciókban jelentkeznek, az emberközi kapcsolatokat és a kommunikációt érintik).

Korábban

Psychopathia (K. Schneider) Az átlagtól különböző módon eltérő személyiségek, „maguk is szenvednek és a társadalom is szenved tőlük” (pejorativ, jelenleg nem használjuk).

Sociopathia (Cleckley) Egocentrikusak, nincs bűntudatuk, nem tudnakszeretni, hiányzik belőlük a lelkiismeretfurdalás és a szégyen, nincs belátásuk, nem tanulnak a múltból (csak az antiszociális csoportra vonatkozik).

Etiológia

Multifactorialis:a biológiai tényezők érvényesülését a pszichologiai és szociológiai tényezők segítik.

Biológiai tényezők

- Genetikai vonatkozások
- Iker- és adaptációs vizsgálatok

- Neurokémiai vizsgálatok
- Minimális agyi károsodásoknál
- A kóros személyiségvariánsok halmozódására utalnak.
- Külön nevelt egypetéjűeknél gyakoribb volt az előfordulás (USA vizsgálat 15.000 ikerpárnál).
- Serotonerg transmitterek szerepére utalnak (impulzivitás és agresszió kapcsolata a serotonin aktivitással)
- Gyakoribb a későbbi személyiségzavar.

Pszichologiai és szociológiai faktorok

Rizikótényezők – diszfunkcionális családok, ACE-ek

Intézeti nevelés, elszakadási élmények, családi agresszivitás, bántalmazás, szülők psychiatriai megbetegedése stb.

Protektív tényezők: Pozitív szülői attitűd, gondoskodás, megbízhatóság a nevelésben stb.

Személyiségzavarok gyakorisága

Átlagpopulációban 10% (amerikai és német vizsgálatok), válogatás nélküli psychiatriai betegeknél 39,5% (WHO vizsgálat), igazságügyi psychiatriai betegek között akár 70-80 % is az egyes formák praevalentiája: (WHO–vizsgálat).

Paranoid 62,4%
Schizoid 61,8%
Dissocialis 63,2%
Emotionalis instabil 64,5%
Borderline típusú 14,9%
Hystrionicus 64,3%
Anancasticus (szorongó vagy kényszeres) 63,6%
Szorongó 15,2%
Dependens 64,6%
Egyéb 66,8% „Valamilyen” személyiségzavar 39,5%

Klasszifikáció: Kategóriák kialakítása, prototípusok az előtérben álló magatartásminták alapján:

Különc, excentricus /paranoid, schizoid/

Dramatikus, emotionalis /dissocialis (antisocialis), emotionalis-instabil (impulsiv, borderline), hystrionicus

Szorongó csoport /anancasticus (kényszeres), önbizonytalan, szorongó, függő (dependens)

Cyclothymia

Affectiv kórképekhez csatolva): depressiv, hyperthym, cycloid.

Narcisticus

Paranoid csoportba olvasztva nem tartoznak ide az egyéb okok (organicus károsodás, lezajlott psychosis stb.) miatti személyiségváltozások.

A csoportú személyiségzavarok: jellemzőjük a különös, excentrikus gondolkodás és viselkedés. Ide sorolható a paranoid, a skizoid és a skizotíp személyiségzavar. A diagnózishoz nem kell minden tünetnek jelen lennie

B csoportú személyiségzavarok: ezekre jellemző a nagyon színes érzelemnyilvánítás: drámaiság, túlzott érzelmek, kiszámíthatatlan gondolkodás és cselekvés. Ide tartozik az antiszociális, a bordeline, a hisztrionikus és a narcisztikus személyiségzavar. Itt sem szükséges minden tünetnek jelen lenni a diagnózis kimondásához…

Addiktív jelenségek kapcsán főleg a B csoportú személyiségzavar jelenlétére kell figyelnünk!

C típusú személyiségzavarok: jellemzőjük a szorongás, félelem ami áthatja a gondolkodást és viselkedést. Ide sorolható az elkerülő, a dependens és a kényszeres (obszesszív-kompulzív) személyiségzavar.

Paranoid személyiségzavar (A)

- Mindent átható bizalmatlanság, gyanakvás mások iránt

- Nem valós hiedelem arról, hogy az illetőt mások bántani/bántalmazni akarják
- Nem igazolt gyanú, hogy mások nem megbízhatóak, és nem lojálisak
- Állandó bizalmatlanság és gyanakvás, hogy mások az információt az illető ellen fordítják
- Ártatlan jelek, dolgok súlyos személyes sérelemként való értelmezése
- Dühös reakciók minden,akár enyhébb személyes véleményre
- Ellenszenves magatartás
- Nem igazolt gyanú, hogy társunk, párunk nem hűséges, megcsal bennünket

Schizoid személyiségzavar (A)

- Személyes kapcsolatok hiánya, beszűkülése, az illető jobban szeret egyedül lenni
- Érzelemnyilvánítás hiánya
- Anhedonia, nem talál örömet semmiben
- Nem képes normális szociális kapcsolatokra
- Nem érdeklik mások dolgai, tevékenysége
- Egyáltalán nem mutat érdeklődést a szex iránt

Skizotíp személyiségzavar (A)

- Furcsa ruházat, különös viselkedés, beszédmodor, viselkedés
- Különös, szokatlan érzékelések, hallucinációk, hanghallás stb.
- Színtelen érzelmek, nem megfelelő érzelemnyilvánítás
- Szociális szorongás, közeli rokonokkal sem érzi jól magát az illető
- Gyanakvás, nem megfelelő viselkedésmód mások iránt
- Mágikus gondolkodás: az illető úgy véli, hogy képes gondolata révén másokra hatni, befolyásolni őket
- Egyes események túlértékelés: mintha minden valami különös jelet hordozna számára

Dissocialis (antisocialis) személyiségzavar (B)

- Nem érdeklik mások érzelmei, problémái
- Gyakori hazudozás, csalás, mások átverése
- Ismétlődő összetűzések a törvénnyel
- Mások jogainak eltiprása
- Agresszív, erőszakos viselkedés
- Mások biztonságának semmibevétele
- Impulzív viselkedés
- Folyamatos felelőtlen viselkedés
- Egyáltalán nem érez bűntudatot

Következmények

- Nem vállalnak rendszeres munkát,
- pénzügyi kötelezettségeiknek nem tesznek eleget,
- családjukkal sem képesek melegebb kapcsolatokra,
- gyakran agresszívak a családon belül is,
- az alkohol- és drogabusus nem ritka.
- Az első jegyek gyakran már a 15. életév előtt is (hazudozás, lopás, iskolakerülés, állatok kínzása stb.) megjelennek.

Narcisticus személyiségzavar (B)

- Az illető úgy véli hogy fontosabb másoknál
- Személyes fantáziák: erő, siker, attraktivitás
- Mások szükségletei, érzelmei hidegen hagyják
- Tehetségének eltúlzása mások előtt
- A csodálat, imádat folyamatos elvárása
- Arrogancia, gőgösség
- Indokolatlanul elvárja, hogy megkülönböztetett módon bánjanak vele

- Irigység: mások iránt ill. kölcsönösen

Az emotionalis-instabil személyiségzavar

- Könnyen ingerelhetők
- Hiányzik az impulsuscontrolljuk.
- Affectusok szabályozásának szintje alacsony vagy hiányzik.
- Nem törődnek a következményekkel, hajlamosak váratlan cselekményekre, nem ritkák az erőszakos és fenyegető viselkedésformák.
- Képtelenek előre tervezni, olyan cselekmények folyamatos végzésére sem képesek, melyeknek nincs közvetlen eredményük.
- Hangulatuk instabil, kiszámíthatatlan.

A borderline típusú személyiségzavar (B)

- Impulzív, kockázatos viselkedésmód, pl. nem biztonságos szex, játékszenvedély, zabálásrohamok
- Bizonytalan, törékeny önkép
- Instabil de intenzív emberi kapcsolatok
- Hangulatingadozás, sokszor emberi kapcsolatokból adódó stressz miatt
- Öngyilkossági késztetés, önveszélyes cselekvések
- Intenzív félelem az egyedülléttől, magára hagyottságtól
- Az üresség állandó érzése
- Gyakori dührohamok
- Stressz okozta paranoia, gyanakvás, bizalmatlanság

Hystrionicus személyiségzavar (B)

- Folyamatosan igényli hogy (csak) rá figyeljenek
- Drámai érzelmek, szexuálisan provokáló viselkedés
- Erős drámai hanghordozás, a véleményei hátterében kevés a tény
- Könnyen befolyásolható
- Gyenge, könnyen változó érzelmek
- Külső megjelenésére igen sokat ad
- Emberi kapcsolatok túlértékelése a realitáson túl

Anancaszticus (kényszeres) személyiségzavar (C)

- Szabályok, részletek fokozott figyelembevétele
- Extrém pontosság, perfekcionizmus, amely működészavarhoz vezet, ha valami mégsem sikerül. (Pl. azért nem tud egy projektet befejezni, mert saját, magas elvárásainak nem tett eleget…)
- Másokat állandóan ellenőrizni akar, képtelen feladatokat delegálni, átadni
- Elhanyagolja a barátait és az örömszerző tevékenységeket, mert annyira csak a munkájának él…
- Nem képes megválni az értéktelen tárgyaktól
- Merevség, konokság
- Erkölcsi, etikai merevség, hajlíthatatlanság
- Fukarság, fokozott kontroll bármely pénzkiadás, költség miatt

Szorongásos (elkerülő viselkedést tanúsító) személyiségzavar (C)

- Minden kritikára, elutasításra túlérzékeny
- Önértékelési zavarok: feleslegesség, kisebbségi érzés, a valódinál rosszabb külső önkép
- Elkerüli a más emberekkel való közös munkát, tevékenységet
- Szociális izoláció, elzárkózás, főleg az új dolgoktól, új emberektől való idegenkedés
- Közösségi helyzetekben, emberi kapcsolatokban fokozott szégyenérzet
- Félelem a megszégyenüléstől, minden viselkedését nem odaillőnek érzi

Függő (dependens) személyiségzavar (C)

- Másokhoz való túlzott ragaszkodás, a róla való gondoskodás fokozott igénye
- Túlzottan alázatos viselkedés

- Önamgát nem képes ellátni, fél attól hogy magára hagyják
- Önértékelési és önbizalomhiány, állandóan tanácsot vár másoktól, és megerősítést még a legkisebb dolgokban is
- Egyedül nem kezdeményez új dolgokat, igen csekély önbizalommal bír
- Félelem a vitáktól, konfliktusoktól
- Elviseli a bántalmazást, még akkor is ha nem lenne szükségszerű
- Azonnal szoros új kapcsolatba kezd, ha esetleg az előző véget ért, megszakadt

Hyperthymiás és depressiv személyiségzavar
A hyperthymek alaphangulata derűs, temperamentumosak, állandóan tevékenyek, gyakran nincsenek tekintettel másokra, beleérző képességük csökperiodikusan változik.

Kockázati tényezők
- Családi halmozódás, akár a személyiségzavar, akár más mentális betegség tekintetében
- Alacsony iskolázottság, rossz szociális és gazdasági körülmények
- Gyermekkori bántalmazás (szóban, veréssel, szexuális visszaélés stb.)
- Zűrzavaros családi helyzet, amit gyerekként átélt az illető
- (Diagnosztizált) gyermekkori fejlődési zavar
- Agyi biokémiai zavarok, anatómiai eltérések

Szövődmények
- A személyiségzavar jelentős mértékben érinti, károsítja nemcsak az illető, de környezete életét, életminőségét is.
- Kapcsolati, iskolai, munkahelyi problémák adódhatnak, szociális izolációhoz vezethet, alkoholizmushoz, szerfogyasztáshoz.

Személyiségzavarok diagnózisa: Szokványos psychiatriai és psychologiai vizsgálatok
- **Életvezetés elemzése** (emberközi kapcsolatok, reakciómódok, életének fordulópontjai, élet- és munkakörülmények stb.).
- **Személyiségre vonatkozó kérdések** (személyiség- típus).
- **Klinikai psychológiai vizsgálat** (megerősítik a feltételezett személyiségzavar diagnózisát, ill. a súlyosságát).
- **Kiegészítő kérdések**: az egyén érettsége, szociális funkciók nívója, comorbiditas (alkohol- és gyógyszerfogyasztás), szociokulturális háttér.
- az illető milyen módon látja saját magát, hogyan érzékeli mások cselekvéseit, az eseményeket, történéseket maga körül?
- mennyire megfelelőek, helyénvalóak az érzelmi reakciói?
- hogyan működik együtt, tevékenykedik, kommunikál másokkal?
- mennyire tudja kontrollálni saját érzelmeit?

6. Intellektuális zavarok (mentális retardációk, dementiák)

Összefoglalás: Az intellketus változásával kapcsolatos jelenségek leírása.

Célja: A rendszeres szerhasználat – pl. alkohol – korai dementia kialakulásához vezet, így tisztában kell lennünk az ekkor jelentkező tünetekkelk.

Kulcsszavak: intelligencia, intelligenciakvóciens (IQ), mentális retardáció, dementia

Tanulást segítő kérdések: Milyen tüneteket látunk a rendszeres alkoholfogyasztás következtében kialakult prea-szenilis dementia megjelenésekor?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
DSM-V.
Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

Intellektus
Az intelligencia valamely, a legkülönfélébb módokon megnyilvánuló, átlagos megértési és értelmi képességről szól.
Számos meghatározás van, melyek egy csoportja környezethez való alkalmazkodást (helyzeti intelligencia), egy másik csoportja a tanulási képességet, míg egy harmadik az elvont gondolkodást hangsúlyozza.

Az intelligenciakvóciens mennyiségi szintjei:

Átlagos intelligencia – IQ 91-109 (a népesség kb- 50%-a)
Átlag feletti – IQ 110-120
Igen magas intelligencia – IQ 121-130
Extrém magas intelligencia 130 fölött (a lakosság kb. 2,15%-a)

Mentális retardáció (a lakosság kb. 2,15%-a):
enyhe retardáció: 50-69
közepes retardáció: 35-49
súlyos retardáció: 20-34
igen súlyos: 20 alatt
Strukrúra zavarai: zseniális oligofrén, szalon idióta

Demenciák
Az elöregedés, az in telligenciastruktúra változásaés a korai, organikus mentális hanyatlás pszichometrikusan azonos módon jelenik meg.
Az intellektus leépülése általában a reakcióidő meghosszabbodásában, ill. a tanulékonységban, vagy a téri konfigurációk megragadási képességében beálltváltozásban mutatkozik meg.
Fajtái:

- korai (prea-) szenilis dementiák
- szenilis dementiák: Parkinson-kór, Alzheimer-kór, Lévy-testes dementia

7. Veszteségélmény és gyász 139-142

Összefoglalás: A gyász és a gyászmunka megismerése, szakaszainak tudatosítása, teendők.

Célja: Az addikcióból felépülő kliens addikciójának tárgyától való elszakadást gyakran gyászként éli meg, mely nem különbözik pl. a szeretett személy elvesztésétől, így feldolgozása is a korábban megismert és azonosított gyász-munkával dolgozható át.

Kulcsszavak: gyászreakció, gyászmunka

Tanulást segítő kérdések: Miben hasonlít az absztinens élet első időszaka a tárgyvesztés, pl. a szeretett személy elvesztésének folyamatához? Mi segít ennek az időszaknak a feldolgozásában?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Verena Kast: A gyász – Egy leki folyamat stádiumai és esélyei
Polcz Alaine: Ideje a meghalásnak, 1998
DSM-V.
Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

Veszteségélmény és gyász (Verena Kast)

A gyászreakció *veszteség által kiváltott reakció, ami érzelmi, kognitív, viselkedéses, szomatikus tünetekkel és kapcsolati változásokkal jellemezhető.*

A halál, a veszteség miatt érzett fájdalom és a bánat megnyilvánulásai ezek.

A **gyászmunka** egészségünk szempontjából rendkívül fontos lélektani folyamat, normál körülmények között a gyászreakciók feldolgozását jelenti.

A feldolgozásnak minden síkon le kell zajlania: tudatos, tudattalan és érzelmi síkon is meg kell történnie.

Ha ez nem történik meg, a gyászmunka elakad, és a további életutat negatív irányba viheti.

A gyász lefolyása (ElisabethKübler-Ross, 1988)

1. **tagadás** - elutasítás, a tudomásulvétel elhárítása („Ez nem lehet igaz!")
2. **düh** - harag, lázadás („Miért éppen velem történik mindez? ")
3. **alkudozás -** („Ígérem, ezentúl jó leszek.")
4. **depresszió** - lehangoltság, közöny, szorongás, önvád, bűntudat
5. **elfogadás** - belenyugvás, beleegyezés, újraszerveződés és helyreállítás, lezárás („Ám legyen!)

A gyász fázisai Verena Kast (2000)

1. Az **elutasítás** stádiuma - a halált követő első fázis, sokk, érzéketlenség jellemzi, néhány órától egy hétig is eltarthat.

2. A **felszakadó érzelmek** stádiuma - harag (akár dühkitörések), bánat, szorongásos állapotok jellemezhetik. A harag kétirányú is lehet, irányulhat az elhunyt felé, vagy az orvosok, ápolók, családtagok felé is. Fontos, hogy ezek az érzelmek kifejezésre kerüljenek, ne fojtsa el, hanem éppen hogy megélje a gyászoló. Ez az érzelmi zűrzavar ahhoz szükséges, hogy alámerüljön a régi, és megszülessen belőle az új.

3. A **keresés és az elválás** stádiuma - a gyászoló beleágyazza újonnan kialakult életstruktúrájába mindazt, amit az elhunyt jelentett számára, ezt gyakran belső párbeszéd kíséri.

4. Az **önmagunkhoz és a világhoz fűződő új viszony kialakítás**ának stádiuma - a veszteség elfogadása, melynek során az elhunyt „belső alakká" válik.

Gyászmunka, 4 fő feladata van:

- elfogadni a veszteség valóságát,
- átélni a gyász fájdalmát,
- alkalmazkodni a környezethez, amiben az elhunyt már nincs jelen,
- érzelmileg átértékelni a szeretett személlyel való kapcsolatot és képessé válni az élet folytatására (Pilling, 2012).

8. Komorbid jelenségek (A kábítószerhasználat és pszichiátriai betegségek kapcsolata) 143-150

Összefoglalás: A komorbid jelenségek megismerése, a különböző pszichoaktív szerekkel együttjáró leggyakoribb mentális zavarok megismerése.

Célja: A dupla-diagnozis differenciáldiagnosztikájának segítése (a „mi volt előbb a tyúk vagy a tojás" kérdés átgondolása), ezáltal egy hatékonyabb kezelési terv, ill. egy stabilabb relapszus prevenció kialakítása.

Kulcsszavak: komorbid jelenségek,

Tanulást segítő kérdések: Milyen típusú mentális zavaroknál jelennek meg bizonyos pszichoaktív szerek, ill. milyen típusú szerek használatára kell gondolnunk bizonyos mentális betegségek megjelenésénél?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
DSM-V.
Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

A kábítószerhasználat és a pszichiátriai betegségek kapcsolata
Komorbiditás - következmény
1. szerhasználat a pszichiátriai zavar tünete
2. pszichiátriai zavar a szerhasználat következménye
3. megküzdési válasz (szelf-medikáció)
4. közös etiológiai faktor neurobiológiai tényező

Pszichiátriai betegségek - droghasználat
Normál populációs vizsgálatok:
pszichés zavar droghasználat mellett:
kokain (76%)
hallucinogének (69%)
opiátok (65%)
amfetamin (63%)
kannabisz (50%)

Pszichotikus állapotok kannabisz használat mellett
Különbségek klinikailag:
- korai kezdet
- rosszabb prognózis
- agresszivitás
- pozitiv tünetek
- negativ tünetek
- jobb kognitiv funkciók
- premorbid funkció jók
- családi anamnézis nincs

Amfetamin okozta pszichotikus zavar

- Paranoid schizophrenia (pozitív tünetek)
  - Vizelet toxikológiai vizsgálat
  - Tünetek övid időn belül való megszünése

- Amfetamin okozta hangulatzavar
  - Intoxikáció – mánás/kevert tünetek
  - Megvonás – depresszív tünetek
- Amfetamin intoxikáció miatt kialakult delirium
  - Magas adagok
  - Alvásmegvonás
  - Más anyagokkal való kombináció
  - Korábban már meglévő agyi károsodás

Kannabisz intoxikációs delirium (nagy dózisok)

- Tudat éberségi szintje
- Kogníció
- Percepció
- Figyelem
- Motoros koordináció

Kannabisz-indukált szorongásos zavar

- Tapasztalatlan fogyasztók
- Dózisfüggő
- Rövid ideig tartó szorongásos állapotok (pánik)

Kannabisz-indukált pszichotikus zavar

- Hosszútávú használat
- Paranoid gondolatok
- “bad trip” élmény
- sérülékenység

Kokainnal kapcsolatos zavarok

- Komorbiditás
- Hangulatzavarok
- Alkohollal kapcsolatos zavarok
- Szorongásos zavarok
- Személyiségzavarok
- Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavarok

Kokain intoxikációs delirium

- Magas dózisok
- Más pszichoaktív szerek egyidejű használata
- Korábbi agyi betegségek

Kokain okozta pszichotikus zavar

- Hallucinációk és téveszmék gyakoriak
- Függ a dózistól, a használat időtartamától, alkalmazás módjától, egyéni érzékenységtől, nemtől
- Paranoid téveseszmék, akusztikus hallucinációk
- “rovarok érzékelése” (bőr alatt)
- Torzult viselkedés (violens, homicid cselekmények)

Kokainnal kapcsolatos

- Hangulatzavarok
- Szorongásos zavarok
- Szexuális zavarok
- alvászavar

Összefoglalás

- Droghasználók minimum felénél pszichés probléma
- Társuló zavar fontossága
- Droghasználat rontja a prognózist
- Tartós pszichiátriai probléma
- Affektív zavar - ópiát
- Szkizoform pszichózis - kannabisz
- Kezelés kellő időben kellő ideig
- Sóvárgás csökkentése

9. **Támadó vagy fenyegető beteg 151**

Összefoglalás: Támadó, vagy fenyegető beteggel történő beavatkozás ismerete.

Célja: Adott esetben szakszerű és hatékony beavatkozás kivitelezése.

Kulcsszavak: ön- és közveszélyes állapot, támadó beteg, konszenzus-kerresés, kényszerítés

Tanulást segítő kérdések: Mit kell tennünk támadó vagy fenyegető beteggel történő találkozás során, hogyan kerülhetjük el a súlyosabb következményeket?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

DSM-V.
Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998): *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

Bizonyos helyzetekben – pszichozis, tudatzavar esetén –, de gyakran pszichoaktív anyagok használatát követően is jelentkezhet.
Tudatni kell: ***az erőszakos viselkedés semmiképp nem elfogadható a gyógyítás keretei között!***

Mi a teendő ebben az esetben?

- Közelíts a páciensheznek megnyugtatóan, kerülve a fenyegető fellépést
- Ismételten erősítsd meg, segítőkész vagy és szeretnéd megérteni, hogy megnyugodhasson ő is
- Ajánlj gyógyszert - ami csökkenti a rossz érzéseit, félelmeit, feszültségeit - ami után könnyebb lesz…
- **De** tájékoztasd a pácienst: határozottan megfékezzük, ha kell és kifejezetten az Ő érdekében nem riadunk vissza a keményebb lépésektől sem (bár szeretnénk elkerülni…)
- A csapat **felvonultathat erőt** is az eltökéltség alátámasztására
- Végső megoldás: **kényszerítés** (rögzítés + gyógyszer+felügyelet)

Felhasznált irodalom

- **Tringer László (1999):** ***A pszichiátria tankönyve.*** **Budapest, Semmelweis Kiadó.**
- **Buda Béla–Füredi János (1989):** ***A neurosis változó arca.*** **Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.**
- *Verena Kast: A gyász – Egy leki folyamat stádiumai és esélyei*
- *Polcz Alaine: Ideje a meghalásnak, 1998*
- **Csuhai Cs. Klára (1995):** ***Pszichopatológia. Családsegítés, mentálhigiéné*****. Módszertani Füzetek. Budapest, XI. HÍD Családsegítő Központ.**
- **Molnár Péter – Csabai Márta (1995):** ***A gyógyítás pszichológiája.*** **Budapest, Springer Hungarica.**
- **DSM-V.**
- **Füredi János – Buda Béla – Németh Attila – Tariska Péter (1998):** ***A pszichiátria magyar kézikönyve.*** **Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.**

- **Online források**

https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/emcdda_hu

https://drogriporter.hu/

10. Addiktológia

- **Tartalom**

Bevezetés 5

1. Az addiktológia alapfogalmai 6

1.1. Az addiktológia alapfogalmai 8

1.2.Az addiktív jelenségek, diagnosztikai osztályozásuk, szerhasználati zavarok 1

2. Hiba! A könyvjelző nem létezik.

2.1. Kémiai szerek - Depresszánsok 1

2.2. Kémiai szerek - Serkentők 2

2.3. Kémiai szerek - Hallucinogének 3

2.4. Viselkedéses addikciók 2

3. Etiológia 7

3.1. Biológiai, pszichológiai, szociológiai rizikófaktorok 5

3.2. A szenvedélybeteg személyisége, pszichodeinamikai jellemzők

4.Kezelés-ellátás 6

5. Motivációs interjú 6

6. Rehabiltáció 6

7.Szolgáltói piramis 7

8.Integrált rendszerek 7

Felhasznált irodalom 8

– Bevezetés

Köszöntjük a 8tan órás *Addiktológia* c. képzésen!

Mit ad Önnek az Addiktológia *c.* továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

A képzés mélyíti addiktológiai ismereteit, segít rendszerezni tudását, segít megérteni az addikciók spektrum-jellegét, a háttérben álló okokat, ill. a problémák észlelése kapcsán mérlegelési támpontokat kaphat a legmegfelelőbb beavatkozás szintjének kiválasztásához. Megismerteti a szolgáltatási formákat, a szolgáltatási piramis felépítését és tágítja latókörét a hatékonyabb ellátási formák kialalkításához.

Hogyan épül fel az Addiktológia *c.* képzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
2. Első képzési nap	8 tanóra (8 tanóra elmélet)	jelenléti

– 1. Az addiktológia alapfogalmai

Összefoglalás:A fejezetben leírtak bemutatják az addikciók alapfogalmait, a diagnosztikus rendszerben történő elhelyezésüket, az addiktív zavarok tüneteit. ……

Célja: Minél tisztább képet és struktúrát kapni az addiktológia megértéséhez, ezt komplex módon látni

Kulcsszavak: addiktív jelenségek, stádiumok, BNO-10, DSM-V.,

Tanulást segítő kérdések: Milyen típusú addiktív jelenségeket ismer? Mitől tekintünk valakit függőnek? Mik a súlyos addikció tünetei? Van-e különbség a kémiai és viselkedéses addikciók között?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók
DSM-V

1.1. Az addiktológia alapfogalmai

Az addiktív jelenségek formái, az addikció súlyosbodásának stadium és ezek elhelyezése a BNO-10-ben és a DSM-V-ben.

Stádiumok:
Kísérletezés, szociális használat, probléma-használat, intenzifikált használat, kényszeres használat

1.2. Az addiktív jelenségek, diagnosztikai osztályozásuk, szerhasználati zavarok

A BNO-10 és a DSM-V. rendszerében rögzített addiktológiai zavarok elhelyezkedése, értelmezése, tünettana

Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok

(DSM-IV, BNO-10)

1. **Pszichoaktív szer használat zavarai**

Abúzus
Dependencia

1. **Pszichoaktív szer okozta zavarok**

Intoxikáció
Megvonás
Szer okozta tartós demencia /amnesztikus zavar
Szer okozta pszichotikus zavar
Szer okozta hangulatzavar, szorongásos zavar, alvászavar, szexuális zavar

Pszichoaktív szer használat zavarai
1. ABÚZUS (kóros használat)
Szerepelvárásoknak nem tud megfelelni a visszatérő szerhasználat miatt (munka, iskola, család)

Fizikailag kockázatos helyzetek
Jogi következmények
Használat folytatása jelentős szociális és interperszonális problémákkal
2. **DEPENDENCIA (függőség) – szomatikus, pszichés**
Pszichés függőség: A szerhasználat szükséges a jó közérzet fenntartásához
Jellemzője a sóvárgás: Kóros vágy a szer iránt. Valamennyi drognál kialakulhat
Szomatikus függőség: Bizonyos idővel az utolsó droghasználat után megvonási tünetek alakulnak ki. Az alkoholra, az altatókra és nyugtatószerekre, a GHB-ra és az ópiátokra jellemző elsősorban.

Tolerancia (szomatikus dependencia): A Tolerancia azt jelenti, hogy mindig nagyobb és nagyobb mennyiséget kell fogyasztani a kívánt hatás eléréséhez.
Megvonási tünetek (szomatikus dependencia)
Folyamatos vágy a szerhasználat csökkentésére
Sok idő eltöltése a szerrel kapcsolatos aktivitással
Társas, foglalkozásbeli és rekreációs aktivitás feladása
Használat folytatása a súlyos szociális, pszichológiai és fizikai-testi problémák ellenére
CRAVING (sóvárgás): Erős, kóros vágy a drog iránt. Az egyén mozgástere beszűkülhet a drog megszerzésére és fogyasztására.

Szerhasználati zavarok (DSM-5)

- a személy a szándékoltnál nagyobb mennyiségű szert fogyaszt, a tervezettnél hosszabb ideig;
- a szerhasználat csökkentésére vonatkozóan sikertelen kísérleteket tesz;
- a fogyasztásra és ahhoz kapcsolódó tevékenységekre jelentős mennyiségű időt fordít;
- a szerfogyasztás utáni erős sóvárgás jellemzi;
- nem teljesíti főbb, hétköznapi szerepeihez kötődő kötelezettségeit;
- a szerfogyasztást a nyilvánvaló interperszonális, testi és lelki problémák ellenére fenntartja;
- korábbi tevékenységeit feladja, hanyagolja a szer miatt, illetve;
- a szert kockázatos helyzetekben is használja.
- A szerhasználati problémákkal küzdőknél jellemzően megjelenhet
- a tolerancia, illetve
- a szerfogyasztás abbahagyása esetén megvonási tünetek jelentkezhetnek.

Az elmúlt 12 hónapra vonatkozóan!
Enyhe addikció: 2-3 kritérium teljesülése esetén
Középsúlyos addikció: 4-5 kitérium esetén
Súlyos addikció: 6 vagy több

Pszichoaktív szer okozta zavarok
Intoxikáció
Megvonás
Szer okozta tartós demencia / amnesztikus zavar
Szer okozta pszichotikus zavar
Szer okozta hangulatzavar, szorongásos zavar, alvászavar, szexuális zavar
.

2. Addikciók osztályozása

Összefoglalás:A fejezetben leírtak bemutatják az addikciók fajtáit, azok jellemzőit

Célja:Az addiktív jelenségek megismerése által a háttér-problémákjobb megértése

Kulcsszavak: kémiai addikciók, viselkedéses addikciók, depresszánsok, serkentők, hallucinogének

Tanulást segítő kérdések: Mi szerint osztályozhatjuk az addikciókat? Milyen addikciókat ismer? A keresztaddikciók elmélete hogyan segíti az addiktív működések jobb megértését?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók
DSM-V

2.1. Kémiai szerek – depresszánsok

Az alkohol, a nyugató-altatószerek és az opiátok ismertetése

Anxiolitikumok – BenZoDiazepinek-ek
Előnyeik
gyors és erőteljes hatás, flexibilis adagolás, jól tolerálhatók
Mellékhatások:
túlzott szedáció/álmosság, izomrelaxáns hatás, mozgászavar, koncentrációzavar,
Jelentős addiktív potenciál!
Intoxikáció:
Fentiek súlyosabb formában + tudatzavar/kóma, légzésdepresszió
Más gyógyszerrel/alkohollal, idősekben, májfunkciós zavarokban gyakrabban/súlyosabb formában
BZD abúzus és függőség
Tartós használat során – szomatikus dependencia
Tolerancia alakul ki – hatáscsökkenés
Adag, bevételi gyakoriság növekszik
Gyógyszer csökkentéskor/elhagyásakor:
- Feszültség (pszichés függőség)
- Megvonásos tünetek (szomatikus függőség)

Tünetek:
Gyakrabban irat gyógyszerért
Izomgyengeség, fáradékonyság
Mozgáskoordináció zavara
Memória- és koncentrációzavar
Megereszkedett felső szemhéj
BZD megvonás
Súlyosság
Dózis, terápia hossza, szer felezési ideje
Tünetei:
Pszichés tünetek (feszültség, irritáltság, alvászavar)
Vegetatív tünetek (remegés, szapora szívverés, magas vérnyomás, élénk reflexek)
Epilepsziás görcsök, status epilepticus
Tudatzavar – delírium
Terápia:
Nagypotenciálú, hosszú hatású BZD, kezdetben nagyobb, majd fokozatosan csökkentett adagban

Opiátok
Történet: ópium: 3500 éve használatban, 1806: morfin szintézise, 1832 Codein, Heroin: ópiát függőség kezelésére kifejlesztve, Napjainkban: >20 kémiailag különböző opioid molekula az orvosi gyakorlatban;
Függőség, illicit használat: főleg heroin (diacetylmorphine)
Neuropharmacológia:
opioid receptorok:

μ- receptor: analgesia, légzés depresszió, székrekedés, függőség
K-receptor: analgesia, diuresis, szedáció
δ – receptor: analgesia
Endogén opiátok: endorphinok és encephalinok, szerepet játszanak a neurális transzmisszióban és a fájdalom érzékelés szabályozásában
Dopaminerg neuronok, VentálisTegmentálisArea: reward

Opiátokhoz kapcsolódó szindrómák

Abúzus
Dependencia Tolerancia igen kifejezett, szokásos dózis 100-szorosa; nem egyforma a különböző opiát-hatások tekintetében
Intoxication: euphoria majd szedáció, psychomotoros agitáció vagy meglassultság, szűk pupillák, álmosság vagy kóma, elkent beszéd, figyelem és memória zavarai
Megvonás: dysphoria, hányinger / hányás, izomfájdalmak, könnyezés, pupilla tágulat, hasmenés, ásítozás, láz, álmatlanság, izzadás, libabőr; kifejezett sóvárgás (craving)
Neonatális megvonási szindróma
Opioid-indukált pszichotikus zavar
Hangulatzavar
Alvászavar
Szexuális diszfunkció

- ✔ Szomatikus komorbiditás: hepatitisek, AIDS, endocarditis
- ✔ Kriminalitás magas előfordulása

2.2. Kémiai szerek – Serkentők

Amphetamin, kokain és dizájner serkentők

Kokain

Története: Koka-cserje, Dél-Amerika – évezredek óta, Helyi érzéstelenítő 1880 óta (fül-orr- gégészeti használat napjainkban is),1880-1914: számos betegség gyógyítására: köhögés, depresszió, heroin függőség, 1914: narkotikummá „nyilvánítva”
Formái: por-szippantva, crack (szabad kokain bázis) iv. vagy pipa
Neuropharmacológia: dopamin transzporter kompetitív gátlása révén csökkenti a dopamin visszavételt

Kokainhoz kapcsolódó szindrómák

Dependencia
Abúzus
Intoxikáció: tachycardia vagy arrythmia, pupillatágulat, vérnyomás emelkedés, érösszehúzó (vasoconstrictor) hatása miatt megnő az érrendszeri szövődmények, pl. szívinfarktus, agyi trombózis, stb. kockázata, verejtékezés/borzongás, hányinger/hányás, psychomotoros agitáció, izomgyengeség, zavartság, görcsroham, kóma, illúziók, hallucinációk
Megvonás: fáradtság, rémálmok, insomnia vagy hypersomnia, megnövekedett étvágy, psychomotoros nyugtalanság, örömképtelenség
Kokain-indukált pszichotikus zavar: paranoid téveszmék; vizuális és akusztikus hallucinációk, „formikáció”
Egyéb: hangulatzavar, szorongás, alvászavar, szexuális diszfunkció

Amfetamin és származékai

Történet: 1932: orrcsepp, antidepresszáns, 1970: szabályozás, napjainkban: illicit drog, származékai használatosak az ADHD terápájában.
Neuropharmakológia: dopamin felszabadulás fokozása: VTA (Ventrális Tegmentális Area), kéreg, n. accumbens
„Designer” amfetaminok (pl. MDMA =Extasy): szerotonin felszabadulás is
Intoxikáció: tachycardia vagy arrythmia, pupillatágulat, vérnyomás emelkedés, érösszehúzó (vasoconstrictor) hatása miatt megnő az érrendszeri szövődmények, pl. szívinfarktus, agyi trombózis,

stb. kockázata, verejtékezés/borzongás, hányinger/hányás, psychomotoros agitáció, izomgyengeség, zavartság, görcsroham, kóma

+illúziók, hallucinációk (főleg MDMA)

Amfetamin indukált pszichotikus zavar:

- Schizophrenia pozitív tüneteihez hasonló tünetek – schizophrenia állatkísérletes modellezése
- főleg vizuális hallucinációk, hiperaktivitás, konfúzió, inkoherens gondolkodás, jelentőségadások, persekutoros téveszmék

Kezelés: rövid ideig antipszichotikumok adása

Kati, MDPV, pentakristály, zene és társaik

„Legal highs", Fürdősó, Bath Salt, Ivory Wave, White Dove, MP4, Penta, Kristály

Szippantva, szájon át, im., iv. stb.

Amphetamin-szerű(pszichostimuláns, empatogén, kontaktogén) hatás:

– Dopamin, noradrenalin visszavétel és felszabadulás

MDMA-szerű(hallucinogén)hatás: – Szerotonin ?

Kevéssé ismert farmakodinámia, -kinetika, kimutathatóság, hatás-, mellékhatásprofil, addiktív potenciál, stb.

Szintetikus cathinonok

Intoxikáció

„High" - eufória, fokozott empátia, fokozott éberség, energia, étvágycsökkenés, esetleg illúziók / hallucinációk„

"Come down" – Agitáció, szorongás, félelem, dysphoria, craving

Adverz hatások, pszichiátriai szövődmények

Szorongás, pánikroham, agitáció, agresszivitás, koncentráció-, memóriazavar, konfúzió, delírium, tömeges vizuális és akusztikus hallucinációk, üldöztetéses, megfigyeltetéses érzések

Szomatikus szövődmények

Kardiális, neurológiai, gastrointestinális; hepatotoxicitás, rhabdomyolysis, hyperthermia, DIC, szerotonin szindróma, ioneltérések; fertőzéses szövődmények: cellulitis, phlebitis, endocarditis, HCV

Halálos kimenet előfordul

Megvonás

Kifejezett craving, depresszió, agitáció, hypersomnia, dysphoria, szorongás, nyugtalanság, izomfájdalmak (+ egyéb drogok elhagyása)

Drogindukált pszichózis

2.3. Kémiai szerek – hallucinogének

LSD, cannabis, szintetikus cannabinoidok

THC – Cannabis, Hasis

- Történet: Közép-Ázsia és Kína: 4000 éve, napjainkban: leggyakoribb (il)legális drog világszerte
- Neuropharmakológia: D9-tetrahidrocannabinol, anandamid receptorok: basalis ganglionok, hippocampus (memória!), cerebellum, kéreg, limbikus rendszer; Befolyásolja a GABA-erg és a dopaminerg neuronokat
- Intoxikáció: belövellt conjunctiva, tachycardia, szájszárazság, fokozott étvágy; deperszonalizáció, derealizáció, külső ingerek irányában csökkent érzékenység
- Cannabis-indukált pszichózis: paranoid gondolatok Egyéb cannabis-indukált zavarok:
- Szorongásos zavarok

- Amotivációs szindróma: apátia, anergia, feladathelyzetben csökkent „kitartás” (gyógyszeres kezelés: pl. bupropion)

Designer drogok
Jelenlegi változások a drogpiacon
Új típusú „designer” drogok térnyerése „klasszikus” szerek rovására
Designer drog: a kábítószer-listákon szereplő anyagokétól néhány atommal eltérő kémiai szerkezetű (fél)szintetikus pszichoaktív szer, azaz a tiltott szerek helyettesítőjeként jelenik meg.
Törvényi szabályozás problémái, könnyebb terjeszthetőség, alacsonyabb ár
66/2012 (IV. 3.): C lista – új pszichoaktív szerek listája, részben alapvegyületek is
Főbb kémiai csoportok
Szintetikus cathinonok (béta-keto amphetaminok)
Szintetikus kannabinoidok
Szintetikus ópiátok
Fenetilaminok
Szintetikus amphetaminok
Piperazinok
Szintetikus kannabinoidok
Intoxikáció
Relaxáció, szedáció, eufória, változások az érzékelésben
Adverz hatások, pszichiátriai szövődmények
Szorongás, agitáció, időbeli tájékozatlanság, koncentráció és memória zavarai, konfúzió, pszichózis szerű állapotok
Szomatikus szövődmények
hypertenzió, tachipnoé, tremor, izomgörcsök, GM rohamok, veseelégtelenség; iv használat esetén infekciók
Halálos kimenet: elsősorban egyéb szerekkel együtt (?)
Megvonás
Kifejezett craving, depresszió, agitáció, hypersomnia, dysphoria, szorongás, nyugtalanság, izomfájdalmak (+ egyéb drogok elhagyása)
Drogindukált pszichózis

2.4. Viselkedési addikciók

játékszenvedély, kényszeres vásárlás, munkafüggőség, problémás internethasználat, evészavarok, testedzés-függőség.

Játékszenvedély
Problémás játék:
a szerencsejáték azon mintázataira utal, amelyek megzavarják, károsítják a személyes, interperszonális vagy foglalkozásbeli működést,
Patológiás/kóros játékszenvedély (PG) a problémás játéknál súlyosabb, melyet a BNO az impulzuskontroll zavarok közé sorol
Játékszenvedély
Nyerő szakasz: a betegek egy részénél az első időszakot a nagyobb nyeremények jellemzik, ami az erő, a hatalom az omnipotencia érzését adja a játékosnak.
Veszteség időszaka: a játékos elveszíti az omnipotencia érzését, kialakul a kényszer a veszteségek visszaszerzésére. Ebben az időszakban kezdődnek el a kölcsönkérések, hazudozások, és jellemzővé válik a játékszenvedély eltitkolása.
Kétségbeesés időszaka: ekkor válik teljessé az anyagi csőd, megjelennek az illegális cselekedetek.
A feladás vagy reménytelenség időszaka: a játékos már feladja azt a reményt, hogy mindent visszanyer, már csak az „akcióban lét” a fontos.
össznépességen belüli előfordulását 1-2%-ra becsülik

Átlagosnál veszélyeztetettebbnek szokták tekinti a serdülőket, az elítélteket és a kaszinókban dolgozókat.
A magyar adatok szintén a fiatal férfiak veszélyeztetettségét mutatják
A kóros játékszenvedély gyakran jár együtt túlzott alkohol- és drogfogyasztással, hangulatzavarokkal, depressziós tünetekkel.

A kóros játékszenvedély kiváltó okai

tudattalan vesztési vágy,
omnipotenciában való hit,
a kognitív torzulás a játék kontrollálására vonatkozóan,
képtelenség intim kapcsolatok kialakítására és fenntartására, önmaga ellen fordított agresszió,
törekvés egy megváltozott identitásállapot elérésére

Kényszeres vásárlás

krónikus, visszatérő jellegű vásárlás, amely a negatív eseményekre való válaszként jelenik meg, kontrollvesztés jellemzi, és ártalmas következményei vannak a személyre és a környezetére nézve
A kényszeres vásárlást kiválthatják külső ingerek (illatok, színek, kirakatok), de kiválthatja valamilyen negatív érzelmi állapot (stresszhelyzet, depresszió), vagy énkép zavar.

A kényszeres vásárlás főbb jellemzői

a vásárlás időtartama, mértéke és gyakorisága jóval meghaladja az egyén szükségleteit és anyagi lehetőségeit
negatív eseményekre való válaszként jelenik meg
krónikus, visszatérő jellegű
gyakori kontrollvesztés – az egyén leküzdhetetlen késztetést érez a vásárlásra
ártalmas következményei vannak a személyre és környezetére

Kényszeres vásárlás

életprevalencia értékét 2-8% közöttire becsülik.
túlnyomó többsége (85-90%) nő.
Általában 18-30 éves korban kezdődik,
a betegek átlagos életkora 31-41 év közötti.
A betegség kialakulásához hozzájárulhatnak
társadalmi okok (fogyasztói társadalom, anyagias szemlélet, reklámok),
családi okok (vásárlás vagy a pénz jutalmazási eszközként való alkalmazása),
személyiség jegyek (pl. alacsony önértékelés).

Munkafüggőség

A munkafüggőség olyan viselkedés, melynek lényege, hogy a személynek folyamatos, kontrollálhatatlan és túlzott szüksége van arra, hogy dolgozzon, miközben mindez kedvezőtlen hatással van az egészségére, boldogságára és társas kapcsolataira.

A munkafüggő jellemző tünetei

az érdeklődés beszűkülése – csak a munka érdekli, egyéb kapcsolatai leépülnek, egészségével, családjával nem törődik
alacsony önbecsülés jellemzi őket
perfekcionizmus – irreálisan nagy elvárásai vannak magával és másokkal szemben
külső visszajelzések és megerősítések extrém fontossága
nehéz vele együtt dolgozni, mert csak a saját teljesítményére figyel
képtelen kompromisszumokra
folyamatos időhiányban szenved
alacsony bizonytalanságtűrés jellemzi
megvonás – a munkavégzés hiánya idegességet, stresszes állapotot vált ki
a probléma tagadása – ezt a környezet is erősíti, hiszen a sokat dolgozó embereket elismerik, becsülik
szabadidejében (hétvégén, nyaralásokon) is dolgozik
kapcsolatok leépülése

A munkafüggőség leggyakoribb következményei

egészségügyi panaszok: fáradtság, fejfájás, szédülés, légszomj, mellkasi fájdalom, emésztési zavar, allergiák, gyomorfekély, szívinfarktus, agyvérzés
viselkedésbeli és kognitív zavarok: álmatlanság, kikapcsolódási képtelenség, feledékenység, koncentrációs nehézségek, hiperaktivitás, ingerlékenység
problémák a társas kapcsolatokban: csökkent szociális működés, empátia, intimitás, érzelemkifejezés

Munkafüggés

Kanadában és az USA-ban készült kutatások szerint a lakosság 30%-a munkafüggőnek tartja magát.
A munkafüggés egyaránt jellemző a férfiakra és a nőkre.
Gyakoribb a középkorúak között, de kialakulhat már 20-30 éves korban is.
Főleg a közép- és felsőosztálybeli értelmiségieket érinti, de bármilyen társadalmi csoportban kialakulhat. Új jelenségként figyelték meg, hogy egyre több az olyan pár, amelynek mindkét tagja munkafüggő (Kun, Demetrovics 2010).

Kiváltó okai

külső, társadalmi elvárások, amelyek az egyre magasabb szakmai tudás, a sikeres karrier elvárását közvetítik.
Családi, nevelési tényezők: a túlzott szülői elvárások, vagy a jutalmazás hiánya.
Az addikció-elmélet szerint a munkafüggés kiváltó oka a megnövekedett adrenalin szint.
A tanuláselmélet szerint a munka pozitív megerősítést kap, ezért az egyén megtanulja, hogy munkával kezelje problémáit, főként az alacsony önértékelésből eredő szorongásait.
A vonás-elméletek szerint a munkafüggőség kialakulása speciális személyiségjegyekkel magyarázható.

Problémás internethasználat

A problémás használók elveszítik a kontrollt internethasználatuk felett, fokozottan belemerülnek az internetezésbe, képtelenekké válnak arra, hogy csökkentsék internetezésüket, annak ellenére, hogy az számukra problémát okoz.

4 főbb típus különíthető el

játék-függő
szexuális tartalmaktól függő
email és chat-függő
FoMo (fear of missing out) – „hírfüggők”

A problémás internethasználat jellemzőbb tünetei:

- tolerancia
- megvonás: nyugtalanság, szorongás, fantáziák vagy álmok az internettel kapcsolatosan, akaratlagos vagy akaratlan gépelési mozdulatok az ujjakon, ha nem jut internethez
- a tervezettnél hosszabb vagy gyakoribb internethasználat
- az internethasználat kontrolljára vagy csökkentésére való sikertelen törekvés
- az internethasználat során elveszti az időérzékét - kontrollhiány
- élményjavító tárgyak beszerzése
- fontos szociális, foglalkozásbeli vagy kikapcsolódást szolgáló tevékenységek feladása vagy háttérbe szorulása
- testi szövődmények

A problémás internethasználat

Az egyik legalacsonyabb életprevalencia értéket egy norvég kutatásban mérték, ahol a serdülők 1,98%-ánál diagnosztizáltak internetfüggőséget az eddigi élet során.
Ugyanakkor egy Szingapúrban végzett kutatás szerint az internetfüggőség életprevalencia értéke 17,1% volt a diákok körében.
Az internetfüggőség szempontjából különösen veszélyeztetettnek tűnnek a serdülő és fiatal felnőtt korosztályok.
Magyarországi adatok szerint a felhasználók kb. 6%-a tekinthető problémás internethasználónak, akiknek a fele 20 év alatti, és átlagosan napi 5,2 órát

EVÉSZAVAROK

Anorexia nervosa:

A beteg súlya jelentősen elmarad korának és magasságának megfelelő súlytól, ugyanakkor a beteget a súlygyarapodástól való állandó félelem jellemzi.

Két típusát szokás megkülönböztetni:

1. korlátozó/restriktív típus, amikor a beteg korlátozza a kalória-bevitelt
2. faló-purgáló típus, amikor a hosszabb koplalási időszakot falási rohamok, majd önhánytatás váltják

Bulemia nervosa :

A betegek nem tudják kontrollálni táplálkozási magatartásukat. Jellemzőek a visszatérő falási epizódok, amikor egyszerre nagy mennyiségű ételt fogyasztanak el.

Két típusát szokás megkülönböztetni:

1. purgáló típus
2. nem hánytató típus

Jellemző a túlzott testmozgás, gyakoriak a kommunikációs zavarok, a pszichés hangulati problémák, a családon kívüli kapcsolatok elvesztése, a szexuális élet hiánya, valamint különböző testi szövődmények. Előfordulhat sovány, kövér és normál súlyú embereknél is, gyakran jelentkezik fogyókúra után. Nem veszítik el családon kívüli kapcsolataikat, többnyire szexuális életet is élnek.

Nőkre jellemző betegség: életprevalencia 0,2-0,8 %, serdülők körében 5-10%, Fiatal felnőtt nők között 1-4%.

Az olyan fiatal lányokat, nőket érinti, akik perfekcionalisták, pszichoszexuális fejlődésükben elmaradottak.

Krónikus betegek körében az öngyilkosság 2-5%, a halálozási arány 9%, életprevalenia értéke 1% körüli. 15-21 éves kor körül, elsősorban nőkre jellemző (betegek 90-95%-a nő).

Főként a szépségiparban dolgozók, művészek (táncosok, színészek) körében gyakori

Testedzés-függőség

Elsődleges testedzés addikció: testedzés-függőség evészavar nélkül (elsősorban profi sportolóknál gyakori)

másodlagos testedzés addikció: a testedzés-függőség evészavarral társul

Testedzés-függőség tünetei:

- a testedzés uralja a személy mindennapjait, gondolatait, érzéseit (sóvárgás) és a viselkedését torzul az énkép
- kialakul a tolerancia, azaz egyre nagyobb mennyiségű edzésre van szükség
- testedzés hiányában, annak akadályozásakor jellegzetes megvonásos tünet együttes lép fel
- a testedzés túlzott mértéke annak ellenére fennmarad, hogy az élet egyéb területein veszteségek érik az egyént.

3%-os életprevalencia értéket mértek rendszeres testedzők körében.

Egy triatlonisták között végzett vizsgálat szerint a testedzés-függés életprevalencia értéke 52% volt, futók körében 25% (Szabó, Demetrovics, Kun 2010).

Egy 2007-es magyar kutatás szerint felnőtt népesség 0,3%-ánál mutatható ki a testedzés-függőség vagy annak kockázata, és további 6,2% mutat néhány testedzés-függőségre jellemző tünetet

A betegség kialakulásában egyaránt szerepet játszhatnak társadalmi, kulturális tényezők és pszichológiai tényezők (alacsony önértékelés, perfekcionizmus).

11. Etiológia (biológiai, pszichológiai, szociológiai rizikófaktorok)

Összefoglalás: Az addikciók okainak megismerése, a különböző elméletek magyyarázatai, bizonyítékai, mely segít a későbbiekben egy megfelelő egyéni terápiás terv összeállításához.

Célja:Az okok megismerése által komplexebb képet alkotni az addiktív jelenségekről. A kliensek működésének, nem szándékos, de destruktív viselkedésének megértése segíti a segítőt, hogy empatikusabban forduljon a segítségetkérőhöz, így teremtve egy „ütésálóbb" terápiás kapcsolatot, szövetséget, mely alapja a hatékonyabb beavatkozásoknak.

Kulcsszavak: rizikófaktorok, biopszichoszociális megközelítés, rendszerszemlélet, kamaszkori krízisek

Tanulást segítő kérdések: Mik a biológiai, pszichologiai és szociológiai rizikófaktorok az addiktív jelenségek hátterében? Mik a diszfunkcionális család jellemzői?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Intervenciók és tünettan
AZ addiktológia alapjai I. szerk.: Demetrovics Zsolt

11.1. Biológiai, pszichológiai, szociológiai rizikófaktorok

11.1.1. biológiai markerek (receptor-elmélet, dopamine, glutamat, szerotonin, GABA), neurofiziológiai, neurobiológiai jellemzők (strukturális és funkcionális jellemzők), családi halmozódás, Cloninger kutatása az iszákosok körében (jutalomfüggés, bűntetés-elkerülés igénye, élménykresés, impulzivitás)

11.1.2. pszichológiai rizikófaktorok (korai kötődési zavarok, fejlődési zavarok - ADHD-, Autizmus spektrum; krízisek jelentősége – fejlődési és akcidentális krízisek,; megküzdési készségek, reziliencia, co-morbid jelenségek)

11.1.3. szociális rizikófaktorok (negative szociális változók, család jelentősége, jellemzői – diszfunkcionális családok; szociális család-modell elmélet; kortársak kapcsolatok, kortárs közösségek;

Negatív szociális változók

- munka szerveződése- mindkét szülő dolgozik
- kisebb családok: családszerep elosztások eltűnőben; a gyerek már nem erőforrás, hanem akadály (munka, pihenés stb.)
- nagy társadalmi anomáliák (egzisztenciális)
- túl sok munka ----- munkanélküliség
- általános erkölcs, érték, és normaválság társadalmi és családi szinteken (példaképek, idolok eltűnése)
- rossz anyagi, társadalmi helyzet---fokozott hajlam a devianciára
- az autoriter rezsimek okozta károk miatt, azok megszűnésével az egészséges autoritás elfogadásának problematikája lépett elő.
- ez gátolja a szerepminták követhetőségét, az ismeretek megszerzését, a vertikális rendszerek elfogadását (információforrás egymástól, nem az idősebb nemzedéktől). A gyerekek elvesztik a nemzedéki koontinuitást az ismeretszerzésben
- olyan helyzetekben való helytállás, döntéshozás követelménye, amelyre nem elég érett
- az erőfeszítésre sarkallás hiánya: a családok úgy gondolják, hogy az akadályok támasztása, és az ebből fakadó frusztráció rossz a gyerek számára - a kielégülésküszöb-érték módosul - a kamaszok úgy érzik, hogy csak az extra akadályok élvezetesek - az „extrém kultúrája" érvényesül:
- szélsőséges tapasztalatok szerzésének vágya

- a normál életben nincs semmi vonzó
- alacsony szocializálódási képesség, iskolában elszenvedett sérelmek: az ilyen gyerekek megpróbálnak agresszívabb társaikkal azonosulni

Kortárscsoport

Serdülőkorral megnő a kortárscsoportok szocializáló jelentősége a családdal szemben. A családra, mint háttérországra lesz szüksége a serdülőnek.

Ebben a korban hajlamosak kritikátlanul elfogadni a kortársak normáit, alkalmazkodnak hozzájuk.

Érzelmeikről nem vagy kevesebbet beszélnek a szüleiknek, zárkózottságot mutatnak, míg a kortársaik felé túlzott nyitottság tapasztalható.

A kortárscsoport kritikája:

Hasonló életkor, hasonló élethelyzet: a problémamegoldás legfőbb színtere a barátok, akik ugyanazzal a gondokkal küzdve, ugyanazokkal az élettapasztalatokkal bírva nem biztosan tudnak egymásnak adekvát válaszokat adni

Az idősebb csoportvezető hiánya: kialakulhat téves ítélet, és normarendszer (rossz tanulás sikk, olvasni ciki stb.)

A beavatási rítusok hiánya, saját beavatási rítusok működtetése (első közös dohányzás, részegség, illegális szerfogyasztás, veszélyes helyzetek kipróbálása, illegális tevékenységek).

A pszichoszociális rizikófaktorok

A család

A devianciák, közöttük a szenvedélybetegség kialakulása és működése egyénenként változó. Mindegyik összetett szocializációs zavarokra vezethető vissza. Kialakulásában az egyén egész múltja, fejlődéstörténete szerepet játszik,nem egyszeri, ártalmas hatás váltja ki, hanem az egyéni előzmények teszik fogékonnyá a személyiséget a devianciára.

A család szerepe (szociális család-modell)

1. kötődés (attachment): a családtagokhoz és az általuk képviselt normákhoz való ragaszkodás
2. elköteleződés (commitment): a konvencionális cselekedetek, életvezetés iránti elköteleződés
3. részvétel (involvement): a konvencionális cselekedetekben való aktivitást pl. iskolábajárás
4. hit (belief): a társadalom által elfogadott és képviselt szabályokba, normákba, konvencionális érékekbe vetett hit

Ez tartja vissza az egyént a deviáns cselekedetektől.

Jól funkcionáló család

- a szülők kiegyensúlyozott, összehangolt és egyetértő nevelési módja
- a gyermek iránti szeretet és bizalom
- biztonságot nyújtó követelményeket, erőt, oltalmat képviselő szülői magatartás
- nevelésmód rugalmassága, nyitottsága, a nevelői rálátásoknak a gyerek személyiségéhez igazodó plaszticitása
- a világra vonatkozó információk összegyűjtője
- visszajelentő-útmutató rendszer
- a világról kialakuló kép, az életfilozófia forrása
- eligazít és közbenjár a problémák megoldásában
- gyakorlati és konkrét segítség forrása
- a pihenés, regenerálódás színtere
- referencia- és kontrollcsoportként hat
- az identitás forrása
- fokozza az érzelmi teherbírást

Diszfunkcionális család

Merev rendszer: nem enged „kijárást” a tagoknak; az alrendszerek között nincs átjárhatóság

Határok nélküli család: laza kötődés, szereptisztázatlanság, „átfolyások” az alrendszerek között
A gyereket vonzhatja és taszíthatja is: azonosulás, ellenazonosulás
A gyerek nem lát követendő példát, ezért kortársai között keresi.

Drog és a család

- confused family (drog, elmebetegség, kóros kommunikációs sémák)
- nem elég jó szülők
- anyai gondoskodás hiánya
- túlzott féltés, overprotektivitás
- szimbiotikus kapcsolat, túlzott kötés, ragaszkodás, versengő kapcsolat: a leválás megnehezítése (általában azonos nemű szülővel)
- egyik szülő elvesztése, hiánya, elérhetetlensége
- a családi kapcsolati jellemzők (kötődés, tevékenységekben való részvétel) jelentősebb mértékben járulnak hozzá a drogfogyasztás kialakulásához, mint a szerkezeti jellemzők (válás, apa, anya halála, nevelőszülő)
- ellentétes nemű szülő részéről elhanyagoló, hideg távolságtartó, szadisztikus kapcsolat
- sok esetben a drogozása a családi egyensúly fenntartásához szükséges, mely feloldja a drogozás előtti dezorganizációt - a drogfogyasztó, mint bűnbak elvonja a figyelmet a kapcsolati zavarról
- kezeletlen pszichiátriai vagy pszichoszomatikus betegségek
- szenvedélybetegség jelenléte
- bántalmazás, abúzus
- öngyilkosság
- stresszkezelési, copingformák elégtelensége
- szélsőséges anyagi helyzet
- hiányos érzelmi kommunikáció

11.2. A szenvedélybeteg személyisége, pszichodinamikai jellemzők

Egységes személyiségjegyeket – melyekből összeállhat egy addiktív személyiségzavar – nem tudunk összeállítani, de számos olyan személyiségjellemző összegyűjthető, melyekből a szenvedélybetegek működése, reakcióik megjósolhatóak, így ezekre könnyebben reagálhatunk, felkészülhetünk rájuk. A kliens működésének megértése segíti a hatékonyabb terápiás folyamatot, a minél hosszabban kezelésben maradást.

Az alkoholbeteg személyisége, zavarai

- alacsony frusztrációtűrő képesség: csökkent tűrőképesség, türelmetlenség ha megállítják az általa eltervezett tevékenység végrehajtásában
- várakozási képtelenség - orális függőség: a környezethez fűződő kapcsolatát pusztán tápláló szempontok szabályozzák
- nem képes a szeretet adására és elfogadására
- az öröm élvezetének képessége sérült
- nincs identitás, azonosság tudata - a belső üresség rossz érzése, melynek oka, hogy a beépült apa-kép hiányos, így nagyobb teret kap az anya-kép - gyámoltalanság
- Az alkohol az identitás hiányát és a gyámoltalanságot ideiglenesen megszünteti (intoxikációk után sokkal súlyosabb lesz).
- multiplex traumatizáltság (főleg 0-3 év)
- infantilis, éretlen személyiség
- oralitás: ez a vágyak kielégítésének adekvát módja és területe; orális fixáció (ez áll a késleltető funkció elégtelen működése mögött)
- szexuális zavar
- feszültségek, frusztrációk nem tűrése a veszteségek miatt
- negatív önértékelés

- bipoláris (mániás-depressziós) problémák, paranoiditás
- öndestruktív tendenciák - önbüntetés
- alkalmazkodás elégtelen (rossz frusztráció tűrő képesség, késleltetés nehézsége - gyakran vált, kilép helyzetekből – acting out)
- apa-anya kapcsolat zavarai:
- anya nincs, elégtelen vagy túlkontrolláló
- apa nincs, hiányos, távol van, vagy agresszív
- kielégítetlen szeretet és biztonságérzés: partnert bekebelezni, kontrollálni akarja - féltékenység
- kapcsolataiban ambivalens
- üveg-ital-szeretet: biztonság, kielégítés
- szexuális zavar – paranoid féltékenység megjelenése
- depresszív beállítódás, súlyos bűntudat: önbüntető, mazochista
- önkontrollt gyengíti: gátlásosság - később kontrollvesztő ivással együtt járó kontrollvesztő viselkedés (olyat tesz, amit egyébként soha)

Bekebelezés érzése

Az alkohol hatására kínzó, belső ürességek eltűnnek, de a hatás elmúlásával felerősödik. Kezdetben az alkohol segíti a kapcsolatteremtést, később gátolja.

A kényszeres droghasználat jellemzői

- érzelmeken, indulatokon nem tud uralkodni, túl feszült
- hamis énideál képzés (túlbecsülés, lealacsonyítás), nem éri el a reális én az ideális ént
- csökkent szimbolizációs készség: az élményt nem tudja magasabbrendű élménnyé tarnszformálni - jellemző, hogy eltolja kulturális dimenzióba, pl. filmfőhős
- archaikus tárgyfüggőség: úgy viszonyul a droghoz, mint személyhez
- öndestrukció
- regresszív örömszerzés
- nárcisztikus krízis
- impulzus kontroll hiány
- szétesett integrálatlan énkép
- integrálatlan felettes-én: beépülő, szabályozó rendszer
- uralkodás vágya
- általános tekintélystruktúra hanyatlik
- sérült identitás: énbizonytalanság, énhatár gyenge, sodródás, céltalanság
- érzelmi-indulati szabályozási zavarok: nem tudják érzelmeiket beazonosítani, kifejezni
- szimbiotikus kötődés: álkapcsolatok, droghoz való erős kötődés
- kapcsolati zavarok - korai kötődési zavar: elégtelen, vagy túlzott
- élménykeresés-droghasználat: stimuláns, hallucinogén drogok
- élménykerülő: depresszáns drogok
- stresszkezelés-coping funkció:
    - problémaközpontú megküzdés: feladat orientált
    - érzelmi központú megküzdés: személyre irányul - ez a szerfogyasztók megküzdési stratégiája
- gyönyörkeresés
- fájdalom elkerülés
- a veszélyeket nem tudja felmérni, görcsösen keresi az új, a nagy élményeket
- magas impulzivitás, agresszivitás
- az akarat funkciója sokban módosul a szerfogyasztás alatt: ami fantázia, azt azonnal végra akarja hajtani
- nem mérlegel (vagy nem reálisan, „nem érvel”)
- rövidre zárva működik
- függetlenségre való hajlam

- alkalmazkodási képtelenség a meglévő szociális rendszerekhez, tradíciókhoz: nem tudja, mi a helyes, mi nem; nem tartja tiszteletben mások jogait

Protektív tényezők

- szoros, stabil, időtálló családi kapcsolat
- a szülők kapcsolatának rendezettsége: egymással és a gyerekkel
- iskolában, otthon elért jó eredmények miatti pozitív visszajelzések: önbizalom, szociális integrálódás
- valamilyen csoporthoz, közösséghez való tartozás
- szabadidő hasznos eltöltésének családban is fellelhető példája
- megküzdési, stressz-levezetési technikák tanulása
- hit, értékrendszer, útmutatás

Kamaszok/Kortárscsoport

Serdülőkorral megnő a kortárscsoportok szocializáló jelentősége. A családra, mint háttérországra lesz szüksége a serdülőnek. Érzelmeikről nem, vagy kevesebbet beszélnek a szüleiknek, zárkózottságot mutatnak, míg a kortársaik felé túlzott nyitottság tapasztalható.

Leggyakoribb kamaszkori válságok

Alapvető változások:
Biológiai változások (biológiai érés, nemi szervek működése, másodlagos nemi jelleg, alkat)
Pszichológiai változások (identitás, moratórium, korai zárás, identitásdiffúzió), szülőkről való érzelmi leválás folyamata
Szociológiai változás (szubkultúra, divat, önállóság kérdése)

Kamaszkori problémás megnyilvánulások:

- Szélsőséges, provokatív magatartás
- Durva, pimasz, elutasító viselkedés
- Érintés kerülése (elsősorban szülőktől)
- Túlzott veszélykeresés és csavargás
- Testi elhanyagoltság
- Meghökkentő öltözködés, hajviselet, testékszerek, stb. („identitásprotézisek”)
- Szélsőséges csoportokhoz való csapódás

Ezek tartós fennmaradása - játszmásodása - fordulhat destruktív folyamatokba, mely komolyabb elakadásra utalhat.

SEDÜLŐKORI KRÍZISEK FAJTÁI:

- Identitáskrízis (vágyott szerep és valóság ellentéte)
- Teljesítménykrízis (háttér-problémák jelentősége)
- Autoritáskrízis (hatalom, társadalmi normák, értékek, hagyományok)
- Szociális gátlás (szereplési vágy >><< „mások mit szólnak hozzá”)
- Droghasználat megjelenése (erőfeszítések nélküli örömszerzés)
- Depresszió, önsértések, öngyilkosság (autoagresszió, impulzus-kontroll zavar, irreális szülői elvárások, bántalmazottság, izoláltság)

12. Kezelés-ellátás

Összefoglalás: A kezelés-ellátás fejezetben komplex módon látjuk a felépülés folyamatát, ugyanakkor a folyamatot részekre, szakaszokra bontva tudjuk, hogy mi a kliens, a hozzátartozók és a segítő feladata, kedve az eléréstől a rehabilitáció fázisában lévő klienssel.

Célja: A felépülés komplex folyamatának megértése, a kudarcok elviselésének képessége, a megfelelő időben az ahhoz illeszkedő intervenciók elérheetővé tétele.

Kulcsszavak: Prochaska-DiClemente felépülési modell, korai kezelésbevétel, szűrőkérdések, rövid intervenció,

Tanulást segítő kérdések: Milyen jellemzők (külső-belső) mentén épül fel a rehabilitációs folyamatos? Mit értünk az alatt, hogy az addikció egy gyógyíthatatlan, progresszív, családi betegség?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók

A Prochaska-DiClement-féle felépülési ciklus folyamatának, szakaszainak megismerése, melynek része az indirect prevenció, az elérés, a motiválás, a terápiás illeszkedés problémája, ill. az elért erdmények megtartása/fenntartása, a visszaesés-megelőzés. Fontos egyes szűrőeszközök megismerése, és krízisek kapcsán a motiválás erőteljes eszközeinek (pl. rövid intervenció) ismrete, alkalmazása.

A KORAI KEZELÉSBE KERÜLÉS KULCSMODELLJE
A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje
- Prochaska és DiClemente (1982)

Jellemzői:
Dinamikus rendszer, időben elnyúló szakaszok meghatározott sorozata, mely nem feltétlenül lineáris.

Prochaska-DiClemente-féle felépülési model

- Prekontempláció (változásra elszánás előtti állapot)
  kételkedés felkeltése
- Kontempláció (elszánás) - motiváció
  az egyensúly felborítása
- Előkészület stádiuma: a kliens tudja, hogy függőségének „költségei” meghaladják annak előnyeit
  differenciálás, terápiás illeszkedés
- Akció stádiuma: aktív lépések; terápiába vonás időszaka
  motiváció
- Fenntartás stádiuma: gondozás/további kezelés, önsegítés, józanodás
  Visszaesés: tanulság, a változás ciklus-jellege!
  motiváció az elszánásra

A korai kezelésbevétel módszerei és eszközei

1. Szűrés
2. Rövid intervenciós módszerek (RI) pl.: FRAMES
3. Motivációs interjú, a motiváció mélyítését, az elköteleződést segítő technikák
4. Krízisintervenció
5. Szűrés, Rövid Intervenció és Továbbirányítás (SRBIT)

Leggyakoribb szűrőkérdések
(Health Canada, 2008)
Hány alkoholtartalmú italt fogyaszt egy átlagos napon, amikor iszik?

Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?
Vannak-e olyan napok, illetve időszakok a héten, amikor különösen sokat iszik?
Előfordult-e valaha, hogy **ivás után vezetett**?
Használt-e valaha **illegális szereket**?
Milyen gyakran használt illegális szereket az elmúlt egy évben?
Tervezi-e, hogy újra illegális szereket fog használni?
Használt-e valaha inhalánsokat? Milyen gyakran használta az elmúlt egy évben?
Tervezi-e, hogy újra fog használni?
Használ-e most bármilyen gyógyszert alváshoz, szorongás vagy depresszió kezelésére vagy fájdalomcsillapításra?
Mióta használja ezeket a gyógyszereket?
Milyen gyakran szedi ezeket a gyógyszereket?
Jellemzően **annyit vesz be** ezekből a gyógyszerekből amennyi a felírt mennyiség vagy másképp: többet vagy kevesebbet vesz be?
Leggyakoribb szűrőkérdések
Vett-e már be valaha olyan gyógyszert, amely **másnak volt felírva**?
Szokott-e **mással együtt** gyógyszert használni?
Szerzett-e már be úgy gyógyszert, hogy két orvossal is felíratta, és az orvosok nem tudtak egymásról?
Az orvosa **ismeri-e az összes gyógyszert**, amit szed, ha több (szak)orvossal is kapcsolatban áll?
Szokta-e alkohollal együtt használni a gyógyszert az orvos ellenőrzése nélkül?
Van-e **bármilyen kérdése vagy gondolata** a szerhasználatáról?
Észlelte-e valaha, hogy azért használt alkoholt vagy más szereket, hogy megküzdjön az élet nehézségeivel (stressz, negatív érzések, kapcsolatok)?

Tapasztalta-e a szerhasználatnak negatív következményét, negatív hatását (pl. a kapcsolataira, családjára, munkájára, egészségére vagy energiaszintjére)?

Volt-e valaha bárki, aki jelezte Önnek a szerhasználatával kapcsolatos aggodalmait?

Próbált-e valaha leszokni, **csökkenteni, abbahagyni** a szerhasználatot? Ha igen, milyen élmény volt?

Szeretne-e változást az alkohol- és/vagy droghasználatában?

Fókuszált kérdések (Burek és mtsai, 2005):
Egy hét alatt **hány napon fogyaszt** alkoholt vagy használ valamilyen szert?
Mennyit iszik/használ szert egy alkalommal?
Kért-e már valaha segítséget az alkohol- vagy drogproblémájának kezelésében?

Használható pl. az AUDIT (önkitöltős, 10 kérdéses TESZT):
ALKOHOLFOGYASZTÁSI RENDELLENESSÉGEK AZONOSÍTÁSI TESZTJE (AUDIT-10) kérdőív
1. Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt?
Soha = 0 pont
Havonta vagy kevesebbszer = 1 pont
Kétszer vagy négyszer egy hónapban = 2 pont
Kétszer vagy háromszor egy héten = 3
Négyszer vagy többször egy héten = 4
2. Mennyi alkoholtartalmú italt fogyaszt egy olyan napon, amikor iszik?
1 vagy 2 = 0 pont
3 vagy 4 = 1 pont
5 vagy 6 = 2 pont
7 vagy 9 = 3 pont
10 vagy több =4 pont
3. Milyen gyakran iszik hat vagy annál több alkoholtartalmú italt egy alkalommal?
Soha = 0 pont
Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont
Havonta = 2 pont

Hetente = 3 pont
Naponta vagy szinte soha = 4 pont
4. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírja abbahagyni az ivást, ha már elkezdte?
Soha = 0 pont
Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont
Havonta = 2 pont
Hetente = 3 pont
Naponta vagy szinte soha = 4 pont
5. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírta teljesíteni azt, amit Öntől elvártak, mert ivott?
Soha = 0 pont
Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont
Havonta = 2 pont
Hetente = 3 pont
Naponta vagy szinte soha = 4 pont
6. Az elmúlt évben milyen gyakran volt szüksége egy első italra reggel, hogy elkezdje a napot egy erős italozás után?
Soha = 0 pont
Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont
Havonta = 2 pont
Hetente = 3 pont
Naponta vagy szinte soha = 4 pont
7. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte rosszul vagy volt bűntudata ivás után?
Soha = 0 pont
Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont
Havonta = 2 pont
Hetente = 3 pont
Naponta vagy szinte soha = 4 pont
8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem emlékezett arra, mi történt az előző este az italozás miatt?
Soha = 0 pont
Kevesebbszer, mint havonta = 1 pont
Havonta = 2 pont
Hetente = 3 pont
Naponta vagy szinte soha = 4 pont
9. Megsérült-e Ön vagy valaki más italozása miatt?
Nem = 0 pont
Igen, de nem az elmúlt évben = 2 pont
Igen a múlt évben =4 pont
10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos vagy egy egészségügyi dolgozó az ivása miatt és javasolta a csökkentést?
Nem = 0 pont
Igen, de nem az elmúlt évben = 2 pont
Igen a múlt évben =4 pont

Összpontszám: ……..pont
Kiértékelés: Javasolt beavatkozás:
0-7 pont =Alacsony kockázatú ivás Felvilágosítás;
8-15 pont = Magas kockázatú ivás Rövid intervenció, újra értékelés (kétévente);
16-19 pont =Ártalmas ivás Rövid intervenció, rendszeres monitorozás;
20- pont =Alkoholfüggőség valószínű Szakellátásba irányítás diagnosztikai és terápiás céllal

Rövid intervenciós módszerek (RI)

Rövid intervenció lényege

Egy magas gyakoriságú, alacsony intenzitású beavatkozás, melynek célja a szerhasználat mérséklése, abbahagyása, az ártalmak mellőzése, elkerülése. Eredményessége a kliens változásra való készségének függvénye.A módszer figyelemfelhívás a negatív következményekre, saját szerepe és felelőssége a változásban.

Ideális terep a háziorvosi rendelő:
Alkoholproblémával élők gyakrabban járnak háziorvosukhoz. Tanácsot várnak egészségükre, életmódjukra.
Már egy intervenció is hozhat változást!

5 alapvető lépésből áll a rövid intervenciós technika (Fleming és Manwell, 1999)
Időtartama: 5-15 perc, 1-4 ülés alkalmával. Pl. FRAMES model,:
Alkalmazási területek: Sürgősségi osztályok, Háziorvosi rendelők, Javítóintézetek, Tanácsadó irodák, Iskolai programok, Munkahelyi környezet.

F.R.A.M.E.S
(Hester és Miller, 1995)
1. Visszajelzés (Feedback) szakzsargon kerülése, tudatosítás
2. **Felelősség** (Responsibility) saját erőforrások
3.Tanácsok (Advice) a szerhasználat elkerülés előnyeinek kiemelése
4. **Választási lehetőségek** (Menu of options)
5. Empátia (Empathy) tisztelet, előítéletesség kerülése, empatikus odafordulás
6. Énhatékonyság növelése (Self-efficacy) kliens erősítése, képes a változásra

Pl.:
1. „16 pontot ért el az AUDIT tesztben, amely azt jelenti, hogy a magas kockázatú csoportba sorolható az Ön italfogyasztása."
2. „Senki nem hozhatja meg Ön helyett ezt a döntést. Ez igazán magán múlik..."
3. Orvosként/ szociális munkásként azt javaslom, hogy csökkentse az alkoholfogyasztását.
4. „Pl. alkoholfogyasztás naplózása, a magas kockázatú események azonosítása, információhoz juttatás (önsegítő csoportok), alacsonyabb alkoholtartalmú vagy alkoholmentes italok kikérése, tervek az alkoholfogyasztással együtt járó alkalmak elkerülésére"
6. „Sok ember sikeresen felhagyott az alkoholfogyasztással. A megfelelő segítséggel és információval, biztos vagyok benne, hogy Önnek is sikerül."

13. Motivációs interjú

Összefoglalás: A motiváció fenntartása a szenvedélybetegek felépülési folyamatának egyik alapköve. Ennek előhívása, felerősítése, fenntartása nélkülözhetetlen a kliens elköteleződésének kialakításában, így a motivációs interjú (Miller és Rollnik) ismrete, alkalmazási képessége elengedhetetlen minden segítő (nem csak az addiktológia területén) számára.

Célja: A motivációs interjú elemeinek ismerete, azok készségszintű alkalmazhatósága miatt.

Kulcsszavak: motivációs interjú, empátia, diszkrepancia, ellenállás, a kliens ön-hatékonysága

Tanulást segítő kérdések: Milyen tényezők erősítik a kliens biztonságát a segítői helyzetben? A „szakértőség-csapdája" hogyan veszélyezteti a felépülés folyamatát? Mik a klines ellenállásának megjelenését jelző tényezők, és ez inkább elkeserítő a segítő számára, vagy inkább örülnünk kell ennek?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók

A motivációs interjú elemei az empátia megléte, annak erősítése, a diszkrepanciák megtalálása, azok finom “adagolása, ill. eltartalékolása a későbbi amotivációs helyzetekre, a klienssel történő vitatkozás elkerülése, az ellenállás jeleinek meglátása, azok megfelelő értékelése, az ezekkel való munka, a zavarok hatástalanítása, a klines megerősítésée, ön-hatékonyságának fejlesztése.

Motivációs interjú (Miller és Rollnick, 2002)
A motivációs interjú olyan módszer, amelynek révén a tanácsadó vagy terapeuta segíti a klienst abban, hogy felismerje az adott problémát, és lépéseket tegyen annak megoldása felé.
A viselkedés transzteorikus modelljéhez kidolgozott technika
A kliens szükségletei és képességei az irányadóak
A hangsúlyt a jövőre helyezi
1. cél motiváció felkeltése
2. cél elköteleződés erősítése
Segítői stílus: együttműködő, nem konfrontáló
Elfogadó, meleg légkör (alá-fölé rendeltség mellőzése)

Motivációs interjú öt alapelve, (Miller és Rollnick, 2002)

1. **Empátia** - próbáljuk megérteni a páciens nézőpontjait
2. **Diszkrepancia -** ellentmondás a jövőbeli céljai és a jelenlegi viselkedése között
3. **Kerüljük a vitatkozást –** szakértőség csapdája
4. **Játék/Tánc az ellenállással:** váltsunk stratégiát, keressünk más megoldásokat
5. **Önhatékonyság támogatása:** amint felismerte a problémát és megoldási javaslatokkal áll elő, fejezzük ki optimizmusunkat és a változásba vetett hitünket

Motivációs interjú során használt módszerek:
Tanácsok, amelyek tiszta, reális, érthető helyzetet teremtenek.
Akadályok, **gátak feloldása** a változással szemben.
Választási lehetőség nyújtása, amelyben kihangsúlyozódik a kliens felelőssége. A választás szabadsága csökkenti az ellenállást.
Kívánatosság csökkentése a fennálló viselkedéssel szemben.
Empátia gyakorlása, az ellenállás csökkentése.
Visszajelzés nyújtása, **„tükör”** a kliens számára aktuális helyzetéről.
Világos, érthető **célok** tisztázása.
Aktív segítség, **érdeklődés** a segítő részéről.

14. Rehabilitáció

Összefoglalás: Természetesen tekinthetjük a teljes felépüllési folymatot rehabilitációnak, de ebben a fejezetben a Prochaska-DiClemente modell szerinti - a felkészülés után kezdődő aktív terápiás módszereket soroljuk ide a reszocializációval együtt -, tudomásul véve, hogy számos olyan klienssel találkozunk, akinek valójában habilitációra van szüksége, hiszen korábban sem rendelkezett olyan éetviteli képességekkel, készségekkel, környezettel, ahova rehabilitálni lehetne.

Célja: A rehabilitáció alapelveinek ismrete segít egy hatékonyabb terápiás terve összeállításában. A klinesönstigmatizációjának megelőzésében, a környezet stigmatizációja által okozott problémák enyhítésében, feldolgozásában.

Kulcsszavak: rehabilitáció, reszocializáció, stigmatizáció, életminőség

Tanulást segítő kérdések: Hogyan rontja a stigmatizáció a rehabilitáció esélyeit? Kizárólag az absztinencia elérése fogadható el sikeres rehabilitációként?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók

Sokan azt gondolják, hogy kizárólag az absztinencia elérése jelenti a sikeres rehabilitációt, pedig az elsődleges szempontnak az életminőség javulását, a személyes életben történő fejlődést kell tekinteni. A rehabilitáció alapelvei megismerése kapcsán különbséget teszünk a rehabilitáció, a felépülés, a reszocializáció vs. a maradandó fogyatékosság, az ápoló-gondozó fogalmak között.
Továbbá részletezzük, hogy a segítő személyes életével, kvázi szerepmodell működésével miként tudja segíteni klinseit.

A REHABILITÁCIÓ alapelvei
A rehabilitáció célja sokkal inkább a társadalmi beilleszkedés képességének és társadalmi elfogadás lehetőségének a kialakítása, mint a tünetmentesség elérése.
Gyakran a „Károsodás > Fogyatékosság > Rokkantság" folyamat zajlik
A rehabilitáció a destigmatizáció folyamatát jelenti.
Fontosak a közösségi rehabilitációs formák, de a kliensek szerint többet ér a jó személyes kapcsolat, az egyénenkénti ráfigyelés, az egyéni kezelési terv, és hogy megfelelő információval lássuk el.
A legönállótlanabb és a legkevesebb eséllyel az *infantilizált kliens* indul. (A hagyományos egészségügy gyógyító folyamataiban az orvos gyógyít, a beteg gyógyul, de ehhez szigorú/hierarchizált rendszer és a parancsokat pontosan végrehajtó kliens szükséges!)
Küzdeni kell az ön-leértéklés, az ön-stigmatizáció és mások negatív reakciója ellen. Ez különösen nehéz akkor, amikor egy ellenséges környezetben kell a reszocializáció folyamatát végezni (lásd. törvényi szabályozás). Ebben leginkább az önsegítés, az önerő-növelés, készségfejlesztés segíthet.

Az egyéni esetkezelések mellett tennünk kell a társadalmi szemléletformálás érdekében is
- A terapeuta attitűdje, empatikus készsége
- Növelni a toleráns magatartást
- Korszerű ismeretek bővítése és terjesztése
- Figyeljünk a kliens és környezete/családja által adott információkra
- Aktív és hasznos attitűd
- Hagyjuk el professzionális szerepünket
- Aktív társadalmi szerepvállalás/médiák
- Tünetek helyett az életminőségre összpontosítani
- Figyeljünk a diszkrimináció jeleire
- Hálózat- és team-munka/gondolkodás, komplex megközelítés
- A rehabilitáció szempontjából alapvető jelentősége van annak, hogy bevonjuk klienseinket a terápiás folyamatba.

15. Szolgáltatói piramis

Összefoglalás: Az ellátórendszer bemutatása, melyben a piramis szimbolizálja a bekerülési küszöbszintet, a szolgáltatók és az azt igénybevevők számát és a folyamat egymásraépülését.

Célja:A segítő annál hatékonyabban tud működni, minél jobban ismeri a felépülésssel kapcsolatos elméleti és gyakorlati információkat, melynek része a szolgáltatói ellátórendszer ismrete is. A cél tehát a hatékony beavatkozás, mely alapján próbáljuk meg alkalmazni a legkisebb, de még elégséges beavatkozási szintet, módszert.

Kulcsszavak: szolgáltatói piramis, alacsonyküszöb, elérés, szociális és egészségügyi alapszolgáltatások, szociális és egészségügyi szakellátások, rehabilitációs intézetek, félutas rendszerek, védett munkahelyek, önsegítő csoportok, egyéni- és csoportos terápiák, családterápiák, gyógyszeres terápiák

Tanulást segítő kérdések: Mit jelent a szolgáltatói piramis formája? Mit jelent a terápiás illeszkedés?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók

A szolgáltatói piramis szerint - alulról felfelé – haladva, mely mutatja a szolgáltatásba-kerülés küszöbszintjét (azaz, a klienssel szemben támasztott elvárásokat, kereteket), az ellátás típusokat, ezek "képességeit", az ezek által alkalmazott módszereket, különböző terápiás rezsimek potenciálját.
Illetve az azonos terápiás eszközök különböző terápiás rendszerekben alkalmazva más hangsúlyt kaphatnak.
Sorrendben: prevenciós programok, mint elérő programok, alacsonyküszöbű szolgáltatók (ezek megjelenése különböző színtereken), szociális és egészségügyi alapszolgáltatások (alacsonyküszöbű és közösségi szolgáltatók, nappali intézmények, háziorvosi-, iskolaorvosi rendelők, szakambulanciák, kórházi osztályok, rehabilitációs intézetek, félutas rendszerek).

16. Integrált rendszerek

Összefoglalás: Egy hetékonyabb terápiás rendszer bemutatása, mely akár virtuális intézményként is – számos kapcsolat által – működhet. Ez a közösségi addiktológia alapja, mely lakókörnyezetében képes kezelni a felépülni vágyokat, csökkentve ezzel a stigmatizáció által okozott károkat, csökkentve így a visszaesés lehetőségét egy józan élet, vagy egy fejlődő életminőségű életvitel kialakítását.

Célja:A szolgáltatók által biztosított lehetőségek határainak tágítása, optimalizálása, mely gyakran személyes kapcsolatokon alapul. íEgy ilyen működésre, gondolkogdásra képessé tenni a segítőt.

Kulcsszavak: esetkonferencia, szupervízió, esetmenedzser, hálózati működés, formális és informális kapcsolatok

Tanulást segítő kérdések: Mik az integrált rendszer előnyei a hagyományos intézményrendszerrel szemben? Miben különböznek a formális és az informális kapcsolatok, mik előnyeik, hátrányaik?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók

Az integrált rendszerek jellemzői, kialakításuk lehetőségei.
A burn out prevenció, mint a segítő szakemberek egyik legsúlyosabb problémájának visszaszorítása.
A hagyományos rendszerek hatékonyabbá tevésének lehetőségei, eszközei (közös képzések, kompetenciák, határok, hálózatok, esetkonferenciák, a problémák hierarchizálása, költséghatékonyság, értékelés).

Az integrált rendszerek kialakítása
Az érintett stábok képzése, hogy képesek legyenek

- a motiválásra
- a kezelési igény felmérésre
- az egyénre szabott terápiás program tervezésére

A terápiás részlegek/intézmények közötti kapcsolat kiépítése (pl. esetmenedzserek alkalmazása)
Speciális figyelem

- az egészségügyi problémákra (szűrések!!)
- az oktatásra, munkalehetőségekre
- utógondozásra, támogató rendszer kialakítására
- családtagok bevonására

A kezelőrendszerek hatékonyságának növelése
A segítők határainak kijelölése
Hálózatok építése (esetkonferenciák)
Együttműködés és konszenzus (javaslatok)
Segítési lehetőségek hierarchizálása (kezelési attitűd változása) – Ártalomcsökkentő szemlélet
Hatékonyság, költséghatékonyság (Értékelés!)

Jövő lehetőségei
Komplex szemlélet (kereslet-csökkentés, ártalomcsökkentés, józan kultúra)
Hálózatok – partnerség – jelzőrendszer – korai kezelésbevétel
Finanszírozási rend (normatíva, pályázat) kiszámíthatóság
„Józan" jogi szabályozás
Pozitív diszkrimináció (szakemberképzés!)
Regionális szemlélet

- Felhasznált irodalom

- Rácz József (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenciók.* Budapest, HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar.
- Demetrovics Zsolt (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein.* Budapest, L'Harmattan.
- Rácz József (szerk.) (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai.* Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Berne, Eric (2003): *Emberi játszmák.* Lélek Kontroll Könyvek sorozat. Budapest, Háttér Kiadó és Ker. Kft.
- Kelemen Gábor (2004): *Pszichiátriai szerek „valóságteremtése".* Kórház (folyóirat), 2004. 11. sz. 45–46. o.
- Tringer László (2001): *A pszichiátria tankönyve.* Budapest, Semmelweis Kiadó.
- Kelemen, G& B. Erdős, M. (szerk.) (2001): *Az addiktológia horizontja.* (Horizons in Addictionology) PTE, Pécs.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2007): *Addiktológia Alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): *Addiktológia Alapjai II.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt szerk. (2009): *Addiktológia Alapjai III.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): *Addiktológia Alapjai IV.*Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

o Online források

https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/emcdda_hu

https://drogriporter.hu/

–
–
–
–

10. Az alacsonyküszöbű ellátás alapjai

Tartalom

Bevezetés
12 Drogpolitika 2-6
13 Ártalomcsökkentés 7-14
14 Az alacsonyküszöbű intézmény
14.1 definíció 15-16
14.2 magas kockázatú csoportok 17
14.3 az alacsonyküszöbű szolgáltatások jellemzői 18-26
14.4 az alacsonyküszöbű szolgáltatások csoportjai, tevékenységek 27-28
14.5 színterek 29
14.6 az alacsonyküszöbű intézmények működtetésének dilemmái 30
15 Aktív szerhasználók bevonása az ártalomcsökkentő programokba 31
16 Spiritualitás 32

- Bevezetés

Köszöntjük a 10 tanórás Az alacsonyküszöbű ellátás alapjai c. képzésen!

Mit ad Önnek Az alacsonyküszöbű ellátás alapjai *c.* továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

A képzés a droghasználók egy bizonyos csoportját éri el, kerül velük kapcsolatba és nyújt nekik bizonyos szolgáltatásokat, elsősorban azoknak, akik életük bizonyos időszakában nem akarnak és/vagy nem képesek felhagyni szenvedélyükkel, ugyanakkor az adott drog, vagy drogok használatának következtében kockázatoknak vannak kitéve, ártalmakat szenvednek el.
Ezen szolgálatok dolgozói a lehető legnagyobb számú droghasználóval kívánnak kapcsolatba lépni (és lehetőség szerint a kapcsolatot fenntartani), igyekeznek csökkenteni az aktív szerhasználók marginalizálódását, amely az életesélyek romlásával, a kockázati tényezők és a problémák fokozottabb megjelenésével járhat együtt. Igyekeznek növelni a droghasználók társadalmi beilleszkedését, ettől remélve pl. a kriminalizálódás különböző mutatóinak csökkenését (beszerző-, terjesztő magatartás, következményes bűncselekmények, drogok hatása alatt elkövetett bűncselekmények), a droghalálozást, az életmódjukhoz szorosan hozzátartozó fertőzőbetegségek (HCV, HIV) terjedését.

Az alacsonyküszöbű ellátások célja a kábítószer problémákkal küzdők, vagy azokban érintettek speciális ellátása, saját magukra-, vagy környezetükre vonatkozó ártalmak csökkentése.
Az alacsonyküszöbű kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket, a szolgáltatások szinte mindenki számára – motivációtól függetlenül – igénybe vehetők.
A képzés olyan ismereteket és készségeket ad, melyekkel sokkal otthonosabban mozoghatnak e közegben, ugyanakkor a komplex gondolkodás miatt látják, hogy melyik szelet az övék a felépülés teljes folyamatában.

Hogyan épül fel Az alacsonyküszöbő ellátás alapjai *c.* képzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
3. Első képzési nap	10 tanóra (10 tanóra elmélet)	jelenléti

1. Drogpolitika

Összefoglalás:A fejezetben leírtak bemutatják a különböző drogpolitikai irányzatokat, rendszerbe helyezeik az ártalomcsökkentést, illetve bemutatják más beavatkozási módokhoz való viszonyát.

Célja: *A hallgató értse a különböző drogpolitikai irányzatokból következő beavatkozási szinteket, tudjon gondolkodni kliensei-, de a lakosság-, vagy kicsit a döntéshozók fejével is, hogy adott esetben a leghatékonyabb döntéseket tudja meghozni. A alcsonyküszöbű szolgáltatásban dolgozóktól nem csak a kliensek számára biztosított közvetlen szolgáltatás-működtetést várjuk el, hanem hogy képesek legyenek az igényeknek megfelelő új szolgáltatások megtervezését, kialakítását.*

Kulcsszavak: alacsonyküszöb, ártalomcsökkentés, drogpolitikai modell, kínálat- és kereslet-csökkentés, költséghatékonyság,dekriminalizáció, anonimitás,

Tanulást segítő kérdések: Mit várunk a null-toleranciás (kriminalizációs) drogpolitikai irányzatoktól? Mit várunk a kompromisszumos drogpolitikai modelltől? Mit várunk a normalizáló (ártalomcsökkentő) drogpolitiai modelltől? Mik az ártalomcsökkentő szemlélet dilemmái? Mik az alacsonyküszöbű intézmények speciális jellemzői?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Rácz József (szerk.) (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai.* Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.

Rácz József: Addiktológia, Tünettan és intervenciók

Drogpolitika

Mindazon társadalompolitikai cselekvési programok és szabályozások összegzése, amely a drogfogyasztás és azzal összefüggő problémák társadalmi szintű kezelését célirányosan és összehangoltan irányítja.

A különböző drogpolitikák különböző megoldási/problémakezelési utakat/módokat javasolnak.

Megközelítési irányok

Kínálatcsökkentés: célja a drogok hozzáférhetőségének csökkentése – a kereskedelem, a terjesztés akadályozása.

Keresletcsökkentés: a prevalencia csökkentése – a használók átlagéletkorának növelése, a krónikus használók számának csökkentése.

Ártalomcsökkentés: a droghasználat okozta ártalmak csökkentése, társadalmi beilleszkedés növelése, kriminalitás megszüntetése.

Drogpolitikai irányzatok

Null-tolerancia modell (kriminalizációs): A drogfogyasztás káros, üldözendő, mert veszélyes, bűntetni kell. A fogyasztó bűnös személy.

Eszközrendszer: bűntetőjog

Kompromisszumos modell: Nem drogmentes a társadalom, de ezt kell megcélozni. A fogyasztó beteg személy, áldozat. A fogyasztóval kapcsolatban megengedő, a terjesztőt bűnteti.

Eszközrendszer: orvostudomány

Nomalizáló modell (ártalomcsökkentő): Célja a szórakozási/rekreációs szerhasználat kultúra kialakítása , a marginalizált helyzet elkerülése, a pszichoaktív anyagok használati kockázatának csökkentése.

Eszközrendszer: szociális szolgáltatások, dekriminalizáció

Beavatkozások polaritásai

1. értékalapú megközelítés **vs.** bizonyíték alapú megközelítés
2. társadalmi szükségletek **vs.** egyéni szükségletek

3. hosszú távú beavatkozások **vs.** rövid távú intézkedések
4. kínálatcsökkentés **vs.** keresletcsökkentés
5. egyéni felelősségvállalás **vs. s**zolidáris súlypontú megközelítés (közegészségügyi szolgáltatások)
6. egészségügyi megközelítés **vs.** szociális orientációjú megközelítés
7. kipróbált, tesztelt beavatkozások **vs.** új metódusok és modellek
8. guideline-ok, minőségi kritériumok mentén végzett intervenciók **vs.** flexibilis, egyéni szempontú megközelítések
9. fentről lefelé irányuló döntéshozatal (instrukciók adminisztratív szintekről) **vs.** a döntések a közvetlen, területi tapasztalatok alapján születnek (a fentről lefelé irányuló hatások inkább szupervíziós jellegűek, ellenőrző szerepűek)
10. egyetlen diszciplínával foglalkozó megközelítés **vs.** multidiszciplináris megközelítés (addikciót magyarázó modellek)
11. állami/egyházi feladatellátás **vs.** civil szerepvállalás
12. szektorszempontú akciók **vs.** hálózati munka és kooperáció a szektorok között

2. Ártalomcsökkentés

Összefoglalás: Minél több tudás átadása az ártalomcsökkentés, az alacsonyküszöb témakörében, az elsősorban kémiai szereket használókra – de amúgy minden problémás addiktív magatartást mutató személyre – és a környezetükre figyelve, az addiktív magatartással összefüggő következményes károk csökkentését célzó beavatkozásokra, szolgáltatásokra vonatkozóan, ezek hatékony működtetésének megismerése, miközben tudjuk azt, hogy a többségi társadalom nem toleráns ezen csoportokkal, így sokszor az őket segítőkkel sem.

Célja: *A segítők felkészítése az alacsonyküszöb-ártalomcsökkentés területén a hatékony szolgáltatások végzésére, az ártalomcsökkentő attitűd elsajátítására.*

Kulcsszavak: ártalomcsökkentés, magas kockázatú csoportok, relativitás/hierarchizálás elve,

Tanulást segítő kérdések: Az ártalomcsökkentés alapelveit figyelembevéve milyen módon és hol alakítom ki a szolgáltatásokat? Mit jelent az, hogy vannak veszélyesebb szerek és veszélyesebb szerhasználati módok és mit lehet ezeken változtatni?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Az addiktológia alapjai III. szerk.: Demetrovicsc Zsolt in. Ártalomcsökkentés 431-475. old.

Ártalomcsökkentés alapelvei:
Az absztinencia elérése nem a legfontosabb vagy a legmegfelelőbb célkitűzés;
A szolgáltatást ott kell végezni, ahol a rászorulók vannak;
Az ártalomcsökkentő-programok feltételezik, hogy a szerhasználók – mind egyénileg, mind csoportosan – képesek arra, hogy irányítsák életüket és változtassanak szokásaikon;
Vannak biztonságosabb és kevésbé biztonságos szerek és szerhasználati módok;
Az ártalomcsökkentő-programok/szolgáltatások kialakításába, tervezésébe bevonjuk a rászorulókat is;
A hatékonyabb beavatkozás érdekében figyelembe vesszük az egyén- és környezete körülményeinek rendszerét;

Ártalomcsökkentés, Szemléleti dilemma:
relativitás kérdése – egy adott helyzetet tekintve kiindulási alapnak, látnunk kell, hogy ahhoz viszonyítva mindig meg tudunk határozni ártalmasabb és kevésbé ártalmas helyzeteket, következésképpen, ártalmat csökkenteni minden helyzetben lehet.
Az ártalmas addiktív magatartást végző kliens jogosultsága az ellátórendszerben;
Ugyanakkor ez lehet egy válasz a társadalmi mulasztásra;
Kriminalizáció, Dekriminalizáció, legalizáció kérdései;
Kezelésbecsábítás egyik eszköze!
Adekvát válasz a problémákra (bio-, pszicho-, szocio-);
Költséghatékonyság;
Önkéntesség fontossága és lehetősége;
Az addiktív problémákkal küzdő személy, vagy a társadalom kárainak csökkentése?
A megoldás útja?

Az ártalomcsökkentés célkitűzései
Minél kevesebben használjanak drogokat.
Minél kevésbé veszélyes szereket, minél ritkábban használjanak.
Minél kevésbé veszélyes szerhasználati módokat alkalmazzanak.

Az ártalomcsökkentés dilemmái
Előfordulhat-e, hogy az ártalomcsökkentés ártalomnövekedést idézzen elő? (pl. i.v. használat növekedése egy tűcsere program megjelenésével, vagy a biztonságos i.v. szerhasználatról történő tájékoztatással?)
Tudunk-e az ártalmas addiktív viselkedésekről objektív tájékoztatást adni?
Tisztában vagyunk-e a tájékoztatás pontos hatásával?
Külső támadás: a politika részéről (a drogpolitika szinte mindig pártpolitika is; lehet-e megfelelő szakmai érveket hozni?), vagy pl. a gazdasági recesszió miatt (“Miért a drogosokra költsük a kevés forrást?!”)
Belső támadás: szakmaiatlanul működő szervezetek. (Ezek ellensúlyozására: módszertani levelek, szakmai irányelvek, protokollok, etikai kódex, pályáztatási rendszer; megfelelő szakmai kontroll (integrált rendszerek, hálózati működés), értékelés (személyi, tárgyi minimumfeltételek, adminisztráció) (EMCDDA 2011)

Kliens-utak: az alacsonyküszöbű intézményhálózat része kell, hogy legyen az eü-szoc rendszernek (elérés, korai intervenció, korai jelzőrendszer, korai kezelésbevétel).

Értik-e és tudják-e képviselni a magasabb küszöbű intézmények az alacsonyküszöb érdekeit, látják-e – akár saját magukra vetítve – annak szükségességét?

Kapcsolat a gyermekvédelmi rendszerrel (prostitúció, bűnözés, kiszolgáltatottság).

A kamaszok nem szeretik a magas küszöbű intézményeket. Van-e erre megfelelő válaszunk?

Vannak nagyon fontos, de drága és kevés, de problémás klienst elérő programok (tűcsere, drop-in, szubsztitúció) és viszonylag nagyobb tömegeket - de kevesebb problémával bírókat – elérő, olcsóbb programok (info, szóróanyag, partyszervíz). Választanunk kell, vagy szükség van rájuk párhuzamosan (finanszírozás!)

Az ártalomcsökkentő szemlélet előfeltevése
A droghasználók egyes csoportjai életük bizonyos időszakában nem akarnak és/vagy nem képesek felhagyni szenvedélyükkel, ugyanakkor az adott drog, vagy drogok használatának következtében kockázatoknak vannak kitéve, ártalmakat szenvednek el.

Ezek a szolgáltatások a lehető legnagyobb számú droghasználóval kívánnak kapcsolatba lépni (és lehetőség szerint a kapcsolatot fenntartani), igyekeznek csökkenteni az aktív szerhasználók marginalizálódását, amely az életesélyek romlásával, a kockázati tényezők és a problémák fokozottabb megjelenésével járhat együtt.
Igyekznek növelni a droghasználók társadalmi beilleszkedését, ettől remélve pl. a kriminalizálódás különböző mutatóinak csökkenését (beszerző-, terjesztő magatartás, következményes bűncselekmények, drogok hatása alatt elkövetett bűncselekmények stb.).

3. Az alacsonyküszöbű intézmény

Összefoglalás: Az intézmény-típus bemutatása, definíciója, mely során megismerjük ezen ellátási forma specifikumait, a kifejezetten ezen intézményeket igénybevevőket, azon magas kockázatú csoportokat, akik ritkán tudnak magasabb szinten bekapcsolódni az addiktológiai ellátásokba.
Fontosak azon színterek, ahol gyakran szükséges alacsonyküszöbű szolgáltatások kialakítása, ill. fontosak azok a dilemmák, problémák, melyek a folyamatos működtetést, a kliensek felől irányuló igényeknek megfelelő intézményi hálózat hatékony fennmaradását akadályozhatják.

Célja: *Megismreni a működő alacsonyküszöbű intézményeket, színtereket, speciális csoportokat.a hatékony intézményi struktúra kialakítására, folyamatos működtetésére.*

Kulcsszavak: magas kockázatú csoportok, speciális színterek

Tanulást segítő kérdések: Milyen magas kockázatú csoportokat ismer? Milyen speciális szolgáltatók tervezhetők az egyes speciális színterekre? Mik az alacsonyküszöbű intézmények fenntartásának dilemmái?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Arany Zoltán – Figeczki Tamás – Máté Zsolt – Tóth Róbert (2018): *Szakmai ajánlás addiktív személyek alacsonyküszöbű ellátása részére.* Budapest, EMMI.

NCSSZI Szakértői Munkacsoport, SzMM (2006, Bp.) dr. Szemelyácz, J és mtsai: Szakmai irányelv, Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásában

16.1 definíció (15-16 dia)

Az alacsonyküszöbű intézmény az, ahol a változást igénylő szenvedélybetegek, addiktológiai problémával küzdők, kortársaik, hozzátartozóik, közvetlen szociális környezetük szolgáltatásban részesül. A szolgáltatások célja a szenvedélybetegek, az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás elindítása és segítése.
Az alacsonyküszöbű intézmények definíciójához egy kiegészítő szempont:
„alacsonyküszöbű intézmény az, ahol egy vagy több szociális szolgáltatás várja a változást igénylő szenvedélybeteget, ezek kortársait, hozzátartozóit, közvetlen szociális környezetét.

A szolgáltatások célja a szenvedélybetegek, valamint közvetlen környezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása, a szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak csökkentése, a változás elindítása és segítése.” (Fliegauf és Ritter, 2004).

Az alacsonyküszöbű ellátások célja a **kábítószer problémákkal küzdők**, vagy azokban érintettek **speciális ellátása.**
Az alacsonyküszöbű kifejezés arra utal, hogy a **szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket** az igénybevevők számára, a szolgáltatás igénybevételének szinte nincs feltétele.
Speciális módon, más szolgáltatásoktól eltérően ezek a szerhasználat/szerfüggés ártalmait csökkentő, Preventív célú, és pszicho-szociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások, **térítés nélkül, könnyen elérhetőek**, akár a **szolgáltatás kihelyezésével** is sokak által igénybe vehetők. Az ellátás során **nincsenek szigorú elvárások**, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya), a szolgáltatást igénybevevő **akár nevének közlése nélkül is** kaphat segítséget.
Az alacsonyküszöbű intézmények célja a szenvedélybetegek és közvetlenkörnyezetük minél szélesebb körének elérése, fogadása, a szerhasználatnak, valamint járulékos ártalmainak a csökkentése, a változás elindítása és segítése, az életvitel váltásnak az ösztönzése.

Az alacsonyküszöbű programok, szolgáltatások sajátos módszerei eszközei, eljárásai alkalmasak lehetnek az igénybevevő – kóros szerhasználata miatti – súlyosabb testi-lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek **megelőzésére**, aktuális állapotának **szinten tartására**, **javítására**.
Könnyű elérhetőségükből kifolyólag ezen szervezeteknek kiemelt szerepe van a nehezen elérhető, vagy a más egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülő célcsoportok **megtalálásában** és a **szolgáltatásokba történő bevonásra.**
A segítő kapcsolat motivációs tényező lehet a hosszabb-rövidebb absztinencia-időszak kialakulásához, egyben a szolgáltatást igénybevevő számára lehetőséget adhat további szolgáltatások igénybe vételére.
Célcsoportjaik között egyaránt megtalálhatóak a deviáns életvitelű fiatalok, a nehezen elérhető csoportok, a magas kockázati csoportok és az illegális drogokat kipróbálók. (Kún, Portorő, Szemelyácz, 2005)

16.2 magas kockázatú csoportok (17 dia)

Magas kockázatú csoportnak tekinthető a valamilyen jellemzőjük miatt (életkor, nem etnikum, speciális használati szokások, életmód) többlet-hátrányt, vagy többlet-veszélyeztetettséget elszenvedő populáció:
Pl. Intravénás szerhasználók, Kamaszok, Nők – különös tekintettel a várandós anyákra, Hajléktalanok, Szegregátumokban élők (vidéki és nagyvárosi szegregátumok specifikumai!), BV populáció, Komorbid kliensek (kettős-, hármas diagnosis – HIV-AIDS, HCV), Szex-munkások, Romák.
Feléjük speciális megközelítés (helyszín, nyitvatartás, mobil szolgáltatások, szűrés, spec. eszközök, nyelv, más szokásrend stb.) szükségeltetik.

16.3 az alacsonyküszöbű szolgáltatások jellemzői (18-26 dia)

Az alacsonyküszübű intézmények bizonyos speciális feltételeknek kell, hogy megfeleljenek:

Nem absztinencia központú, de bizonyos szolgáltatások és módszerek természetes célja az absztinencia elérése, illetve fenntartása.
A kliens állapotához és helyzetéhez igazítja a viszonylag könnyen teljesíthető elvárásokat, amelyek elindíthatják a változást.

Nem az egészségügy keretein belül, de az egészségüggyel szorosan együttműködve fejti ki a tevékenységét.
A professzionális segítők mellett nagyban támaszkodnak önkéntesek tevékenységére.

Struktúrája rugalmas. (könnyen reagál a környezetben megjelenő problémákkal, ha kell újabb programokkal).

Az ártalomcsökkentő szolgáltatások hatékonyságának alapvető feltétele lenne a minél teljesebb lefedettség (e nélkül lesz pl. piacteremtő a szubsztitúciós program).

Ingyenes, térítésmentes szolgáltatások:
A segítséget kérők ingyen vehetik igénybe a különböző alacsonyküszöbű ellátásokat és ehhez kapcsolódóan az irodatechnikai eszközöket, pl: az időszaki segély megigényléséhez szükséges dokumentumok fénymásolása, telefonhasználat, hivatalos levelek feladása, gyógyszer házhoz vitele, party-szervíz eszközök használata.

Anonimitás biztosítása:
Elég egy keresztnevet, akár becenevet megadni, vagy a segítséget kérő önmaga alkotta nevet.
Az anonimitás fenntartására a segítő kapcsolat során végig lehetőség van, de más intézményekkel való kapcsolatfelvétel, ügyintézés alkalmával szükségessé válhat a személyes adatok megadása, mely a segítő folyamat későbbi szakaszában a tapasztalatok szerint már nem okozott gondot.

Nem feltétel az absztinencia a szolgáltatás igénybevételéhez:
A szer hatása alatt lévő – intoxikált – kliens számára állapotának megfelelő segítési módok kerülnek megajánlásra.
A segítői folyamat célja a túlélés biztosításán túl a leállásra való motiválás, rehabilitáció felé való kisérés.

A kliens felé nem elvárás az absztinencia, de csak „arra alkalmas állapotban” vehet igénybe bizonyos szolgáltatásokat.(pl balesetveszély miatt zuhanyzóhasználat korlátozásra kerülhet.)

Önkéntes igénybevétel:
A szolgáltatást felkereső dönthet, hogy mikor, milyen ellátást vesz igénybe.
A szociális, gyermekvédelmi ellátórendszerben szerveződő segítői munka többségben erre az elvre épül (kivétel pl. az aktív korúak ellátását igénylők együttműködési kötelezettsége, a védelembe vett gyermek családjának együttműködési kötelezettsége: ***Aktív korúak ellátása:***

> ***1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról***
> **„33. §** (1) Az aktív korúak ellátása a hátrányos munkaerő-piaci helyzetű aktív korú személyek és családjuk részére nyújtott ellátás. A járási hivatal aktív korúak ellátására való jogosultságot állapít meg annak az aktív korú személynek,
> *a)* aki munkaképességét legalább 67%-ban elvesztette, aki legalább 50%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, vagy akinek az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján nem haladja meg az 50%-os mértéket, vagy
> *b)* aki vakok személyi járadékában részesül, vagy
> *c)* aki fogyatékossági támogatásban részesül [az *a)-c)* pont szerinti személy a továbbiakban együtt: egészségkárosodott személy], vagy
> *d)* akinek esetében a munkanélküli-járadék, álláskeresési járadék, álláskeresési segély, vállalkozói járadék (a továbbiakban együtt: álláskeresési ellátás) folyósítási időtartama lejárt, vagy
> *e)* akinek esetében az álláskeresési ellátás folyósítását keresőtevékenység folytatása miatt a folyósítási idő lejártát megelőzően szüntették meg, és a keresőtevékenységet követően az Flt. alapján álláskeresési ellátásra nem szerez jogosultságot, vagy
> *f)* aki az aktív korúak ellátása iránti kérelem benyújtását megelőző két évben az állami foglalkoztatási szervvel vagy a rehabilitációs hatósággal legalább egy év időtartamig együttműködött, vagy
> *g)* akinek esetében a gyermekek otthongondozási díja, az ápolási díj, a Cst. szerinti gyermekgondozási támogatás, a rendszeres szociális járadék, a bányász dolgozók

egészségkárosodási járadéka, az átmeneti járadék, a rehabilitációs járadék, a rokkantsági nyugdíj, a baleseti rokkantsági nyugdíj, a megváltozott munkaképességű személyek ellátása, az ideiglenes özvegyi nyugdíj folyósítása megszűnt, illetve az özvegyi nyugdíj folyósítása a Tny. 52. §-ának (3) bekezdése szerinti okból szűnt meg, és közvetlenül a kérelem benyújtását megelőzően az állami foglalkoztatási szervvel vagy a rehabilitációs hatósággal legalább három hónapig együttműködött,
feltéve, hogy saját maga és családjának megélhetése más módon nem biztosított, és keresőtevékenységet nem folytat.)

Egészségügyi ellátórendszerrel való együttműködés:
A szerhasználó leállási szándékát erősítve – pl. kórházi méregtelenítés, egyéb kezelés – elősegítheti az adott időpontra való érkezést, azonnali befektetést, kezelőorvos megkeresését, rehabilitációba való eljutás, melyek során segítő támogatást adhat.

Önkéntes tevékenység:
A leállt/felépülésben lévő szerhasználók önsegítő csoportokon kívül is vállalhatnak részt az alacsonyküszöbű szolgáltatások biztosításában.
Természetesen figyeljünk a józanodó/ún. tapasztalati szakértő számára veszélyt jelentő magas kockázatú helyzetek óvatos „adagolására”.

16.4 az alacsonyküszöbű szolgáltatások csoportjai, tevékenységek (27-28 dia)

I. Álláskeresés segítése, álláskeresési tanácsadás Szociális/Egészségügyi ellátáshoz való juttatás segítése

II. Jogi információ adás (jogi,- társadalombiztosítási tanácsadás)

III. Életvezetés segítése, Reintegráció, reszocializáció;

IV. Felvilágosító tevékenység (pl.: biztonságos injekciózás, biztonságos szerhasználati módok); információs, felvilágosító kiadványok terjesztése és/vagy készítése; Szűrés

III. Telefonos, információs vonal fenntartása;

IV. Megkereső tevékenység, Utánkövetés;

V. Drop-In funkció (pihenő-, melegedő helyiség biztosítása);

VI. Tűcsere (személyes formában, vagy automatával; intézményben, vagy intézmény közelében);

VII. Utógondozás (klubtól a struktúrált programokig), önsegítő csoportok, szülőcsoport, esetmegbeszélők, stb. helyszínének biztosítása (befogadás);

Alacsonyküszöbű tevékenységek
Álláskeresés segítése, álláskeresési tanácsadás, technikák gyakorlása
Egészségügyi ellátáshoz való juttatás segítése
Életvezetés segítése
Felvilágosító tevékenység (pl.:biztonságos injekciózás)
Helyi, regionális információs adatbázis létrehozása
Hivatalos ügyek intézésének segítése
Jogsegély (jogi,- társadalombiztosítási tanácsadás)
Kortárssegítés, kortársvezetés, kortárs csoportok működésének támogatása
Krízisvonal fenntartása (24 órás elérhetőség biztosítása)

Megkereső tevékenység
Önsegítők képzése (hozzátartozók számára is)
Önszerveződő csoportok támogatása, működésének szervezése

Prevenciós előadások tartása
Pszichoedukáció
Rehabilitáció (kliensek elkísérése adott intézménybe)
Reintegráció,
Szabadidős tevékenységek (közös sporttevékenység)
Tanácsadás (szociális, mentálhigiénés szakemberek)
Tisztálkodási lehetőség biztosítása (személyi higiéné, ruházat mosása)
Telefonos, információs vonal fenntartása
Tűcsere (automata intézményben, vagy intézmény közelében)
Szűrés, retrovirális programok (HCV!)
Utánkövetés
Utógondozás
Étkezés (Zsíroskenyér, tea)

16.5 színterek (29 dia)

Az egyes színterekhez speciálisan illeszkedő programok tartoznak!

- Táncos-zenés szórakozóhelyek, fesztiválok – Partiszervíz, BuliSegély
- Utcák, közterek – utcai szociális munka, mobil szolgálatok
- Lakótelepek – elérő programok
- Szegregátumok – szociális munka
- Büntetés-végrehajtási intézmények – börtön-elérő programok, spec. mentális szakemberek
- Egészségügyi intézmények – Rövid intervenció, korai kezelésbevétel
- Onlines közösségi terek – reklámok, chat-szobák, online személyes elérés – kép, hang

16.6 az alacsonyküszöbű intézmények működtetésének dilemmái (30 dia)

Ellátási feladatfinanszírozás és teljesítményfinanszírozás értelmezése ebben a körben;
Ki és milyen feltételek fennállása esetén jogosult ellátási feladatfinanszírozást kapni (ajánlások – Módszertani Int., más alacsony-küszöbű intézmények, KEF; 1-2 éves működés; Alacsony-küszöbű Szervezetek Szövetségének tagsága?);
Népességcsoport definíciója, akik az intézményi szolgáltatást kapják;
Ellátási feladatfinanszírozás logikai egységeinek meghatározása – területi ellátási kötelezettség problematikája;
A szolgáltatói körbe történő belépés és bent maradás feltételeinek meghatározása – jogosítványok keletkeztetése –, jogszabály alkotási feladatok;
Szakmai, módszertani felügyeleti rendszer kiépítése;
Szektorközi átjárhatóság feltételeinek megteremtése;
Intézményi akkreditációs rendszer kiépítése;
Szabadság, vagy a normatív-támogatással járó kötelezettségek?

4. Aktív szerhasználók bevonása az ártalomcsökkentő programokba

Összefoglalás: A magas kockázatú kliensek elérésének egyik leghatékonyabb módja a magas kockázatú kliens-csoportok tagjai közül-, vagy velük szoros kapcsolatban álló személyek, akár aktív használók bevonása a munkába, a szolgáltatás kialakításába, vagy reklámozására. Lehetőség szerint az ilyen csoportokba tartozó véleményvezérek (stakeholderek) megtalálása. Ugyancsak nagy segítségre lehtnek az ún. használói portálok, betegszervezetek, önsegítő csoportok.

Célja: *Szélesíteni a segítő szervezetek és munkatársak látókörét a hatékonyabb beavatkozások kialakítása éredekében, pl. aktív szerhasználók bevonása a munkába.*

Kulcsszavak: aktív szerhasználók, partnerség, véleményvezérek, használói portálok
Tanulást segítő kérdések: Miért hasznos aktív szerhasználók bevonása a programokba? Kik azok a véleményvezérek a használói csoportokban és mi lehet a szerepük?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Felvinczi Katalin – Nyirády Adrienn (szerk.) (2009): *Drogpolitika számokban*. Budapest, L'Harmattan. in. Rácz József: A drogbetegek ellátása 189-232 old., Takács István: Ártalomcsökkentés számokban 233-278.old

A pszichoaktívszer-fogyasztói szervezetek országos és európai szintű bevonásának elősegítése felé Európában már több, mint 10 éve is történtek lépések, amikor az Európai Ártalomcsökkentő Hálózat hozzákezdett egy jegyzék összeállításához az európai kábítószer-fogyasztói szervezetekről.

A használói szervezetek bevonása az egészségügyi tanácsadásba és a drogpolitika kialakításába fontos lépés. A kábítószer-fogyasztói szervezetek gyakran vesznek reszt a fertőző betegségek megelőzéséről szóló kortárs támogatói és oktatási tevékenységekben és a tájékoztató anyagok elkészítésében. Ezek támogatják a hálózatok szervezését és segítenek felhívni a lakosság figyelmét a kábítószer-használók fő problémáira (Hunt es mások, 2010).

A felhasználók bevonása pragmatikus és etikus módszer lehet a szolgáltatások minőségének és elfogadhatóságának biztosítására. Ahhoz azonban megfelelő támogatásra van szükség, hogy a kábítószerfogyasztók lehetőséget kapjanak a közreműködésre, és ez a részvétel sikeres lehessen. (véleményvezérek)

5. Spiritualitás

Összefoglalás: Az addiktológiai problémákból felépülő számára a spiritualitás felfedezése jelentős erőt adhat motivációja megerősödésében, így a segítőnek is keresnie kell azokat a ponotkat, ahol segíthet kliensének ennek megerősítésében.

Célja:*A kliensek motiválásának segítése, a felépülés kezdetének, a katartikus kulcsélménynek a jobb megértése. Egy saját felfogásunk szerinti spiritualitás megtalálása.*

Kulcsszavak: spiritualitás, felsőbb erő, AA, katartikus kulcsélmény (mélypont?)

Tanulást segítő kérdések: Hogy tudná megfogalmazni a felépülést segítő spiritualitást és mit jelent ennek személyes megélése? A katartikus kulcsélmény, mint morális válság megfogalmazása, mely az első lépés a felépülés felé!

Ajánlott magyar nyelvű irodalom
Nagy Zsolt: Józanságmunka a felépülésben
Robert Lefever (2007): Kényszeres segítés , Pécs PTE – Leo Amici Alapítvány 2002

A spiritualitás jelenléte – mégha tudományos módon nehezen is magyarázható, mégha ennek egzakt megjelenítése nehézségekbe is ütközik – egyértelműen segíti a szenvedélybeteget egy értelmesebb, kontrollált, kiszámíthatóbb élet megtalálásában, működtetésében. Sokan a 12 lépéses csoportokat (AA, NA, GA stb.) épp a spiritualitás miatt, a felsőbb erő hangsúlyozása miatt nevezik szektának. Pedig itt alapvetően másról van szó, amit minden segítőnek valamilyen szinten hasznos megértenie, egy saját felfogás szerinti felsőbb erőt, egy saját felfogás szerinti spiritualitást.

“A béke, a remény és szeretet folytatólagos érzése.
Annak felismerése, hogy több van az életben, mint mindennapi ügyeink: ezek fontosak, de nem abszolút érvényűek.
A bizalom érzése, amihez az ember tapasztalatai révén érkezik el - nem számít hogy keserű, fájdalmas élmények is adódtak az életben. Ezeket a tapasztalatokat olyan múltbéli perspektívából szemlélhetjük, amely felől gazdagabb, teljesebb jövő felé haladhatunk.
A más emberekkel való közösség érzése.
Annak tudatossága, hogy Isten, vagy valamilyen saját felfogásunk szerinti Magasabb Erő - talán a “csoport”, vagy “a minden emberben jelenlévő alkotó szellem” - több megértést és nyugalmat adhat, mint amit bárki önnön elszigeteltségében megtapasztalhat. A tudat, hogy a segítségnek erre a forrására bízvást támaszkodhatunk. Alázat.” (Robert Lefever)

- Felhasznált irodalom

- Felvinczi Katalin – Nyirády Adrienn (szerk.) (2009): *Drogpolitika számokban*. Budapest, L’Harmattan.
- Demetrovics Zsolt (szerk.) (2009):Az addiktológiai alapjai III., Budapest. Elte Eötvös Kiadó
- Demetrovics Zsolt (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein.* Budapest, L’Harmattan.
- Rácz József (szerk.) (2002): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai.* Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Godány Judit (2009): *Anyag a vérben – Vallomások a drogról és életről*. Budapest, Napkút Kiadó.
- Nagy Zsolt: Józanságmunka a felépülésben (Kelemen Gábor 60. születésnapjára készült tanulmánykötet)
- Robert Lefever (2007): Kényszeres segítés , Pécs PTE – Leo Amici Alapítvány 2002
- *TASZ – Drogpolitikai füzetek* (Drogpolitikai Jelentés 2006. 7. szám, Intravénás droghasználat és közegészségügy 6. szám; Ártalomcsökkentés Magyarországon 5. szám; Drog-jogi esetek 4. szám; Kenderkönyv 2. szám, A szigorítás útján 1. szám.)

- Arany Zoltán – Figeczki Tamás – Máté Zsolt – Tóth Róbert (2018): *Szakmai ajánlás addiktív személyek alacsonyküszöbű ellátása részére.* Budapest, EMMI.
- NCSSZI Szakértői Munkacsoport, SzMM (2006, Bp.) dr. Szemelyácz, J és mtsai: Szakmai irányelv, Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásában

Online források:

https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/emcdda_hu

https://drogriporter.hu/

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (Budapest 2006.):
http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/alacsonykuszob_szakmai_iranyelv.pdf

Törvények:

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

13. Családkonzultáció, szupervízió, esetmegbeszélés

- *13.1 A családkonzultáció alapjai*

A szenvedélybetegek családtagjainak bevonása a segítői folyamatba

Összefoglalás:

A szenvedélybetegség kialakulása nemcsak az egyén, hanem az egész család rendszerének a problémája. A kialakulásában nem csak a szenvedélybetegséggel küzdő ember tulajdonságai a meghatározóak, hanem a családtagok közötti kapcsolatok is. A szenvedélybetegség megváltoztatja a család szerkezetét, működését és ez tartósan kihat a családi kapcsolatokra és a kommunikációra is. Ezért kiemelt feladat a közösségi szolgáltatás alkalmával a kliensek hozzátartozóinak a bevonása a segítői folyamatba.

Célja:

A közösségi addiktológiai ellátásban dolgozó szakember kompetenciáinak feldolgozása a problémamegoldás során, a különböző módszerek, technikák alkalmazásának feltételei. A résztvevők megismerkednek a szenvedélybetegség kialakulásának rendszertani magyarázatával és szenvedélybeteggel együtt élő a család jellemző viselkedési mintáival. Fontos, hogy a közösségi ellátás munkatársai az egyéni esetkezelés mellett megismerjék és elsajátítsák rendszertani szemlélet alapjait és a családtagok motiválásának módszereit, amely ismeretek jól tudnak hasznosítani a napi munkájukban.

Kulcsszavak:
család, rendszerszemlélet, normatív és paranormatív krízisek, családi alrendszerek, családi játszma, kodependencia,

Tanulást segítő kérdések:
- Mit jelent a rendszerszemlélet?
- Milyen viselkedés jellemzi a kodependens hozzátartozók viselkedését?
- Melyek az addiktív felnőttek gyermekeinek jellemző szerepmintázatai?

Kötelező irodalmak:
Szenvedélybetegek részére nyújtott szolgáltatások. A hozzátartozók bevonása a szenvedélybetegek ellátásába protokollja (SZEN-HESZE). Szociális és gyermekvédelmi szabályozók (kézirat) Berényi András 2007.

Alkoholizmus a családban füzet. Szerk.: Berényi András. Forrás Lelki Segítők Egyesülete, Debrecen, 1996, 1999.

Winfried Huber: Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében Forrás Lelki Segítők Egyesülete, Debrecen, 1993

Filmek:
Ha férfi igazán szeret (1994) Luis Mandoki
28 nap (2000) Betty Thomas

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

Családgondozás és iskola (szöveggyűjtemény) Szerk: Berényi András Debrecen KLTE 1995.1996.1998.

Insoo Kim Berg: Konzultáció sokproblémás családokkal. Családterápiás olvasókönyv, Animula Kiadó, Budapest, 2004.

Kelemen Gábor: Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia. Pannónia Könyvek Pécs 2001.

Watzlawick P., Weakland J., Fisch R.: Változás- a problémák kezelésének és megoldásának elvei Gondolat, Budapest, 1990.

A család jellemzői

a család kommunikációs stílus
a családi életciklusok
a család normatív és paranormatív krízisei

A rendszerszemlélet alapfogalmai

a család, mint rendszer
a családi szerepek
a családi alrendszerek (diád,triád,koalició,szövetség)
a határok szerepe a családban

A szenvedélybeteg és a családja

- az addiktív viselkedés szerepe a családtagok közötti kommunikációban,
- a szenvedélybetegség hatása a család működésére,
- a kodependencia (társfüggőség) fogalma és viselkedés mintái,

- a szenvedélybeteg és a hozzátartozóinak játszmái,
- a szenvedélybetegség hatása a gyermekekre,
- az addiktív felnőttek gyermekeinek jellemző szerep mintázatai

A családokkal végzett munka speciális helyzetekben

- családlátogatás módszere,
- a serdülők bevonása családgondozásba,
- ellenállás kezelése a családkonzultációval szemben,
- családkonzultáció szerepe az együttműködést megtagadó szenvedélybeteg motiválásában,

A megoldásközpontú szemlélet

De Shazer, Insoo Kim Berg és kollégái Milwaukeeban a Brief Family Therapy Centerben dolgozták ki a korábbiaktól lényegesen eltérő új módszert. Míg a hagyományos családterápia a homeosztatikus egyensúly fenntartására fókuszál, addig a megoldásközpontú terápia a változási folyamatot elkerülhetetlennek és állandóan előfordulónak tartja.

A rendszerszemléletű családkonzultáció módszere

A segítő szemlélete

Ha a segítő a kivételeket sikerként írja le, a kliens elkezdi másként látni saját világát és egyre többször fogja csinálni azt, amiről látja, hogy jó neki.
Fontos, hogy a család el tudja hinni, hogy tényleg az ő kezében van probléma megoldásának kulcsa.

A családkonzultáció indokoltsága

- Az „azonosított páciens” tünetei családi problémára utalnak
- A család a maga baját családi gondként határozza meg.
- A családtagok készek a családterápiában részt venni.
- A család az akut krízis állapotában van.
- A szülő-gyermek kapcsolat zavart.
- Az egyik családtag rossz közérzete kihatással van a családi kapcsolatokra.
- Az „azonosított páciens” egy vagy több családtagtól is függő helyzetben van.

A család együttműködésre motiválásának módszerei:

- A változás szükségességének belátása.
- A saját cselekvés nélkülözhetetlenségének megértése.
- Annak a tudatosítása, hogy az elért eredmények megtartása a saját akarattól függ.
- Annak a mítosznak a átírása, hogy „itt nem lehet semmit tenni, a probléma teljesen a hatáskörünkön kívül áll”, vagy „ha nem inna, minden rendbe jönne”.
- A társfüggő viselkedés jellemzőinek a megismertetése a hozzátartozóval (külön találkozás a hozzátartozóval).
- A család felelősségének, kompetenciájának a növelése (képesek meghiúsítani vagy sikeressé tenni a segítést).

A családi rendszer változását elindító kérdések

Ezek a kérdések jelzik, hogy mindig vannak olyan dolgok, amit a kliens megtehet. A segítőnek meg kell tartania a könnyed, optimista hozzáállást, ami nem mindig könnyű. A kliens, ha úgy érzi, nem hallgatják meg részletesen, azt gondolja, hogy nem vagyunk elég segítőkészek és nem jön vissza.

- Mi lesz az első jele annak, hogy legyőzi a problémát?
- Mi lesz az első, dolog, amit megtesz, és az azt fogja bizonyítani, hogy megkezdődött a változás?
- Honnan fogja tudni, hogy mikor kezd ez megtörténni?
- Mit tesz azért, hogy a dolgok ne forduljanak még rosszabbra?

A családokkal folytatott munka céljai

A segítés folyamata alatt a megoldások keresésére kell fektetni a hangsúlyt. Minél több olyan gondolatot, érzést, viselkedésformát ismertessünk meg, amelyek új minőséget jelentenek. A legfontosabb elv, hogy mindig változás van és ez remény forrásul szolgál a kliensnek.

A dicséret, mint erőforrás

Mi a teendő, ha a páciens túl pesszimista, bele van ragadva a problémába? A hangsúlyt még inkább a dicséretekre helyezzük, kiemeljük mindazt a pozitívumot, amit a kliens cselekszik, gondol és jó számára, akár a panaszával kapcsolatos akár mással. A kliensek sokszor erős kudarcérzést élnek át, szidást várnak, bűnösnek érzik magukat. Ha megtaláljuk azokat a pontokat, amiket meg lehet dicsérni, megfordíthatóvá válnak a negatív érzések és a kliens megerősödik abban, hogy elhiggye, képes a változtatásra.

A helyzet elemzése

Ha helyzet mégsem javul, együtt meg kell próbálni feltárni minden egyes magyarázatot, amiért a változás elmaradt. Fontos megkérdezni, mit tesz a kliens, ami megállíthatja a dolgok rosszabbra fordulását.

A sikeres segítés kérdése

Ha a kliensek azt jelzik, hogy nincs változás, nem szabad feladni. Előfordul, hogy a kliens elvárásai az elérhető célokra vonatkozólag megnőnek és már nem úgy nézi a változást, vagy más problémára panaszkodik. Ezért fontos tisztázni a konzultáció célját. Az is előfordulhat, hogy bár a kliens nem észlel változást, a segítővel közösen, átnézve az eltelt időszakot, mégis felfedeznek elmozdulást.

A családkonzultáció során használható kérdések

- Mi a szerepe, mi az értelme a rendszerben, hogy egy vagy több tagja az addikció tüneteit mutatja?

- Mi történne a rendszerrel, ha ezek a tünetek megszűnnének?
- Milyen egyensúlyt borítana fel?
- Mi az addikció szerepe az egyénnél a rendszerben?
- Mi hiányozna az életéből, ha az addikció nem lenne tapasztalható?
- Melyek az állapotot fenntartó erők és melyek a haladás, a változás erői?
- Miért most keresnek segítséget?
- Milyen szerepet kap a segítő a rendszerben?
- Mi a rendszer változásának vagy állandóságának előidézője?
- Milyen kommunikációs stílus jellemzi a családi rendszert?

○ *13.2 Csoportos szupervízió*

Összefoglalás:

A szupervízió önreflektív tanulási folyamat, amelyben a szupervízió alanya (a szupervizált) saját szakmai fejlődése, szakmai személyiségének minél árnyaltabb megismerése érdekében a szupervizor reflektív együttműködésével, a szupervíziós kapcsolatra vonatkozó szerződés keretei között vesz részt.

A szupervízió az önreflexiós készség fenntartását szolgálja. A változás elsősorban a szupervízió hat a résztvevő a kapcsolataira, érzéseire, gondolkodás módjára és szakmai attitűdjére. A szupervízió tanulási folyamat, amely során a segítő saját maga működését megértve egyre eredményesebben és hatékonyabban tudja segítő munkáját végezni.

Célja: 7

Elsődleges célja, hogy bemutassa magát a szupervízió célját, fókuszát, munkamódszerét, és megértesse a hallgatókkal a szupervízió fontosságát a munkájuk során. A tantárgy gyakorlatorientált és demonstratív jellegű csoportos esetszupervízió. A saját élményű csoportos szupervízió a képzési programba beillesztve a szakmai készségfejlesztés fontos része, az eddig elsajátított ismeretek, készségek, attitűdök integrálását szolgálja, kiaknázva a csoport támogató erejét, segítve a tanulást és a szakmai fejlődést. A szupervízió módszerének a megismerése és a résztvevők saját élményt szerezzenek a csoportos szupervízióról. Így a személyes élmények segítik a munkatársakat, hogy elsajátítsák a tapasztalati tanulás

módszerével az önreflexiós készséget. A szakszerű és etikus segítői munka lényeges és elengedhetetlen feltétele, hogy a közösségi ellátás munkatársai ismerjék a szupervíziót, amely feltétele a színvonalas szakmai munkának.

Kulcsszavak:
szupervízió, intervizió, kompetencia határ, szerepkonfliktus, önreflexivitás, burn out,

Tanulást segítő kérdések:
Mi a szupervízió meghatározása?
Miért van szükség a segítő szakembernek a szupervízióra
Mik a kiégés jelei?
Mit jelent a segítő szindróma kifejezés?

Kötelező irodalmak:

Berényi András - Szögeczky József: „Nem elég fellobbanni, de mindig égni kell” avagy a szupervízió gyakorlata a szociális munka területén. A szociális szakemberek mentálhigiénés lehetőségei és azokat segítő programok, szervezeti rendszerek című kiadvány a TÁMOP 5.4.2.- Központi Szociális Információs Fejlesztések projekt Szociális Füzetek sorozat 4. száma FSZH Budapest 2010.
Hézser Gábor: Miért? – Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat Kálvin Kiadó Budapest, 1996.

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

17. Németh László: A szupervízió, mint művészet
https://www.academia.edu/42852290/N%C3%A9meth_L%C3%A1szl%C3%B3_A_szuperv%C3%ADzi%C3%B3_mint_m%C5%B1v%C3%A9szet

Sárvári György Metalépés Animula Kiadó 1999

A segítői munkában a tanácsadó személyisége munkaeszköz. A személyre szóló munka hatékonyságának nélkülözhetetlen feltétele az önreflexiós készség és képesség. A kollégák visszajelzései segítik a segítő hivatású szakembert, hogy rálásson személyes és szakmai működésére, a klienseire gyakorolt hatására, a segítő

kapcsolat folyamatára, illetve arra, hogy mindezek hogyan befolyásolják szakmai munkájának eredményességét és minőségét.

Összességében az az érzelmi állapot a meghatározó, ahogyan a segítő kialakítja a munkakapcsolatát a klienseivel, ahogyan azokra reagál. Ez a személyes viszonyulás a kapcsolat hatékonysága szempontjából sokkal fontosabb, mint a segítés folyamatában alkalmazott technika, vagy módszer. Erre a nagyon fontos hatótényezőre, a segítő és kliense közötti kapcsolatra, annak a segítő szakember általi megélésére egy szupervíziós folyamatban láthatunk rá leginkább.

A szupervízió célja a hivatásszemélyiség fejődésének elősegítése, a „szakmai önismeret" elmélyítése, a változás lehetőségének megragadása és a változási folyamat segítése. A szupervízió alapját a változási folyamat kísérése adja. Ahogyan a csoport tagjai (mint „belső szakemberek") önmaguk számára megfogalmazzák problémáikat, és személyes szakmai tudásukra és tapasztalataikra alapozva kezdik felépíteni a szükséges változás; hivatásszemélyiségük integráltabbá válásának tervét. Az említetteken túl a szupervízió a segítők kiégése felismerését és megelőzését is nagymértékben elősegítheti.

A szupervízió jellegzetessége, hogy mindig valódi (az ülésen létrejövő) interaktív helyzetekhez kapcsolódik, ahol a már megszerzett tapasztalatok feldolgozására és a szupervizált működésének alapvető módosulására van lehetőség. A csoporttag aktívan részt vesz a feldolgozási folyamatban, újra átéli azt a helyzetet, amelyben problémája keletkezik, és így kapcsolatba kerül a felismert elakadása mélyén rejlő gátakkal. Belátást nyerhet saját működési dinamikájáról, felismerheti működési mechanizmusait, meghatározó előfeltevéseit. E felismerések teszik a tanulási helyzetet élővé és előremutatóvá.

A szupervizor csak a folyamatra, a szupervízió résztvevőire tudjon figyelni. A szupervízió során a fókuszban a tanácsadó (szupervizált) áll, illetve a munka során őbenne elindult belső folyamatok, a munka és a „szakmai én" kapcsolata. A szupervízióban formailag nem történik más, mint az, hogy emberek ülnek egymással szemben, és beszélgetnek a szupervizor vezetésével. A hangsúly éppen a beszélgetésen van. Sok múlik azon, hogy a résztvevők miről és hogyan beszélgetnek, és milyen intrapszichés folyamtok indulnak el a részvevőkben. Nagy jelentőségű a bizalmi a légkör megteremtése, amelyben a szupervíziós ülés zajlik, amely a tartalmas szakmai együtt gondolkodás feltétele. A szupervízió során folyamatosan fejlődnek és erősödnek a segítőben a következő

Készségek, kompetenciák:

- motiváció, elköteleződés
- a hatékony esetkezelő készség
- a problémák szakszerű és lényeglátó feltárásának készsége
- bővül az esetkezelés repertoárja
- a stáb tagjaival az együttműködési képessége

A szupervízió, mint kompetencia fejlesztő módszer

A szupervízióban formailag nem történik más, mint az, hogy emberek ülnek egymással szemben, és beszélgetnek a szupervizor vezetésével. A hangsúly éppen a beszélgetésen van. Sok múlik azon, hogy a résztvevők miről és hogyan beszélgetnek, és milyen intrapszichés folyamtok indulnak el a részvevőkben. Nagy jelentőségű a bizalmi a légkör megteremtése, amelyben a szupervíziós ülés zajlik, amely a tartalmas szakmai együtt gondolkodás feltétele. A szupervízió során folyamatosan fejlődnek és erősödnek a segítőben a következő készségek, kompetenciák:

- motiváció, elköteleződés
- a hatékony esetkezelő készség
- a problémák szakszerű és lényeglátó feltárásának készsége
- bővül az esetkezelés repertoárja
- a stáb tagjaival az együttműködési képessége

Csoportos szupervízió

Általános elv, hogy a szupervíziós üléseken 6-8 fő munkatárs vesz részt. Az ülések alkalmával a részvevők által hozott témák kerülnek a csoport által feldolgozásra. A szupervizor felel a szupervízió kereteinek betartásáért.

A szupervízió egy olyan kidolgozott módszertannal rendelkező fejlesztői megközelítés, amely a szupervízióban résztvevő (továbbiakban: szupervizált) szakmai kompetenciáját fejleszti. A szupervízió alkalmával a segítő a munkája során megtapasztalt elakadásokkal és az ebből fakadó érzésekkel dolgozik a csoport tagjainak közreműködésével, amely később a munkavégzés alkalmával növeli a szakmai kompetenciáját.

A saját tapasztalatok ismétlődő szupervíziós feldolgozása fejleszti a segítő szakember önreflexiós készségét és így egyre inkább képessé válik az egyén tanulni az általa átélt helyzetekből.

A csoportos szupervíziós ülés menete

A szupervíziós ülés indítása

Az ülés elején a szupervízor érdeklődve fordul a csoport tagjaihoz.

- „Milyen lelki állapotban érkeztél?”
- „Mi történt Veled azóta?”
- „Volt-e valami, ami tovább foglalkoztatott az előző ülés témájával kapcsolatban?
- „Tudtál-e foglalkozni a problémáddal valódi helyzetekben?”

A kérdésekre adott válaszok során „érkeznek meg” a tagok a szupervíziós ülésre és egyre inkább a figyelmüket az ülésen történtekre koncentrálják.

Téma / fókusz választás

Ki milyen témát hozott? A résztvevők az ülés elején egyenként röviden megfogalmazzák azt a kérdést, szakmai problémát, elakadást, amely „itt és most” a leginkább foglalkoztatja őket. Ezt követően a csoport és a szupervizorok együttesen kiválasztják azt a kérdést (és így az azt hozó személyt is) amellyel a leginkább foglalkozni szeretnének. A szupervíziós folyamat során mindenki legalább egyszer „fókuszba kerül”, azaz az ő problémájával foglalkozik a csoport. A választás szempontjai például az alábbiak lehetnek:

- Mennyire élő a probléma? Minél frissebb, annál könnyebb megjeleníteni, dolgozni vele.
- A kérdést megfogalmazó személy mennyire kész foglalkozni a témájával?

- „Számomra sürgető és nagyon komoly ez a probléma…”,
- Mennyire érdekes a csoporttagok számára a téma?
- „Én is gyakran kerülök hasonló helyzetbe, úgyhogy azt szeretném, ha a Te kérdéseddel foglalkoznánk ma!”

A megértés

Miután meghatározásra került, hogy ki kerül fókuszba, minden csoporttagnak lehetősége van egy kérdést megfogalmazni, amely a probléma megértésére irányul. „Kerültél-e korábban hasonló helyzetbe?” „Miért éppen azt emelted ki, hogy…?” „Milyen érzések vannak benned, amikor…?” A fókuszban lévő jegyzeteli a kérdéseket és a kör végén válaszol rájuk. Igény esetén lehetőség van egy újabb kérdéskör megtételére. A különböző (gyakran új) szempontokat megjelenítő kérdések már sokszor ezen a ponton megérintik a fókuszban lévőt, aki ezáltal jobban érti a saját helyzetét, problémáját.
Jellemző kérdés a szupervizortól ebben a szakaszban: Melyik kérdés érintett meg a legjobban, melyik volt a legmeglepőbb, hol érzed leginkább a probléma lényegét?

A fókuszálás

A kérdéseket követően a problémát hozó szupervizált újra fogalmazza (pontosítja, specifikálja) a saját kérdését. Ezzel a feldolgozás folyamata élesebbé, fókuszáltabbá válik. Ilyenkor kezdenek a résztvevők egyre inkább bekapcsolódni és a figyelem koncentrálttá és intenzívvé válik. A fókuszálás történhet a saját kérdés egyszerű újra fogalmazásával, vagy az egyik csoporttag által feltett kérdés kiválasztásával.

A helyzet felerősítése

A szupervizált elakadásának minél teljesebb átélése lehetővé teszi az azt létrehozó gátak, félelmek, akadályok megjelenítését is. Ezt a szupervizor széles eszköztárral például reflektív kérdésekkel vagy helyzetgyakorlatokkal támogathatja.
A feldolgozás

A feldolgozás folyamatát mélyítheti el, teheti intenzívebbé a csoporttagok által megfogalmazott hipotézisek megosztása. Írásban, rajzban vagy más eszközökkel minden csoporttag elmondja, hogyan látja a szupervizált problémáját: „Szerintem a problémádnak az a lényege…” Szerintem ez azért probléma a számodra…” „Nem tudom miért, de nekem az a mese jutott eszembe…” „Én ezt rajzoltam a problémádról, Te itt vagy benne…”
Fontos, hogy a hipotézisek a probléma különböző értelmezési lehetőségeit kínálják, ne azt mondják meg, hogy mit kellene a másiknak tennie.
Jellemző példa, hogy egy-egy találó hipotézis szó szerint eltalálja a szupervizáltat, a gyomra környékén érzi, hogy közel jár az igazsághoz.

A feldolgozási folyamat lezárása

A feldolgozási folyamat lezárása akkor történik meg, amikor a szupervizált: megértette, hogy mi hozza létre a problémáját, rálátott saját működésére, képes akciókat megfogalmazni, a feldolgozás mélyülő szintje már terápiás foglalkozást kíván, vagy érzelmileg nem képes tovább folytatni a feldolgozást.Sokszor azt érzi a fókuszban lévő személy, hogy pár óra alatt annyi visszajelzést, figyelmet és muníciót kapott, hogy mindezzel hetekig tud dolgozni. Egyszerre fáradtnak és egyben felszabadultnak érzi magát. Megértette, hogyan járul hozzá saját maga a problémája kialakulásához. Esetleg már a következő lépést is meg tudja fogalmazni.
Mindenesetre megvan a lehetősége arra, hogy később visszatérjen a témájához, és tovább dolgozzon rajta, de természetesen behozhat egy másik problémát is.

Az ülések zárásaként a szupervízor felteszi a kérdést:

- Ki mit tanult a feldolgozás alatt?
- Ki milyen felismerésre jutott az önmaga működésével kapcsolatban?
- Kinek mit jelentett az adott fejlesztési folyamat.

A tapasztalatok szerint a szupervízión résztvevő csoporttagok bevonodásának következményeként minden résztvevő meg tud fogalmazni olyan felismeréseket, amelyek a saját elakadásáról szólnak, még akkor is, ha éppen nem ő hozta a témát.

A burn-out szindróma

A burn-out szindróma olyan jellegzetes tünetegyüttes, amely krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek." (H. J. Freuderberg)
"A kiégés tartós vagy ismételt emocionális terhelés eredménye más emberekért való hosszú távú, intenzív erőfeszítéssel összefüggésben." (Ditsa Kafry 1981)

A kiégés tünetei:

- Testi tünetek: alvászavar, testsúlyváltozás, pszichoszomatikus tünetek, kipihenhetetlen fáradtság érzése;
- Magatartási tünetek: ingerlékenység, cinizmus, védekezés
- Érzelmi tünetek: krónikus szorongás, depresszív reakciók, érzelmi távolságtartás az emberektől; másodlagos alexithymia, azaz az érzelmek kifejezésének zavara; nikotin-, alkohol-, drogfüggés, táplálkozási zavarok;
- Mentális tünetek: a teljesítőképesség csökkenése, indokolatlanul szakmai elégedetlenség érzése stb.

A segítő szindróma

A segítő szindróma azokat a jellegzetes személyiségjegyeket foglalja magában, melyek a segítő pályaválasztását motiválták. A szindrómás segítőt, írja Bagdy, „rejtett nárcisztikus szükségletek jellemzik, szorongó, gyakran érzi magát tehetetlennek és elégtelennek, önértékelése labilis. Segítő szerepében ’felül’, fölöttes pozícióban kell lennie ahhoz, hogy biztonságban érezze magát. Nem képes ’lenn’ lenni, nem tud segítséget kérni, mindenhatósági és értéktelenségi érzések szélsőségei közt vergődik. Önkárosító mértékig túlhajszolja magát a munkájában. Intimitásnehézségeit és kommunikációs problémáit a szakma perfekcionalista művelési igyekezete leplezi le.” (Bagdy, 1999)

A segítő szindróma elsősorban amiatt vezet burnout-hoz, mert a szakember, ahelyett, hogy kliensei hatalommal való felruházására (empowerment) törekedne,

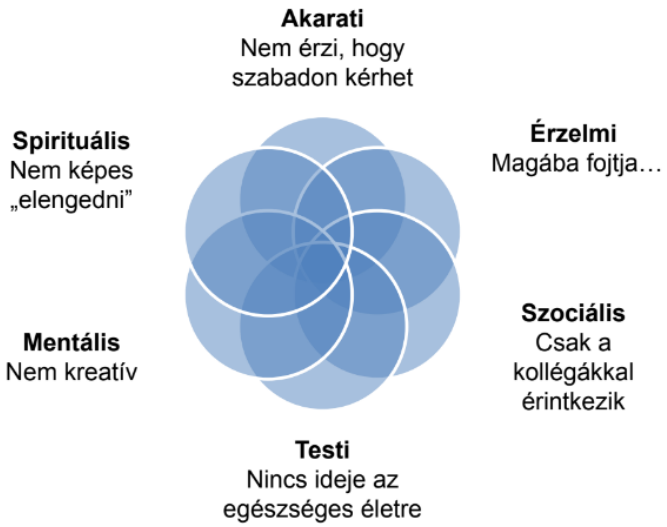
önmagát hiszi a változás döntő tényezőjének. Wolfgang Schmidbauer szerint a Helfer szindróma 4 típusa:

- A „foglalkozás áldozata” – a magánélete elsorvad;
- Hasítás – a szakmai és magánélet éles ellentéte (szakmai álarc, otthon síró gyerek);
- Perfekcionista – nem bocsátja meg magának a kudarcot, belső ideáloknak és külső nyomásnak való megfelelni vágyás
- Kalóz – saját elszegényedett intimitás szükségletét szakmai kapcsolataiban, azokkal visszaélve éli ki (leggyakrabban szexuálisan)

Christina Maslach több száz burnout szindrómában szenvedő szakember vizsgálata alapján a kiégést a következő három fő ismérvvel jellemezte:

- Érzelmi kimerülés
- Deperszonalizáció
- Teljesítménycsökkenés

A segítő szakember kiégésének területei Sharon Weigscheider Cruse szerint:



A munkahely és kiégés kapcsolata

A munka jellemzői

- szegényes munkafeltételek

- túlterhelés
- időnyomás
- fizikai veszélyhelyzetek
- sürgősségi helyzetek

A munkahelyi szervezetben betöltött szerep
- a döntések alacsony szintű kontrollja
- szerepkonfliktus
- felelősség az emberekért
- a munka határaival kapcsolatos konfliktus

Szakmai fejlődés
- alacsony szintű támogatás
- túlzott támogatás
- bizonytalan munkahely
- meghiúsult ambíciók

Munkahelyi kapcsolatok
- szegényes munkatársi kapcsolatok
- problémák a felelősség és feladatkörök meghatározásában

Szervezeti struktúra
- a döntéshozatalban való részvétel hiánya
- bürokrácia

A munkahelyen kívüli magas stresszt okozó tényezők

Gyakran nehéz külön választani a munkahelyi és a magánéleti problémákat. A következő magánéleti történések hatnak vissza a munkahelyi teljesítményre.

- családi problémák
- egészségi problémák
- közeli hozzátartozó elvesztése

- anyagi nehézségek
- önértékelési problémák jelentkezése
- közeli hozzátartozó betegsége
- a gyermek szülői felügyeletének a megoldása
- válás

A segítő kimerülésének megelőzési módszerei

Roehlke, 1988; Watkins 1983 szerzőpáros a burn-out megelőzésére 12 féle módszert írt le.

- Jól funkcionáló I "egészséges" / személyekkel való barátkozás
- Elkötelezett kollégákkal való kapcsolatkeresés, hivatástudat erősítése
- Ésszerű elkötelezettség valamely segítő kapcsolati elmélet mellett
- Stressz-csökkentő önsegítő technikák alkalmazása
- Környezeti stressz-tényezők megváltoztatása
- Önértékelés egyensúlyának gondozása, elköteleződés
- A szakmai szerepek, elvárások, meggyőződések időszakos felülvizsgálása
- Személyes önismereti és önfejlesztő vagy terápiás út vállalása
- Szabadidő és magáncélú idő tartalékolása
- A kliensekkel való kapcsolat (kontraktusban foglalt) szabályozása
- A reménység gondozása (újratápláló élményforrások)
- A szakmai tevékenység és szakmai személyiség időszakos szupervíziós megsegítése

A segítő személyisége és a hatékony működéséhez szükséges tényezők

A hatékony segítő 6 tulajdonsága:

1. Intellektuális kompetencia (jó elméleti felkészültség és szüntelen önképzés)
2. Energia (testi-lelki-kapcsolati működések energizáltsága)
3. Hajlékonyság, rugalmasság, a kliens problémája határozza meg a teendőket, nem a segítő "mihez értése" (módszertani jártassága)

4. "Nem módszerspecifikus" humán segítő tényezők nyújtani tudása (együttérzés, támogatás, megerősítés, személyesség, odaforduló figyelem, jelenlét, légkör, biztonságnyújtás, együttgondolkodás stb.)
5. Jóindulatú alapattitűd
6. Önismeret: Intra- interperszonális személyi(ségi) valamint módszertani technikai kompetencia egyensúlya (Patterson, Eisenberg, 1983; Holland 1977)

13.3 Esetmegbeszélés

Összefoglalás:

A közösségi munka legfontosabb eleme a folyamatos segítő kapcsolat kialakítása, amely optimális esetben folyamatjellegű. Ahol nagy jelentőséggel bír az adott igénybevevő személyiségére, illetve szükségleteire reflektáló, szakmai koncepción alapuló tevékenység. Az esetmegbeszélés a segítő szakember számára olyan támogató módszer, amely személyes fejlődését segítve az esetmunka integráltabb és konceptuálisabb feldolgozásával a segítő saját szakmai kompetenciáját és biztonságérzetét is erősíti.

A segítő kapcsolati forma időről-időre felszínre hozhat olyan helyzeteket, amelyek kezelésére nézve a jogszabályok, a szakmai ajánlások, illetve a segítő ismeretei és tapasztalata nem nyújtanak minden tekintetben érvényes megoldási módokat. A segítő kapcsolat e pontjainak feldolgozását, meghaladását segíti az esetmegbeszélő csoport munkája, amelynek fő célja az kliens motívumainak, kommunikációjának, illetve a kapcsolat dinamikájának, lehetséges távlatainak mélyebb szintű megismerése. A kliensről, illetve a vele megvalósuló segítői kapcsolatról megszerzett többlet tudás nyomán a segítőben kialakul a kliens megértése és elfogadása, amely a kliens biztonságérzetére is kedvező hatást gyakorol. A probléma helyzet átgondolása, átbeszélése után több megoldási lehetőség kínálkozik a segítő számára a kialakult helyzet kezelésére. Mindezeknek köszönhetően javulhat a segítői munka szakmaimegalapozottsága és hatékonysága.

Célja:

A segítő kapcsolat, az esetkezelés során felmerülő szakmai kérdések dilemmák

feldolgozását segítő esetmegbeszélő csoport munkamódszerének megismertetése a képzésben résztvevő közösségi ellátásban dolgozó kollégákkal. Különös tekintettel a kollégák motívumainak, kommunikációjának, illetve a kapcsolat dinamikájának, lehetséges távlatainak mélyebb szintű megismerésére.

Kulcsszavak:

segítői identitás, szakmai igényesség, esetmegbeszélés, esetkezlés, önreflexiós készség, szakmai kontroll, szakmai kiégés, csoport szabályok, titoktartás

Tanulást segítő kérdések:

Mit értünk az esetmegbeszélés foglamán?
Miért van szüksége a segítő szakembernek az esetmegbeszélésre?
Milyen előnyökkel jár számunkra, ha ránézek saját működésünkre?
Milyen belső tényezők nehezíitik a munkavégzésünket?
Mit kell tennünk, hogy ezeket a tényzőket kezelni tudjuk?
Milyen külső tényezők nehezítik a hatékony munkavégzésünket?
Mit kell tenni, hogy ezek a tényezők ne akadályozzák az esetkezelést?

Kötelező irodalmak:

Vályi Gábor: Segítők segítése 1. Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet 2008.
Hézser Gábor: Miért? – Rendszerszemlélet és lelkigondozói gyakorlat Kálvin Kiadó Budapest 1996.

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

Ágazatközi esetmegbeszélő csoport a kora gyermekkori intervencióban dolgozó szakemberek számára Módszertani háttéranyag Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. Budapest, 2018 EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

Az esetmegbeszélés munkamódszere

A szenvedélybetegekkel és hozzátartozóikkal végzett segítői munka legfontosabb része a segítő kapcsolat, amely optimális esetben folyamatjellegű. Ebben a munkában nagy jelentőséggel bír a kliens személyiségére, illetve szükségleteire reflektáló, tervszerű és átgondolt segítői munka. A segítő kapcsolat során kialakulhatnak helyzeteket, amelyek kezelése dilemmákat vet fel ezért a közösségi gondozást végző szakember számára fontos a segítés folyamatának az átgondolása, illetve a következő segítői lépés(ek) megtervezése.
A kliensekről, illetve a vele megvalósuló segítői kapcsolatról megszerzett többlet tudás nyomán a közösségi ellátást nyújtó szakemberekben erősödik a kliens megértése és elfogadása, amely kapcsolatukra hatást gyakorol. Így a segítő folyamat hatékonyabb kezelésére is nagyobb lehetőség kínálkozik és mindezeknek köszönhetően javul a segítői kapcsolat hatékonysága is. Az esetmegbeszélő csoporton való részvétel a közösségi ellátásban dolgozó szakember számára is járhat személyes mentálhigiénés hozadékkal, mivel az esetmunka integráltabb és konceptuálisabb feldolgozása saját szakmai kompetenciáját, biztonságérzetét is erősíti. Az esethez kapcsolódó tapasztalatok kollégákkal való megbeszélésén túl a csoport abban is segítséget nyújt a segítőnek, hogy az esethez kapcsolódó személyes érzelmeket megértse ezzel segítve az adott probléma helyzet újszerű megoldását.

A segítői munkában a tanácsadó személyisége munkaeszköz. A személyre szóló munka hatékonyságának nélkülözhetetlen feltétele az önreflexiós készség és képesség. A kollégák visszajelzései segítik a segítő hivatású szakembert, hogy rálásson személyes és szakmai működésére, a klienseire gyakorolt hatására, a segítő

Az esetmegbeszélő csoportok legfontosabb céljai, illetve feladatai az alábbiakban foglalhatók össze. (Szőnyi, 2005)[1]

- az elakadások megértése és a szakmai folyamatok átdolgozásának lehetősége,

[1] Szőnyi, G. (2005): A csoportos esetmegbeszélés szerepe a segítő foglalkozásúak képzésben, munkájában. In: Szőnyi, G. (2005): Csoportok és csoportozók. Medicina.
.

- a teher és a felelősség megosztása (nem eltüntetése!),
- pozitív szakmai kontroll alkalmazása (nem hibáztatás, hanem feltárás és új lépések),
- egymás szakmai munkájának megismerése,
- szakmai, szervezeti beilleszkedés, integrálódás támogatása,
- a szakmai elszigetelődéstől való védelem,
- a kiégés megelőzése,
- a (szakmai) személyiség, a szakmai szocializáció fejlődése,
- a szakmai kultúra közvetítése.

Az esetmegbeszélés célja és várható eredményei

– A kollégákban nő az együttműködési készség a munkájuk során.
– Közvetlenebbé válik a kollégák egymás közötti kommunikációja.
– Rendszeressé válik a kapcsolattartás a kollégák között.
– Csökken a kollégák érzelmi terhelése és ezzel a kiégés is.
– Konkrét, kézelfogható segítséget nyújt a kollégák munkájához.
– Erősödik a kollegialitás érzése.
– Hozzájárul a segítő motivációjának fenntartásában.
– Segít új nézőpontok felismerésében az esetmunkában.
– A kompetenciahatárok körültekintő betartását erősííti.

Az esetmegbeszélés témája az „eset”. A szakmai szempontból az eset- amivel az esetmegbeszélő csoport foglalkozik- az ami:

–Folyamatban lévő, nem lezárt eset
– Szakmai esetlekezelés a témája
– A szakember személyesen részt vesz a z esetben

Az esetmegbeszélő csoport résztvevői

Azon kollégák, akik az adott esettel kapcsolatba kerülhetnek. Az esetmegbeszélést általában egy csoportvezető vezeti. Legjobb, ha a vezető külső, felkért szakember, aki csoportdinamikai ismeretekben és esetmegbeszélő csoportok vezetésében jártas. Előfordul az is, hogy a csoportot a kollégák közül vezeti valaki. A résztvevők mindegyikének egyéni felelőssége van abban, hogy saját szerepének megfelelően (esethozó, csoporttag) a legjobb tudását adja a közös munkához, aktívan és teljes figyelmével legyen jelen a közös munkában

Az esetmegbeszélő csoport menete a következő lépésekből áll:

1.Az eset ismertetése

A csoport vezetőjének feladata a résztvevők pillanatnyi érzelmi, motivációs állapotának felmérése és az aktuális szakmai témák megfogalmazásának segítése.
A csoport vezetője segítő kérdéseket tesz fel:
Ki milyen szakmai kérdésekkel érkezett?
Mi foglalkoztatja leginkább a résztvevőket munkájukkal kapcsolatban?
Ki mit vár a mai üléstől?
Ezután kerül sor az eset szóbeli ismertetésére legfeljebb 10-15 percben. Az időtartam behatárolása szakmai szempontból is indokolt. Ugyanis az esetismertetés célja nem az, hogy az esethozó „mindent” elmondjon a kliensről és a segítői kapcsolatról, hanem az, hogy gondolkodásra, kérdésekre és visszajelzésekre serkentse a csoport tagjait.
Az esetismertetés szempontjai:

- Az esethozó bemutatkozása szakmai szerepe és identitása alapján.
- A kliens helyzetének bemutatása az általa közölt életesemények, és kommunikációs jellemzők alapján.
- A segítő kapcsolat bemutatása: a segítői kapcsolat jellege és speciális tényezői.
- A kliens „környezetének” jellemzői: családi (közösségi) beágyazottsága.
- Az esethozó érzelmi viszonyulása a kliens problémái iránt.
- Nehézségek, esetleges „elakadások”, konkrét kérdések, amelyekre a segítő az esetmegbeszélés nyomán választ vár.
- A segítő elképzelései a segítő folyamat lépéseivel kapcsolatban.

2. Az esetismertetés módjának visszajelzése

A csoport visszajelzi az ismertetés módjával kapcsolatos benyomásait, meglátásait. Ez azért lehet fontos, mert az ismertetés módja (kommunikációs jellemzői) sokszor jól tükrözik a segítő és az kliens között zajló segítő kapcsolat jellemzőit.

3. Tisztázó kérdések

Az esetmegbeszélő csoport tagjai tisztázó kérdéseket intéznek az esethozóhoz. Ezek a kliens, illetve élethelyzete alaposabb megértését, a bemutatásból esetleg kimaradt lényeges információk lehetőség szerinti pótlását célozzák.

4. Feldolgozás

A csoport immár közvetlenül is elkezd foglalkozni az esettel, és próbál választ (válaszokat) találni az ismertetésben föltett kérdésekre.

5. Összegzés

Az esethozó összegezi a felszínre került információkat és megválaszolja a munka elején föltett, levelező partnerére irányuló saját kérdését.

6. Zárás

Az ülés zárásakor a csoporttagok visszajelzik az ülés során átélt élményeiket, hangsúlyos benyomásaikat.

Az esetmegbeszélő csoport feltételei

Az esetmegbeszélés során a következő csoportszabályokat kell betartani, ami hozzájárul a csoport bizalmi légkörének a kialakulásához, amely a hatékony munka feltétele.

- Titoktartás
- Kommunikáció: egyes szám első személyben
- Részvétel: aktivitás, önkéntesség

- Időkeretek betartása
- Technikai kérdések tisztázása: mobiltelefon-használat, szünetek stb.

FELADAT

Az esetmegbeszélő csoportok alkalmával a képzésen résztvevő kollégáknak legalább egy alkalommal kell esetet ismertetniük, amit röviden írásban is kell dokumentálni megadott szempontok alapján. Ennek a feladatnak a teljesítése a vizsgára bocsátás feltétele.

- **GYAKORLAT – Közösségi ellátás terepen, intézményben**

Összefoglalás: A fejezetben leírtak bemutatják a **közösségi ellátás elméleti alapjai című tárgyban megfogalmazottak témakörüket és a gyakorlatban történő elmélyítése történik.**

Célja: **A közösségi ellátás elméleti alapjai című tárgyban megfogalmazottak gyakorlatban történő elmélyítése.**

Kulcsszavak: dilemmák, érintettek, kémiai addikciók, viselkedési addikciók, drog, dependencia, pszichoaktív szerek, LSD, MDMA, marihuána, ópiátok, hasis, desinger drogok, alkohol, Jellinek féle tipológia, kodependencia, hallucinogének, kannabisz származékok, GHB, RUSH, hallucinogén gombák,kaktuszok, szervesoldószerek

Tanulást segítő kérdések:

- *Kérem, ismertesse a szenvedélybetegséggel kapcsolatos alapfogalmakat: drog, függőség, pszichoaktív anyag, kábítószer, … stb.*
- *Kérem, csoportositasa a drogokat.*
- *Mutassa be a stimuláns pszichoaktív anyagokat.*
- *Ismertesse a depresszáns típusú kémiai anyagokat.*
- *Mutassa be a kodependencia jelenségét, problémáját, hatásait, jellemzőit.*

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- Komáromi Éva: A kodependencia című tanulmányának „Pszichoterápiák” fejezete. (Komáromi 2010, 378-381 p.).
- **Szabóné Kármán Judit: Családgondozás - krízis-prevenció, Medicina Könyvkiadó, 2004.**
- Dr. Demetrovics Zsolt – Kun Bernadett szerk. (2011): *Addiktológia Alapjai IV.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- *Kísérletek az addiktív személyek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon* (Szerk: Berényi András (2006) Módszertani segédlet. Debrecen, Forrás Lelki Segítők Egyesülete)
- Kelemen Gábor – Csákiné Király Lívia (2004): *Pszichiátriai és szenvedélybetegek szociális ellátása*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Harangozó J., Bodrogi A.: *A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás* (in szerk. Füredi J., Németh A., Tariska P. (2009): *A Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. Budapest, Medicina, 570-594.p.)
- **Eric Berne: Emberi Játszmák, Háttér kiadó, 2013.**

- **Erik Berne: Sorskönyv, Háttérkiadó 2013.**
- Játszmák nélkül - Tranzakcióanalízis a gyakorlatban Járó Katalin (szerk.) Helikon Kiadó, 1999.
- **Sors mint döntés I-II. - Az érzelmek felfedezése és felszabadítása** *Járó Katalin (szerk) 2005.*
- http://drogfokuszpont.hu/
- http://www.daath.hu/
- http://drogriporter.hu/
- http://www.madaszsz.hu/

Az alkoholprobléma, a szenvedélybetegségek a társadalom egészében jelen van, ezért a rendszerszemléletű megközelítés adhat segítséget.

Trendek, melykre a közösségi addiktológiai ellátásban működő szakembernek fel kell készülni.

- Az alkoholfogyasztás egyre korábbi életszakaszban kezdődik.
- A nemek közti különbség elhalványul, azaz a nők, lányok is felzárkóznak a szerhasználatban.
- Rohamivás divat
- Nikotin fogyasztás használt is egyre elterjedtebb
- Nagyobb hangsúlyt kell helyezni a viselkedési addikciók felismerésére, kezelésére.

Gyakorlati dilemmák:

- A szenvedélybetegségek problematikája többnyire a „problémás alkoholfogyasztásra" terjed ki.
- Az alkalmi, olykor egyszeri tragikus alkoholfogyasztás , szerhasználat nem kerül kellő képbe
- Az egyszeri, alkalmi használat veszélyei azonban igen jelentősek lehetnek: (baleset, esés, törés, családi, önagresszió, környezeti agresszív magatartás, bűncselekmény, munkahelyi, iskolai hiányzás, ennek jogi, szabályozási, házirendi következményei)
- Az alkoholprobléma az italozással gondban lévők jelentős részénél egyáltalán nem jelenik meg beismert problémaként.
- A szenvedélybetegségek mindig a környezeti szereplők észlelésével kezdődik, ezért nagyon hangsúlyos a közösségi ellátásban a család segítése a kodependencia jelenségének a felismerése, kezelése
- Az alkoholhasználat a legtöbb esetben nikotinfogyasztással is párosul
- Gyakori az alkohol és gyógyszer közös használata. Hogyan kezeljük a politoxikomániát?
- Hogyan kezeljük a „passzív alkoholistát", aki tűri, eltűri, elviseli az alkoholista családtag, környezeti szereplő alkoholizmusát annak minden testi-lelki-kapcsolati következményeivel együtt?
- Hogyan kezeljük a „másodlagos alkoholistát", aki az alkoholfogyasztás fenntartója és kiszolgálója, majd maga is az ital használója lesz?

Megközelítés:

- egészségügyi (bel szervi, mozgásszervi, idegrendszeri, traumatológia, toxikológiai, stb.)
- szexuális (aszexualitás, prostitúció, fertőzések)
- egzisztenciális (status vesztés, lezüllés, marginalizálódás)
- társkapcsolati (válás, baráti kapcsolatok elvesztése, cseréje)
- pszichés (önértékelési zavarok, hárítások, tagadások)
- kommunikációs (megváltozott verbális és nonverbális rendszer)
- családi (erőszak, bántalmazás, anyagi, codependencia, életviteli, stb.)
- szociális (munkahelyvesztés, hajléktalanság, ellátottság/ ellátatlanság)
- iskolai, munkahelyi (erőszak, fegyelmi kérdések, hiányzások)
- környezeti (erőszak, bűncselekmény,stb.)
- jogi (bűncselekmény, büntetés)

- közlekedési (ittas vezetés, baleset, bűncselekmény)
- társadalmi, költségvetési („mibe kerül nekünk egy szenvedélybeteg kezelése?")

Szenvedélybetegségek érintettjei:

- maga a szenvedélybeteg személy
- a környezet közvetlen szereplői:család: gyermekek, házastárs, nagyszülők, szülők
- a környezet közvetett szereplői: munkatársak, szomszédok, stb.
- a társadalom, a jog, a büntetés-végrehajtás
- „mibe kerül nekünk egy alkoholista"?
- Az egészségügyi, szociális, igazgatási ellátás rendszere
- Az állami költségvetés (+, -)

Szenvedélybetegségek megjelenése a szociális ágazatban:

- Az index személy (szenvedélybeteg/) kliens a legritkább esetben jelenik meg direkten alkoholproblémájával, vagy egyéb függőségi problémájával.
- Az alkoholproblémával, függőséggel küzdő családok hosszú ideig titkolják, tagadják a probléma alapját, létét.
- a családi gondok között mintegy „mellékesen" kezelik az alkohol okozta gondokat.
- A gyermek magatartási, viselkedési zavarai mögött a szülői alkoholfogyasztás rejtve marad.
- A környezeti szereplők sokáig felmentő, elfogadásos magatartást tanúsítanak alkoholprobléma esetén, gyógyszer szedés esetén, munkamánia esetén.
- Jelzés esetén a szociális ellátást végző tehetetlen, hiszen hogyan szembesítse a problémák okozását végzőt alkoholizmusával.
- A szociális ellátást végző a szenvedélybeteg személy kezelésére alapvetően kiképzetlen, beavatkozási készlete véges, vagy hiányos, vagy nincs is.(ezért van a jelen képzés, hogy speciális segítséget kapjon a szakember)

o Addiktológiai alapfogalmak

Drog: Farmakológiai fogalom, az orvostudományban tágabban, a magyar nyelvhasználatban szűkebben értelmezik. Azok az anyagok, amelyek elfogyasztva megváltoztatják a központi idegrendszer működését.
Kábítószer: Szigorúan véve jogi kifejezés. Csak azokat az illegális drogokat értjük alatta, amelyek használatát az adott ország büntető törvénykönyve büntetni rendel.
Pszichoaktív szer: Azok a kémiai anyagok, amelyek a központi idegrendszeren keresztül fejtik ki hatásukat. Független az anyag jogi státuszától. (a drog jelentésének megfelel)
Megvonás: a drog használatának abbahagyását követően jelentkező kellemetlen testi/lelki tünetek. Nem minden drog használatakor alakul ki fizikai megvonásos tünet, de lelki bármelyiknél kialakulhat.
Tolerancia: a szervezet az ismételt használat során hozzászokik egy kémiai anyag használatához. Ugyanazon hatás eléréséhez egyre nagyobb dózisra van szükség. *Fordított tolerancia*, *kereszttolerancia*
Designer drog: molekuláris szerkezetükben illegális drogokra hasonlítanak, azokhoz hasonló hatásokat idéznek elő. Ellenőrzés alá vonásig jogi következmények nélkül terjeszthetők, forgalmazásuk és használatuk legális. (C-lista – Új pszichoaktív szerek jegyzéke – ÚPSZ nem csak designer lehet!)
Set-setting: Zinberg szerint (1984) a „drogélményt" három tényező határozza meg.

1. a kémiai anyag alapvető élettani hatásai
2. a fogyasztó személyisége és testi-lelki állapota, valamint tapasztalatai és elvárásai **(„set")**
3. a használt fizikai és társadalmi körülményei, a környezet **(„setting")**

Entaktogén: A kapcsolatteremtést megkönnyítő, nyitottságot, felszabadult beszédességet, empátiát, szeretetet, valamint öröm- és elégedettségérzetet előidéző drog.
Polidrog-használat: többféle pszichoaktív anyag együttes használata

Függőség (dependencia)

- Konkrét orvosi diagnózishoz kötött (DSM, BNO)
- Lehet kémiai vagy viselkedési, ezeknek hasonló jellemzői vannak.
    - Folyamatos kényszer az adott viselkedés végrehajtására, nem tud ellenállni a vágynak (pl: ivás, játékgép)
    - A viselkedés ciklikusan ismétlődik.
    - Feszültség – átmeneti kielégülés – (bűntudat) – feszültség
    - Kialakul a hozzászokás (tolerancia)
    - Megvonásos tünetek jelentkezhetnek
    - Leszokási kísérletek kudarca
    - Családi, szociális kapcsolatok romlása
    - Egyéb mentális problémák megjelenése
    - Más örömszerző források eltűnése

Pszichoaktív szerek csoportosítása

- Legális és illegális
- Természetes és szintetikus
- Gyógyszer vagy méreg
- Addiktív vagy nem addiktív
- Használati mód szerint
- Kémiai struktúra szerint
- Pszichoaktív hatás szerint

Drogok csoportosítása pszichoaktív hatás szerint

- Stimulánsok (kokain, amfetamin, koffein, nikotin)
- Depresszánsok (altatók, nyugtatók, alkohol, opiátok)
- Hallucinogének (LSD, meszkalin, pszilocibin, szerves oldószerek)
- Egyéb: kannabisz!?

Bizonyos szereket külön kategóriaként is szoktak kezelni (részben nyugtató, hallucinogén, vagy stimulánsokra emlékeztető hatással is bírnak)

- **Stimulánsok**

A központi idegrendszert serkentik, növelik az éberségi szintet és az aktivitást, csökkentik a fáradtságérzetet.
Ez a leghomogénebb csoport, de érdemes tovább differenciálni a szereket.

- Kokain
- Amfetamin típusú pszichostimulánsok
- Entaktogének (MDMA, MDA)
- Nikotin
- Koffein
- Teobromin
- Teofillin

Kokain és Crack

Mi a kokain?

- Dél-amerikai növényből – kokacserjéből állítják elő
- Fehér porként árulják (~16 e Ft/g)

- A Crack a kokain szabad bázisú formája

Fogyasztása:

- Kokain: orrba szippantva (gyakoribb), intravénásan
- Crack: hevítve, füstjét beszívják

Hatása:

- A dopaminerg, noradrenerg és szerotonerg rendszerre hat
- **Izgalmi tünetek, fokozódó energia, nő az éberségi szint**
- Elmúlik az álmosság vagy fáradtság érzete
- Csökken az étvágyérzet
- Vérnyomás emelkedés, izzadás, folyadékvesztés
- **Eufória tapasztalható, nő a személy önbizalma**
- **Egocentrikusság, túlzott önértékelés**
- Beszédesség, könnyebb kapcsolatteremtés
- Nagyobb dózis esetén agresszív megnyilvánulások
- Erős szívdobogás, tremor
- Fokozott nyugtalanság, pánikroham, szorongás
- Kialakulhat tolerancia és függőség

Amfetamin származékok

Hatása:

- Éberség, magabiztosság
- Csökkenő étvágy
- Pulzus és vérnyomás emelkedés

Használat:

- Orrba felszívva, lenyelve, intravénásan
- Lelki és fizikai függőséget okoz
- Rebound mechanizmus

Kockázatok:

- Roham, szívroham, stroke esélyét növeli
- Szív- érrendszeri megbetegedések
- Immunrendszert gyengíti, betegségek esélye nő
- Pszichózis, paranoia
- Intravénás használat – fertőzésveszély!
- Más anyaggal keverni veszélyes!

Ecstasy, MDMA

Hatások: (3-4 órán át tart)

- kényelem, empátia, szeretet, eufória, feldobottság, összetartozás érzés
- Sajátos stimuláns és hallucinogén elemeket ötvöző hatása van

Negatív hatások:

- Szemrángás, állkapocs görcs, nyelv- és szájrágás, fogcsikorgatás, izomfeszültség
- Enyhe hallucinációk
- Nyugtalanság, ingerlékenység
- Lelki függőség kialakulása
- Toleranciát alakíthat ki (inkább rekreációs használat jellemző)
- Rendszeres használat során csökkennek a pozitív élmények

Veszélye:

- kiszáradás, keringési zavar, légzési nehézség, halál (a túlhevülés miatt)
- Fokozott folyadékvesztés
- vesekiválasztás csökkenése és lassulása, vesekárosodás

Amfetamin származékok

Hatása:

- Emeli a vérnyomást és a pulzust
- Szűkíti az ereket
- Éhségérzet tompítása
- Pszichés és fizikai függést is kialakíthat
- A nikotin nem nyugtat! Az elvonási tünetek megszüntetése, és/vagy a helyzetből való kilépés okoz nyugalmat

Veszélye:

- Minden szervrendszert károsít (oxigénellátást rontja)
- szív és érrendszeri megbetegedés
- felső légutak, tüdő daganatos megbetegedése
- impotencia, ivarsejtek károsodása

Koffein, Teobroin, Teofilin

Koffein:

- Kávé, tea, kóladió alkaloidja
- KIR izgató hatás
- Pulzus és vérnyomás emelkedés
- Tartós fogyasztásnál enyhe tolerancia és addikció, ami néhány hét után megszűnik

Teobromin: *(istenek eledele; theo – isten, broma – étel)*

- A kakaó és a csokoládé főalkaloidja
- Enyhén élénkítő hatású
- Alacsony mennyiség van a csokoládéban (az állatokra már ez is veszélyes lehet)
- Mérgezéses tünetek: hányinger, hányás, hasmenés, fokozott vizelés, szívritmus zavar, görcsök, szívproblémák

Teofillin:

- A tealevelekben megtalálható kis mennyiségben
- Gyógyászati alkalmazás (hörgőtágító hatás)
- Fokozza a KIR, a szív működését és a vizeletkiválasztást
- Relaxáns hatás a tüdő simaizomzatára
- Mérgezéses tünetek: nyugtalanság, remegés, alvászavar

Energiai italok

- Magas koffein tartalom
- Szénsav
- Taurin
- Alkohollal kombinálva veszélyes!
    - Eleinte elnyomja az alkohol hatását, több ital elfogyasztására buzdíthat
    - Taurin: olyan aminosav, ami a vérben lévő víz és ásványi sók szintjének szabályozásában játszik szerepet
    - A koffein fokozza a vizeletkiválasztást dehidráció veszélye
    - Paradox hatás: stimuláns depresszáns
    - Nagyobb mennyiségben felboríthatja a szervezet folyadékháztartását
    - Rejtett szív- és érrendszeri problémákat hozhat elő
- Mérgezéses tünetek: hányinger, hányás, émelygés, szédülés, izgatottság, nyugtalanság, erős szívdobogásérzés, magas vérnyomás
-

o Depresszánsok

- A központi idegrendszert nyugtató szerek
- Heterogénebb csoport, mint a stimulánsoké
    - Nyugtató, altató, szorongásoldó gyógyszerek
    - Opiátok
    - Alkohol

Ópiát - származékok

Jellemzői:

- Gyógyászatban fájdalomcsillapítás (morfin)
- Köhögéscsillapító (kodein)
- Leggyakrabban használt a heroin

Kockázata:

- Nagy az esély súlyos testi- és lelki függőség kialakulására (gyorsan alakít ki toleranciát)
- A legtöbb egészségügyi problémát okozó szerek

Élettani hatása:

- Fájdalom és szorongás csillapítása
- Depresszáns hatás (aktivitás csökkenése)
- Gyomor- és bélműködési zavarok
- Májfunkciók csökkenése
- Intravénás használat során: vérmérgezés, vénagyulladás, vérrögképződés, fekély, tályog, Hepatitis, HIV
- **Túladagolás:** kékre színeződött körmök, minimálisra szűkült pupilla, alacsony testhőmérséklet, keringési és légzési zavarok, halál

Heroin

- Ópiummákból állítják elő
- Barnás v. fehéres por
- Intravénásan használják
- Használata: kanál, melegítő, citromsav, szűrő, deszt. víz, alkoholos törlőkendő, érszorító
- Ártalomcsökkentés – tűcsere – fertőzések
- Metadon szubsztitúció
- Piaci jelenlét, helyettesítés designer drogokkal

Disszociatív érzéstelenítők

Kéjgáz N2O (dinitrogén-oxid), nevetőgáz

- Habpatron
- Használata: lufiba eresztik, onnan belélegzik
- Veszélyes, fulladás, fejfájás, eszméletvesztés
- Függőség inkább lelki
- Enyhe testi tünetek (kivonja a B12 vitamint)
- Legális
- Egy tüdőnyi N2O egy percre a motorikus képességek elvesztését okozza, az érzékelés és az érzet megszűnik
- Oxigén légzése nélkül agykárosodást és fulladást okozhat

Ketamin (lónyugtató)

- Altatásra használt dózis alatt pszichedelikus hatások
- Por, vagy folyadék
- Szintetikus állatorvosi érzéstelenítő szer

- Más légzésgátlóval (alkohol, barbiturátok) légzésdepressziót okozhat
- Pszichés és fizikai függőség
- Túladagolás esetén halál

GHB (Gamma-hidroxi-vajsav)

- Szagtalan folyadék
- Eredetileg altatónak fejlesztették
- Kis dózis- eufória, gátlások oldása
- Nagy dózis- emlékezetkiesés, eszméletvesztés
- Alkohollal keverve lassítja a légzést
- Nehéz adagolni, cseppentős üveg
- Fizikai függőség, kellemetlen elvonási tünetek
- Rosszullét, eszméletvesztés esetén mentőt kell hívni, addig stabil oldalfekvés

RUSH (alkyl-nitrit) poppers

- Nyitott üvegből kipárolgó gázt beszippantják
- Elernyeszti az izmokat
- Lecsökkenti a vérnyomást
- Felgyorsítja a szívverést- az oxigéndús vér az agyban izgalmi állapotot kelt
- Veszélyes mással keverni
- Lenyelni tilos – mentő!
- Irritálja a bőrt és a tüdőt, a szöveteket

o Hallucinogének

- Elsődleges hatása a kognitív funkciók, az érzékelés, az észlelés, a gondolkodás folyamatainak megváltoztatása
- Ez a legváltozatosabb csoport
    - LSD, meszkalin, pszilocibin, DMT
    - A kannabiszt is ide szoktán ide sorolni.
    - Egyes szakkönyvek ide sorolják az ecstasyt is.
    - Szerves oldószerek (inkább depresszáló hatás

LSD

Mi az LSD?

- Félszintetikus vegyület
- Színtelen, szagtalan folyadék
- Általában itatós papírra, bélyegre impregnálják
- A hatását „trip”-nek utazásnak szokták hívni

Hatásai:

- intenzív hallucinációk
- Max 12 óráig tart

Mi a teendő bad trip esetén?

- Nyugodt, csendes helyre kell vinni
- Fontos a megnyugtatás
- Önmagára vagy környezetére veszélyt jelentene – mentőt hívni

LSD használat következményei:

- Lappangó mentális betegséget aktualizálhat
- Akinél volt a családban pszichiátriai betegség, jobb ha nem használja (skizofrénia, paranoia)

- **Set – setting**: rosszul megválasztott környezet, rossz lelki állapot – lelki traumát okozhat, „bad trip”
- Megváltozott érzékelés miatti balesetek
- Vezetni tilos a hatása alatt!
- Nem okoz fizikai függőséget
- A lelki függőség sem valószínű
- Önismeret, terápiás felhasználás

Hallucinogén hatású gombafajok

Hatóanyag: pszilocibin
- Kiszárítva megeszik, v. süteményben
- kellemes, álomszerű víziók
- Nem olyan intenzív mint az LSD
- szorongás, pánik, kellemetlen fenyegető tartalmú hallucinációk
- motivációk, érdeklődés elvesztése
- lelki függőség kialakulhat
- Fizikai függőség nincs

Kockázatok:
- Lappangó mentális betegséget előhozhat
- Más szerrel való használat kockázatai
- Bizonyos gyógyszerekkel nem ajánlott (MAO gátlók)
- Rosszullét, hányinger, hányás, eszméletvesztés

Meszkalin – Peyotl kaktusz
- A Peyotl kaktuszból frissen szárítva megeszik
- Intenzív pszichedelikus élmény
- Szájon át fogyasztják
- Észak-amerikai és mexikói gyökerek

Látnokzsálya – Salvia Divinorum

- Lágyszárú növény, a leveléből készítenek kivonatot, elszívják, vagy megeszik
- Intenzív élmény
  Hatásai: izzadás, torok és tüdő irritáció
  Veszélyei, ua. mint a többi hallucinogénnél

DMT

Jellemzői:
- Az emberi szervezetben is előfordul
- Több ezer növényben megtalálható
- Az egyik legintenzívebb hallucinogén
- DMT tartalmú növények + MAO gátlót tartalmazó növények keveréke = Ayahuasca
- A tiszta DMT kristályos formában kerül forgalomba
- Gőzét pipából, vagy vaporizerből szívják
- Hatása alatt nem szabad felállni és autót vezetni!
- MAO gátlóval együtt hosszabb és intenzívebb hatás!!
- Hatásai: erős füst miatt – torok és tüdőirritáció, émelygés
- Veszélyei: mint a többi hallucinogénnél
- 20-30 percig tart a hatása
- Nem okoz fizikai függőséget
- Hamar lebontja a szervezet

- Nehéz hozzájutni, ritka, egy meghatározott kör használja
- Rekreációs célú szerhasználat
- spirituális élmény

○ Kannabinoidok (Marihuána, hasis)

- **Cannabis sativa, cannabis indica**
- Hatóanyag: THC (delta-9-tetrahidrocannabinol)
- A Cannabis nőnemű növényének a legnagyobb a pszichoaktív anyag koncentrációja kiszárított bimbóit adják el marihuánaként

Használata: füstjét elszívják, ételbe rakják

- Cigarettába tekerve (joint), vizipipa, bong, vaporizer
- Sütéshez vajban készítik elő (inkább a levelet sütik, a rügyet elszívják)
- **Fű, zöld, cigi, spangli, space cake (süteménybe sütve)**

Hasis (csoki): erősebb a hatása

- A növény gyantájából készítik
- Hallucinogén hatása erősebb

Hatásai:

- Kis dózisban relaxáló, feldobottság, kellemes testérzetek, jókedv, nevetés
- Az érzetek felerősödnek pl. éhségérzet
- Nagy dózisban hallucinatórikus élmények
- Hányinger, idegesség, paranoia, szorongás, zavartság, pánik
- Erős szívdobogás, szájszárazság, csík vagy vörös szem
- CBD (kannabidiol):
    - nem pszichoaktív hatású kannabinoid molekula mérsékli a THC eufórikus hatását
    - görcsoldó, csökkenti a szorongást, a hányingert
    - újabban antipszichotikumként kísérleteznek vele a skizofrénia kezelésében
    - Sativex – Sclerosis multiplex kezelésében használt szer
    - Fájdalomcsillapítás, étvágytalanság kezelése, rákos betegek kezelése

Kockázatai:

- Pszichés függés alakulhat ki a rendszeres használattól
- Nem lehet túladagolni, nincs halálos dózis
- Károsíthatja a tüdőt és a torkot
- Lelassítja a reflexeket
- Tartós használat megváltoztatja az értékrendet, fásultság, motiválatlanság
- Tartós (több éves) használat után mentális problémák
- Aktivizálhat látens pszichés problémákat
- Fontos lenne a fogyasztó pszichés jellemzőinek ismerete, családban volt e pszichózis, depresszió, skizofrénia?
- Néhányan idegesen, kényelmetlenül érzik magukat tőle
- Büntetőjogi kockázat, helyette elterjedt a szintetikus kannabinoidok használata

○ Szerves oldószerek (ragasztók, hígítók, csavarlazító)

Hatása:

- álomszerű „utazás”
- intenzív örömérzet, eufória
- erős zavarodottság, önkontrollvesztés
- erős lelki függőség

Veszélye:

- oxigénhiány, légzésbénulás, fulladás, halál

- eszméletvesztés
- vesekárosodás
- májkárosodás
- agy-, tüdőödéma
- szellemi leépülés

o Desinger drogok

A designer drog kifejezést azokra a szerekre használják, melyek molekuláris szerkezetükben illegális drogokra hasonlítanak, így azokhoz hasonló hatásokat idéznek elő, viszont nem szerepelnek a tiltólistákon, ezért forgalmazásuk és használatuk legális.
C lista: Az új pszichoaktív anyagokat nem fogják rögtön feltenni a kábítószerek listájára, hanem egy ideiglenes listára kerülnek fel – ez a C-lista. Ezen nem csak egyes szerek, hanem szercsoportok is szerepelnek (*generikus szabályozás*).
Hatása: Hatásmechanizmusuk nagyon hasonló az illegális szerekéhez
Veszélye: Kiszámíthatatlanság, nehéz dozírozás
Legelterjedtebb:
- Szintetikus kannabinoidok (herbál, biofű)
- Szintetikus katinon származékok, főleg pentedron (kristály)

Szintetikus kannabinoid

Szintetikus kannabinoid + hordozóanyag
- Korábban: színes aromazáró tasakokban növényi törmelékre impregnálva
- Jelenleg: fehér por, dohányra permetezve, vagy beáztatva
- Fantázianevek: Brutal smoke, Diamond, Kamikaze, Spice, bio, herba

Hatása:
- Marihuánához hasonló hatás, de intenzívebb és rövidebb ideig tart
- egyes használók stimuláns hatásról is beszámolnak
- euforikus érzés, megváltozik az érzékelés
- Nem kívánt hatások: **emelkedett pulzus, magas vérnyomás, rosszullét, zavartság, hányás, erős fejfájás**
- Pszichés problémák: rendszeres használat, vagy nagyobb dózis esetén: **rossz közérzet, szorongás, düh, félelem, paranoid gondolatok, agresszív késztetések.**

Jellemzői:
- gyakoribb és súlyosabb negatív fizikai és pszichológiai következmények, mint a kannabisznál
- lényegesen olcsóbbak bármelyik illegális drogtól
- komolyabb és elhúzódó elvonási tünetekkel jár az abbahagyása
- gyakori és nagy dózisú használat pszichotikus tünetekbe is átcsaphat
- könnyen beszerezhetőek: Bio boltok (Herbal shopok), Webshopok, Dealerek (osztálytársak, haverok)
- potensebbek, hatásuk többszöröse a korábbi szereknek
- kiszámíthatatlan mellékhatások
- Nem mutatják ki a tesztek – nincs referencia anyag

„KRISTÁLY”

Szintetikus katinon származékok
főleg pentedron a hatóanyaga, korábban mefedron, MDPV
- Kinézetre: Fehér színű, apró kristályos, vagy porszerű anyag
- Fantázianevek: penta, kristály, zene, mp3, *utca v. dealer neve*

Hatása:

- főleg az illegális MDMA és amfetamin származékokhoz hasonlítanak
- fokozott empátia, megnövekedett energia, éberség érzése
- nagyobb dózis esetén, vagy a hatás elmúlása után: szorongás, félelem, ingerlékenység
- rendszeres használat, nagyobb dózis: pszichiátriai problémák, pánikroham, hallucinációk, üldöztetéses érzések, agresszivitás
- Lehetnek depresszáló, stimuláló és hallucinogén hatások is egyszerre.

Jellemzői:

- nehéz a dozírozása, könnyen túl lehet adagolni
- kiszámíthatatlan hatás
- kombinált szerhasználat fokozott veszélyt jelent
- rövid ideig tart a hatás, ismételt szerhasználat
- komoly egészségügyi kockázat: nazális és intravénás használat
- HIV/HBV/HCV kockázat
- Heroinfüggők jelentős része átállt erre
- Napi 4-5 15-20 injektálás

-
- **Alkohol**

Jellemzői:

- Növényi eredetű cukrokból jön létre élesztőgombák segítségével
- Pszichoaktív szer, több agyi központban, több neurotranszmitter-rendszerre hat
- A KIR-en kívül számos szervre hatással van

Hatása:

- feszültségoldás
- gátlások oldása
- testi és lelki függőség

Veszélye:

- Pszichés és szociális állapot romlása
- máj, agy, szív, izom, idegrendszer, emésztőrendszer károsodása
- Túladagolás, légzésdepresszió, halál
- Alkoholmegvonás, delirium tremens
- Szellemi leépülés



1.sz.ábra:Alkohol hatásai az emberi szervezetre

Alfa típusú ivó	feszültségek oldására, a megkönnyebbülésért iszik	problémái megszűnte után felhagyhat az ivással, de addig pszichés függőség lehet	a folyamat nem feltétlenül progrediál, de a társas kapcsolatokra negatívan hathat ki
Béta típusú ivó	alkalmi, de nem ritka vagy jelentéktelen alkoholabúzusok, melyek a szociális környezet szokásaihoz kapcsolódnak	nincsenek megvonási tünetek, de a biokémiai tolerancia hosszabb távon megnövekszik	szomatikus szövődmények
Gamma típusú ivó	addikt, kontrollvesztéses ivó, típusosan tömény italokkal, látványos részegségekkel	pszichés, majd fizikális függőségi jegyek	progresszív pszichés és szomatikus károsodások
Delta típusú ivó	addikt, de nem kontrollvesztéses ivó, típusosan nem tömény italokkal, külvilágnak lehet szinte láthatatlan	fizikális függőség	szociális kapcsolatokra vonatkozóan nem progresszív, de hosszabb távon súlyos szomatikus szövődménye
Epszilon típusú ivó	nem addikt, de kontrollvesztéses ivó, ritka, de nagy részegségekkel	kényszeres jellegű, pszichés függőség lehetséges	szociális kapcsolatokban feltűnő, de a környezet számára érthetetlen

2.sz.ábra Jelnik féle tipológia

Alkohol és gyógyszerfüggőség kialakulásának fáziasai

I. Első szakasz

- Alkalmi megkönnyebbülés
- Tolerancia növekedése
- A megkönnyebbülés állandó keresése

II. Kezdeti szakasz

- Stressz oldó
- Titkos fogyasztás
- Gyakran gondol az ember az alkoholra vagy a gyógyszerre
- Erősödő vágy
- Bűntudat
- Célzások kerülése
- Gyakori emlékkiesések

III. Kritikus fázis

- Kontrollvesztés
- Viselkedés megmagyarázására tett kísérletek
- Szociális terhek
- Kifelé túlzott magabiztosság
- Feltűnően agresszív viselkedés
- Állandó bűntudat
- Teljesen absztinens periódusok
- A fogyasztási szokások megváltozása
- Lemondás a barátokról – ellenségeskedések
- Munkahely elhagyása
- Viselkedés a szerre koncentrálódik
- A külvilág iránti érdeklődés csökken
- Emberi kapcsolatok újra értelmezése
- Önsajnálat
- Gondolati és tényleges menekülési kényszer
- Változások a családi életbe
- Ok nélküli kedvetlenség
- Alkohol tartalék biztosítása
- Táplálkozás elhanyagolása
- Első szervi panaszok
- Szexuális vágy csökkenése
- Alkoholista féltékenység
- Rendszeres ivás reggelente

IV. Krónikus fázis

- Hosszabb, napokon át tartó részegség
- Etikai leépülés
- Gondolkodás leépülése
- Organikus pszichoszindrómák / alkoholos pszichózisok
- A függő „színvonalán aluli” emberekkel iszik
- Toleranciavesztés
- Megmagyarázhatatlan félelmek
- Remegés
- Pszichoszomatikus zavarok
- Kényszeres fogyasztás
- Meghatározatlan vallásos vágyak
- Magyarázatrendszer összeomlása

- Teljes összeomlás
- Alkoholos delírium / görcsös rohamok

Viselkedési addikciók

- Addiktív viselkedésforma, pszichoaktív anyag nélkül
- Bizonyos mértékig ezek a viselkedések részei az életünknek, a normalitásba tartoznak
- Függőségről beszélünk, ha már:
    - Uralják a viselkedést
    - A gondolkodást és az érzelmeket
    - Jelentősen befolyásolják az életvitelt, testi-lelki egészséget

- Több betegségcsoporthoz tartozhatnak
- Kényszeresség (obszesszív-kompulzív spektrum)
- Impulzuskontroll zavarai
- Ha megszabadul tőle, hamar jelentkezik egy másik
- Fizikai függés helyébe is léphet
- A diagnosztikus rendszerek nem tartalmazzák mindet

Formái/Fajtái:

- Anorexia
- Trichotillomania
- Bulimia
- Kényszeres vásárlás
- Kleptománia
- Kóros játékszenvedély
- Szexuális kompulziók, parafíliák
- Pirománia
- Internetfüggőség
- Kényszeres vásárlás
- Testedzésfüggőség
- Izomdiszmorfia
- Munkamánia
- Kodependencia
- Számítógépes játékfüggőség
- Mobiltelefon függőség

Közös jellemzők a kémiai addikciókkal:

- A viselkedés ciklikusan ismétlődik. (feszültség és viszonylagos nyugalom állapota között)
- Komorbiditás (egymással, depresszióval, alkoholizmussal)
- Hasonló neurobiológiai okok
- Kialakul a tolerancia
- Megvonásos tünetek jelentkezhetnek
- Leszokási kísérletek kudarca
- Családi, szociális kapcsolatok romlása

Jutalomhiányos szindróma elmélete (Blum, Comings és mtsai, 2000.)

- Középagyi dopaminerg rendszer alulműködése
- Az általában megszokott ingerek nem nyújtanak megfelelő jutalomérzést, kielégülést
- Állandósult jutalomhiányos állapot jön létre
- Öröklött rendellenesség – alacsony receptorszám
- Eredmény: magasabb rizikójú viselkedések keresése, kompenzálás erősebb ingerekkel

- Nemcsak impulzív, kockázatkereső viselkedések, hanem egyéb jutalmazó magatartásformák (pl.: evés, szexuális viselkedés)
- Ez a rendellenesség közös gyökere lehet a viselkedési és kémiai addikcióknak egyaránt
- Azt, hogy kinél milyen addikció alakul ki, nagyban függ a környezettől

Mobiltelefon függőség

- A telefon hiánya diszkomfortérzetet, szorongást okoz
- Szorongás okai: nem vagyunk elérhetőek, kimaradunk az információáramlásból)
- Elvonási tünetek: szorongás, ingerlékenység, bizonytalanság
- Tolerancia: nő a használat óraszáma
- Az életvezetésben, társas kapcsolatokban is problémát okoz (tanulás, szórakozás, munka)
- Sóvárgás jelentkezhet
- Gondolkodás beszűkül a mobiltelefonnal kapcsolatos gondolatokra
- Sokszor rejtve marad a probléma (nincsenek testi tünetek)
- Fontos feltárni a probléma gyökereit
- Erős pszichés függés is lehet
- Elvonási tünetek: nyugtalanság, idegesség, bizonytalanság
-

Kodependencia

Egy „problémás" – addikcióban, személyiségzavarban, kodependenciában vagy impulzuskontroll-zavarban szenvedő – egyénnel kialakított és hosszabb távon is fenntartott kapcsolat, amely nem kielégítő, szenvedéssel teli az alany szempontjából.
(Komáromi 2010, 335 p.)

A kodependencia, mint betegség kategória megjelenése összefügg a női szerepviselkedéssel kapcsolatos tradicionális társadalmi felfogások megváltozásával. Egészen a közelmúltig természetes, sőt elvárt magatartás volt, hogy a nő önmegvalósítását, családon kívüli boldogulását háttérbe szorítsa és előnybe részesítse a másokért való lemondást és áldozat vállalást. Az alkoholista, illetve agresszív férj mellett „hősiesen" kitartó, „gyerekeiért mindent elviselő" anya példáját a tágabb környezete valósággal csodálta. Mára a függőség és az önfeláldozás kiszorult a női szerepviselkedés általánosan elfogadott tartományából, sőt sok esetben betegségtünetként érzékelhető. (Komáromi 345-346)

Kialakulása

A kodependencia kialakulása hátterében számos szociokulturális és pszichológiai tényező lehet, itt vázlatosan ismertetjük a legfontosabb szegmenseket Komáromi Éva tanulmánya nyomán:
A legmeghatározóbb tényező az, hogy a kodependens személy olyan diszfunkcionális családból származik, ahol az egyik szülő szenvedélybeteg (illetve ritkábban agresszív, bántalmazó, kriminális vagy más deviáns viselkedést megtestesítő) személy volt.
Ez az a hosszú időn át fennálló függőség (vagy deviancia) a családtagoknak annyira megváltoztathatatlannak, kontrollálhatatlannak látszott, hogy alkalmazkodniuk kellett, ki – ki a saját érettségének és lehetőségeinek megfelelően törekedett a feszültségek mérséklésre, a család belső egyensúlyának fenntartatására.
Az ilyen családban felnövő gyerekek patológiás szerepeket (hős, bűnbak, bohóc, elveszett gyerek) vettek fel, amelyek abban a szituációban a család belső egyensúlyát szolgálták.
A gyermek kisebb-nagyobb mértékben „szülővé" vált a sérült felnőtt(ek) helyett (*parentifikálódás*), aki képtelen kompetens szülőként funkcionálni. Mindez jelentős akadályt jelentett a gyermek személyiségfejlődésében, hiszen ebben a helyzetben nem tudott saját életkorához illő életfeladatok teljesítésével foglalkozni (játék, tanulás, identitásképzés stb.).
Az állandó stresszhelyzetben, kiszámíthatatlan körülmények között élő (mikor jön haza a munka után a kocsmában lerészegedő apa; mikor bántalmazza a családtagokat stb.), a szülő miatt szégyenkező gyermek, úgy hiszi, hogy neki kell elhárítani a mindennapos szinten fenyegető katasztrófát. Végső soron azt tanulja meg, hogy csak az állandó gondoskodással, a folyamatos kontrolláló viselkedéssel biztosítható ez a túlélés.

Kodependencia hatásai a gyermekekre

- A kodependens viselkedésre kényszerült gyermek korán pszichológai tüneteket produkálhat, amelyek családdal való munkánk során figyelmeztető jelek lehetnek.
  Ilyenek:
- szorongásosság, félelmek; depresszió
- elégtelen figyelemkoncentráció, teljesítmény zavarok
  Továbbá:
- Hős szerepnél: görcsös teljesítmény igény
- alvászavar
- fizikai panaszok
- Bűnbak szerepnél: normasértő viselkedés, magatartás problémák (már az óvodában is!)
- agresszió
- bukás
- kémiai szerfogyasztás
- kisebb bűncselekmények elkövetése
- Elveszett gyermek: félénk, gátolt
- fantázia világba húzódik vissza
- önbizalom hiánnyal küzd,
- kortárs csoportjában szociálisan izolált
- Bohóc: korosztályához képest túlzottan infantilis
- A gyermekkorban kialakuló kodependens viszonyulás szempontjából meghatározó az életkor és „a kodependesként” eltöltött idő hossza.

Kodependencia és a gyermekkor

A gyermekkorban kialakuló kodependens viszonyulás szempontjából meghatározó az életkor és „a kodependesként” eltöltött idő hossza.

Kedvező, a kodependencia ellen ható tényezők:

- jó minőségű családon kívüli kapcsolatok
- önbecsülést erősítő faktorok: iskola, sport.

Kedvező a kodependenciára ható esemény, „fordulat”:

- szülő felépülése
- szülők válása, újjáalakult család
- gyermek- és családterápia

Kodependencia és a felnőttkor

A felnőtt kliensekkel való munkánk során 3 fő tipikus viszonyrendszerben találkozhatunk a kodependenciával:

- **szülő**, mint kodependes kliens: kémiai vagy viselkedési addikcióban szenvedő fiatal felnőtt/felnőtt gyerek szülője
- **házastárs**, mint kodependes kliens: szenvedélybeteg társsal házasságban / párkapcsolatban élők (túlnyomórészt nők)
- **felnőtt gyermek**, mint kodependes kliens: alkoholista szülők felnőtt gyermekei (jelentős párkapcsolati problémákkal)

A kodependencia összetett jelenség, amely sokféle tünetben mutatkozhat, így diagnosztizálása az addiktológia területén jártas tapasztalt szakember feladata, mindazonáltal az un. első szűréshez hasznos támpontok lehetnek, ha tisztában vagyunk a betegség főbb jellemzőivel.

Kodependencia jellemzői:

Az identitás bizonytalansága, az autonómia hiánya: a kodependens szinte mindig másokhoz viszonyítva határozza meg önmagát.

Fokozott dependencia igény, külső fókusz: A kodependes személy a másik problémájával való foglalkozás nélkül üresnek éli meg az életet, ezért mindig a partnere problémája (drogozás, indulatkitörések) áll a figyelme központjában.

Határok gyengesége: A kodependens engedi, hogy mások sorozatosan megsértsék a határait, azaz bántalmazzák, erőszakot tegyenek rajta, becsapják, kihasználják vagy semmibe vegyék. (Ennek hátterében az áll, hogy a bizonytalan identitás, bizonytalan határokkal jár együtt.)

Túlzott felelősségérzet: mindent a saját felelősségének érez, ami a partner életében rosszul alakul. Saját magával szembeni felelősséget azonban nem vállalja fel, amelynek leggyakoribb megnyilvánulásai:
nem törődik önmagával,
elhanyagolja külsejét, egészségi állapotát,
nem veszi figyelembe saját vágyait, ambícióit
nem készül fel a jövőre
elviselhetetlen helyzetben sem kér segítséget stb.

Kényszeres gondoskodás: kényszeresen gondoskodik másokról, mindent és erején felül megtesz azok fizikai és érzelmi jólétéért (kínos szituációkból való kimentésük: másnapossága miatt munkaképtelen férje helyett ő magyarázkodik; szenvedélybeteg családtagnak ő keres segítséget stb.)

„Áldozatiság": saját magát áldozatnak tekinti, úgy látja, hogy egyszerűen nincs más lehetősége az ő helyzetében.

Kontroll szükséglete: nem bízik abban, hogy az ellenőrzése alól kikerült dolgok jól alakulhatnak, ezért folyamatosan a másik viselkedésének, illetve végső soron az egész kapcsolat kontrolljára törekszik. (gyakran kutat partnere zsebében, mobil telefonjában)

Kognitív torzulások: a gondoskodó-irányító viselkedés mögött torz hiedelmek „minden vagy semmi" típusú gondolkodás és rigid „kell" húzódnak meg.
pl.: „Minden férfi iszik"; „Azért bánt, mert szeret"; „Engem mindenki elhagyna"

Manipulativitás, játszma-viselkedés: Nem képes saját szükségleteinek, igényeinek felvállalására és nyílt kifejezésére (mást mond mint amit gondol; nem tud nemet mondani stb.), ezért saját szükségleteinek kielégítését a partner viselkedésének kontrollálásával, manipulatív módon kísérli meg.

Negatív önértékelés: Önbecsülése alacsony (gondoskodó, kontrolláló viselkedése révén jut sikerélményhez). Fokozottan érzékeny lehet kritikai észrevételekre, sőt a segítő beszélgetésben egy-egy kérdés feltevését is elmarasztalásként, elutasításként értékelheti.
Bizalom hiánya: gyermekkora óta azt tapasztalta meg, hogy nem bízhat a környezetében, a kontrolláló viselkedése is mély bizalmatlanságából fakad.
Önmagában sem bízik, nem bízik a pozitív változás lehetőségében.
Ugyanakkor éppen azokban és éppen akkor bízna meg, akik erre érdemtelenek. (Sok csalódás után is hisz az alkoholista vagy őt bántalmazó férje ígéreteinek)

Kényszeresség. Kényszeres, addiktív működési módja az evés, a munka, a szexualitás, a pénzkeresés, a költekezés, a vásárlás és a szerencsejáték területén is jelentkezhet.

Tagadás: A társfüggő egyszerre tagadja önmaga és a másik betegségét. (lásd. Rorward metaforáját)

Elfojtások: A kodependens személy a meg nem feleléstől és az elhagyástól való félelmében elfojtja saját érzéseit, indulatait. Nem is tudja elképzelni, hogy jobb, könnyebb, teljesebb élete legyen.

Szégyen és bűntudat: A kodependens személy meghatározó érzései az eredeti családból eredő szégyen és bűntudat. (Szégyelli jelenlegi személyes, párkapcsolati problémáit is.)

Felduzzadt harag: Hosszú éveken át gyülemlő – ki nem fejezett - haragja időnkét dühkitörésekben mutatkozik meg. Ugyanakkor a rejtett harag pszichoszomatikus tünetekben, szorongásosságban, önkárosító viselkedésben és szexuális diszfunkciókban is megnyilvánulhat.

Sérült intimitás, kapcsolat zavara: A kodependens személy korai kapcsolataiban nem volt mód egészséges intimitás kialakítására, így felnőttként olyan partner választására törekszik, akivel ezen hiányossága ellenére is boldogul. (Ambivalens az intimitáshoz való kapcsolata vágyik is rá, fél is tőle).

Szexuális diszfunkciók: Az intimitással összefüggő problémák a szexualitás területén is zavarhoz vezetnek. (aszexualitás vagy hiposzexuális viselkedés; szexuális averzió; vaginizmus; diszparenunia; frigiditás vagy szexuális addikciók)

Destruktív lojalitás: Szülei illetve gyermekei vonatkozásában jellegzetes lojalitás-konfliktusok jelennek meg, pl.:
párkapcsolatában is a szülőknek akar megfelelni
az utódjáról való gondoskodás kárára házastársát részesíti előnyben (gyermekét elhanyagoló, cserbenhagyó, diszfunkcionális családi rendszer, ahol a kodependens szülő „engedi", hogy a gyermekét érzelmileg és/vagy fizikailag bántalmazza a házastársa)

Progresszivitás: A társfüggőség spontán gyógyulást nem mutató, fokozatosan előrehaladó, súlyosbodó állapot.

Kodependens személy segítése:

A konzultáció: önkéntesen jelentkező kodependens személlyel végzett, viszonylag rövid időtartamú (max.15-20 alkalmas), strukturált és konkrét célok elérésére irányuló beavatkozás.

Kodependensekkel végzett egyéni konzultáció:

- enyhébb, nem előrehaladott állapotú társfüggőség tüneteinek enyhítése, a kliens életminőségének javítása érdekében
- súlyosan kodependens személyek esetében a konzultáció a terápiás munka „előszobája"
- mindig állapotfelmérésen alapul, a segítő munka pedig viselkedésváltozásra irányul, nem tűzi ki célul a személyiség mélyebb átalakulását
- problémák gyökerének feltárása helyett, inkább azok megoldásában igyekszik segítséget nyújtani
- a munka során rövid távú célokat érdemes kitűzni, lehető legkonkrétabb formában rögzíteni azokat és ennek nyomán változások kis lépésekben történnek

Konzultáció általános célja:

- ventilláció elősegítése
- az izoláció oldása
- a társ problémás viselkedésének reálisabb értékelése
- a problémában játszott saját szerep reálisabb értékelése
- a problémában játszott saját szerep jobb megértése

- szülő gyermek kapcsolat javítása
- szülői attitűd kedvező irányú befolyásolása

Konzultáció folyamán a változás mérföldkövei lehetnek:

- a társfüggő személy konfliktuskezelésének javulása
- a társfüggő személy asszertivitásának javulása
- a társfüggő személy gyermekével illetve házastársával való kommunikációjának kölcsönössé és nyíltabbá válása
- a társfüggő személy határait bátrabban képviseli
- a társfüggő személy öngondoskodásának javulása
- a társfüggő személy általában autonómabban viselkedik
- a társfüggő személy képes autonómabb döntéshozatalra
- a társfüggő személy reálisabban látja önmaga és társa viselkedését illetve a problémában játszott szerepét
- súlyosan kodependens személy terápiába delegálható, további kezelésbe irányítható

Konzultációban alkalmazott metódusok lehetnek:

- pszichoedukáció (információk betegség természetéről)
- készségfejlesztés (pl.: döntéshozatal)
- önmonitorozás
- előny-hátrány elemzés
- kognitív átstrukturálás

Ki végezhetnek konzultációt?

Ilyen területen képzett orvosok, pszichológusok, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok.

Az addiktológiai ellátáson kívül az alábbi ágazatokban dolgozók találkozhatnak gyakran kodependes kliensekkel:

- családsegítő- és gyermekjóléti szolgálat munkatársai
- védőnői szolgálat munkatársai,
- óvodák gyermek és ifjúságvédelmi felelősei, iskolai szociális munkások
- családok átmeneti otthonainak munkatársai

Terápia:

Az egyéni terápiában a pszichodinamikus és kognitív-viselkedésterápás megközelítések elterjedtek, amelyek itt nem tárgyalunk.

Az egyéni terápiás beavatkozásokat részletesebben ismerteti **II. Pár- vagy családi konzultáció, terápia**

Lásd másik tantárgy

III. Önsegítő csoportok

- Al-Anon ;
- ACA
- *Egyéb hozzátartozói csoportok (egyházi szervezetek, Révnél, Forrásnál, Máltánál)*

11. Gyakorlat: Civil, önsegítő szervezet

Összefoglalás:

A közösségi ellátás munkatársai fontos, hogy ismerjék a településükön illetve a közelben működő önsegítő csoportok tevékenységét illetve a gyűlések időpontjait.

A közösségi ellátás munkatársának feladata, hogy naprakész kapcsolatot alakítson ki az önsegítő csoportokkal, hogy az ellátottjainak tudja a számára megfelelő önsegítő csoportot ajánlani. Ehhez nyújt szakmai támpontot ez a tantárgy.

Célja:
A tantárgy oktatásának a célja, hogy a képzésben résztvevők megismerjék mind a érintetteknek, mind a hozzátartozóknak szervezett önsegítő csoportok munkáját, működését.

Kulcsszavak: Önsegítő csoport, hozzátartozói csoport, ACA, AL ANON, AA, NA , GA, … stb.

Tanulást segítő kérdések:

- ***Kérem, mutassa be az önsegítő csoportok működését rendszerét.***
- **Kérem, ismertesse a közösségi ellátásban dolgozó személyek feladatát az önsegítő csoportok működtetésével kapcsolatban.**

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

Fridli Judit: Drogproblémák Nr 6. - Önsegítő csoportok Országos Egészségvédelmi Tanács Budapest 1989.
https://anonimalkoholistak.hu/images/anyagok/2020/07/nagykonyv.pdf
https://www.anonimalkoholistak.hu/index.php/aa-tagoknak/irodalom
https://kaszlelkikozpont.hu/index2.php?o=2&t=kasz/GammaGTonsegitocsoportok
http://www.gamma.shp.hu/hpc/web.php?a=gamma
https://karitaszkp.hu/?page_id=543
https://www.karitasz.hu/rev/rev-halozat

A gyakorlat alatt a hallgatókat tereptanár segítse. A tereptanár a gyakorlóhelyen töltött teljes szakmai gyakorlatot szervezi, irányítja, felügyeli.
A gyakorlat megkezdése előtt felkészítő órát tart, ahol kitér a hallgatók kompetenciájára és az általa adott segítség lehetséges formáira, mélységére.
A gyakorlatok befejezése előtt feldolgozó, összegző megbeszélést tart a hallgatók számára, és tapasztalatait továbbítja a képzés irányítóinak. A tereptanár a képzés elejétől a képzés befejezéséig a képzőhely szakmai tanári stábjának tagja, a szakmai stábülésekre való bevonása szükséges.

Fontos, hogy a gyakorlat rugalmasan alkalmazkodjon a hallgatók munkahelyi tapasztalataihoz; legalább egy gyakorlati helyszínen legyen módja a segítés folyamatát is megtapasztalni, egy-egy esetet követni a gondozás során.

Az önsegítő csoportokban tapasztalják meg sokan először mélyen az életükben, hogy elfogadottak akkor, amikor a környezetükben már senki sem fogadja el őket. Sőt, már saját magukat is megvetik, leírják talán.

○ Az önsegítő csoportok sajátosságai (Katz és Bender)

- Kölcsönös segítésre és egy speciális cél elérésére alakuló önkéntes, kiscsoportos struktúrák.
- Azonos élethelyzetű egyének.
- Cél: közös szükséglet kielégítése vagy közös probléma leküzdése, változás előidézése.
- A tagok szerint a meglévő szociális intézmények nem képesek szükségleteiket kielégíteni.
- Személyes interakciók.
- Egy problémára koncentrálás.

- Identitás megerősítése.

o Beismerés

A változás felé tett út küzdelmeiről, csalódásairól azért érdemes beszámolni a csoport többi tagjának, mert ők ugyanazzal harcolnak, ugyanaz a céljuk, és mindenkinek javára válik a másik történetének meghallgatása, valamint a kis győzelmek közös megünneplése. Sokan érzik úgy, hogy kell egy hely, ahol elmondhatják másoknak, hogyan estek be a gödörbe, és hogyan próbálnak.

o Cselekvés ösztönzése

A legtöbb ülésen arra bíztatják a résztvevőket, tegyenek lépéseket céljuk elérésének érdekében.
Ha például valaki józan akar maradni, a csoport támogathatja abban, hogy ne igyon, járjon el a gyűlésekre és rendszeresen vegye igénybe támogatója segítségét.

o A 12 lépéses anonim közösségek nemzetközi terjedése, típusai

- Anonim Alkoholisták, USA, 1935
- A módszer az 1950-es évektől elterjed más típusú szenvedélybetegségek körében (Al-Anon, NA, GA, OA, ACA, stb,) → „pszicho-spirituális felépülési kultúra”
- Napjainkban a módszert már más problémákra is alkalmazzák.

o Magyarországon működő önsegítő csoportok

- 12 lépéses anonim csoportok
- „Mint ha”-önsegítő csoportok
- Alkoholizmus Elleni (AE) Klubok
- Egyházi kötődésű csoportok
    - Kékkereszt utógondozó csoportok
- (Református egyház)
    - Gamma GT
- (Római és Görög Katolikus egyház)

o

o Az önsegítő csoportok működésének jellegzetességei

- Alulról szerveződés
- Nincsenek kötelező szabályok
- Hatalmi hierarchia elutasítása
- Heti gyűlések – megosztások
- Nyitott gyűlések
- Regionális, országos és nemzetközi találkozók
- Szponzorálás-egyéni támogatás
- Irodalom szóróanyagok biztosítása

Minesota - modell

- A tizenkét lépés alkalmazása intézményi ellátás keretei között
- Multiprofesszionális szakmai stáb
- A professzionális segítők mellett felépülő szenvedélybeteg segítők alkalmazása

Miért fontos a szakmának együttműködni az önsegítő csoportokkal?

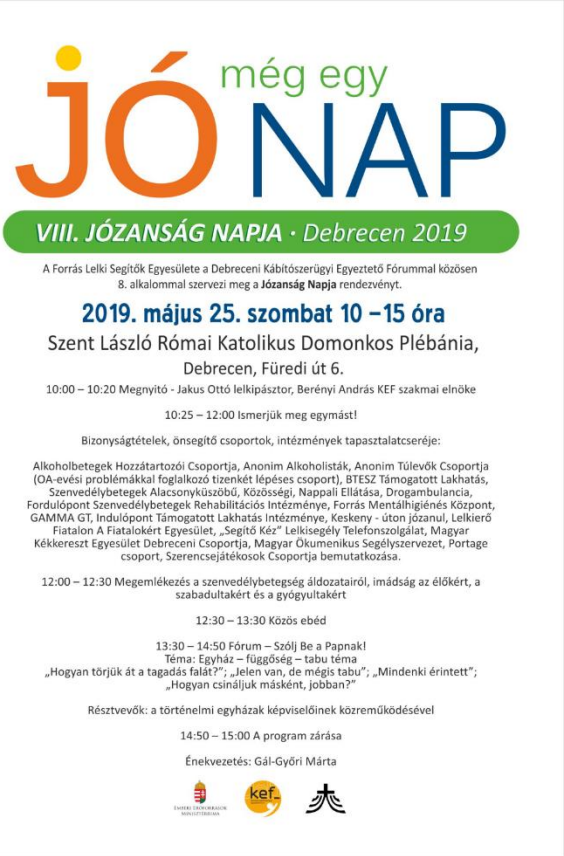
- Saját életért való felelősség vállalás

- Saját élmény-hitelesség
- Támogatás nyújtás lehetőség, amikor az intézmények zárva vannak.
- Költség hatékonyság
- Motiváltság
- Elkötelezettség

A közösségi ellátások munkatársainak feladatai

- A közösségi ellátás segítői folyamatába bevonni a Felépülő szenvedélybetegeket/Sorstárs segítőtket.
- Szoros együttműködés az önsegítő csoportokkal.
- Facilitálni az önsegítő csoportok létrejöttét hellyel, szervezéssel, reklámmal.
- Ennek a tevékenységnek a példája a X. alkalommal megszervezésre került „Józanság Napja” rendezvény Debrecenben.





12. Gyakorlat és TUTORI KONZULTÁCIÓ

Összefoglalás: A gyakorlati képzés több szakaszban is megszervezhető. Célszerű a nagyobb óraszámú gyakorlatok közé gyakorlatot elemző órát, a tutori konzultációt beiktatni.

Célja:
A hallgatók elméleti ismereteire és azok tematikus folytatására épülő, illetve munkahelyi tapasztalataira, a megelőző szakképzésre alapozott azon készségek és képességek kialakítása, illetve fejlesztése, amelyek a pszichiátriai ellátás különböző területein (egészségügyi és szociális)

képessé teszik őket az egyének, családok és közösségek gondozási, alapszolgáltatási feladatainak elvégzésére, a segítő folyamatban a rehabilitációban való közreműködésre, a családi kapcsolatok erősítésére, a társadalmi kapcsolatok fejlesztésére a tutor támogatásával.

Kulcsszavak: szociális törvény, gyermekvédelmi törvény, alapszolgáltatások , szakosított ellátások, tano da, gyermekek napközbeni ellátása, biztos kezdet ház, nappali kórház, gyermekjóléti szolgálat, gyermekjóléti központ, családsegítő szolgálat, nappali ellátás

Tanulást segítő kérdések:

- ***Kérem, mutassa be a gyermekvédelem rendszerét.***
- **Kérem, ismertesse az addiktológiai ellátási hálót, valamint mutassa be az eljárási utakat a kiépült integrált addiktológiai ellátásokban.**
- **Mutassa be, a gyermekjólét szolgálat feladait, tevékenységét**.
- **Kérem, ismertesse a gyermekjóléti szolgálat tevékenységét, funkcióját.**
- **Kérem, mutassa be a szociális ellátások és szolgáltatások rendszerét.**

Ajánlott magyar nyelvű irodalom

- ***1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról***
- ***1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról***

A gyakorlat alatt a hallgatókat tereptanár segítse. A tereptanár a gyakorlóhelyen töltött teljes szakmai gyakorlatot szervezi, irányítja, felügyeli.
A gyakorlat megkezdése előtt felkészítő órát tart, ahol kitér a hallgatók kompetenciájára és az általa adott segítség lehetséges formáira, mélységére.
A gyakorlatok befejezése előtt feldolgozó, összegző megbeszélést tart a hallgatók számára, és tapasztalatait továbbítja a képzés irányítóinak. A tereptanár a képzés elejétől a képzés befejezéséig a képzőhely szakmai tanári stábjának tagja, a szakmai stábülésekre való bevonása szükséges.

Fontos, hogy a gyakorlat rugalmasan alkalmazkodjon a hallgatók munkahelyi tapasztalataihoz; legalább egy gyakorlati helyszínen legyen módja a segítés folyamatát is megtapasztalni, egy-egy esetet követni a gondozás során.

A Tutor szerepe

A Tutor felsőfokú szociális szakirányú képzettségű szakember, aki legalább 5 éves közösségi szenvedélybeteg ellátás területén szerzett gyakorlattal rendelkezik. a tutori feladat ellátása szempontjából előnyt jelent ha van oktatói jártassága és tereptanári gyakorlata.
Fontos követelmény, hogy a tutor ismerje és átlássa a képzés struktúráját, mivel ez a feltétele, hogy kísérni tudja a képzésen résztvevő munkatársat.
A tutorok ennek érdekében külön felkészítő tanfolyamon vegyenek részt.
A képzés szervezőinek tutorokat a képzés megszervezése során előre fel kell kérni, a gyakorlati képzés területéről, a közösségi ellátásokból
Egy tutorhoz 5-6 hallgató tartozik.

Szöveges tartalom (Arial 10., 1,15-ös sorköz, nincs térköz, sorkizárt.)

1.1. Tutori konzultáció

- A gyakorlat letöltendő részét úgynevezett tutor-rendszerben kell lebonyolítani.

- A tutorok a gyakorló helyeken folytatott képzés működtetői. Feladatuk a gyakorlat napi szintű szervezése, a hallgatók, a gyakorló helyek, a tereptanárok összehangolása és nyomon követése az esetvitel minél hatékonyabb céljából. Ezeken túl a tutorok tereptanári feladatokat is elláthatnak.
- A tutor felelőse az adott terepnek, amely egyúttal a saját munkahelye is. A tutor esetviteli ismerete, multidiszciplináris team kapcsolatai, munkahelye sajátosságainak aprólékos ismerete mind-mind a sikeres gyakorlati képzést szolgálják.
- A tutor-rendszerben a gyakorlati képzést néhány központi követelmény és irányelv előírása mellett a meglévő jó szakmai gyakorlatok formálják.
- Emiatt a Tutorok fokozott szakmai segítői felelősséggel is bírnak. Szakmai felelősségük kiterjed arra, hogy segítsék a hozzájuk forduló hallgatókat a felvetett szakmai kérdések megválaszolásával, gondjaik meghallgatásával. A tutor a záróvizsga előtt konzultál a tereptanárokkal, és együttesen döntik el, hogy a hallgató a gyakorlati képzésen nyújtott teljesítménye alapján záróvizsgára bocsátható-e.
- Ehhez alkalmazza , a készségeket felmérő lapot a gyakorlat megkezdése előtt és után. Ennek célja az, hogy a képzés ugyanazon eszközrendszerrel működjön, mint a mindennapi munka. Ehhez a hallgatók esetében ugyanazon készségfejlesztésre van szükség, mint amelyet ők használnak majd munkájuk során. A különböző helyeken szervezendő gyakorlati képzések célját, feladatait az alábbiakban részletezzük.

12.1. 1.2. Gyakorlati képzés

- A különböző helyeken szervezendő gyakorlati képzések célját, feladatait az alábbiakban részletezzük:
- A közösségi ellátások megismerése a legfontosabb feladata a képzésben résztvevőknek.
- Az ellátás keretében nyújtott szolgáltatások részletes megismerése, megfigyelése, a szolgáltatás kompetenciáinak mély ismerete, az esetmenedzsment tanulmányozása.
- A civil és önsegítő csoportok tevékenységének megismerése szükséges a munkatársak számára, valamint elengedhetetlen a különböző fenntartók által működtetett szolgáltatások ismerete is.
- Az ellátás helyes és szabályos dokumentációs rendszerének megismerése és elsajátítása kiemelt feladat figyelmemmel a szakmai ajánlásban írtakra.
- A gyakorlat során a képzésben résztvevő vegyen részt közösségi stratégiák megvalósításában, egyes elemeit tekintve önálló munkára is legyen lehetősége.
- A képzésben résztvevő az önálló munkáról, illetve a gyakorlati hely munkatársaival közös alkalmakról dokumentációt készít, amelyet az adatvédelmi szabályok mellett bemutat a tutornak.
- A tutor a záróvizsga előtt konzultál a gyakorlati helyet biztosító intézmény munkatársaival, és együttesen döntik el, hogy a képzésben résztvevő a gyakorlati képzésen nyújtott teljesítménye alapján záróvizsgára bocsátható-e.

12.2. 1.3. Gyakorlati képzés

1.3.1. Egészségügy

- Járóbeteg ellátás

/pszichiátriai gondozók, addiktológiai gondozók, drogambulanciák/

- ✔ ~az elvi 500 ellátó helyből 85-90 intézmény látja el az illegális szerfogyasztókat
- ✔ 15-20 intézmény kezeli a betegek 80%-át

- Fekvőbeteg ellátás

Kórházi aktív, rehabilitációs,krónikus ágyak
- addiktológiai osztályok
- pszichiátriai osztályok

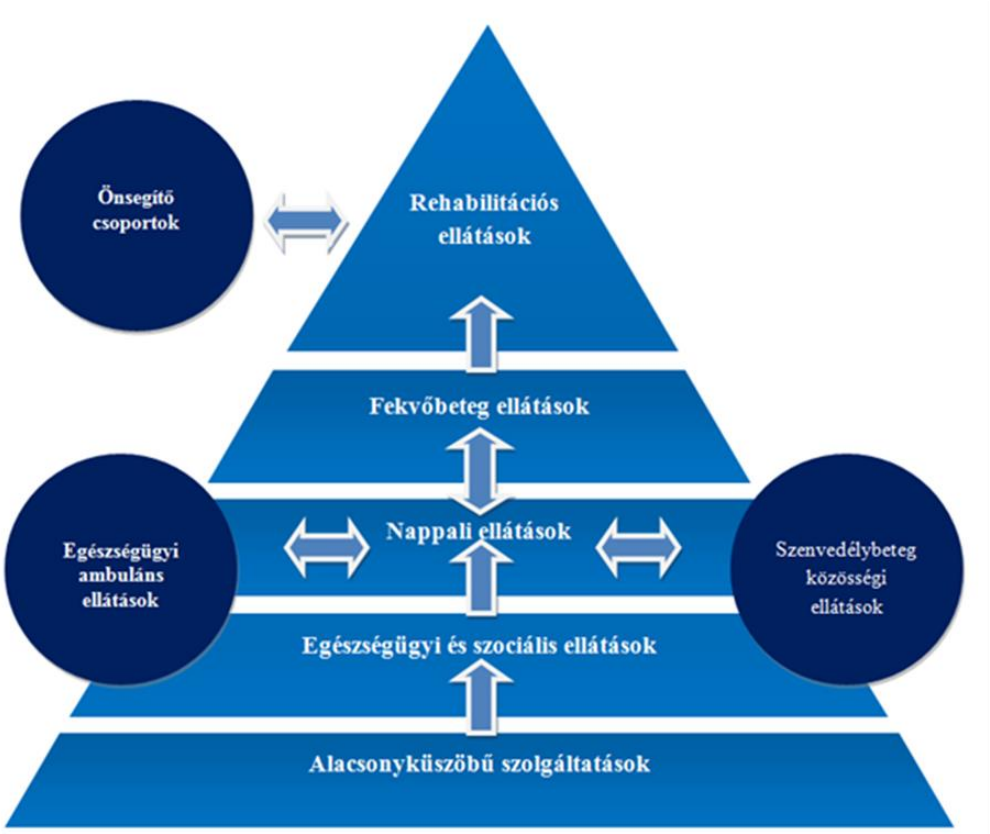
Problémás, illetve hiányzó tényezők:

- lefedettség, hozzáférés
- szakember ellátottság
- finanszírozás
- speciális ellátások hiánya
- ellátás minőségbiztosítása
- ellátások összehangolt működése

Vegyes /egészségügyi – szociális/ ellátók
(egészségügyi szolgáltatás és szociális szakosított ellátás)

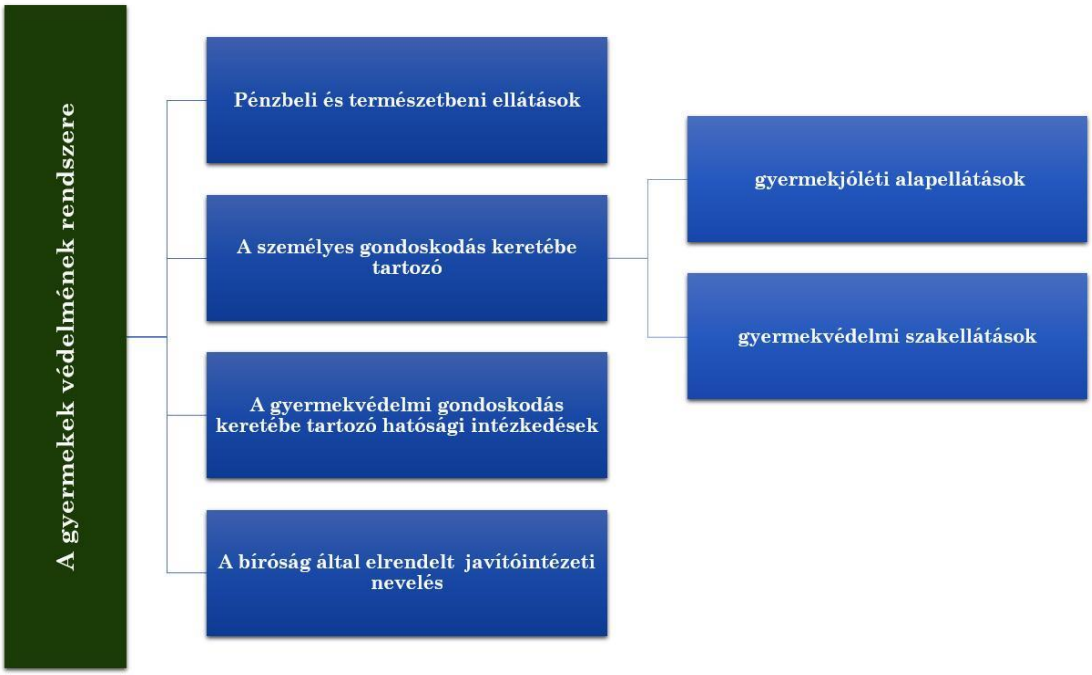
- rehabilitációs otthonok /terápiás közösségek/

1.3.2. Az ellátási háló, együttműködési, eljárási utak kiépülése integrált addiktológiai ellátások



1. számú ábra: Ellátási háló, eljárási utak

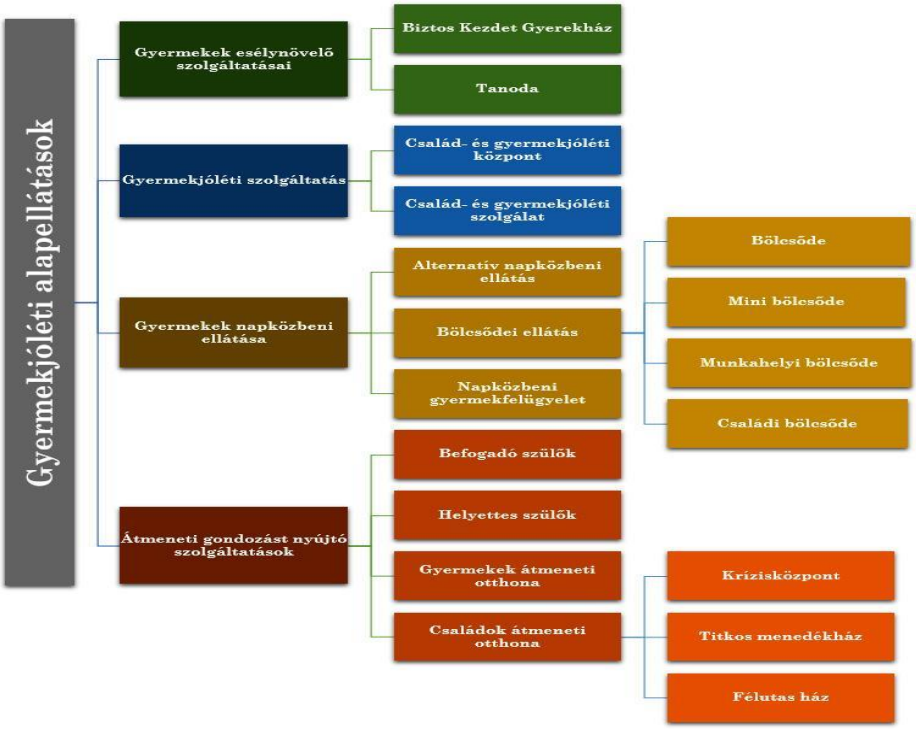
1.3.3. Gyermekvédelem rendszere



2.számú ábra: Gyermekvédelem rendszere

Gyermekjóléti szolgálat:
A szolgálatok mintegy jelzőrendszerként továbbíthatnak információt a mentális problémákkal foglalkozó szociális szolgáltató rendszer (elsősorban a tanácsadó-konzultációs-koordinációs / családsegítő / szociális hálózati központ) felé részben a gyermeket veszélyeztető, segítségre szoruló felnőtt hozzátartozók gondozásba vétele, részben a mentális problémában, illetve addiktológiai zavarokkal érintett kiskorúak adekvát támogatása érdekében.

1.3.4. Gyermekjóléti alapellátások rendszere



A gyermekjóléti alapellátások célja:

A gyermekjóléti alapellátások célja hozzájárulni a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődésének, jólétének, a családban történő nevelésének elősegítéséhez, a veszélyeztetettség megelőzéséhez és a kialakult veszélyeztetettség megszüntetéséhez, valamint a gyermek családjából történő kiemelésének a megelőzéséhez.
Az alapellátás hozzájárul a gyermek hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetének feltárásához, és a gyermek szocializációs hátrányának csökkentésével annak leküzdéséhez.

A gyermekjóléti alapellátások formái:

I. *Gyermekek esélynövelő szolgáltatásai*
   a. Biztos Kezdet Gyerekház
   b. Tanoda
II. *Gyermekjóléti Szolgáltatás*
   a. Család- és gyermekjóléti szolgálat
   b. Család- és gyermekjóléti központ
III. *Gyermekek napközbeni ellátása*
   a. Bölcsőde
      i. Mini bölcsőde
      ii. Munkahelyi bölcsőde
      iii. Családi bölcsőde
   b. Napközbeni gyerekfelügyelet
   c. Alternatív napközbeni ellátás
IV. *Gyermekek átmeneti gondozása*
   a. Befogadó szülők
   b. Gyermekek átmeneti otthona
   c. Családok átmeneti otthona

Biztos Kezdet Gyerekházak

- Biztos Kezdet Gyerekház célja a szociokulturális hátrányokkal küzdő, elsősorban a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek egészséges fejlődésének biztosítását támogató, fejlődési lemaradását kompenzáló, a szülői kompetenciákat erősítő, a szülő és az óvodába még nem járó gyermek számára együttesen nyújtott társadalmi felzárkózást segítő prevenciós szolgáltatás biztosítása.
- A Biztos Kezdet Gyerekház a gyermek sikeres óvodai beilleszkedése, valamint a gyermek és a család sikeres társadalmi integrációja érdekében együttműködik különösen a család- és gyermekjóléti szolgálattal, a család- és gyermekjóléti központtal, a védőnői szolgálattal, az óvodával, a helyben elérhető egyéb, a gyermekek és a gyermekes családok számára szolgáltatást nyújtó intézménnyel, valamint szükség esetén a gyermekvédelmi jelzőrendszer egyéb tagjaival.

A tanoda

A tanoda olyan, elsősorban rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő, vagy hátrányos helyzetű vagy halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek és kivételesen fiatal felnőttek számára nyújtott, önkéntesen igénybe vehető társadalmi felzárkózást segítő, a személyiségfejlődés egészét szem előtt tartó, prevenciós szolgáltatás, amely az Nktv. szerinti kötelező tanórai és egyéb foglalkozásokon való részvétel idején kívül, valamint a tanítási szünetekben segíti elő a szociokulturális hátrányok kompenzálását, a tanulmányok folytatását, a társadalomba való sikeres beilleszkedést, az életpálya-tervezést és a szabadidő hasznos eltöltését.
A tanoda a szolgáltatásait a helyi sajátosságokra és a gyermekek egyéni szükségleteire építve, a szülők bevonásával, a gyermek nevelési-oktatási intézményével, a család- és gyermekjóléti szolgálattal, a család- és gyermekjóléti központtal, a helyben elérhető egyéb, az érintett

korosztály számára szolgáltatást nyújtó intézménnyel, valamint szükség esetén a gyermekvédelmi jelzőrendszer egyéb tagjával együttműködve nyújtja.

A gyermekjóléti szolgáltatás

A gyermekjóléti szolgáltatás olyan, a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek testi és lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését.

A gyermekjóléti szolgáltatás feladatai:

- a gyermeki jogokról és a gyermek fejlődését biztosító támogatásokról való tájékoztatás, a támogatásokhoz való hozzájutás segítése,
- a családtervezési, a pszichológiai, a nevelési, az egészségügyi, a mentálhigiénés és a káros szenvedélyek megelőzését célzó tanácsadás vagy az ezekhez való hozzájutás megszervezése,
- a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint szociális szolgáltatásokhoz és gyermekjóléti alapellátásokhoz, különösen a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz történő hozzájutásának szervezése,
- a szabadidős programok szervezése,
- a hivatalos ügyek intézésének segítése,
- a veszélyeztetettséget észlelő és jelző rendszer működtetése,
- a veszélyeztetettséget előidéző okok feltárása és ezek megoldására javaslat készítése,
- jelzőrendszeri tagokkal való együttműködés megszervezése, tevékenységük összehangolása,
- tájékoztatás az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokból, illetve abba a gyermek örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről
- óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység biztosítása,
- a gyermekkel és családjával végzett szociális munkával elősegíteni a gyermek problémáinak rendezését, a családban jelentkező működési zavarok ellensúlyozását,
- a családi konfliktusok megoldásának elősegítése, különösen a válás, a gyermekelhelyezés és a kapcsolattartás esetében,
- egyéb gyermekjóléti alapellátások önkéntes igénybevételét kezdeményezi és azt szükség esetén személyes közreműködéssel is segíti, kezdeményezi szociális alapszolgáltatások, pedagógiai szakszolgálatok és egészségügyi ellátások igénybevételét.

Család és gyermekjóléti szolgálat:

Ellátja a gyermekjóléti szolgáltatás előzőekben felsorolt feladatait valamint a Szt. 64 § (4) bekezdés szerinti feladatokat, mint

- a szociális, életvezetési és mentálhigiénés tanácsadást,
- az anyagi nehézségekkel küzdők számára a pénzbeli, természetbeni ellátásokhoz, továbbá a szociális szolgáltatásokhoz való hozzájutás megszervezését,
- a szociális segítő munkát, így a családban jelentkező működési zavarok, illetve konfliktusok megoldásának elősegítését,
- a közösségfejlesztő programok szervezését, valamint egyéni és csoportos készségfejlesztést,
- a tartós munkanélküliek, a fiatal munkanélküliek, az adósságterhekkel és lakhatási problémákkal küzdők, a fogyatékossággal élők, a krónikus betegek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek, a kábítószer-problémával küzdők, illetve egyéb szociálisan rászorult személyek és családtagjaik részére tanácsadás nyújtását,
- a kríziskezelést, valamint a nehéz élethelyzetben élő családokat segítő szolgáltatásokat,
- ellátási területén - felkérésre - közreműködik a kormányrendeletben meghatározott európai uniós forrásból megvalósuló program keretében természetben biztosítható eseti vagy rendszeres juttatás célzott és ellenőrzött elosztásában.

Az előző feladatokon kívül

- folyamatosan figyelemmel kíséri a településen élő gyermekek szociális helyzetét, veszélyeztetettségét,
- meghallgatja a gyermek panaszát, és annak orvoslása érdekében megteszi a szükséges intézkedést,
- szervheti a helyettes szülői hálózatot, illetve működtetheti azt, vagy önálló helyettes szülőket foglalkoztathat,
- segíti a nevelési-oktatási intézmény gyermekvédelmi feladatának ellátását,
- felkérésre környezettanulmányt készít,
- kezdeményezi a települési önkormányzatnál új ellátások bevezetését,
- biztosítja a gyermekjogi képviselő munkavégzéséhez szükséges helyiségeket,
- részt vesz a külön jogszabályban meghatározott Kábítószerügyi Egyeztető Fórum munkájában,
- nyilvántartást vezet a helyettes szülői férőhelyekről.

A család és gyermekjóléti központ

A Család- és gyermekjóléti központnak az a járásszékhely településen működő gyermekjóléti szolgálat minősül, amely önálló intézményként, illetve szervezeti és szakmai szempontból önálló intézményegységként működik.

A család- és gyermekjóléti szolgáltatás és a családsegítés általános feladatain túl egyéni és csoportos speciális szolgáltatásokat, programokat nyújt, amelynek keretében biztosít:

- utcai, illetve lakótelepi szociális munkát,
- kapcsolattartási ügyeletet,
- kórházi szociális munkát,
- gyermekvédelmi jelzőrendszeri készenléti szolgálatot,
- jogi tájékoztatásnyújtást,
- pszichológiai tanácsadást,
- családkonzultációt, családterápiát, családi döntéshozó konferenciát,
- óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet.
- A gyermekvédelmi gondoskodás keretébe tartozó hatósági intézkedésekhez kapcsolódó, a gyermekek védelmére irányuló tevékenységet lát el, amelynek keretében
- kezdeményezi a gyermek védelembe vételét vagy súlyosabb fokú veszélyeztetettség esetén a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, nevelésbe vételét,
- javaslatot készít a veszélyeztetettség mértékének megfelelően a gyermek védelembe vételére, illetve a családi pótlék természetbeni formában történő nyújtására, a gyermek tankötelezettsége teljesítésének előmozdítására, a gyermek családjából történő kiemelésére, a leendő gondozási helyére vagy annak megváltoztatására, valamint a gyermek megelőző pártfogásának mellőzésére, elrendelésére, fenntartására és megszüntetésére,
- együttműködik a pártfogó felügyelői szolgálattal és a megelőző pártfogó felügyelővel a bűnismétlés megelőzése érdekében, ha a gyámhatóság elrendelte a gyermek megelőző pártfogását,
- a családjából kiemelt gyermek visszahelyezése érdekében szociális segítőmunkát koordinál és végez - az otthont nyújtó ellátást, illetve a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást végző intézménnyel együttműködve - a család gyermeknevelési körülményeinek megteremtéséhez, javításához, a szülő és a gyermek közötti kapcsolat helyreállításához,
- utógondozást végez - a gyermekvédelmi gyámmal együttműködve, a gyermek családjába történő visszailleszkedéséhez,
- védelembe vett gyermek esetében elkészíti a gondozási-nevelési tervet, szociális segítőmunkát koordinál és végez, illetve a gyámhatóság megkeresésére a családi pótlék természetbeni formában történő nyújtásához kapcsolódó pénzfelhasználási tervet készít,
- szakmai támogatást nyújt az ellátási területén működő gyermekjóléti szolgálatok számára,
- elkészíti a szociális diagnózist az Szt. 64/A. §-a szerint.

Gyermekek napközbeni ellátása

A gyermekek napközbeni ellátásaként az életkornak megfelelő nappali felügyeletet, gondozást, nevelést, foglalkoztatást és étkeztetést kell megszervezni azon gyermekek számára, akiknek szülei, törvényes képviselői munkavégzésük munkaerő-piaci részvételt elősegítő programban, képzésben való részvételük, nappali rendszerű iskolai oktatásban, a nappali oktatás munkarendje szerint szervezett felnőttoktatásban, felsőoktatási intézményben nappali képzésben való részvételük, betegségük vagy egyéb ok miatt napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni.

Gyermekek napközbeni ellátásának igénybevételére jogosult az átmeneti gondozásban és az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermek is.

Bölcsődei ellátás

A bölcsőde olyan bölcsődei ellátást nyújtó intézmény, amely a gyermekek napközbeni ellátása keretében, szakirányú végzettséggel rendelkező személy által, akár több csoportban nyújt szakszerű gondozást és nevelést.

A bölcsődei felvétel során előnyben kell részesíteni:

ha a gyermek szülője, más törvényes képviselője a felvételi kérelem benyújtását követő 30 napon belül igazolja, hogy munkaviszonyban vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban áll -

- a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre jogosult gyermeket,
- a három vagy több gyermeket nevelő családban élő gyermeket,
- az egyedülálló szülő által nevelt gyermeket, és
- a védelembe vett gyermeket.

Napközbeni gyermekfelügyelet

A napközbeni gyermekfelügyelet keretében - nem nevelési-oktatási céllal - a szolgáltatás nyújtója az életkornak megfelelő napközbeni ellátást biztosít

- a bölcsődei ellátásban, óvodai nevelésben nem részesülő gyermek számára,
- a kötelező óvodai nevelésben való részvétel alól felmentett gyermek számára,
- az óvodai nevelésben részesülő gyermek számára a kötelező óvodai nevelésben való részvételének idején kívül,
- az egyéni munkarenddel rendelkező tanuló számára,
- az iskolai oktatásban részesülő tanuló számára a kötelező tanórai és egyéb foglalkozásokon való részvételének idején kívül, valamint a tanítási szünetekben, és
- az általános iskolában a tizenhat óra előtt megszervezett egyéb foglalkozás alól felmentett gyermek számára.

A napközbeni gyermekfelügyelet keretében a sajátos nevelési igényű gyermekek, valamint a korai fejlesztésre és gondozásra jogosult gyermekek számára szükségleteikhez igazodó ellátást kell nyújtani.

Alternatív napközbeni ellátás:

Alternatív napközbeni ellátás a játszótéri program, játszóház, klubfoglalkozás keretében nyújtott,

- a szülő és a gyermek kapcsolatát erősítő, a gyermek szocializációját támogató, valamint egyéb szabadidős és prevenciós szolgáltatás,
- a csellengő vagy egyéb okból veszélyeztetett iskoláskorú gyermekek számára biztosított nappali felügyelet, sport-, illetve egyéb foglalkozás és étkeztetés, feltéve, ha a működtető rendelkezik az ehhez szükséges – jogszabályban meghatározott - személyi és tárgyi feltételekkel.

Gyermekek átmeneti gondozása

- A gyermekek átmeneti gondozása keretében - kivéve, ha a gyermek átmeneti gondozását családok átmeneti otthona biztosítja - a gyermek testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését elősegítő, az életkorának, egészségi állapotának és egyéb szükségleteinek megfelelő étkeztetéséről, ruházattal való ellátásáról, mentálhigiénés és egészségügyi ellátásáról, gondozásáról, neveléséről, lakhatásáról kell gondoskodni.
- Az ellátást a szülői felügyeletet gyakorló szülő vagy más törvényes képviselő kérelmére vagy belegyezésével - ideiglenes jelleggel, teljes körű ellátással kell biztosítani, ha a szülő egészségi állapota, életvezetési problémája, indokolt távolléte vagy más akadályoztatása miatt a gyermek nevelését a családban nem tudja megoldani, vagy utógondozói ellátásban részesül.
- A fogyatékos gyermek számára a különleges szükségleteihez igazodó ellátást kell biztosítani.
- A gyermekek átmeneti gondozásának helyén a gyermek otthontalanná vált szülője is elhelyezhető.
- A 14. életévét be nem töltött gyermeket szüleitől elválasztani csak kivételesen indokolt esetben lehet. A tizenkettedik életévét be nem töltött gyermek átmeneti gondozását elsősorban helyettes szülőnél kell biztosítani.
- A gyermekek átmeneti gondozása során a gyermek iskolai oktatását – lehetőség szerint - iskolaváltás nélkül kell biztosítani.
- A gyermekek átmeneti gondozása az alapjául szolgáló ok fennállásáig, de legfeljebb tizenkettő hónapig tart.
- A gyermek átmeneti gondozása keretében ideiglenes jelleggel, állapotának megfelelő ellátást és éjszakai bentlakást kell biztosítani az olyan gyermek számára, aki lakóhelyéről önkényesen eltávozott, így ellátás és felügyelet nélkül maradt (egyidejűleg feltáró munka és a törvényes képviselő, gyermekjóléti szolgáltató, hatóság értesítése, bevonása szükséges).

Befogadó szülők:

Átmeneti vagy tartós jelleggel saját háztartásában nyújt teljes körű ellátást az általa befogadott gyermeknek és fiatal felnőttnek.

Befogadó szülő:

- a helyettes szülő,
- a nevelőszülő,
- a speciális nevelőszülő és
- a különleges nevelőszülő.

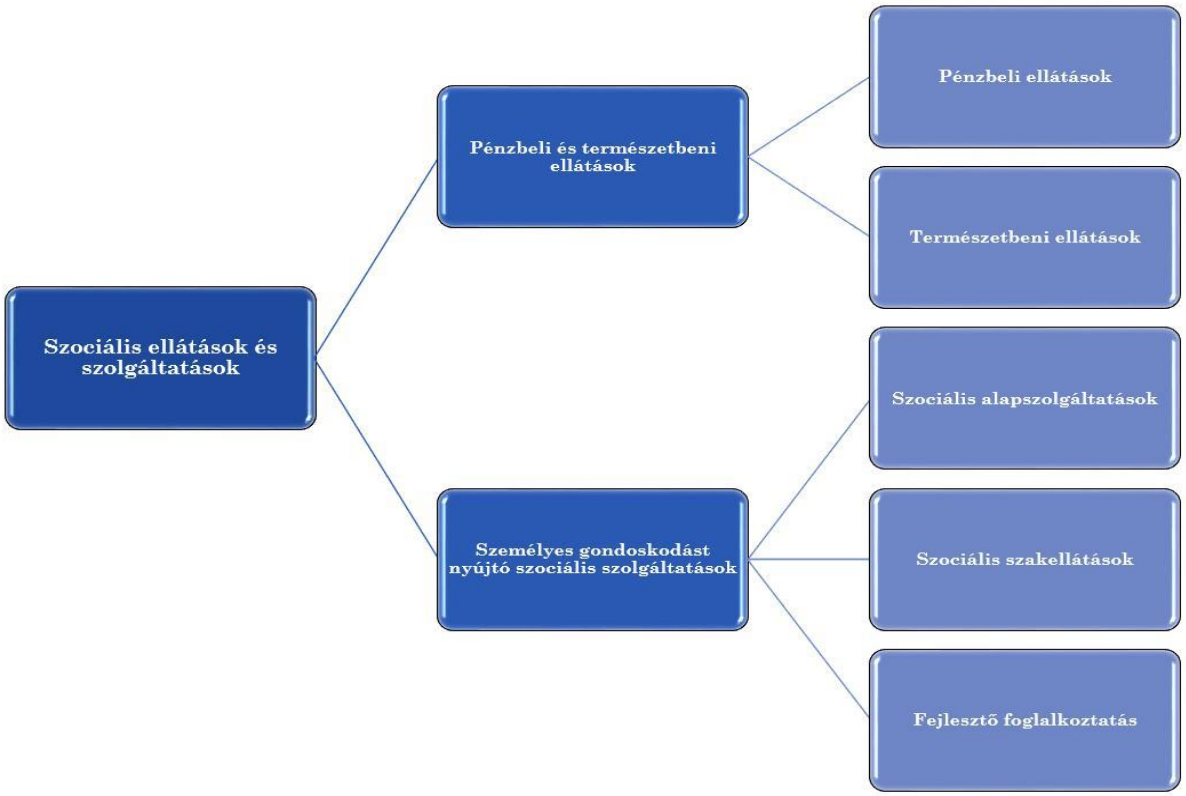
Gyermekek átmeneti otthona

A gyermekek átmeneti otthonában az a családban élő, tizenkettedik életévét betöltött vagy tizenkettedik életévét be nem töltött, nem helyettes szülőnél elhelyezett gyermek helyezhető el, aki átmenetileg ellátás és felügyelet nélkül marad, vagy elhelyezés hiányában ezek nélkül maradna, valamint akinek ellátása a család életvezetési nehézségei miatt veszélyeztetett.

A gyermekek átmeneti otthona segítséget nyújt - a gyermekjóléti szolgálattal együttműködve - a gyermek családjába történő visszatéréséhez.

A gyermekek átmeneti otthona önálló helyettes szülőt vagy helyettes szülői hálózatot működtethet és ebben az esetben ellátja az ezzel kapcsolatos feladatokat.

1.3.5. Szociális szolgálatatások és ellátások rendszere



3.sz.ábra Szociális ellátások és szolgáltatások rendszere

Családsegítő szolgáltatás

A szolgáltatás feladata a szociális és egyéb információs adatok gyűjtése a szolgáltatást igénybe vevő megfelelő tájékoztatása érdekében, valamint pszichológiai, jogi és egyéb tanácsadás, segítségnyújtás az egyének, a családok kapcsolat készségének javításában.

Szt. 64. § * (1) A családsegítés a szociális vagy mentálhigiénés problémák, illetve egyéb krízishelyzet miatt segítségre szoruló személyek, családok számára az ilyen helyzethez vezető okok megelőzése, a krízishelyzet megszüntetése, valamint az életvezetési képesség megőrzése céljából nyújtott szolgáltatás.

A gyakorlat feladata:

A családsegítés és -gondozás keretében egyrészt a családok számára nyújtható komplex szolgáltatás megismerése a feladat, ennek keretében figyelhesse meg a teljes segítő folyamatot, másrészt egyes településeken itt figyelheti meg a pszichiátriai közösségi gondozás tevékenységeit is. Ez a szolgáltatás többféle szervezeti keretben szervezhető meg, ezért fontos a struktúra megismertetése is a hallgató számára

Nappali intézmények:

A szociális törvényben jelenleg is nevesített szolgáltatási forma indokolt, azonban hatékonyabb működtetésére van szükség. A jelenleginél gazdagabb szolgáltatási palettát kell biztosítani a kliensek számára a munkaképesség helyreállítása, a munkaerőpiaci és szociális re-integráció érdekében.

- **A Szt. 65/F. §** (1) A nappali ellátás hajléktalan személyek és elsősorban a saját otthonukban élő,
- *a)* tizennyolcadik életévüket betöltött, egészségi állapotuk vagy idős koruk miatt szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek,

- *b)* * az Szt. 93. § (4) bekezdése szerinti kivétellel a tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek,
- *c)* harmadik életévüket betöltött, önkiszolgálásra részben képes vagy önellátásra nem képes, de felügyeletre szoruló fogyatékos, illetve autista személyek
- részére biztosít lehetőséget a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak - ide nem értve az idős személyeket - napközbeni étkeztetését.
- (2)* Rendkívül indokolt esetben nappali ellátás olyan fogyatékos személyek részére is biztosítható, akire nézve szülője vagy más hozzátartozója gyermekgondozási segélyben, gyermekgondozást segítő ellátásban, gyermeknevelési támogatásban, gyermekek otthongondozási díjában vagy ápolási díjban részesül.
- (3)* A fenntartó a 92/B. § (1) bekezdésének *c)* pontja szerinti szakmai programban meghatározhatja, hogy az intézmény az (1) bekezdésben meghatározottak közül melyik ellátotti csoportokat látja el. Ez a rendelkezés nem érinti a 86. § (2) bekezdésének *b)-d)* pontja szerinti önkormányzatok ellátási kötelezettségét.
- (4)* A gyermekek napközbeni ellátása keretében biztosított, Gyvt. szerinti gyermekétkeztetés szabályait kell alkalmazni a nappali intézményben ellátott fogyatékos gyermekek ellátása során nyújtott étkeztetésre.

Támogatott lakhatás

A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek a pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek részére az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja:

- a lakhatási szolgáltatást,
- az önálló életvitel fenntartása, segítése érdekében végzett esetvitelt
- a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételében való segítségnyújtást,
- valamint a komplex szükségletfelmérése alapján, erre vonatkozó igény esetén egyéb szolgáltatásokat.

- Szt. 75. § (1) A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek - ide nem értve a demens személyeket - és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja.
- Szt. 75. § (1) A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek - ide nem értve a demens személyeket - és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja.

Rehabilitációs intézmény

Szt. 72. § (1) A rehabilitációs intézmény a bentlakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja.

(2) * Rehabilitációs intézmény

a) a pszichiátriai betegek,
b) a szenvedélybetegek,
c) a fogyatékos személyek,
d) a hajléktalan személyek
rehabilitációs intézménye.

73. § (1) Pszichiátriai betegek, illetve szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében azt a 18. életévét betöltött pszichiátriai beteget, illetve 12. életévét betöltött szenvedélybeteget kell ellátni, aki rendszeres vagy akut gyógyintézeti kezelésre nem szorul és utógondozására nincs más mód.

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló1/2000 SzCsM. r. (továbbiakban: SzCsM r.) 68. § (1) A rehabilitációs intézményi keretek között indokolt biztosítani annak a rászoruló személynek az elhelyezését, akinek az egészségi, a pszichés, a mentális, a szociális állapota a rehabilitáció több területén, együttesen zajló, komplex, átfogó segítséget igényel és ennek hatékony megoldása ambuláns formában vagy más intézményi keretek között nem valósítható meg.

Nappali kórház:

Egészségügyi intézményként a nappali kórház szakmai tevékenységében az orvosi rehabilitáció mellett az intenzívebb rehabilitációs feladatok is megjelenhetnek. Tevékenysége átmenetet jelenthet az „orvosi, pszichiátriai" és a „kapcsolati, pszichoterápiás" gyakorlat között. A nappali kórház feladata a diagnózis ismeretében a terápia beállítása, pszichoedukáció, a tünetek enyhítése, a szövődmények adekvát kezelése.
Cél a prevenció, a munkaképesség helyreállítása.

Járóbetegszakellátás

A pszichiátriai járóbeteg szakellátás feladata a pszichiátriai és addiktológiai zavarokkal küzdők szakorvosi kivizsgálása és kezelése, az igényjogosultak akut és tervezett egészségügyi gondozása, gyógyítása. A páciensek életviteli problémáinak megoldásával is foglalkozik, a jobb életminőség kialakítása érdekében.
A gyógyszeres kezelés mellett segítséget nyújtanak a paciensek életvezetési problémáinak megoldásában, lelki támogatást nyújtanak.

gyakorlat célja:

- A szakambulancián eltöltött gyakorlat célja a gondozottak nyomon követése, a gondozási folyamat megismerése (milyen állapotromlás esetén történik intézeti beutalás). Ennek keretében ismerje meg a szakambulancia speciális feladatait, a rendelésen megjelentek speciális körét, az ott folytatott pszichiátriai diagnosztikus és terápiás módszereket, azok várható hatásait. A szakgondozóban töltött gyakorlat célja a gondozottak nyomon követése, a gondozási folyamat hosszú távú feladatellátásának megismerése, melyet a gondozó munkatársaival a kliens látogatása során ismer meg.

Fekvőbeteg gyógyintézetek:

Feladata az állapot-stabilizálás, méregtelenítés, a szükséges terápia beállítása. E szolgáltatás fejlesztése érdekében kezdeményezzük az alábbi szakmai javaslatok figyelembevételét:
A jelenlegi pszichiátriai-addiktológiai fekvőbeteg ellátás továbbfejlesztése érdekében az alábbi javaslatokat tesszük.

Gyakorlat feladatai:

- A pszichiátriai osztályos gyakorlat célja betegbemutatás és -megfigyelés.
- Az előzőleg már elméletben elsajátított betegségek betegbemutatása, ápolási feladatok megtekintése.
- A hallgató vegyen részt akut és krónikus pszichiátriai beteg kezelésén és ellátásában. Ismerje meg az osztályon folyó biológiai kezeléseket, egyéni és csoportos pszichoterápián tapasztalható jelenségeket, dinamikát. V
- egyen részt szocioterápiás foglalkozáson, és értse meg annak hatásmechanizmusát.
- Tanulmányozza az ápolási dokumentációt, legyen képes abból kiemelni az otthoni ellátásra hatással lévő ismereteket.

○ Gyakorlat: Támogató hálózatok ismerete

A tantárgy célja:

A képzésen résztvevők megismerik a természetes és mesterséges ellátórendszereket, különös tekintettel addiktológiai betegek ellátására. Feltérképezésre kerülnek az ellátott környezetében található természetes támogató rendszerek is. (család, hozzátartozók, munkatársak, iskolatársak, barátok, különféle helyi közösségek, önsegítő csoportok, stb.).

Kulcsszavak: *támogató hálózat, önsegítő csoport, civil szervezet, absztinencia, továbbküldés szociális és egészségügyi ellátás*

A tantárgy oktatása során a témafeldolgozást segítendő ajánlott egy-egy kliens köré szervezett / szervezhető háló kialakítása, bemutatása, elemzése.

A kapcsolatrendszer vizsgálatakor, a támpontok értékelése során megnézzük a kapcsolati háló nagyságát, összetételét, a kulcsszemélyekkel való kapcsolat jellegét, stabilitását, szorosságát, elérhetőségét, a kapcsolatokban jelenlévő kölcsönösséget, a kapcsolati háló tagjai közt lévő kohéziót.

Ugyancsak értékeljük a segítő intézményekkel, civil szervezetekkel, illetve azok munkatársaival meglévő kapcsolatot a fenti szempontok szerint.

A támogató hátterek felmérése során szükséges megvizsgálni a kulcsszemélyek támogató szerepét az alábbi kategóriák szerint:

- tanácsadás,
- érzelmi támasznyújtás,
- szabadidő eltöltése,
- anyagi segítség,
- életviteli támogatás.

A szenvedélybetegek közösségi ellátás meghatározása

Olyan önkéntesen igénybe vehető, hosszú távú, közösségi alapú, az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történő gondozás, amelynek célja az életmódváltozás elindítása, segítése és folyamatos nyomon követése.

A szenvedélybetegek közösségi ellátása a következő szolgáltatásokat biztosítja

- problémaelemzés, problémamegoldás:
- a személyes célok meghatározásának segítése,

- a változtatásra motiváló tényezők feltárása,
- a szerhasználat, illetve -függés járulékos ártalmainak, káros következményeinek csökkentése,
- azonnali tanácsadás és segítségnyújtás a szolgáltatást csak eseti jelleggel igénybe vevők részére,
    - készségfejlesztés: életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése, az önellátásra való képesség javítása és fenntartása,
    - pszicho-szociális rehabilitáció:
    - a munkához való hozzájutás,
    - a szabadidő szervezett eltöltésének segítése,
    - önsegítő csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése,
    - tanácsadás,
    - információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi szolgáltatásokról,
    - foglalkoztatással, munkavállalással kapcsolatos információk
    - oktatási, lakhatási lehetőségek igénybevételéről információ

Természetes támogató rendszer

A közösségi ellátás együttműködik a természetes támogató rendszer tagjaival:

- családtagok,
- szomszédok,
- önkéntesek,
- a kulcsemberek, akik szükség esetén a szakemberek felé tudnak jelezni a szenvedélybeteg állapotában való változásról.

Mesterséges támogató rendszer

- Házi orvos
- Polgármester hivatal szociális osztály
- Elvonást végző kórházi osztályok,
- Szociális ellátást nyújtó intézmények
- Szenvedélybetegeket ellátó szociális intézmények (RÉV stb.)
- Pszichiátriai, addiktológiai gondozók, (Drogambulancia, Támasz Ambulancia)
- Önsegítő csoportok,
- Egyházak
- Karitatív szervezetek
- Civil szervezetek

A közösségi ellátás megvalósításának lépései

1. A közösségi ellátásban résztvevő egészségügyi és szociális intézmények feltérképezése.
2. Kerekasztal szervezése a szenvedélybetegek ellátásáról .
3. Multidiszciplináris team kialakítása a településen .

4.A team közösen hatékonyabbá teszi a szenvedélybetegek és családtagjainak ellátását szenvedélybetegek közösségi ellátás keretében.
4. A közösségi ellátás megszervezése a településen.
5. Esetmegbeszélés biztosítása
Az igényes szakmai munka feltétele a rendszeres esetmegbeszélés, ahol az esetekkel kapcsolatos kérdések kerülnek átbeszélésre.

A közösségi ellátás várható eredményei

1. A szenvedélybetegekkel és a betegséggel kapcsolatos előítéletek oldódnak a munkatársakban.

2. Eddig hiányzó önsegítő csoportok jönnek létre, amelyek támogatják és segítik az absztinens életforma megtartást a szenvedélybetegek és családtagjaik számára.

3. Nem csak a megye székhelyen van lehetőség a szenvedélybetegek számára szakszerű segítésére.

4. Egyre több szenvedélybeteget ér el a szakszerű ellátás és ezzel lehetősége nyílik az absztinens életforma megkezdésére.

5. A családtagok pszichoszociális támogatásra egyre több lehetőség nyílik.

6. Csoport foglalkozások beindítása
Három célcsoport részére segítjük a csoportos foglalkozások beindítását, amely a későbbiekben az önsegítő csoportok szerveződésének alapjai lehetnek:

- Szenvedélybetegek hozzátartozói számára
- Szenvedélybeteg gyermekeik számára
- Szenvedélybetegek számára

7. Önsegítő csoportok létrejöttének facilitásálása
Fontosnak tűnik szenvedélybetegek és hozzátartozóik önsegítő csoportjainak létrejöttének támogatása. Ezek a csoportok a szakemberekkel együttműködve sokkal hatékonyabb munkát végezhetnek a szenvedélybetegek segítésében.
Ugyancsak értékeljük a segítő intézményekkel, civil szervezetekkel , illetve azok munkatársaival meglévő kapcsolatot a fenti szempontok szerint.

8.A szenvedélybetegek pszichés állapota javul az által, hogy otthonukból nem kerülnek intézménybe.

9.A családok támogatásának eredményeként nincs akkora teher családtagokon és így jobb kapcsolat alakul ki szenvedélybeteg és a hozzátartozók között.

10.Az egészségügyi és szociális ellátás között szoros együttműködés alakul ki, integrált ellátás valósulhat meg.

11. A közösségi szenvedélybeteg ellátás tapasztalatai máshol is kamatoztathatók.

12. Egyre több településen indul be a közösségi szenvedélybeteg ellátás és ezzel csökkennek az országban a szolgáltatás „fehér foltjai”.