Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

KAMASZKORI PROBLÉMÁK KEZELÉSE (FÜGGŐSÉG, ENGEDÉLY NÉLKÜLI ELTÁVOZÁS)

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 ÉS A VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 AZONOSÍTÓSZÁMÚ, SZOCIÁLIS HUMÁN ERŐFORRÁS FEJLESZTÉSE CÍMŰ KIEMELT PROJEKT

SZÉCHENYI 2020

MAGYARORSZÁG KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális Alap

BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A TOVÁBBKÉPZÉS CÉLJA

- Célja
  - a társadalmi-demográfiai változásokra reagáló,
  - innovatív elemeket tartalmazó továbbképzések kialakítása és biztosítása,
  - a területen dolgozó szakemberek továbbképzése,
  - a szolgáltatásnyújtás folyamatainak eredményesebbé tétele,
  - a dolgozók megtartása, a pályaelhagyás csökkentése és a területen dolgozók elismertségének növelése.
- További cél a szociális és kapcsolódó szakmák közötti együttműködés kialakítása, erősítése, fejlesztése a továbbképzések biztosítása és lebonyolítása által.

BEMUTATKOZÁS, A TOVÁBBKÉPZÉS INDÍTÁSA

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

CSOPORTSZABÁLYOK

- Titoktartás
- Kommunikáció: egyes szám első személy, tisztelet
- Részvétel: aktivitás, önkéntesség
- Időkeretek: a nap kezdése, zárása, szünetek
- Technikai kérdések: mobiltelefon-használat, stb.

A TOVÁBBKÉPZÉS TELJESÍTÉSÉNEK FELTÉTELEI

- záróteszt teljesítése
- hiányzásra vonatkozó előírások

A TOVÁBBKÉPZÉS ÜTEMEZÉSE

Tananyagegység	Óraszám	Forma
1. Továbbképzési nap	10 tanóra	jelenléti
2. Továbbképzési nap	10 tanóra	jelenléti
3. Továbbképzési nap	10 tanóra	jelenléti

A SZENVEDÉLYBETEGSÉG JELENSÉGE - HELYZETKÉP

A kutatási adatok alapján a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot.

A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. A két legnépszerűbb szert – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a dizájner stimulánsok (1,3%).

A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakosságéval. A tiltott drogok éves prevalencia értéke a felnőtt népességben (18-64 éves kor között) 2,3%, a fiatal felnőtt népességben (18-34 éves kor között) pedig 5,3%.

A SZENVEDÉLYBETEGSÉG JELENSÉGE - HELYZETKÉP

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

A második helyen új pszichoaktív szer áll, a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik.

INTRAVÉNÁS SZERHASZNÁLAT

Az új pszichoaktív szerek megjelenésének következtében átalakult az intravénás szerhasználat is. Míg a tűcsere programok kliensei 2010 előtt mintegy fele-fele arányban injektáltak heroint vagy amfetamint, addig 2015-ben már 80%-uk elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert injektált.

Az adatok alapján mind a heroin-, mind az amfetaminfogyasztók körében tetten érhető volt a szerváltás. Az új anyagok hatása az elmondások szerint rövidebb ideig tart, ezért gyakrabban injektálják azokat. (Drog Fókuszpont, 2018)

EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEK

Megnövekedett a dizájner szerek – kannabinoidok és stimulánsok - miatti kezelési igények száma. Ezekhez a szerekhez köthető kezelési igények számának növekedését a kezelési adatok és több felmérés is igazolta. A kezelési adatok szerint ezen szerek használata intenzívebb, és a használók életkora is lefelé tolódott. A kezelési adatok mellett több kutatás is igazolta a dizájner szerek miatt hamarabb kialakuló kezelési igényt. Az addiktológiai problémák mellett a sürgősségi/ klinikai toxikológiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években a beszámolók szerint.

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

POLIDROG HASZNÁLAT

A felnőtt korú népességben végzett legutóbbi vizsgálat eredményei szerint a 18-64 éves népességben a valaha használók egyharmada (32%) a vizsgált 14 féle drog közül csak egyfélét használt.

Másik egyharmaduk (33,5%) kettő, egyötödük (20,5%) azonban háromnál több féle droggal is próbálkozott eddigi élete során. (Drog Fókuszpont, 2018)

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – FÜGGŐSÉG

Az addikció fogalma függőséget jelent, amikor függés alakul ki valamely anyaghoz, szerhez, de egyben olyan viselkedést is jelent, amelynek lényege, hogy a függőség „uralkodik” az illető személyiségén. Függőség létrejöhet alkoholtól, drogoktól, és a jelenség világszerte egyre súlyosabb problémát okoz. A függőség fogalomköre az utóbbi pár évtizedben jelentősen megváltozott, kibővült, a hagyományosnak számító pszichoaktív anyagfüggőség mellett bizonyos magatartás és viselkedés ciklikus ismétlésén alapuló formákkal. Ezek akkor tekinthetők rendellenességnek vagy betegségnek, ha az egyénre vagy a környezetére nézve hátrányosak, azaz maladaptívak. Ez utóbbi kórképeket nevezzük viselkedési addikcióknak, szemben az anyaghasználaton alapuló kémiai addikciókkal (Rácz, 2004).

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – FÜGGŐSÉG KIALAKULÁSA

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

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – FÜGGŐSÉG KIALAKULÁSA

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

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

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

4. **Kondicionálódás:** a droghatás környezeti (külső) és belső ingerekre kondicionálódik. Ilyenkor semleges események, tárgyak, helyzetek is kiválthatják a drogéhséget. Az ilyen ingerek hatása ellentétes a droghatással. Ez azt jelenti, hogy megszokott környezetben az ugyanolyan dózisú drog hatása gyengébb, mint ismeretlen környezetben. Ez a jelenség magyarázza a túladagolásnak látszó hirtelen haláleseteket olyankor, amikor nem történt dózisemelés.

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – ADDIKCIÓ

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

Az addikció rendszerint toleranciával, szenzitizációval és dependenciával (a szoros értelemben vett függőség) járhat együtt.

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – TOLERANCIA

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

  - emelnie kell az adagot (dózist),
  - hatékonyabb használati módra kell áttérnie (pl. szájon át való szedésről, illetve orron át való szippantásról az intravénás injekciós használatra),
  - enyhébb hatású drog helyett át kell állnia erősebb hatásúra (pl. marihuánáról a hasisra),
  - csökkentenie kell a két drogfogyasztás között eltelt időt.

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – TOLERANCIA

Bár a tolerancia és a szenzitizáció ellentétesen hatnak a szervezetre, mindkét jelenség a drogfogyasztás növekedéséhez vezethet. A dependencia a szertől való kényelmetlen (olykor az elviselhetetlenségig fokozódó fájdalommal járó) megválást, azaz szerfüggőséget jelent. Két formáját különböztetjük meg:

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

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

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

ADDIKTOLÓGIAI ALAPFOGALMAK – DROGOK CSOPORTOSÍTÁSA

Az alábbiakban e szempont szerint történik a drogok csoportosítás:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SZENVEDÉLYBETEGSÉG

- A szenvedélybetegség azt jelenti, hogy egy hétköznapokban elterjedt, normálisnak tűnő vagy csak enyhén deviánsnak látszó viselkedésmód elszabadul, dominánssá válik (Buda, 1992).
- A szenvedélybetegség felismerése nehéz feladat. A hosszútávú szerhasználat biológiai következményei, a személyiség fejlődését gátló vagy elterelő hatásának a viselkedésben megnyilvánuló jelei gyakran összemosódnak a köznyelvben. Hajlamosak vagyunk a szerhasználó személyeknek azonnal erős személyiség torzulást és fizikai függőséget tulajdonítani.
- Segítőként leginkább az nyújthat segítséget, ha megvizsgáljuk a kliens jelenlegi állapotát, vagyis, hogy a kliens szerhasználata, hogyan változott az élete során; milyen az érzelmi kapcsolata az általa használt szerekkel; a fontos életterületek hogyan változtak a szerhasználat alatt: fizikai és mentális egészség, emberi kapcsolatok, munka, hobbik, büntető ügyek. A felsorolt életterületeken tapasztalható megrekedés vagy romlás, az emberi kapcsolatok minőségének hanyatlása, a szerhasználat fokozódó mértéke, a kontroll megtartására való képtelenség, a problémamegoldó vagy öngyógyító szerhasználat jól erőre jelzi, hogy a kliens szenvedélybetegségben szenved, vagy magas a szenvedélybetegség kialakulásának kockázata.

A SZENVEDÉLYBETEGSÉG GYÓGYÍTÁSA

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

VISELKEDÉSI ADDIKCIÓK

A szerfüggőség és viselkedési függőség közös tulajdonságai:

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

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

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

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

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság és a WHO meghatározásai szerint, mindkét típusú függőség négy fő jellegzetessége:

1. kontrollvesztés;

2. ingerhez kötöttség (a kontrollvesztés akkor a legerősebb, ha a droghasználó olyan körülményekkel találkozik, ahol lehetősége van a droghasználatra, , vagy „felhívó” ingerek veszik körül);

3. nehézség a droghasználat (vagy egyéb viselkedési függőség) szabályozásában;

4. a használat (viselkedés) sztereotipizált mintája, a droghasználati repertoár beszűkül (pl. az egyik napi ivás, ugyanolyan, mint egy másik napié).

A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK HÁTTÉRTÉNYEZŐI

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

A DROGFOGYASZTÓ JELLEMZŐI

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

CSALÁDI HÁTTÉR

A legtöbb vizsgálat talán a családi háttér és a droghasználat összefüggésében készült, amelyek szerint a diszfunkcionálisan működő családok, ahol jellemző a szülők egymás közötti és a szülő-gyerek(ek) közötti érzelmek hiánya, a destruktív kommunikáció, a családi szerepek felcserélődése (a gyerek gondoskodik az esetleg szenvedélybeteg szülőről), a családtagok közötti pszichológiai határok elmosódása vagy túl merev szétválasztása.

KORTÁRSAK

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

TÁRSADALMI KONTEXTUS

A droghasználat kialakulását az egyéni okok mellett jelentősen befolyásolja a társadalmi környezet is. A különböző társadalmi változások és az ezzel együtt járó anómiás állapotok egyéni krízisek okozhatnak (lásd rendszerváltáskori vagy később a gazdasági válságból fakadó elszegényedés és munkanélküliség).

Nagy jelentősége van a jogi szabályozásnak is, ugyanis a törvények a rögzített normákkal, szabályokkal és ezek szankcionálásával értékeket közvetít, a pszichoaktív szerekkel kapcsolatban is állást foglal.

További befolyásoló tényező a reklám és tömegkommunikáció, a fogyasztói társadalom színvonala, a társadalomban a fogyasztás kultuszának erőssége és a társadalom viszonya az alkohol- és droghasználathoz.

A fiataloknak fontos viszonyítási alap a felnőtt társadalom értékrendje és ebben felfedezhető ellentmondások: ha a felnőttek egyes szereket elutasítanak, míg más szerek használatát eltűrik, sőt aktívan fogyasztják, kevésbé hiteles a még annyira jószándékú óvásuk, tiltásuk is.

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

PROTEKTÍV TÉNYEZŐK

A veszélyeztető tényezők ismerete a prevenciós és kezelési beavatkozások esetében is elengedhetetlen háttér, azonban szerencsésebb mindkét esetben a protektív tényezők erősítése, mely inkább tud megfelelő, hatékony kimenetet biztosítani.

Az egyik ilyen védő faktor lehet a reális önértékelés, ha az egyén tisztában van a pozitív tulajdonságaival, erősségeivel. A másik ilyen tényező az „én-hatékonyság” (Rutter, 1990), mely kialakulását leginkább segítő tényezők a biztonságos és támogató személyes kapcsolatok léte, a feladatteljesítés az iskolában, otthon vagy más környezetben.

A személyes fordulópontok pozitív felhasználása, a problémákkal való megbirkózás, illetve a kurdarcokból való tanulás szintén erősíti azt a tudatot, hogy hatással van az egyén a saját életére. Ne feledkezzünk meg azonban arról, hogy az erősségek kibontakozásához megfelelő lehetőségek szükségesek, melyekhez való hozzáférés meghatározó a tehetség felismerésében és kibontakoztatásában.

PROTEKTÍV TÉNYEZŐK

Mindezek mellett természetesen egyértelműen védő faktornak minősülnek a veszélyeztető tényezők hatásának csökkentésére irányuló beavatkozások is.

Mérei Ferenc pszichológus testi-lelki forradalomhoz hasonlította ezt az időszakot. Vekerdi Tamás elsősorban a lelki folyamatokra gondolva előadásaiban és írásaiban egyaránt második születésként említi. Ráadásul ez a születés is fájdalmas, de ha tudjuk, hogy az élet része, könnyebb elviselni.

Tekintsük át a legfontosabb változásokat, amelyeken mi is átmentünk, de akkor annyira benne voltunk, hogy szülőként szinte már el is felejtjük. A prepubertás, a kiskamasz-kor a 10–13 év közötti időszak. A pubertás, amit tulajdonképpen kamaszkornak, serdülőkornak nevezünk, a 12–18 év között zajlik. A posztpubertás, ifjúkor időszakát 17–24 év közé teszi a szakirodalom. A változás és az átmenet határait az egyéni fejlődés, és nem a becsült évhatárok alakítják. Van, aki korán kamaszodik, de vannak, akik nem akarnak (vagy nem tudnak) felnőni, még a húszas éveik végén sem.

PROTEKTÍV TÉNYEZŐK

A változás több síkon zajlik egyszerre. Ezek közül a legfontosabbak:

- **Biológiai változások**:

  A változást, fejlődést az agyalapi mirigy (hipotalamusz, hipofízis) által termelt hormonok indítják el.

  Kialakul az elsődleges és másodlagos nemi jelleg: lányoknál a mellek, fiúknál a bajusz, szakáll, mindkét nemnél a szeméremszőrzet.

  A nemi hormonok a lányokat fogantatásra, a fiúkat megtermékenyítésre képessé alakítják.

  Lányoknál jelentkezik a menstruáció, fiúknál a pollúció (éjszakai magömlés).

  Az alkat is jelentős változáson megy keresztül, miközben a testhossz folyamatosan nő.

- **Lélektani változások**:

  Befejeződik a pszichoszexuális fejlődés, elindul a partner keresése. (Képesség a szerelemre, együtt járás, a nemi szerep gyakorlása, testi kapcsolatok kezdete.)

  Megváltozik a környezethez való viszony.

  Megnő a kortársak, a kortárscsoportok jelentősége, fontossága.

  Megkezdődik a szülőkről való érzelmi leválás.

  Elindul az intim, személyes kapcsolatok elsajátítása, nagy csalódásokkal, felfokozott örömérzettel, rajongással.

  A konfliktusok megoldása egyre gyakorlottabban megy, egyéni technikák is kialakulhatnak.

  Előtérbe kerül a fantázia, az alkotóképesség, az igazságérzet.

  Az intellektuális érdeklődés mélyül, szeretné a fiatal megérteni vagy éppen tagadni az „egész világot”.

  Képessé válnak a több szempontú gondolkodásra.

SZENVEDÉLYBETEGSÉG, FÜGGŐSÉG SERDÜLŐKORBAN

A számos környezeti hatás, illetve a család, mint intézmény jelentős átalakulása ellenére a felnövekvő gyermekekre leginkább családjuk viszonyrendszere, működésmódja van kihatással.

Ezt illetően elsősorban a szülői példának és nevelési stílusnak van meghatározó jelentősége.

A szülők drog- (nikotin-, alkohol-, esetleg kábítószer-) fogyasztása jelentősen növeli gyermekük szerhasználatának valószínűségét. Az olyan szélsőséges nevelési stílusok, mint a durva, agresszív bánásmód, illetve a gyermekkel való törődés, az odafigyelés elhanyagolása szintén ebbe az irányba hat. Különösen nagy kockázatot rejt magában, ha a család belső életét, hétköznapjait alakító szabályok nem világosak, gyakran és kiszámíthatatlanul változnak.

A serdülőkorban szükségképpen jelentkező stresszhatásokkal való megküzdésben a szülői támogatás önmagában is jelentős, egyúttal a szerhasználattal szemben is védő erőforrás. A „szülői támogatás” elsősorban lelki támaszt, a gyermektől elvárt magatartás jutalmazását, a tényleges teljesítmény elismerését és általában is a gyermek személyiségének megerősítését jelenti. Hozzátéve, hogy mindezt a szülőknek megfelelő módon, a gyermekük számára is világosan, érthetően kell közvetíteniük, kifejezniük.

SZENVEDÉLYBETEGSÉG, FÜGGŐSÉG SERDÜLŐKORBAN

A minta előfordulása és pozitív megerősítése igen erős kockázati tényezőt jelent. Ugyanis azt a meggyőződést alakíthatja ki, hogy a szerhasználat megkönnyíti a csoporthoz tartozást. Ez sokszor valóban így van, mivel a szerhasználat a csoport tagjai iránti konkrét elvárássá válhat. A kortárscsoport kockázatnövelő hatása még kifejezettebb, ha a csoportban deviáns életvezetésű fiatalok is vannak.

Az iskolai tapasztalatokhoz kapcsolódó alacsony önértékelés többszörösére növelheti a droghasználat kockázatát. Az iskola világával elégedetlen tanulók nagyobb valószínűséggel mutatnak valamilyen rizikómagatartást. Egyes hazai vizsgálatokban a dohányzással, az alkoholfogyasztással és a lerészegedéssel kapcsolatban a tanulók iskola iránti viszonyulása mutatta a legerősebb összefüggést.

A gyermekek különböző beilleszkedési, illetve magatartási problémái is növelhetik a droghasználat valószínűségét. E szempontból az agresszív viselkedés, az antiszociális magatartás és a hiperaktivitás kockázatnövelő szerepe emelhető ki.

SZENVEDÉLYBETEGSÉG, FÜGGŐSÉG SERDÜLŐKORBAN

A megelőzés érdekében elsősorban a gyenge tanulmányi eredményű, magatartási problémákkal jellemezhető, indulatos, bántalmazó, hiperaktív tanulók, a gyengén kötődő, családi problémákkal küzdő gyermekek és azon fiatalok esetében szükséges fokozott törődés és támogatás, akik nagyon sok időt töltenek szórakozással.

Eredményeink tükrében tehát elsősorban olyan programokra van szükség, amelyek

– szülőkre, családokra a szülő-gyermek kapcsolatok erősítésére irányulnak (serdülőkortól, illetve már a serdülőkor előtt),
– tanárok és szülők bevonásával (az indulatos magatartás, deviancia, bántalmazás kapcsán) elsősorban az egyéni és családi megelőzésre, szemléletformálásra és másodsorban a kezelésre, a magatartási problémákkal küzdő serdülők integrálására irányulnak,
– támogatják a gyenge tanulók iskolai beilleszkedését és pályaválasztását,
– erősítik az iskolai közösséget,
– támogatják a pályaválasztást és a konstruktív szabadidős elfoglaltságokat,
– felelősségvállalásra és megfelelő stresszkezelésre nevelnek, valamint
– a deviáns életszemlélet alternatíváját jelentő értékeket közvetítenek.

SZENVEDÉLYBETEGSÉG/FÜGGŐSÉG MEGELŐZÉSÉNEK ÉS KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

- A kábítószerekkel kapcsolatos fogyasztói típusú (birtoklás, fogyasztás) bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van felvilágosító-megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni, amennyiben megfelel az alábbi feltételeknek:
- csekély mennyiségű kábítószert saját használatra termeszt, előállít, megszerez, tart vagy fogyaszt;
- a bűncselekmény elkövetését beismeri;
- nem állapították meg büntetőjogi felelősségét kábítószer birtoklás vagy - kereskedelem kapcsán a megelőző két évben;
- nem vett részt elterelésben a megelőző két évben. (Btk. 180. §)

ELTERELÉS

Az elterelést választókat egy pszichiáter szakorvos vagy klinikai szakpszichológus által végzett előzetes állapotfelmérés alapján utalják megelőző-felvilágosító szolgáltatásba – mely inkább javallott prevenciós beavatkozásnak tekinthető –, vagy kezelésbe.

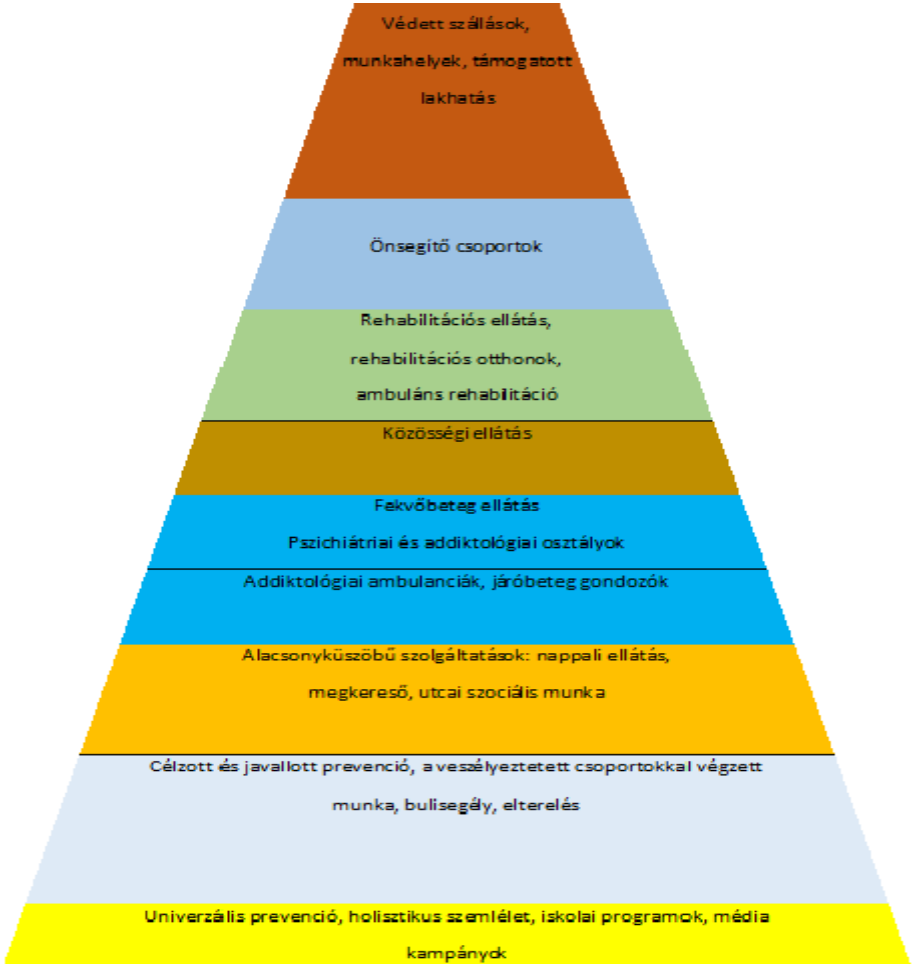
A kezelési beavatkozások tartalma nem meghatározott, azokat az addiktológiai járó- vagy fekvőbeteg intézmények (pl.: drogambulanciák, pszichiátriai és addiktológiai gondozók) keretében biztosítják az egészségügyi szolgáltatók.

A megelőző vagy kezelési programban 6 hónapon át legalább kéthetente 1,5 órában szükséges részt vennie az elkövetőnek a teljesítési igazolás kiállításához.

ELTERELÉS

- Az elterelés alkalmaira vonatkozóan nincsen egy elfogadott tematika, ezt minden szervezet és szakember a saját szakmai belátása szerint végzi. Ennek oka, hogy az elterelésbe kerülők rendkívül széles skálán mozognak nem csak a szerfogyasztásukat illetően, de a koruk, iskolai végzettségük, motiváltságuk terén is.
- A segítő feladata, hogy az első interjú alkalmával felmérje a kliens szerhasználati szokásait, mértékét, valamint a változáshoz szükséges motivációkat. A segítők az első interjút követően készítenek egy „gondozási tervet” melyben a későbbi alkalmak, témák kerülnek megfogalmazásra.
- A segítő fontosabb céljai lehetnek az elterelés során:
  - » felébressze a kliensben a változás igényét,
  - » segítse a klienst, hogy változtasson a szerhasználathoz kapcsolódó attitűdjén,
  - » azonosítsa a kliens örömteli céljait, és a kapcsolódó erőforrásait
  - » a kliens csökkentse a szerfogyasztás mértékét, mennyiségét, gyakoriságát, melynek lehetséges kimenetele a teljes absztinencia elérése,
  - » segítse a klienst az élet egyéb területén jelentkező elakadásaiban (családi, párkapcsolati, munkahelyi, tanulmányi, stb.)

AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁS PIRAMISA



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

ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÁS

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

LEHETSÉGES MEGOLDÁSI STRATÉGIÁK

- A szociális ellátásban dolgozó szakemberek szerepe a szenvedélybeteg ellátás területén elsősorban a korai kezelésbevétel, az átirányítás területén határozható meg. Emellett azonban a nem addiktológiai profilú szociális intézményekben is sokat tehetünk a szenvedélyproblémák kezelése tekintetében.
- A következőkben egy rövid intervenciós technikát mutatunk be, melynek egyszerű lépéseit követve elősegíthetjük a szenvedélyproblémákkal küzdő kliensünk magatartásváltozását.

RÖVID INTERVENCIÓS MÓDSZEREK - FRAMES

F: feedback – visszajelzés az állapotfelmérés eredményei alapján,

R: responsibility – a kliens felelősségének hangsúlyozása, a változásra történő elköteleződése rendkívül fontos.

A: advice – tanács, ami konkrét és egyértelmű: „hagyja abba az ivást” vagy csökkentse azt.

M: - menu – különböző alternatívák felajánlása a célokban és eszközökben, pl.: önsegítő csoport, szakrendelés, gyógyszeres terápia.

E: empathy – a megértés kifejezése, empátiás légkör teremtése,

S: self efficacy – hatékonyság, mind a kliens, mind a szakember bízik a változásban.

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

A MOTIVÁCIÓ FELKELTÉSE ÉS FENNTARTÁSA

- A szerhasználat abbahagyása, a továbbutalás, az addiktológiai szakemberhez járás, mind feltételezi, hogy az adott személy elkötelezett a változás iránt és motivált, hogy rendszeres kapcsolatban maradjon a szakemberekkel, eljárjon a függőkkel foglalkozó szakemberekhez.
- A motiváció kialakítása és fenntartása kiemelkedő jelentőségű a sikeres felépülés és a szenvedélybetegek hatékony segítése során. A kliens motivációja – mint más területeken is – folyamatosan változik, hullámzik. A motivációt lehet, sőt kell is fokozni, mert támogatás hiányában, vagy az idő múlásával lecsökkenhet, elmúlhat. Ilyenkor a motiváció újbóli növelése már nehezebb. A motiváció tehát változó, sokszor az adott szakember személyéhez is kapcsolódik. De mégis, a motiváció fokozása az az út, amelyen keresztül valakit a segítő kapcsolatban lehet tartani, illetve tovább lehet utalni a számára jobb ellátást (addiktológiai kezelést) nyújtó szakemberhez.

A MOTIVÁCIÓS INTERJÚ (MILLER, ROLLNICK, 1991)

1. Empátia kifejezése: az elfogadás elősegíti a változást, az ambivalencia normális, alapvető a kliens képzett módon végzett, reflektív meghallgatása.
2. Diszkrepancia kifejezése: Fontos a következmények tudatosítása, Jelen viselkedés és a fontos célok közötti diszkrepancia motiválhat a változásra! A kliens mondja ki a változás mellett szóló érveket.
3. A vitatkozás elkerülése: a vitatkozás fokozza a kliens ellenállását, az ellenállás annak a jelzése, hogy válts stratégiát! A kliensnek nem kell vállalni a „Beteg szerepet” vagy „függőséget” - ez a címkézés a változtatni tudás erejétől foszthatja meg.
4. Tánc az ellenállással - megváltoztatni az értelmezési keretet, a kliens értékes forrás a problémák megoldásában, nem eszköz, hanem cél a konfrontáció.
5. A kliens önbizalmának támogatása: a változásba vetett hit fontos motiváló tényező, a kliens a felelős, hogy válaszon és a változást végrehajtsa, mindig van remény, mindig van alternatív lehetőség.

A SEGÍTŐ FOLYAMAT

- Az egyéni esetmunka, illetve az addiktológiai konzultáció az állapotfelméréssel indul. Ehhez a szerhasználóval először vagy az „első időkben” találkozó, őt ismerő szakember is fontos: olyan információkat tud az addikciókkal foglalkozó szakembernek átadni, amit ő csak hosszabb idő után tudna meg. Itt fontos a titoktartás, illetve a szerhasználó beleegyezése, hogy ezek az információk átadhatók a szakembernek. Ha nincs a közelben addiktológiai problémákat ellátó intézmény, az állapotfelmérésre akkor is szükség van. Az állapotfelmérés során a problémákról inkább beszélgetünk a szerhasználóval, akik a személyes, bizalmi kapcsolat kialakítása után, szívesen beszélnek a szerhasználat élményeiről, jó és rossz hatásairól, a többszörös szerhasználatról.
- A szerhasználattal kapcsolatban sok a bizonytalanság magukban a használókban is: néha ugyanaz a szer rosszullétet okoz, nem tudja kiszámolni, mi történik akkor, ha többféle szert használ, mi a szerhasználata későbbi következménye, milyen testi-lelki szövődményekkel kell számolni, befolyásolja-e a szerhasználat a gyermekvállalást, milyen hatása van a magzatra, vagy a már megszületett gyerekre. Az információadás egyben a személyes kapcsolat kialakítását is lehetővé teszi.

VISSZAESÉS MEGELŐZÉS

Az addikciók kezelésében a relapszus prevenció középponti kérdés és kiemelt figyelmet érdemel.

A módszer célja, hogy segítse az egyéneket a kívánt viselkedésváltozás fenntartásában, egyrészt igyekszik megelőzni a visszaesést, illetve arra is megoldásokat kínál, ha megtörtént az, és segíti a szerhasználót a megbirkózásban, a teljes visszaesés megelőzésében.

A módszer jól használható akkor is, ha a szerhasználó viselkedés nem teljes feladásáról, hanem csak mérsékléséről van szó, illetve akkor is, ha a társuló negatív következményeket akarjuk csökkenteni (ártalomcsökkentés).

NAGY KOCKÁZATÚ HELYZETEK

- Minden olyan külső vagy belső körülmény, amelyek veszélyeztetik az egyén kontrollérzését és növelik a relapszus lehetőségét. Ezek három típusát különíthetjük el:
- Negatív emocionális állapotok (az összes relapszus 35%-a): frusztráció, düh, szorongás, depresszió, unalom.
- Interperszonális konfliktus (az összes relapszus 16%-a): párkapcsolat és házasság, barátság, munkavállaló-munkaadó kapcsolat zavara.
- Szociális presszió (az összes relapszus 20%-a): ez lehetett direkt (pl. szóbeli rábeszélés) vagy indirekt (pl. jelen lenni olyanok között, akik drogot használnak).

FIGYELMEZTETŐ JELZÉSEK

- Ide sorolhatók az automatikus gondolatok és addiktív hiedelmek, melyek szerhasználathoz vezethetnek. Ezek előre jelezhetik a szerhasználatot és a visszaesést, például:
- Minden vagy semmi gondolkodás -„Ha nem lehetek a legjobb, nincs értelme akár egy próbát is tenni.”
- Túláltalánosítás (ha valami rosszra fordult, mindig úgy marad) - ”Visszaestem öt év absztinencia után, ezután már soha nem leszek képes drog nélkül élni.”
- Mentális szűrő (az egyén csak a negatív dolgokat veszi észre) - „Soha nem felejtem el, ahogy akkor elbántak velem!”
- A pozitív negatívba fordítása (a pozitív dolgok „nem számítanak” ezért vagy azért).
- Eljutni negatív következtetéshez (anélkül, hogy erre megfelelő bizonyíték lenne) - „Gondolatolvasás”: „A barátom kétszer félbeszakított. Biztos, hogy egy unalmas alaknak tart, akire nem érdemes figyelni.”
- Katasztrófává alakítás (ha valami rosszra fordul, biztos, hogy totális katasztrófa lesz belőle) - „Ha vágyat érzek arra, hogy igyak, biztos, hogy nem bírom ki.”
- „Kell” és „muszáj” megállapítások (ha a személy felé irányul, bűntudat alakul ki, ha más felé, akkor frusztráció, düh és neheztelés) - „Nem lehetek mérges.” „Mindig pontosan kell érkeznie.”

AZ ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÓRENDSZER BEMUTATÁSA - ALACSONYKÜSZÖBŰ SZOLGÁLTATÁSOK

Nem támasztanak magas követelményeket a kliensek felé, általában anonim módon, térítés nélkül igénybe vehető szolgáltatások.

Továbbá nem absztinencia-orientáltak, hanem a szerhasználat/szerfüggés/viselkedéses problémák ártalmait csökkentő, és pszichoszociális támogatást, életviteli tanácsadást nyújtó programok, szolgáltatások.

Célja tehát az addiktológiai problémával küzdők és közvetlen környezetük elérése, fogadása, aktuális problémájuk kezelése, a lehetséges járulékos ártalmak csökkentése, a változás elindítása és segítése.

Alacsonyküszöbű tevékenységi formák: pszicho-szociális intervenciók, információs, valamint felvilágosító szolgáltatások, telefonos, információs vonal fenntartása, nappali ellátás (drop-in), megkereső munka (utcai munka és party service szolgáltatások), tű- és fecskendőcsere szolgáltatások, szűrések. alacsonyküszöbű ellátás a szervezett megkereső programokon felül biztosítja az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat és a kríziskezelést.

NAPPALI ELLÁTÁS

A szenvedélybetegek részére biztosított nappali ellátás a saját otthonukban élő, tizenhatodik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő szenvedélybetegek számára nyújt önkéntes alapon igénybe vehető, szociális, egészségügyi és mentális állapotuknak megfelelő alapszolgáltatásokat, valamint, nyitott formában, az ellátotti kör és a lakosság által egyaránt elérhető lehetőségeket. A nappali megnevezés arra utal, hogy adott helyiségben, meghatározott napközbeni nyitva tartás mellett különféle szolgáltatásokat nyújt szenvedélybetegek és hozzátartozóik részére.

Egyéni konzultációs és csoportos foglalkozásokat biztosít, lehetőséget ad a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, higiénés szükségletek kielégítésére, étkeztetésre, és a helyi igényeknek megfelelő közösségi programokat szervez, valamint helyet biztosít a közösségi szervezésű programoknak, önsegítő csoportoknak.

A nappali ellátási forma fontos eleme a szolgáltatás preventív hatása, hiszen az egyéni szükségletekre alapozott hosszabb távú szociális és mentális gondozással, az életvitel, életvezetés segítésével, a személyiség fejlesztésével, a közösség erejével megelőzhető, hogy a problémával küzdő egyre inkább izolálódjon, állapota rosszabbodjon. A nappali alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását illetve fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a bio-pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a mentális gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést.

KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS

Célja a szenvedélybetegek támogatása saját lakókörnyezetükben az önálló életvitelük fenntartásában, valamint további gyógyulásuk és rehabilitációjuk elősegítése. A szerhasználók saját lakókörnyezetükben történő elérése érdekében a közösségi programok segítségével megkereső tevékenységet szervezhetnek.

A közösségi ellátások keretében biztosítani kell: a meglévő képességek megtartását és fejlesztését, pszicho-szociális rehabilitációt, szociális és mentális gondozást a szenvedélybetegek saját otthonában, tartózkodási helyén. Segítséget nyújt a szenvedélybetegek számára egészségi és pszichés állapotuk javításában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában; a szociális és mentális gondozásukban, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban.

A közösségi ellátás akkor hatékony, ha átfogó, tehát nem csak szigetszerűen épül ki, és integrált a többi addiktológiai szolgáltatással. További feladat a házi- és kezelőorvossal való kapcsolattartás révén az ügyfél állapotának figyelemmel kísérése, illetve egészségügyi, terápiás szolgáltatásokon, szűrővizsgálaton való részvételének ösztönzése.

JÁRÓBETEG ELLÁTÁS

Drogambulancia, egészségügyi, addiktológiai ambuláns ellátás, TÁMASZ ambulanciák, területi ideggondozók – olyan ellátásokat nyújtanak, melyek elsősorban a függőségi problémákkal küzdőket látja el.

Tevékenységi körük és alkalmazott módszerek közé tartozik az állapotfelmérés, információ szolgáltatás, addiktológiai konzultáció, krízisintervenció, kezelés, gyógyszeres fenntartó kezelés, elterelés, egyéni és csoportos pszichoterápiás módszerek, önismeret, kommunikációs technikák fejlesztése.

KÓRHÁZI FEKVŐBETEG ELLÁTÁS

A problémás és függőségben szenvedő alkohol és kábítószerfogyasztók, valamint viselkedési függőségekkel küzdők kórházi ellátásának kétféle oka lehet.

Egyik a drogtúladagolás következtében életveszélyes, vagy mérgezéses állapotba került szerhasználó sürgősségi ellátása.

A másik esetben a drogbeteg maga kéri felvételét az addiktológiai vagy pszichiátriai osztályra, mely jelentkezés célja a szermentesség elérése. Ez általában 2-6 hétig tartó terápiás folyamat. A szerről való fokozatos leszokást különböző gyógyszeres kezeléssel (pl. Metadon) és más terápiák (egyéni, csoportos pszichoterápia) együttes alkalmazásával segítik.

REHABILITÁCIÓ

A rehabilitációs folyamat célja, hogy a szenvedélybetegséggel küzdő személy megtanuljon szermentesen élni, megtalálja saját szerepét a társadalomba, ahova visszailleszkedve, annak teljes jogú tagjaként éljen.

A rehabilitáció általában fél – egy évig tart (általában ennyi időt töltenek a rehabilitációs otthonban). A folyamat önkéntes, azonban általában egyetlen szenvedélybeteg sem választ önként, hanem a kezelésbe, az elvonási tünetek előli menekülésbe való belefáradás, a teljes anyagi, egzisztenciális ellehetetlenülés, a fizikai és szellemi lepusztulás, hozzátartozók ultimátumai vagy akár bírósági határozat miatt jelentkeznek.

A rehabilitáció akkor sikeres, ha nem csupán a szermentességre tanítja meg a személyt, hanem elindítja őt a felépülés útján. A felépülési folyamat célja, hogy az egyén megtalálja életének értelmét (kialakítsa azokat a kapcsolatokat, tevékenységeket, amelyek nem kapcsolódnak a szerhasználathoz), amelyhez nagy segítséget nyújt a terápiás közösség, önsegítő csoport és a hozzátartozók támogatása (tehát a felépülési folyamat túlmutat a rehabilitáción töltött időn). A felépülés hosszadalmas (gyakran azt mondják, hogy élethosszig tartó), többlépcsős folyamat, amelyben a sikertelen próbálkozásoknak is helye van, de minden próbálkozás a változást segíti elő.

TÁMOGATOTT LAKHATÁS

Ez a szociális szolgáltatási forma 2013-tól került be a jogi szabályozásba. Az addig tartós bentlakásos szociális intézményben szenvedélybetegek részére biztosít intézményen kívüli lakhatási szolgáltatást az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően.

Az egyén önálló életvitelének segítése érdekében – a lakhatás mellett – biztosítja a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt.

A támogatott lakhatás szolgáltatási elemei: felügyelet, étkeztetés, gondozás, készségfejlesztés, tanácsadás, pedagógiai, gyógypedagógiai segítségnyújtás, háztartási segítségnyújtást.

ÖNSEGÍTŐ CSOPORTOK

Önsegítés és önsegítő csoportok működtetésének katalizálása és kapcsolattartás. Az önsegítő csoportok – melyek nem kizárólag az NA, AA csoportokat jelentik – segítenek a tünetek kezelésében és a nehézségek megélésében.

A szenvedélybetegek önsegítő csoportjaiban, a felépülésben lévő szerhasználók találkoznak, hogy segítsék egymást az absztinencia megtartásában. Javítják az életminőséget, a mindennapi funkcionalitást, bővítik a szociális hálót és csökkentik az egészségügyi és terápiás kezelések számát és hosszát Az önsegítő csoportok sok esetben sikeres alternatívái vagy kiegészítői a professzionális ellátásnak. Ide tartoznak a hozzátartozói csoportok is, ahol a családtagok felismerik, hogy problémáikkal nincsenek egyedül, a szenvedélybeteg hozzátartozóval kapcsolatban mások is hasonló problémákat és érzéseket élnek meg. Emellett tapasztalataikkal és visszajelzéseikkel egymást tudják segíteni a továbblépések keresésében. Az önsegítő csoportok működésének elősegítése kiemelkedő feladata lehet a telepen dolgozó szakembereknek.

A FELÉPÜLÉS FOLYAMATA

A szenvedélybetegség egy gyakran rejtőzködő állapot. Ennek egyik oka, hogy a szenvedélybetegekkel kapcsolatban sok előítélet van jelen a társadalomban.

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

A FELÉPÜLÉS FOLYAMATA A SEGÍTŐ SZEMSZÖGÉBŐL

A szenvedélybetegséggel küzdő személyekkel történő kapcsolatfelvétel közül a szerhasználókkal való kapcsolatfelvételt emeljük ki. Egyik első eleme a megkereső, utcai szociális munka. Ezekben az úgynevezett alacsonyküszöbű programokban a kliensnek semmilyen feltételnek nem kell megfelelni ahhoz, hogy segítséget kapjon.

Egy ilyen tipikus példa az utcai tűcsere tevékenység. A kliensek itt a nevük vagy bármely más adat megadása nélkül, a józanságra törekvés elhatározása nélkül kapnak steril fecskendőket annak érdekében, hogy meg tudjuk előzni egyes fertőzések (Hepatitis C és HIV) fecskendő megosztáson keresztül történő továbbadását.

De ide tartoznak az úgynevezett party service programok is, ahol parti helyeken adnak a klienseknek vizet, vitaminokat és óvszert. Ezen szolgáltatások célja a jelenleg is szerhasználó kliensek elérése és a szerhasználat ártalmainak csökkentése. Ez egy első kapu, amelyen keresztül a jelenleg a változásra nem nyitott kliensek mégis elérhetők a szakemberek számára.

A FELÉPÜLÉS FOLYAMATA A SEGÍTŐ SZEMSZÖGÉBŐL

Bármilyen ellátáson belül is történik a kapcsolatfelvétel, a segítő kapcsolatokban leginkább a segítő személy, vagyis a saját attitűdünk az, amelyet tudatosan alkalmazhatunk a mély és őszinte kapcsolat kialakítására. Nem az alkalmazott kérdőívekben rejlik a megoldás, nincsenek biztos módszerek, amelyek garantálják a sikerességet, leginkább saját hozzáállásunk és magatartásunk tudatos használatában rejlik a saját felelősségünk.

A hatékonyság attól függ, hogy a segítő mennyire képes optimális feltételeket biztosítani az egyén erőforrásainak kibontakozásához.

A FELÉPÜLÉS FOLYAMATA A SEGÍTŐ SZEMSZÖGÉBŐL

A segítő kapcsolatokban, általában 3 fő attitűd fontosságát hangsúlyozzák:

- az empátiás megértés (együttérzés, a kliens világának megérzése)
- a felépülő feltétel nélküli elfogadása
- a hitelesség, vagyis kongruencia

(Rogers, 2008)

MOTIVÁCIÓS INTERJÚ

Prochaska és Di Clemente modell szerint a felépülő 7 fázis között mozog:

1, a kliens nem szeretne változni

2, bizonytalan abban, hogy változni szeretne

3, gondolatban igen, de érzelmeiben kevésbé elszánt a változásra

4, megkezdi a változást, aktívan tesz a változásért

5, fenntartja a bevezetett változásokat

6, visszaesés, újbóli szerhasználat

7, a változás újra stabil, hosszú időn át megtartja azt

MOTIVÁCIÓS INTERJÚ

A motivációs interjúban kifejezzük a kliens jogát arra, hogy változtasson az életén, azonban annak személyes felelősségét is hangsúlyozzuk. A motivációs interjú elemei:

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

MOTIVÁCIÓS INTERJÚ

- A motivációs interjú során kerüljük a direkt kinyilatkoztatásokat. Igyekezzünk inkább megértőek lenni, nyitott kérdéseket feltenni, megerősíteni az előremutató elképzeléseket. Hasznos lehet a kliens érzéseinek visszatükrözése az általa elmondottak összefoglalása. Kifejezetten a probléma elfogadására, a szerhasználattal kapcsolatos aggodalmakra, a változás vágyára fókuszáló kijelentések esetén. Ezáltal a változás mellett elhangzó érveket erősíthetjük meg.
- Amennyiben a kliens nem tűnik motiválhatónak, jó módszer lehet az állapotfelmérésben tapasztaltak visszatükrözése (egészségügyi problémák, büntető ügyek, társas kapcsolatok megromlása) és a szerhasználat ártalmairól való tájékoztatás (pszichoedukáció).
- Minden viselkedés változtatás nehéz, ezért a felépülés során végig fontos a kellő motiváció fenntartása, azonban szenvedélybetegek esetében gyakori a probléma tagadás és a motiváció időszakos felbukkanása és gyors eltűnése, valamint ezen állapotok váltakozása. A motiváció ilyen váltakozása a felépülés része, ezért nem érdemes lemondani az éppen motiválatlan kliensről, ekkor a motiváció újbóli felkeltése kell, hogy a célunk legyen.

JÓ GYAKORLATOK – RESZTORATÍV SZEMLÉLET

Az iskolákban megjelenő, és egyre több problémát okozó erőszak nagy kihívások elé állítja a tanárokat. Megfigyelhető, hogy az utóbbi években a resztoratív szemlélet gyakorlati alkalmazása az iskolai erőszak leküzdésében is egyre nagyobb népszerűségnek örvend.

Ez a szemlélet az iskolai életben azt az újdonságot nyújtja, hogy normasértés esetén a következményekről, a büntetésről az érintettek, főként a felnőttek, nem a gyerek feje fölött döntenek, nem felülről próbálják meg rákényszeríteni a szabályokat, hanem a diákokat bevonva, közösen oldják meg a felmerülő problémákat. Eközben az érintettek egyaránt magas szintű kontrollban, komoly érzelmi támogatásban részesülnek.

A RESZTORATÍV ELJÁRÁSOK FOGALMA

A resztoratív eljárások fogalma Magyarországon nem ismeretlen, legfőképpen a **jog területén** használatos.

A gyakorlatban szerzett tapasztalatait elemezve Wachtel (1997) szerint resztoratív eljárások azok, amelyek az egyént visszavezetik a közösségbe, és segítségével a közösségek visszanyerik összetartó és gondoskodó erejüket.

A RESZTORATÍV ELJÁRÁSOK SZAKASZAI

A resztoratív eljárások szakaszai:

1. A keretek ismertetése
2. A tények átbeszélése
3. A cselekmény hatásainak felismerése, megértése, érzelmek kifejezése
4. A jóvátétel kidolgozása
5. A jövőbeni helyes magatartásokban való megállapodás
6. Lezárás

A MINNESOTA MODELL

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

A Minnesota modell filozófiája négy pontban foglalható össze:

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

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

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

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

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

A MINNESOTA MODELL

Az elsődleges kezelés 12 elemből áll.

1. Csoportterápia
2, Előadások
3, Sorstársak mint tanácsadók
4, Multiprofesszionális személyzet
5, Terápiás közösség
6, Munkamegosztás
7, Családi tanácsadás
8, 12 lépéses program: a felépülő motiválása a lépések megtételére.
9, Olvasó csoportok: az A.A és az N.A lépéseinek és hagyományainak olvasása.
10, Élettörténet: a saját életút és a függőség írásban történő rögzítése.
11, A.A és N.A csoportok látogatása: sorstárs csoportokon való részvétel.
12. Kikapcsolódás: a felépülés fontos eleme, hogy új örömteli cselekedetekbe kezdjen a függő pl: testmozgás, túrázás, festés és más kreatív hobbik.

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

A PORTAGE MODELL

- A kanadai Portage modell 1970-ben született, néhány helyi lakos munkája által. Mára több országban működik a modell alapján szerveződő terápiás közösség, Magyarországon 2000-ben került sor az első képzésre.
- Hasonlóan a Minnesota modellhez, a teljes absztinenciára, a közösségekben zajló felépülésre és a változás lépcsőzetességére épül, azonban több ponton különbözik attól. A felépülő előrehaladását a hirearchikusan felépülő közösség szabályozza. A közösség támogatása mellett a felépülők egy személyes segítővel is kapcsolatot tartanak. A Portage modell erősen táplálkozik a pozitív pszichológából, amely kiemeli az egyéni képességek fontosságát és a felépülő aktív szerepét saját élete irányításában.
- Minden felépülő azonos fázisokon megy keresztül a segítői folyamatban.

A PORTAGE MODELL

- 1. Állapot felmérés: a fontos életterületek értékelése a bekerülésnek megfelelő állapotban
- 2. Bentlakásos kezelés: beilleszkedés a terápiás közösségbe, új képességek lépcsőzetes elsajátítása
- 3. Beilleszkedés a társadalomba és utánkövetés: a felépülés nem ér véget az új képességek terápiás közegben történő tanulásával, azok gyakorlatba ültetése ugyanolyan fontos, a közösség tovább segíti a tagokat.

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

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

A BRIT FELÉPÜLÉS-KÖZPONTÚ MODELL

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

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

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

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

4, A felépülés nem csak az egyén és a közeli közössége, hanem a társadalom szintjén kell, hogy megtörténjen. A szenvedélybetegséggel kapcsolatos társadalmi stigmák ledöntése nagyobb hangsúlyt kap ebben a mozgalomban. Az egész társadalmunk felelőssége, hogy olyan környezetet alkossunk magunknak, amiben az egyének épülni tudnak. Emiatt az ellátásban is hangsúlyozza a hierarchia csökkentését, a szakember és a felépülő egyenlő felekként történő kezelését.

(Mental Health Commission of New Zealand, 2011)

A BRIT FELÉPÜLÉS-KÖZPONTÚ MODELL

A felépülés-központú modell

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

(Department of Health, 2011)

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

(Frese et al., 2001)

A PROCHASKA ÉS DICLEMENTE FÉLE FELÉPÜLÉSI MODELL

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

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

A PROCHASKA ÉS DICLEMENTE FÉLE FELÉPÜLÉSI MODELL

- Töprengés előtti szakasz
- Töprengés
- Előkészület
- Cselekvés
- Fenntartás
- Befejezés

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

A serdülőkor személyiség-lélektani jellemzői az engedély nélküli eltávozások tükrében

A SERDÜLŐKOR SZEMÉLYISÉG-LÉLEKTANI JELLEMZŐI AZ ENGEDÉLY NÉLKÜLI ELTÁVOZÁSOK TÜKRÉBEN

A személyiség fejlődését meghatározó tényezők

- A személyiség fejlődése olyan minőségi változást jelent, amely során korábban létezett struktúrák differenciálódása megy végbe. Az érés és a tanulás folyamatos kölcsönhatása egyre magasabb szerveződési szinten irreverzibilis állapotot idéz elő.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Bronfenbrenner (1986) értelmezése szerint a fejlődésben szerepet játszó társadalmi hatások rendszerében a következő elemeket azonosíthatjuk:

- a gyermek közvetlen környezete (családi közösség, lakókörnyezet, iskolai környezet és a kortárscsoport);
- a közvetlen környezet szereplőinek interakciója, a szociális kapcsolati háló;
- az intézmények (pl.: szülők munkahelye, önkormányzat, a település jellege, a tömegkommunikáció, az oktatás és nevelés társadalmi intézményei);
- kulturális nézetek és hiedelmek összessége (pl.: a gyerekszerep tartalma, a gyereknevelésről és az oktatásról vallott felfogás).

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

A személyiség fejlődése két elválaszthatatlan, egymást kölcsönösen kiegészítő összetevője a perszonalizáció és a szocializáció.

A fejlődést legmeghatározóbb szocializációs színterek: a család, majd pedig a nevelés és oktatás különböző intézményei.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Az elsődleges szocializáció életünk legmeghatározóbb éveit öleli fel.

A családban a felnőttek fontos közvetítő funkciót töltenek be, általuk közvetítődik a nyelv, a világnézet, a szociális élet normarendszere, és alapvető beállítódások és érzelmi viszonyulások kerülnek átadásra.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Ezek a korai tapasztalatok interiorizálódnak és az alakuló identitás alapjául szolgálnak.

Az elsődleges szocializáció legfőbb tanulási mechanizmusa az azonosulás, amely a gyermek és a szignifikáns személyek között létrejött érzelmi kötődésen nyugszik.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Erikson (2002) pszichoszociális fejlődéselmélete nemcsak biológiai késztetésekről beszél, hanem a társas-társadalmi tényezők szerepét szintén fontosnak tartja.

Továbbá egész életen át tartó fejlődési programot határoz meg. Az emberi identitás alakulását jól körvonalazható életciklusokra bontva képzeli el, és az egyes korokhoz más-más célt rendel.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Erik Erikson elmélete szemlélteti legjobban azt a megközelítési irányt, hogy a növekvő gyerekek fejlődését csak komplex módon érthetjük meg, a testi, értelmi, lelki és társas változásokat együttesen figyelembevevő rendszerezéssel. A háttérben különböző tényezők kölcsönös függése, összefonódó egymásra hatása fedezhető fel.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Az interperszonális kapcsolatok szerveződésében lényeges fordulópontokat különíthetünk el. Ezek a periódusok a családi kapcsolatokat követően a bölcsődébe, óvodába és az iskolába kerülés időpontjai.

De fontos kiemelni a pubertáskor időszakát is, amikor a gyerek-szülő kapcsolat átalakulásával párhuzamosan a gyermek életében egyre fontosabbá váló új személyek megjelenésével a teljes társas kapcsolati rendszer jelentősebb módosulása figyelhető meg.

A SZEMÉLYISÉG FEJLŐDÉSÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

A családi közösségben kialakult érzelmi kötődések egész életünk alakulására hatással vannak. A személyes kapcsolatok megléte vagy elégtelensége lényegesen befolyásolja szociális magatartásunkat, életminőségünket.

A perszonális kapcsolatok szerveződésében jelentős módosulást idéz elő a család hiánya, a családot kiegészítő vagy az olykor teljesen helyettesítő, eltérő szocializációs környezet, amikor a gyerekek szegényesebb, bizonytalanabb kötődésekkel, kötődési rendellenességekkel, társas viselkedésbeli problémákkal rendelkezhetnek.

KÖTŐDÉSEK



"A kötõdés
a közelség elérésére és
fenntartására irányuló hajtóerõ."
Dr. Gordon Neufeld







AZ INTRAUTERIN KÖTŐDÉS

A születést követő kötődési viselkedés tanulmányozása mellett újabb és újabb kutatások tárgyalják a méhen belüli tapasztalatok és a születést követő viselkedés közötti szoros kapcsolat fontosságát, az intrauterin életkor személyiségfejlődésre gyakorolt hatását.

JOHN BOWLBY KÖTŐDÉSELMÉLETE

Bowlby korai kötődéselméletének építőköveit olyan közvetlen tapasztalatok és indirekt ismeretek adják, amelyek alapvetően a következő forrásokból származtathatók:

- beilleszkedési zavarral küzdő fiúk otthonában szerzett tapasztalatok,
- árvaházi gyerekek gondozási-nevelési feltételrendszerének vizsgálati adatai,
- kórházba került kisgyerekek megfigyeléseinek eredményei, valamint /
- Lorenz imprinting teóriájának és
- Harlow rhesus majmokkal kapcsolatos vizsgálatainak ismeretei.

JOHN BOWLBY KÖTŐDÉSELMÉLETE

Az elsődleges személyhez történő kötődés alakulása, a kisgyermek viselkedésében manifesztálódó folyamat lényegében a következő szakaszokra osztható:

- Első időszakban a csecsemő nem tud még különbséget tenni a körülötte lévő személyek között,
- majd egyre inkább érzékelhető az édesanya személyének a preferálása.
- Ezután fokozatosan bontakozik ki kettejük között az érzelmi kötelék,
- végül pedig teljes mértékben megszilárdul ez a kapcsolat.

JOHN BOWLBY KÖTŐDÉSELMÉLETE

A rendellenességekhez vezető szeparációt követő reagálási folyamatban az alábbi fázisok változásait figyelhetjük meg:

/1/ a gyermek tiltakozása,

/2/ kétségbeesése

/3/ és a leválás.

A kezdetben egyre erősödő érzelmi ellenállás fokozatosan alábbhagy és az elsődleges kötődési személynek a végleges elvesztéséhez kapcsolódóan megjelenik a gyász érzése. A leválást követően a gyermek új személyekhez történő kötődési folyamatát rendellenes reakciók kísérik.

JOHN BOWLBY KÖTŐDÉSELMÉLETE

Bowlby maga is az elsődleges gondozónak a „rendelkezésre állását”, elérhetőségét és válaszkészségét tartotta a legfontosabbnak.

A rendelkezésre állás biztosítja azt, hogy a kisgyermekben kialakuljon a fontos másik személy elérhetőségére szerveződő pozitív tapasztalatok belső reprezentációja.

A KÖTŐDÉSI BIZTONSÁG MÉRTÉKE ÉS A KORAI KÖTŐDÉSI MINTÁZATOK

A kötődési biztonság mérésének kiindulását jelentő vizsgálatok Mary Ainsworth és munkatársainak a nevéhez fűződik.

Az eredmények szerint a csecsemők különböző kötődési stílusokba sorolhatók. Lehetnek biztonságosan kötődők (B típusú), valamint bizonytalanul kötődők: bizonytalan elkerülők (A típusú) és bizonytalan ellenálló / bizonytalan ambivalens kötődésűek (C típusú).

A KÖTŐDÉSI BIZTONSÁG MÉRTÉKE ÉS A KORAI KÖTŐDÉSI MINTÁZATOK

Donald Winnicott az „elég jó” anyaság fogalmával írta le azt a magatartást, amely azt eredményezheti, hogy a felnőtt nem alakít ki újabb szükségleteket a gyermekben, hanem a meglévő igényeit megfelelően kielégíti.

Nem ingerel túl és nem ingerel alul, mindössze „illeszkedik” a gyermekhez. Nem árasztja el felesleges impulzusokkal, de érzékeny alkalmazkodásával reagál a jelzésekre.

A KÖTŐDÉSI BIZTONSÁG MÉRTÉKE ÉS A KORAI KÖTŐDÉSI MINTÁZATOK

A biztonságosan kötődő csecsemők édesanyáinak viselkedésében a gyerekek szükségleteihez igazodás figyelhető meg, azonnal reagálnak gyermekük sírására, és gyengéden viszonyulnak hozzájuk.

Az anya rövid ideig tartó eltávozásakor az ilyen gyerekeket önbizalom és nyugodtság jellemzi, míg a súlyosabb szeparációban aggodalom és félelem.

A KÖTŐDÉSI BIZTONSÁG MÉRTÉKE ÉS A KORAI KÖTŐDÉSI MINTÁZATOK

Ezzel szemben a bizonytalan kötődést mutató csecsemő édesanyja inkább saját hangulata, kívánsága szerint jár el, és kevésbé érzékeny gyermeke jelzéseire.

Ennek következtében a szeparációs helyzetekhez a kisgyermek reakciói kiszámíthatatlanabbak: bizonytalanság, heves függetlenedési szándék, visszahúzódás vagy ellenséges megnyilvánulás fedezhető fel.

A KÖTŐDÉSI BIZTONSÁG MÉRTÉKE ÉS A KORAI KÖTŐDÉSI MINTÁZATOK

- Későbbi kutatások egy negyedik típusú kötődési mintázatot is azonosítottak, amit dezorganizált, dezorientált, zavarodott (desorganized, D típusú) viselkedésnek neveztek el.
- Ebbe a csoportba azok a kisgyerekek tartoznak, akiknél a vizsgálati helyzetben, olyan megnyilvánulások fordulnak elő, amelyek alapján az előző kategóriák egyikébe sem sorolhatók be egyértelműen, attól eltérően: zavarodottan, ambivalensen vagy teljesen „széteső” módon viselkednek.

A KÖTŐDÉSI BIZTONSÁG MÉRTÉKE ÉS A KORAI KÖTŐDÉSI MINTÁZATOK

Már Bowlby is kihangsúlyozta, hogy az érzelmi kapcsolat alakulásában fontos szerepe van a kölcsönösségnek: a kisgyerek is alkalmazkodik a szülőhöz és a szülő is alkalmazkodik a gyermekhez.

A kutatások eredményei alapján egyfelől az érzékelhető temperamentumbeli, individuális különbségek jellegzetességei játszhatnak szerepet a kötődés alakulásában, másfelől viszont inkább az interakciók tartalma, a személyes kapcsolat minősége a sorsdöntő. Kiderült továbbá az is, hogy kritikus, nehéz élethelyzetek szintén befolyásolhatják a gondozóhoz való kötődést.

A SERDÜLŐKORÚ FIATALOK KÖTŐDÉSEI

A serdülőkorban olyan további fontos feladatok teljesítése előtt állnak a fiatalok, mint a saját családtól történő érzelmi függetlenedés, a társadalmi-kulturális hatásoktól függő saját nemi szereppel való azonosulás, valamint a felnőtt társadalmi szerep felvállalása oly módon, hogy az ne a saját identitásáról való lemondást, hanem annak beteljesülését jelentse.

A SERDÜLŐKORÚ FIATALOK KÖTŐDÉSEI

A gyermekvédelmi gondoskodásba került fiataloknál lehet látni például, hogy a deviáns csoportokhoz tartozni akarás vágya mögött gyakran a düh, a harag, a szülőkkel szembeni bosszúvágy, illetve a szeretethiány, az elégedetlenség érzése húzódik meg.

Ismert jelenség, hogy egyrészt a társadalmilag kedvezőtlen helyzetű fiatalok, másrészt a jómódú családok gyermekei érintettek a deviáns viselkedésben.

A SERDÜLŐKORÚ FIATALOK KÖTŐDÉSEI

Az életkor előrehaladásával a barátságok egyre fontosabbá válnak, és mint a vizsgálatok eredményei is jelzik, a külső jegyek és a közösen végzett tevékenységek alapján létrejött társulások után, a barátságok sokkal összetettebb és olykor ambivalensebb képet mutatnak.

A serdülőkorba lépő gyerekek barátválasztásukat a következőkkel indokolják: kölcsönös bizalom, kölcsönös rokonszenv, segítőkészség, szolidaritás, hasonló érdeklődés és ízlés, régi ismeretség, együtt eltöltött idő.

A SERDÜLŐKORÚ FIATALOK KÖTŐDÉSEI

A felnőttkori intimitás szoros kapcsolatban áll a gyermekkorban megszerzett kötődési élménnyel.

Egy megközelítés szerint a korai kötődési stílusok mintájára a felnőttek lehetnek biztonságosan kötődők, elkerülők és szorongó-ambivalens kötődésűek.

A SERDÜLŐKORÚ FIATALOK KÖTŐDÉSEI

Gervai Judit kiemeli, hogy a kötődési zavar „a kisgyermek biztonságérzetének általános és mélyreható” zavara, amelynek előidézői a súlyos elhanyagolás, a durva bánásmód, illetve a gondozók gyakori cserélődése. Ezt a diagnózist fontos elkülöníteni, más hasonló tüneteket is mutató betegségektől.

Három típusa írható le a kötődési anomáliáknak:

- a kötődés teljes hiánya,
- az indiszkrimináns kötődés,
- valamint a gondozó és gyermek szerepcseréje.

VÁLTOZÓ GYERMEKVÉDELMI TEVÉKENYSÉGEK

Ma a családok legfontosabb szerepét a következőkben határozhatjuk meg: gazdasági elosztási funkció, támogató funkció, információszűrési és kezelési funkció, visszajelzési funkció, életcélt adó és identitást támogató funkció, referencia funkció, segítő funkció és regenerálódási-pihenési funkció.

VÁLTOZÓ GYERMEKVÉDELMI TEVÉKENYSÉGEK

Ehhez kapcsolódva a gyermekotthonokra „családkiegészítő” szerep hárul. Ez a helyettesítő kisközösség különbözik a hagyományosnak mondott családtól, nem válthatja fel azt, ugyanakkor mégiscsak az említett családi funkcióikból vállalhat fel feladatokat, és kiegészíti azokat.

A gyerekek nevelésében speciális beavatkozások történhetnek, amit a szakirodalomban nagyon gyakran pótló, helyettesítő, korrigáló és kiegészítő szocializációs - nevelési tevékenységekben jelölnek meg.

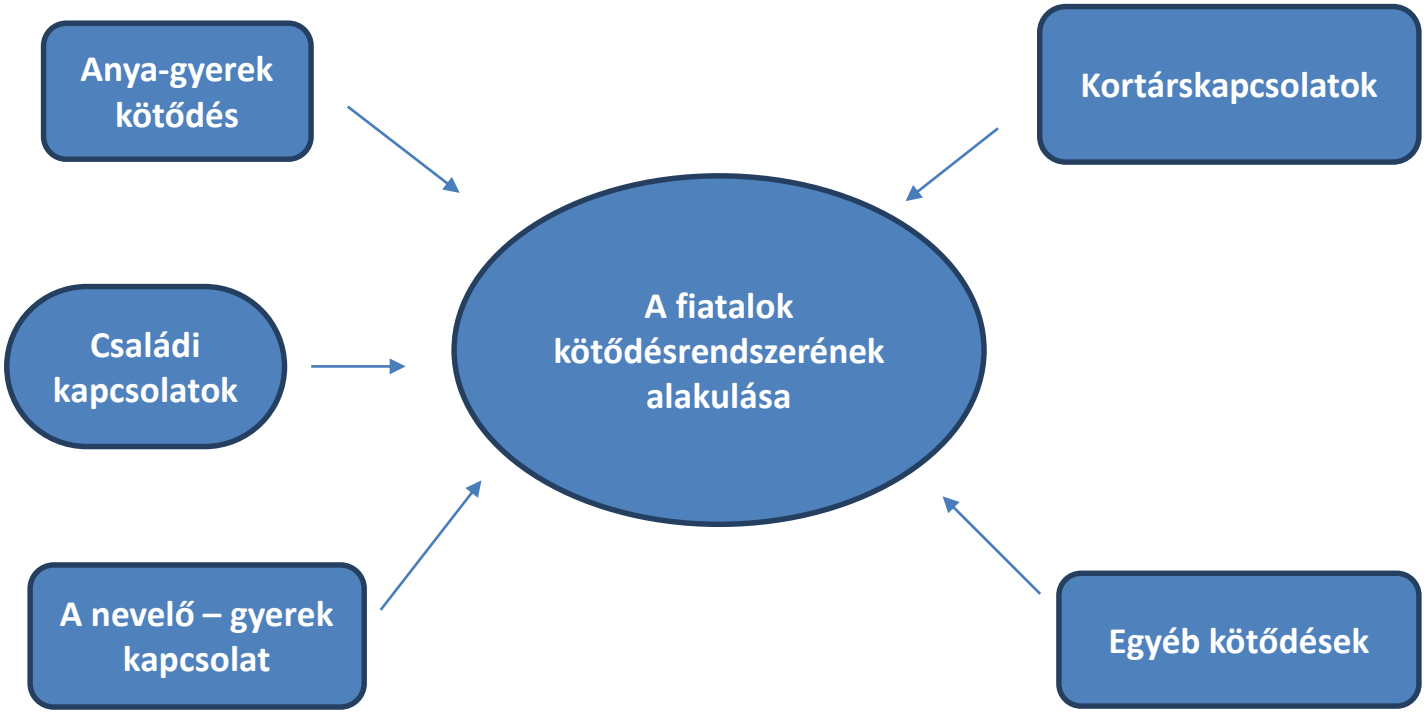
VÁLTOZÓ GYERMEKVÉDELMI TEVÉKENYSÉGEK

Az érintett fiatalok teljes szociális kapcsolatrendszerében: a gyermekotthonon kívüli és a gyermekotthonon belüli társas mezőben, a bentlakásos otthonban dolgozó felnőttekkel kialakított viszony központi helyet foglal el.

A nevelőkhöz fűződő érzelmi kapcsolatok, a felnőttek és a gyerekek közötti kötődések tartalmi sajátosságai befolyásoló erőként, lényeges hatást fejthetnek ki további életük alakulására.

VÁLTOZÓ GYERMEKVÉDELMI TEVÉKENYSÉGEK

A gyermekotthonban élő fiatalok társas kötődésrendszerének összetevői



Zsubrits A. (2012). A kapcsolat, mint esély - A gyermekvédelmi intézményekben élő serdülőkorú fiatalok kötődésrendszerén belül a nevelőkkel kialakult kapcsolat összetevői - Doktori (Ph.D) értekezés 58. oldal https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15284/zsubrits-attila-phd-2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

A GYERMEKVÉDELEMBEN NEVELKEDŐ FIATALOK KÖTŐDÉSRENDSZERÉNEK ALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

A gyermekotthonokban a formálisan szerveződött intézményekhez hasonlóan az emberi kapcsolatoknak két szintjét különíthetjük el: egyfelől a formális közösségeket, másfelől a gyerekek önálló, spontán kezdeményezéséből születő társulásait.

Az elsőbe külső szervező elv alapján, a társadalmi-gazdasági működés mentén kialakított hierarchikus elrendeződésű pozíciók és az azokhoz tartozó szerepszerű megnyilvánulások tartoznak bele: egyrészt maguk a gyerekek, másrészt az őket ellátó nevelők, akiknek a munkáját vezető koordinálja.

A GYERMEKVÉDELEMBEN NEVELKEDŐ FIATALOK KÖTŐDÉSRENDSZERÉNEK ALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

Az informális struktúra a rokonszenvi alapon szerveződött, önként választott interperszonális kötődések hálózatát jelenti, ami meghatározza a nagyobb intézményi közösségen belül a kisebb társulásokat.

Mindenekelőtt a korai időszak változásai, a biztonságot jelentő szülői jelenlét és a stabil családi szervezet hiánya határozza meg, illetve módosítja a gyerekek későbbi társas életmódját. A rossz gazdasági-kulturális, és olykor kedvezőtlen szociális-pszichés hatások mellett a bizonytalan korai családi kapcsolatok jelentősen veszélyeztethetik az egészséges személyiségfejlődést. Ezek a hatások rendellenes kötődésekhez vezethetnek, és a későbbi életkorokban súlyos személyiségfejlődési anomáliákat okozhatnak.

A GYERMEKVÉDELEMBEN NEVELKEDŐ FIATALOK KÖTŐDÉSRENDSZERÉNEK ALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

A tartósan állami nevelt gyerekeknél gyakran megfigyelhetők a kötődési zavar tünetei. A gyerekek válogatás nélkül igyekeznek közel kerülni az emberekhez. Teljesen idegen személlyel képesek úgy viselkedni, mint a közeli hozzátartozójukkal.

Ugyanakkor más esetekben hiányozhat az elköteleződés, a tartós ragaszkodás igénye. Bármennyire szeretnének, mégsem tudnak bensőséges, bizalmas kapcsolatokat kialakítani. Nemcsak a felnőttekkel nem sikerül elfogadtatniuk magukat, hanem a kortársak között sem.

A GYERMEKVÉDELEMBEN NEVELKEDŐ FIATALOK KÖTŐDÉSRENDSZERÉNEK ALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

Ha mindenképpen elkerülhetetlen a család elhagyása, tekintettel kell lenni arra, hogy a növekvő gyermeket sokkal kevesebb károsodás éri, ha az első életév után kerül sor a családból való kiemelésre. Ebben az a szempont játszik szerepet, hogy az elsődleges kötődés élménye sorsdöntő erővel bír, ezért ezt a személyiségfejlődésben kitüntetett jelentőségű folyamatot támogatni kell.

Ezt követően azonban, minél hamarabb biztosítani kell az új személyhez kötődés lehetőségét. Egyes megállapítások szerint csak abban az esetben valószínűsíthető az egészséges személyiségfejlődés, ha ez még 3 éves kor alatt megtörténik (Ranschburg, 1998).

A GYERMEKVÉDELEMBEN NEVELKEDŐ FIATALOK KÖTŐDÉSRENDSZERÉNEK ALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

Pubertáskorban a meglévő problémák csak tovább fokozódnak, amelyek a társulási viselkedésekben is kifejeződnek.

A serdülőkor szociális szerveződéseit jelentősen befolyásolhatják a különböző értékeket közvetítő szubkulturális csoportok.

A társadalmon belüli réteghelyzet sajátos kötődési rendszert eredményez: a hasonló gazdasági-szociális státusszal rendelkező csoportok között jön létre kapcsolódás.

A GYERMEKVÉDELEMBEN NEVELKEDŐ FIATALOK KÖTŐDÉSRENDSZERÉNEK ALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

A családjuktól elszakított fiatalok hátrahagyva otthonukat, gyakran tartósan, de akár véglegesen is elszakadnak vér szerinti családtagjaiktól.

Az átmeneti otthonban voltaképpen nem marad más lehetőségük, mint azokkal a személyekkel megfelelő kapcsolatot kialakítani, akik fogadják őket. Ezért a különböző ideig tartó átmeneti kapcsolatok, egyben utolsó esélyt is jelenthetnek számukra a tekintetben, hogy mennyire sikerül a perszonális kapcsolatok hálójában megkapaszkodniuk, és tovább haladniuk voltaképpen a társadalmi beilleszkedés útján. Így igazán nem mindegy, hogy a felnőttek és a gyerektársak gyűrűjében, milyen lehetőségeket találnak, milyen élményekhez jutnak.

A serdülőkori deviancia és beilleszkedési zavarok

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

A gyermekvédelmi szakembereknek a tervezés, a döntés-előkészítés, a sorsrendezés során folyamatosan szem előtt kell tartaniuk, hogy krízisben lévő, traumatizált gyermekek ellátásáról kell gondoskodniuk, akik úgymond akaratuk ellenére kapják a felnőttek által legjobbnak értékelt (ítélt) megoldást.

Ez a körülmény jelentősen nehezíti a befogadók dolgát.

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

A gyermekvédelmi szakellátásban mindenkor a gyermekek jogait érvényesítve igyekeznek eljárni a szakemberek.

A családból való kiemelés döntő, nemritkán traumatikus változást hoz az érintett gyermek életébe. Látszólagos ellentmondást rejt, de jól érzékelteti a problémát, hogy a gyermek „legjobb” érdekeként definiálunk egy olyan döntést, ami kiszakítást, veszteséget jelent a gyermek életében.

A gondozásba kerülő fiatalok, hátrahagyva otthonukat, gyakran tartósan elszakadnak vér szerinti családtagjaiktól, korábbi barátaiktól, ismerős tárgyaitól.

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Milyen típusú beilleszkedési nehézségekkel szembesül a gyermek?

Kiközösítés, csúfolás, megszégyenítés, lelki terror, bántalmazás, gyermek ruházatának, tárgyainak rongálása ellopása, eltüntetése, szóbeli, internetes zaklatás, kényelmetlen, megszégyenítő feladatok elvégeztetése (csicskáztatás), szorongás, nem mer társaságban megszólalni, nem mer barátkozni, félelem a kudarctól, az elutasítástól (bár erre nem mindig adnak okot a többiek).

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Fontos, hogy a gyermekek megtapasztalják, a felnőttek beavatkoznak a kritikus helyzetekbe, védelmet és biztonságot nyújtanak az áldozatnak, elutasítják a bántalmazást és megbüntetik a bántalmazót.

Az áldozatok segítségkérő hajlandóságát növeli, ha pontosan tudják, hogy mi fog történni az őket ért bántalmazás jelzését követően.

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Beilleszkedési protokoll:

1. Elhelyezési értekezlet minden érintett részvételével
2. Közösség felkészítése
3. Személyes környezet biztosítása
4. Iratanyag és személyes tárgyak átvétele
5. Csoportprogramok szervezése
6. Fokozatos ismerkedés a szabály és keretrendszerrel
7. Autonómia biztosítása
8. Szülő értesítése
9. Egészségügyi felmérés
10. Tankötelezettség teljesítése
11. Egyéni gondozási terv elkészítése
12. Annak eljuttatása a Gyámhivatalhoz

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Egyéni nevelési program elemei:

- Napirend
- Egyéni tanácsadás
- Csoportos tanácsadás

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Kortársbántalmazás háttere:

- Fogyatékosság
- Átlagostól eltérő viselkedés
- Eltérő etnikum, vallás, szexuális beállítódás

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Kortársbántalmazás formái:

- Fizikailag vagy szóban fenyegetik
- Helyét, holmiját feldúlják, dolgait elveszik, tönkre teszik
- Megalázó vagy tiltott dolgokra kényszerítik
- Félbeszakítják, lökdösik, mutogatnak rá
- Nem beszélnek vele

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Az áldozatok felismerése:

- ha gyermeken ismeretlen eredetű foltok, sebek vannak
- ha a korábban nyitott gyermek zárkózottá válik, egyre többet van egyedül
- nehezen alszik el, rémálmai vannak, bepisil éjszaka
- feltűnően szorong, elkezdi rágni a körmét stb.
- ha romlanak a jegyei és nem érdeklik az iskolával kapcsolatos dolgok, nem akar iskolába menni
- ha nincsenek barátai

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

A beavatkozás lehetőségei:

- Az áldozattal való beszélgetés
- A bántalmazóval való konfrontatív beszélgetés
- A többi gyermek bevonása

A SERDÜLŐKORI DEVIANCIA ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK

Hazagondozást segítő tényezők:

- Bizalom kiépítése
- Együttműködési szándék és annak kifejezése
- A folyamatos együttműködés
- Világos célok kitűzése
- Testvérkapcsolatok támogatása
- Szülő támogatása a nevelési eszközeinek megválasztásában

Szerepkonfliktusok a gyermek- és ifjúságvédelemben

SZEREPKONFLIKTUSOK A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDELEMBEN

A szociális szakma átalakulóban van. Új szakmai területek, technikák, elvárások és stratégiák jelennek meg a szakma számára megfogalmazott megrendelésekkel kapcsolatban.

Vajon az átalakulás következtében hogyan változik a szakmakép, milyen identitással vannak jelen a szakemberek a gyermekvédelmi területen? Milyen szakmai szocializáció mentén fejlődnek a szakemberek, milyen sémákat visznek magukkal s ez mennyire felel meg a környezeti elvárásoknak?

SZEREPKONFLIKTUSOK A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDELEMBEN

A társadalmi szerepek fajtái:

- Veleszületett, szerzett szerepek
- Az univerzális vagy pervazív szerepek
- Foglalkozási szerepek
- Csoporton belüli szerepek
- Társadalmi reprezentáción alapuló szerepek

SZEREPKONFLIKTUSOK A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDELEMBEN

A segítő nehézségei:

- intimitási szükséglet és az intimitástól való félelem paradoxona
- túlzott empátia, azonosulás, elfogadás
- tolerancia az indulatok és saját agresszió kezelése
- személyes szükségletek eliminálása
- személyes félelmek felerősödése
- kompetencia határok helyének és megtartásának nehézsége
- szerepkonfliktusok
- befolyásolhatóság
- szerepidentitás meggyengülése

SZEREPKONFLIKTUSOK A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDELEMBEN

A kiégés tünetei:

- Fizikai, mentális és érzelmi kimerültség.
- Testi tünetek: krónikus fáradság, fejfájás, alvászavarok, fertőzések, emésztőrendszeri problémák.
- Gyakori, hogy az érintett alkohollal, dohányzással, droghasználattal próbálja hangulatát javítani, kiegyensúlyozni.
- A pszichés tünetek: depresszió, kudarcélmény, tehetetlenség érzése, düh, a koncentrációs és az emlékezeti készségek csökkennek.
- Viselkedési tünetek kísérik: munkamorál romlása, gyakori hiányzás, a teljesítmény romlása, csökkenő kezdeményező képesség, amelyek gyakran munkahelyváltáshoz vezetnek.
- A magánéletben is felmerülnek problémák.

SZEREPKONFLIKTUSOK A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDELEMBEN

A kiégés szakaszai:

1. Idealizmus
2. Realizmus
3. Stagnálás
4. Frusztráció
5. Apátia

SZEREPKONFLIKTUSOK A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGVÉDELEMBEN

A kiégés elkerülése:

- Általános motiváció biztosítása
- ha adott a szakmai fejlődés lehetősége
- esetmegbeszélő, szakmai támogató és kollegiális konzultációk
- fontos az anyagi és erkölcsi megbecsültség érzése
- a túlterheltség elkerülése

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!

