Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

KLIENSKÖZPONTÚ ELLÁTÁS – A PSZICHIÁTRIAI ÉRDEKVÉDELMI FÓRUM OKTATÁSI ANYAGA PSZICHOSZOCIÁLIS ELLÁTÁSBAN DOLGOZÓK RÉSZÉRE

Kliensközpontú ellátás – a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum oktatási anyaga pszichoszociális ellátásban dolgozók részére

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Baran Brigitta Dr.
Boros Miklós
Jójárt-Vizi Erika
Kun Viktória
Lechnerné Vadász Judit
Lehóczky Pál Dr.
Radó Iván

Szakmai lektor

Dr. Bulyáki Tünde

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 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

A PÉF köszönetet mond Fülöp Attila, EMMI, Szociális Ügyekért

Felelős Államtitkár úrnak, aki nélkül

ez a történelminek számító anyag sosem készülhetett volna el.

Kiadja Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

1138 Budapest, Váci út 191.

Telefon: +36 1 450 32 30, +36 1 450 32 40

www.nszi.hu

Felelős kiadó Dr. Tóth Tibor főigazgató

Budapest, 2021.

Tartalom

Előszó **6**

Bevzetés **7**

1. Társadalmi környezet, jogi, intézményi feltételek **8**

1.1. Nemzetközi és hazai jogszabályi környezet büntetőjogi vonatkozásban is 8

1.2. Az érdekvédelem szerepe és feladatai, lehetőségei 10

1.3. Az igénybe vehető szociális segítségek formái, szociális háló, szabályozók 11

1.4. Gondnokság, támogatott döntéshozatal 13

1.5. A stigma szerepe, mi tehető ellene, ebben mi a médiumok szerepe 13

1.6. A rehabilitáció jelentősége és lehetőségei 14

1.7. A pszichoszociális fogyatékosság fogalomköre 15

2. Mentális zavarokkal kapcsolatos ismeretek, az ellátás specifikumai **17**

2.1. Hangulatzavarok 17

2.2. Szkizofrén kliensek ellátásának specifikumai 20

2.3. Pszichotikus epizód, bipoláris zavar, szkizo-affektív kórképek, súlyos személyiségzavarok ellátásának specifikumai 24

2.4. Speciális szükséglet a speciális gyermekotthoni ellátás specifikumai 26

2.5. Időskorú mentális betegek különös ellátása 27

3. Együttműködés ellátott és ellátó között **32**

3.1. Hatékony kommunikáció, asszertivitás, együttműködési stratégiák 32

3.2. Bánásmód, együttműködés mentálisan beteg kliensekkel 36

3.3. Akut epizód, agresszivitás, ön- és közveszélyes magatartás gyors és hatékony kezelése, lehetséges lépések sorrendje 38

3.4. Az ellátó és ellátott közötti „függelmi viszony” 41

3.5. Speciális szükségletek kezelése (érzelmek, fáradtság, alvászavar, stressz stb.) 41

4. Szociális intézmény belső feladatai **43**

4.1. Szakemberek felkészítése mentális kliensek fogadására bentlakásos intézményben 43

4.2. Feladatok delegálása, munkavégzés ellenőrzése 43

4.3. A munka egyénre szabottsága, a választás lehetősége, terápiás pénz, illetve munkabér jelentősége 44

4.4. Intimitás. Felelős viselkedés 45

4.5. Technikák bemutatása, amelyek oldják a feszültséget és a fásultságot, kiégés megelőzése, leküzdése, 18 lépés, lehetőségek a kiégéssel szemben 45
5. Ellátottakkal kapcsolatos speciális feladatok 48
5.1. Ellátottak felkészítése új mentális zavarral küzdő kliens fogadására bentlakásos intézményben . 48
5.2. Felkészülés kiváltásra (lakóotthoni élet) 48
5.3. Felkészülés önálló életre 49
5.4. Mentális kliensek foglalkoztatása, foglalkoztatásra való felkészítés, munkahely-megtartás 49
6. Speciális kérdések 50
6.1. Digitális eszközök nyújtotta lehetőségek a pszichiátriai ellátásban 50
6.2. Az alapvető pénzügyi kultúra szükségessége és hatása a visszaélések elkerülésére 54
Zárás 56
Felhasznált irodalom 57
Jogszabályok 59

Előszó

Köszöntjük az 50 tanórás „***Kliensközpontú ellátás – a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum oktatási anyaga pszichoszociális ellátásban dolgozók részére***” c. szakmai tanfolyam típusú továbbképzésen!

Mit ad Önnek a „*Kliensközpontú ellátás – a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum oktatási anyaga pszichoszociális ellátásban dolgozók részére*” c. továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

Az országban a pszichoszociális fogyatékossággal és/vagy mentális zavarral élők gondozását, ellátását végző személyes gondoskodást végző személyek sosem részesültek olyan továbbképzésben, amelynek célja a szakmai tudásanyag kliensközpontú és egyben az érdekvédelem fókuszú tárgyalása**. Az összesen 50 tanórás továbbképzés tananyaga hiánypótló jelleggel készült.**

Hogyan épül fel a „*Kliensközpontú ellátás – a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum oktatási anyaga pszichoszociális ellátásban dolgozók részére*” c. továbbképzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
Bevezetés	1,5 tanóra gyakorlat	
1. Társadalmi környezet, jogi, intézményi feltételek	8 tanóra (6 tanóra elmélet, 2 tanóra gyakorlat)	jelenléti
2. Mentális zavarokkal kapcsolatos ismeretek, az ellátás specifikumai	9 tanóra (7 tanóra elmélet, 2 tanóra gyakorlat)	jelenléti
3. Együttműködés ellátott és ellátó között	10 tanóra (7 tanóra elmélet, 3 tanóra gyakorlat)	jelenléti
4. Szociális intézmény belső feladatai	6 tanóra (5 tanóra elmélet, 2ó1 tanóra gyakorlat)	jelenléti
5. Ellátottakkal kapcsolatos speciális feladatok	11 tanóra (10 tanóra elmélet, 1 tanóra gyakorlat)	jelenléti
6. Speciális kérdések	2,5 tanóra elmélet	jelenléti
Zárás	2 tanóra gyakorlat	

Bevzetés

68 perc gyakorlat

Gyakorlat	Instrukciók az oktatónak
Bemutatkozás, tapasztalatok, motivációk, elvárások • A csoportvezető röviden bemutatkozik, majd megkéri a csoporttagokat, hogy röviden mutatkozzanak be, illetve osszák meg egymással motivációikat, tapasztalataikat, elvárásaikat. Szempontok: - név - foglalkozási terület - klienskör - feladatok - gyakorlati tapasztalatok - előzetes ismeretek - a témához kapcsolódó nézetek - a továbbképzéssel kapcsolatos motivációk - a továbbképzéssel kapcsolatos elvárások • Névismétlő kört teszünk, mindenki elmondja azt a nevet, ahogyan szeretné, ha a csoportban szólítanák. A mellette ülő elmondja az előtte szóló nevét és a sajátját. A harmadik személy értelemszerűen az előző kettő és a saját nevét mondja, és így tovább.	• A megadott időkeret tartása fontos! • Rövid, lényegre szorítkozó bemutatkozás. • Az egy főre jutó Időkeret a létszámtól függő A bemutatkozást gyors névtanulás zárja. • Öntapadós etikettek használhatók a név kitűzésére.
Csoportszabályok • A csoport közösen rögzíti a működéshez szükséges legfőbb csoportszabályokat.	• **Csoportszabályok:** - Titoktartás - Kommunikáció: egyes szám első személy, tisztelet, tartózkodás az ítélkezéstől - Részvétel: aktivitás, önkéntesség - Időkeretek: a nap kezdése, zárása, szünetek - Technikai kérdések: mobiltelefon-használat, stb. Érdemes hangsúlyozni, hogy a csoportszabályok a közös munkát, tanulást segítik, a segítő kapcsolatokban gyakran használt szóbeli megállapodásnak számítanak.
A továbbképzés felépítése, a teljesítés feltételei • A projekt és a továbbképzés felépítésének ismertetése. • A teljesítés feltételeinek ismertetése. • Záróteszt teljesítése • Hiányzásra vonatkozó előírások	

1. Társadalmi környezet, jogi, intézményi feltételek

270 perc interaktív előadás, 90 perc gyakorlat

Összefoglalás:

- A fejezet bemutatja a nemzetközi és hazai jogszabályi környezetet, az érdekvédelem szerepét, feladatait, lehetőségeit. Foglalkozik az igénybe vehető szociális segítségek formáival, a szociális hálóval, szabályozókkal, továbbá a gondnokság, támogatott döntéshozatal kérdéseivel.
- Feltárja a stigma szerepét, és azt, hogy mi tehető ellene, ebben pedig a médiumok szerepét.
- Kitér a rehabilitációs lehetőségekre. Tárgyalja a pszichoszociális fogyatékosság fogalomkörét.

Cél: A kliensközpontú és érdekvédelmi fókuszú nézőpont alapfogalmaival, jogi, társadalmi és intézményi hátterének megismertetése.

Kulcsszavak: érdekvédelem, gondnokság, támogatás, megbélyegzés, rehabilitáció, pszichoszociális

Tanulást segítő kérdések: Melyik a fogyatékosságról szóló legmagasabb rendű jogszabály? Mely fajtáját különböztetjük meg a gondokságnak hazánkban? Melyek az igénybe vehető szociális segítségek formái? Mit foglal magában a pszichoszociális fogyatékosság kifejezés?

1.1. Nemzetközi és hazai jogszabályi környezet büntetőjogi vonatkozásban is

A jogszabályi környezet azért került a képzésbe, mert azok legalább részleges ismerete segít eligazodni a pszichoszociális fogyatékosság területén, amelyek vonatkoznak a kliensekre és minden ellátóra, akik mentális problémával élő klienseket gondoznak. Az adott oktatási részben az oktatási témához kapcsolódó kulcsfontosságú törvények, jogszabályok kerülnek bemutatásra. Részletesebb ismeretszerzés céljából javasoljuk, hogy olvassa el a kapcsolódó jogszabályokat.

A ’90-es évek végén jelent meg a szocializmus óta az első olyan törvény, amely teret szentel a fogyatékosságnak, átírva az előző rendelkezések egy részét. Sajnálatosan ez a változat csak a vele született, vagy szerzett fogyatékosságokat tárgyalta, egészen 2013-ig kellett várni, hogy elfogadható FOT jelenjen meg, amelyben már olyan fogyatékosságok is helyet kapnak, melyekről a törvényalkotó kimondja, hogy az is lehet fogyatékos, akinek például a lelke beteg. A pszichoszociális fogyatékosság ismérveinek elkészülte újabb 7 évet váratott magára, jelenleg elkészült, de még nem részletesen megvitatott stádiumban van. Ennek lényege, hogy mentális probléma is megalapozhat ~~meg~~ fogyatékosságot, de nem minden diagnózis vagy állapot mentén.

Legfőbb alapelv~~ei~~: méltóság, az autonómia tisztelete, a döntés szabadsága, a személyek függetlensége, diszkriminációtól való mentesség, társadalmi befogadás, a fogyatékossággal élő személyek különbözőségének tisztelete és elfogadásuk, esélyegyenlőség, hozzáférhetőség, nők és férfiak közötti egyenlőség.

A kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetés vagy bánásmód elleni ENSZ egyezmény is a hazai jogrend részévé vált. Ezt európai és hazai szervezetek vizsgálják előzetes bejelentés nélkül a hazai mechanizmusból a PÉF-et szándékoan kihagyták.

A fogyatékosságról szóló legmagasabb rendű jogszabály az ENSZ CRPD (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) egyezménye, illetve az ennek megfelelő magyar nyelvű törvény, a 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről. Ezt követte a 2013. évi LXII. törvény, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról. Ennek legfontosabb része a következő: fogyatékos személy: az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással - illetve ezek bármilyen halmozódásával - él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja. Kihagyhatatlan még a többször módosított 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Utóbbi lényeges eleme, amely érinti az otthonokat is "pszichiátriai intézetnek minősül a pszichiátriai betegek járóbeteg-szakellátását végző pszichiátriai intézmény, a pszichiátriai betegek otthona, valamint rehabilitációs intézete, ideértve az átmeneti intézményt is. A pszichiátriai betegek otthonára és rehabilitációs intézetére vonatkozó eltérő szabályokat külön jogszabály állapítja meg. Külön jogszabály tartalmazza a kényszergyógykezelést, előzetes kényszergyógykezelést és a büntetőeljárás során az elmeállapot megfigyelést végző szervre vonatkozó eltérő szabályokat."

<u>Veszélyeztető magatartás:</u> a beteg -mentális zavara következtében- saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné. Ez tehát nem igényel azonnalos beavatkozást, de belátható időn belül el fogják rendelni.

<u>Közvetlen veszélyeztető magatartás:</u> a beteg -akut mentális zavara következtében- saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné. Itt már azonnalos feladatról van szó: a gyógyintézetbe szállítás nem halasztható.

<u>Az önkéntes gyógykezelés:</u> A gyógykezelés akkor tekinthető önkéntesnek, ha abba a cselekvőképes beteg a 15. § (5) bekezdés szerint a pszichiátriai intézetbe történő felvétele előtt beleegyezett.

<u>Sürgősségi gyógykezelés:</u> Ha a pszichiátriai beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos* közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség közreműködik. *= Itt felmerülnek aggályok. Amennyiben a klienst OMSZ szállítja, akkor az orvosi vélemény hiányozni fog, mivel a mentőszolgálat csak a rohamkocsikon biztosítja az orvosi jelenlétet. További aggály: a parancsszerű kijelentő mondat: a rendőrség közreműködik. Ennek folytán a rendőrség bármely mentői kérésre, akár kényszerítő eszközökkel is, közreműködik. Ez egy eddig feloldatlan ellentmondás.

Érdemes még a biztonság kedvéért szót ejteni a büntető jogszabályokról. Itt nyilván azok az esetek merülhetnek fel, amikor a beteg jogai, élete vagy testi épsége, egészsége másnak felróható módon kerülnek megsértésre, vagy e megsértés kísérletére. Az elkövetés lehet szándékos vagy gondatlan, mindenképpen bűncselekmény. Szélsőséges eset: a gondnok összejátszik az intézményvezetővel és mindketten a

gyámhivatallal, jogtalan anyagi előny szerzése érdekében; Az intézmény vezetőjének ismerőse vagy hozzátartozója olyan dolgokat árusít, melyeket a betegek ingyen vagy nagyon kis pénzért készítettek; Az ápoló megveri a beteget, vagy nőt és férfit ugyanabban az időben fürdet. Bűncselekmény esetén a bíróság komoly büntetőjogi szankciókkal él. Egy eset(ünk)ben például 7 év fegyházat kaptak az elkövetők.

1.2. Az érdekvédelem szerepe és feladatai, lehetőségei

A nemzetközi és hazai gyakorlatban a rászorulók képviseletét döntően nonprofit szervezetek látják el. Magyarországon a mentális problémák esetében a PÉF autentikus. A PÉF szükség és okszerűen együttműködik a kormányzattal, azon célok mentén, amelyek megkönnyíthetik a kliensek életét. Ezért a PÉF számos szerveződés tagja, ilyen az Intézményi Férőhely Kiváltást Koordináló Országos Testület, az Országos Fogyatékosságügyi Tanács, míg nemzetközi színtéren az európai bizottságok illetékes körével, de az ENSZ-szel is kapcsolatot tart. Ezenkívül a PÉF a Mental Health Europe magyar fókuszpontja.

Az érdekvédelem körébe tartoznak a jószolgálati teendők, a panaszok, kérdések ügyintézése, javaslatok tétele, részvétel a kodifikációs eljárásokban, hazai és nemzetközi együttműködések, jó esetben (ez most ilyen eset) teljes kormányzati támogatással, ami oda-vissza érvényes. Érdemes tudni, hogy léteznek önmagukat érdekvédő szervezetnek feltüntető szervezetek, akiknek a valóságban nem az érdekvédelem a fő céja, ilyen pl. a szcintológusok által működtetett szervezetek. Léteznek ellenérdekelt érdekvédelmet hangoztató szervezetek is. Ezért is szerencsés az Országos Fogyatékosságügyi Tanács létrejötte, mert ez foglalja össze a legnagyobb és legjelentősebb érdekvédelmi szervezeteket. Az érdekvédelem rendszerszinten a leghatékonyabb, de egyéni problémákat sem utasítunk el, sőt egy évben ezer ilyet kezelünk. Igyekszünk a szociális szféra-tárca vezetőivel, szakértőivel együttműködésben dolgozni. Sarkítva a PÉF a pszichiátriában érintett kliensek érdek és jogvédelmére hivatott. Az érdekvédelem szerencsés esetben együttműködik bármely állami, civil szervezettel vagy magánszeméllyel, amelyek-akik ugyanezt az elvet követik. Ugyanígy súlyt helyezünk arra, hogy honlapunkon naprakész információkat osszunk meg tevékenységünkről. A PÉF 1999-ben alakult. Különös feltétel, hogy a vezetőségben -amelynek száma időnként változik, jelenleg 3 fő- többségben legyenek a pszichiátriai problémával élő, vagy ilyen gonddal korábban küzdő emberek. Szakértőink reformer szakemberek, ki-ki a maga szakterületén. A PÉF továbbá minden olyan szakember, bármely dolgozó érdekeiért is kiáll, aki foglalkozása körében ér azért hátrány, mert fenti elveket követi. Kötelessége az érdekvédelemnek mindig újulni, a lehető legmagasabb szintekig eljuttatni a rászorulókat. Ebben a körben harcolni kell például a stigma ellen.

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum elérhetőségeit az intézményekben (felnőtt, gyermek, összes) elérhető helyen, láthatóvá kell tenni!

1.3. Az igénybe vehető szociális segítségek formái, szociális háló, szabályozók

Szociális alapszolgáltatások:
A falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, az étkeztetés, a házi segítségnyújtás, a családsegítés, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, a közösségi ellátások, a támogató szolgáltatás, az utcai szociális munka, a nappali ellátás.

Közösségi ellátás:
A közösségi pszichiátriai ellátás olyan önkéntesen igénybe vehető, hosszú távú, közösségi alapú gondozás, amelynek során a gondozás és a pszichoszociális rehabilitáció az ellátott otthonában, illetve lakókörnyezetében történik. A közösségi pszichiátria annyira új fogalomkör, hogy még a ’90-es évek végén is az állásával játszott, aki kiejtette a száján. Mostanra persze minden olyan ember, aki annak idején ellenezte (és mondjuk lelkes híve volt a hálós ágyaknak), mára úttörővé léptette elő magát.
A hazai közösségi pszichiátria (community psychiatry) módszertani alapjául az Integrált Pszichiátriai Ellátás (IPE)=Optimal Treatment Project szolgál. Mindezek külföldi „feltalálója”: prof. Ian R. H. Falloon (nyugodjék), hazai mestere a kezdetektől Dr. Harangozó Judit és az Ébredések Alapítvány. A közösségi pszichiátriai ellátás módszertani pilléreire épülő rehabilitáció elsősorban a szociális alapellátás keretében érhető el, az egészségügyi ellátásban kevésbé jelenik meg. A felépülést elősegítő komplex bio-pszichoszociális rehabitáció biztosításának érdekében fontos a szociális és az egészségügyi ellátók szereplőinek hatékony együttműködése.
A közösségi pszichiátriai ellátás tanácsadási, esetkezelési, készségfejlesztési, mentális gondozási és megkeresési szolgáltatási elemeket biztosít.
A meghatározott szolgáltatási elemek nyújtása előtt állapotfelmérést vagy szükségletfelmérést szükséges végezni a személyes célokra és a változtatásra motiváló tényezőkre figyelemmel. A közösségi ellátás kiinduló pontja a mentális zavarral élő személy és hozzátartozóinak az örömteli céljai. A gondozási terv foglalja össze a felépülést elősegítő pszichoszociális rehabilitáció stratégiáit.
A közösségi pszichiátriai ellátás feladata a munkához való hozzájutás, a szabadidő szervezett eltöltésének segítése, szabadidős, önsegítő csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése, információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybevételéről.

A gondozó munkájába bevonja az ellátott lakókörnyezetében megtalálható önkéntes segítőket, így különösen a természetes támaszként jelenlévő családtagokat, szomszédokat és egyéb, az ellátottal kapcsolatban álló önkéntes közreműködőket, szükség esetén az egészségügyi és szociális alap- és szakellátást nyújtó intézményeket.

Az intézményvezető és a szakmai egység vezetését ellátó terápiás munkatárs közösségi munkacsoportot működtet.
A közösségi munkacsoportot az ellátottak szükségleteinek megfelelően kell összeállítani, bevonva a gondozási, személyi segítési feladatok hatékony ellátásához szükséges személyeket.
A közösségi pszichiátriai ellátásban részesülő személyre vonatkozóan egyéni gondozási tervet kell készíteni. A gondozási terv elkészítésébe, módosításába be kell vonni a gondozó által bevont személyeket, intézmények képviselőit.

A pszichiátriai betegek nappali intézménye az öntevékenységre, az önsegítésre épülve biztosítja az ellátást igénybevevők igényei alapján, a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, átképzési állásközvetítő, védett lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Az intézmény szolgáltatásai körében egyéni, csoportos, pár- és családterápiákat is szervezhet.

A pszichiátriai betegek nappali intézményében olyan programokat kell biztosítani, melyek lehetővé teszik az ellátást igénybevevőnek a társadalomba, a korábbi közösségébe történő visszailleszkedését. Ennek keretében a nappali intézmény programjai nyitottak, kívülállók számára is hozzáférhetőek. Ennek érdekében a nappali intézmény elhelyezését lehetőség szerint a település könnyen elérhető, jól megközelíthető területén kell kialakítani. A nappali intézmény működésének nem része a pszichiátriai gondozás, de az intézményben dolgozó szociális munkás révén szükség szerint kapcsolatot kell tartani az ellátott kezelőorvosával vagy a pszichiátriai gondozóval, továbbá a hozzátartozókkal, közösségi pszichiátriai ellátóval valamint olyan személyekkel, akik fontos szerepet játszanak az ellátott életében.
Az intézmény a mentális betegek ellátása mellett szolgáltatást nyújthat a mentálisan sérült, krízisben levő személyek részére is.

Szakosított ellátások:
A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást az ápolást, gondozást nyújtó intézmény, a rehabilitációs intézmény, ennek egyik fajtája a pszichiátriai betegek rehabilitációs otthona, a lakóotthon (a továbbiakban tartós bentlakásos intézmény), valamint az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény (a továbbiakban együtt: bentlakásos intézmény), a támogatott lakhatás és az egyéb speciális szociális intézmény nyújtja.

A mentálhigiénés ellátás:
A bentlakásos intézmény feladatkörében gondoskodik az ellátást igénybe vevő mentálhigiénés ellátásáról.

Ennek keretében biztosítja:
- a személyre szabott bánásmódot,
- a konfliktushelyzetek kialakulásának megelőzése érdekében az egyéni, csoportos megbeszélést,
- a szabadidő kulturált eltöltésének feltételeit,
- a szükség szerinti pszichoterápiás foglalkozást,
- az ellátottak családi és társadalmi kapcsolatai fenntartásának feltételeit,
- a gondozási, illetve rehabilitációs tervek megvalósítását,
- a hitélet gyakorlásának feltételeit, és segíti, támogatja az intézményen belüli kis közösségek, társas kapcsolatok kialakulását és működését.

A bentlakásos intézménynek mindent meg kell tennie az ellátást igénybe vevő testi-lelki aktivitása fenntartásának, megőrzésének érdekében.
Ahol ellátottak tartózkodnak, akár intézményesített, akár lakóotthoni formában, intimszobát biztosítani kell. Erre még a legújabb kiváltásban érintett leendő lakóotthonok esetében sem látunk példát, így véleményünk -melytől nem tágítunk-, hogy enélkül **semmilyen** intézmény sem tartható fenn, de főleg nem létesíthető.
Az ellátást igénybe vevő korának, egészségi állapotának, képességeinek és egyéni adottságainak figyelembevételével szükséges szervezni:
az aktivitást segítő fizikai tevékenységeket (napi rendszerességű szabad levegőn tartózkodás, fekvőbetegek napi rendszerességű levegőztetése, sporttevékenység, ágytorna stb.),
a szellemi és szórakoztató tevékenységeket (pl. előadások, olvasás, felolvasás, rádióhallgatás, tévénézés, kártya- és társasjátékok, vetélkedők, zenehallgatás stb.),
a kulturális tevékenységeket (pl. rendezvények, ünnepségek, névnapok, színház-, mozi-, múzeumlátogatások, kirándulások, kiállítások stb.). A fentiekben megfogalmazott feladatokat a gondozási tervben személyre szólóan rögzíteni kell úgy, hogy az -ha az igénybevevő kora, egészségi állapota lehetővé teszi- biztosítsa az intézmény elhagyásának lehetőségét. Az aktivitást segítő tevékenységeket -az ellátást igénybevevők közreműködésével- előre kell tervezni és a megvalósítás folyamatosságát, rendszerességét biztosítani szükséges. Az intézményi életformához való alkalmazkodás elősegítése, az igénybevevők mentálhigiénés ellátásának biztosítása a szociális intézmény valamennyi dolgozójának a feladata. Képzési

célú foglalkozást abban a rehabilitációs intézményben kell szervezni, ahol az ellátást igénybevevő eredményes rehabilitációjához az szükséges. A képzési célú foglalkozás biztosításánál figyelemmel kell lenni a rehabilitálandó személy képességeire, illetve arra, hogy az a lakóhelyi környezetébe való visszatérést szolgálja, a megszerzett ismeretet hasznosítani tudja az intézményi ellátás megszűnését követően is.

Irányadó jogszabályok:

1993 évi III.törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról (Szt.)

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

1.4. Gondnokság, támogatott döntéshozatal

A gondnokság a társadalom védő mechanizmusa, amely arra hivatott, hogy a rászorulókat támogassa. Így tehát maga az intézmény fontos és szükséges. Ennek hazánkban 3 fajtája létezik. A teljesen korlátozó (korábban kizáró), a korlátozó gondnokság és a támogatott döntéshozatal. A legelső formát embertelennek és szükségtelennek véljük, eltörlésén dolgozunk. Az embert nem lehet szuszogó géppé silányítani, minden jogától és szabadságától megfosztani, választójogából kizárni, pedig egyenesen tilos. Korlátozó gondnokság esetében a bíróságok ügycsoportok mentén határozzák meg azokat a korlátozásokat, melyek a kliens védelmében szükségesek és amelyek elvégzésére, vitelére a gondnok vagy hivatásos gondnok jogosult.

Azonban ehhez négy feltételnek kell egyszerre teljesülnie:

- az egyénnek olyan mértékű mentális zavara igazolható, mely
- nagymértékben befolyásolja az ügyei viteléhez szükséges belátási képességét,
- aktuálisan van vinni való/intézendő hivatalos ügye,
- nincs olyan segítő hozzátartozója, ismerőse, akiben megbízik és aki segíti, támogatja az ügyei intézésében, így félő, hogy rosszhiszemű emberek kihasználják és csalás, bűncselekmény áldozatává válhatnak, mert nem tudják érdekeiket megfelelően érvényesíteni.

A gondnokságot időnként felül kell vizsgálni. Sajnálatos, hogy a bírák túlságosan könnyen osztják a gondnokságot, a legkeményebb formáját is, sőt előfordul, hogy tíz éves felülvizsgálati időt állapítanak meg. Szükségtelen esetekben is előfordul gondnokság alá helyezés. A támogatott döntéshozatal esetében a kliens alapvető jogai megmaradnak és az általa választott, de legalább általa elfogadott személyek segítségével, tanácsai mentén él. Ezt a formát a bíróságok nem alkalmazzák kellő számban. Hazánkban mintegy hatvanezer gondnokolt él. Sok a visszaélés: nem ritka az összejátszás, az intézményvezetők, a gondnokok és a gyámhivatali ügyintézők között. Általában a vagyon körül akadnak problémák, ingatlan, pénzeszközök, egyebek tárgyában. Abban az esetben például, amikor egy bentlakásos otthonban megelégedettségére ellátásban részesülő idős ember havi ellátási díja folyószámlájáról történő átutalással érkezik az intézménybe, nehezen érthető, hogy milyen -**az ő érdekét képviselő**- ügye indokolhatja még gondnokság alá helyezését bármilyen súlyos szellemi hanyatlásban szenved is.

Túlságosan könnyű gondnokság alá kerülni, ez viszont a szakértők felelőssége. Az intézményekben több területen is gyakoriak a visszaélések. A gondnokok különösebb képzést nem kapnak, sok személy jut egy főre.

1.5. A stigma szerepe, mi tehető ellene, ebben mi a médiumok szerepe

A stigma olyan társadalmi előítélet, megbélyegzés, amely egyfajta jegyet süt rá az egyénre vagy csoportokra. Esetünkben a mentális problémával élőkről van szó. Magyarországon különösen erős ez a

hatás, annyira, hogy a mentális zavarokhoz tartozik a legtöbb lealacsonyító, illetve leminősítő kifejezés. Eddig legalább kétszáz ilyet tártunk fel. Egyik vesszőparipánk az „elme, elmebeteg" szavak kiirtása, mely hivatalos formában alig létezik. Ilyenek maradtak az igazságügyi elmeorvos szakértő, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, kóros elmeállapot stb. Fontos kiemelni, hogy a negatív megbélyegzés fennmaradásához jelentősen hozzájárul az önstigmatizáció, mely az egyénnél a társadalmi sztereotípia elfogadását eredményezi (Sági 2015). A mentális problémát nagyon sokan lekezelik és elkülönítik minden más betegségtől. Emellett azért érdemes tudni, hogy a lélek fájdalmánál nincs erősebb. A hazai gyakorlatban helyi és rehabilitációs folyamatba ágyazott antistigma programok vannak jelen, melyek felkutatásával és hatásuk felmérésével a 2020-ban alakult Magyar Antistigma Munkacsoport foglalkozik. (https://weborvos.hu). A programok és a magunk eszközei mellett fontos a kormányzati szerepvállalás és a médiumok lehetőség szerinti bevonása, mely utóbbi egyenesen imádja a témát például kriminalizálásban elég erősek, szenzáció hajhászok, miközben a statisztikák sorra cáfolják az eltúlzott veszélyességet.

1.6. A rehabilitáció jelentősége és lehetőségei

A rehabilitáció annak ellenére sem megoldott, hogy voltak, vannak rá kezdeményezések. A "kamu"-vonallal nem foglalkozunk, például, ha egy alapítvány látszólag rehabilitál, gyakorlatilag egy folyosón apróságokat csináltatnak a betegekkel, valamint képzőművészeti alkotásaikkal sajátjukként rendelkezve (Btk.) kiállítást meg grandezzát rendeznek, iszonyatos pénzért. Van Kassai-Farkas Ákos vidéki, kisbéri, valóban rehabilitációs részlege, van az Ébredések Alapítvány, az Egyensúlyunkért Alapítvány. Tekintve, hogy a sorrend optimális esetben észlelés-akut ellátás (nem feltétlenül sürgősségi, gyógyszeres és pszichoterápiás megoldások -utóbbi alig van-), végül rehabilitáció, ebből a láncból a rehabilitáció egészségügyi oldalról hiányzik, de valójában a szociális részben is most kezd szárnyra kapni. A rehabilitáció szerintem azt jelenti, hogy bárki rehabilitálható, saját magához képest. A leghatékonyabb modell, ha a rehabilitáció multidiszciplináris teamben kezdődik, ahol a szociális munkás, az egészségügyi személyzet, orvos, nővér, pszichológus, de akár művészet terapeuta, munkaerővel foglalkozó szakember együttesen vannak jelen. Ha a kliens már nem igényli az intézményes (nem kórházi!!!) rehabilitációt, akkor utánkövetést kell végezni, de már az egész elején célszerű terápiás szerződést kötni, melynek lényege, hogy relapszus esetén a kliens olyan emberrel fogja felvenni a kapcsolatot, akiben megbízik és a szerződést jó állapotában kötik. Ehhez társul a korai figyelmeztető jelek megismerése és ezek jelentkezésekor még van idő segítséget kérni. Bár milliókat érintő népbetegségről beszélünk, szinte csak ennek nincs országos rehabilitációs intézménye, továbbá a közösségi pszichiátria kizárólag a szociális szektor feladata, ami nonszensz.

Ha a mentális beteg rendelkezik minősítéssel az egészségi állapotáról és az kevesebb, mint 60%, tehát a munkaképesség változása 40% vagy több, lehetősége van akkreditált munkáltatónál dolgozni. Őket nagyobb eséllyel veszik fel a nyílt munkaerőpiaci munkáltatók is. Az akkreditált lehetőségekről a kormányhivatalok rehabilitációs szakigazgatási szervei tudnak tájékoztatást adni. 2021-től bármennyit keres a megváltozott munkaképességű személy, az nem keletkeztet extra adó elvonást.
Nincs szükség minősítésre a mentális betegek rehabilitációs otthonaiban folyó rehabilitációhoz. Ennek keretében törekedni kell, hogy a munkák az intézmény életéhez is kapcsolódjanak, a résztvevő számára legyen lehetőség a munkafajták közül választani és az kapcsolódjon a korábbi életében szerzett munkatapasztalathoz, majd az idő előre haladtával minél önállóbb feladatellátás történjen. A munkát semmilyen körülmények között sem lehet senkire ráerőltetni. Keresni kell az új lehetőségeket, figyelembe kell venni az Érték-Placc kezdeményezést. A mentális zavarral élő emberek felépülésének folyamatát segítő pszichoszociális beavatkozások közül kiemelkedő fontossággal bír a munkarehabilitáció. Ezen belül külön ki kell emelnünk a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást, amely jelentősen csökkenti a mentális zavarral élő emberek stigmatizációját és elősegíti a társadalmi reintegrációt. A komplex rehabilitáció részeként jelenik meg a kliensek munkához segítése. (Bulyáki-Harangozó 2018)

A támogatott foglalkoztatás filozófiája öt alapvető emberi jogra épül, ezek:

- Mindenkinek joga van arra, hogy emberi méltóságát tiszteletben tartsák.
- A szabad választás joga mindenkit megillet.
- Mindenkinek joga van az emberi kapcsolatok kiépítéséhez és a közösségi életben való egyenrangú részvételhez.
- Mindenkinek joga van a társadalmi életben való aktív részvételre.
- Mindenkinek joga van a helyi közösségben való integrált élethez.

A munkához segítés lépései:

Fel kell mérni a munkavállaló egyéni szükségleteit, képességeit, készségeit segítő szakemberek bevonásával pl. social skills training.

Egyéni, személyes preferenciára építve (az ideális és a „még jó" munkahelyek kiválasztása) egyénre szabott munkarehabilitációs terv kerüljön kidolgozásra az őt támogató szakember bevonásával.Ezt a készségfejlesztés követi, amelynek során célzottan, az adott munkahelyen szükséges készségeket kell tanítani, minél inkább a reális helyszíneken. Egyéni és/vagy csoportos tréningeken kell ezt gyakorolni a munkakeresés és a munkavállalás hatékonyabbá tétele érdekében. Ezt követően a team megbeszélésen a munkatársak ötletei és a munkakeresési terv alapján megkezdődik az ideális munkahely feltárása a kliens számára, amely első lépésben mindig nyílt munkaerőpiaci munkahely. A munkahely keresésben a kliens és segítői is részt vesznek. Pozitív kapcsolatépítés a kiválasztott munkahellyel. A munkaerő „értékesítése" - esetmenedzseri munka (Bulyáki-Harangozó 2018). Erről egy gondolat: az esetmenedzser (case manager) a központja a multidiszciplináris teamnek. Ő érintkezik közvetlenül és leggyakrabban a klienssel, bárhol (akár önállóan) lakjon is. A team illetékes tagjait tájékoztatja, hogy mikor, kinek, milyen akut feladata van. Az ideális team tagjai, minimum 1 fő esetmenedzser, 1 fő pszichiáter, 1 fő pszichológus, 1 fő szociális munkás, (egyes esetekben: 1 fő ápoló). Magyarországon az első esetmenedzser 1996-ban kezdte tevékenységét (aki e jegyzet egyik szerzője). Sokszor elegendő, ha a kliensek maguk keresnek munkahelyet és erre készítjük fel őket. Követni kell a kliens sorsát, szükség esetén rendszeres kapcsolatot kell tartani a munkáltatóval.

1.7. A pszichoszociális fogyatékosság fogalomköre

A pszichoszociális fogyatékosság kifejezést a társadalmi szerepvállalás -mentális egészségi problémákból eredő- különböző mértékű akadályozottságának leírására használjuk. A pszichoszociális fogyatékosság csak a BNO-ban meghatározott diagnózisok esetében állhat fenn. Abban az esetben minősül annak a megjelölt diagnózissal élő beteg, ha a funkcionális hatások és akadályok, amelyekkel szembesül, kölcsönhatásba lépnek a társadalmi környezettel, amelyben betegsége/állapota átmeneti vagy végleges akadályokat jelent az egészséges emberekkel való egyenlőségében és rendszeres időszakonként, célszerűen a pszichiátriai szakorvosi vizsgálatokkal együttesen, fennállásának felülvizsgálata szükséges. Ez nyilván nem merül fel olyan kórképekben, melyek prognózisa esetén a remisszió nem jön számításba. A pszichoszociális fogyatékosság korlátozza egy személy képességét abban, hogy belső növekedési, fejlődési potenciálját kiaknázza, hogy önmaga számára a belső és külső erőforrásokat megfelelően használja, illetve ezek potenciális lehetőségeit/elérhetőségeit felismerje, így korlátozhatja abban, hogy bizonyos típusú környezetben éljen, hogy megfelelően koncentráljon és/vagy összpontosítson, hogy legyen elég kitartása a feladatok elvégzéséhez, képes legyen megbirkózni az idő nyomásával és általában az elvégzendő feladattal (például életvezetés, kapcsolatteremtés, bizonyos szolgáltatások igénybevétele), pontosan, kiszámíthatóan kommunikáljon másokkal. Ugyanakkor ehhez magas szintű szellemi képesség társulhat, amit az akut fázisban nem tud az érintett kinyilvánítani. A pszichoszociális fogyatékossággal élő személy nem tudja követni az általános, de különösen a speciális társadalmi elvárásokat, értelmezni a konstruktív visszajelzéseket, hatékonyan kezelni a mindenkit érő (tehát nem rendkívüli) stresszt, nem képes

kooperálni a segítőkkel és/vagy kifejezetten ellenséget lát bennük. A pszichoszociális fogyatékossággal élők alapvető nehézségei, kognitív torzító mechanizmusai működnek önmagukkal, szoros értelemben közvetlen környezetükkel, de a világgal és a jövővel kapcsolatosan is. A definíció azokat a hatásokat és korlátokat foglalja össze, melyekkel a mentális egészségi problémával élők mindennapi életük, saját érdekeik érvényesítése (funkcionalitásuk) terén nap mint nap szembesülnek. A pszichoszociális fogyatékosság abban különbözik egyéb fogyatékosságoktól, hogy jelentkezhet csak epizodikusan, tartósan vagy véglegesen, a külső szemlélő számára gyakran láthatatlanul, nehezen azonosíthatóan. Pszichoszociális fogyatékosnak az tekinthető, aki a hozzárendelt BNO kódok fennállása esetében, az azokban meghatározott minimális időtartam szerint vagy tartósan, vagy véglegesen kerül fenti tünetegyüttes hatása alá. A pszichoszociális fogyatékossággal élő személy támogatásra szorul a társadalmi befogadás akadályainak leküzdésében (ideértve a stigmát, előítéletet, kirekesztést) és az egyenlő hozzáférésben, az élet bármely területén. A pszichoszociális fogyatékossággal élők általában, életük során átéltek már valamilyen lelki megrázkódtatást, traumát. A számukra nyújtott támogatásnak ezért figyelemmel kell lennie a korábbi traumáknak akár egész életen át megnyilvánuló, lehetséges kihatásaira is. Előfordulhat, hogy a mentális problémával élők vagy családtagjaik palástolni próbálják a traumát és annak folyamatát - résztvevőit és mechanizmusát- a szégyen okán, vagy a probléma belátásának hiánya miatt, vagy attól tartanak a kliensek, hogy emiatt bezárják, akaratuk ellenére kórházba vagy pszichiátriai otthonba szállítják és megfosztják őket alapvető jogaiktól, például személyes szabadságuktól. Mivel a fogyatékosság akár a beteg egész életét végigkísérheti, kiemelten fontos, hogy a fogyatékosság kifejezést a köznyelv és főleg a segítők ne lealacsonyító értelemben, hanem csak az akadályozottság definiálására használják. A segítőknek különösen tisztában kell lenniük a pontos definícióval, és legalább akkor, amikor a pszichoszociális fogyatékosság megállapításra kerül, de szükség esetén többször is, a beteget megfelelő empátiával, segítőkészséggel és egyéniesített formában tájékoztatni kell annak jelentéséről. A segítségnyújtás során jelentős szerepe lehet a tapasztalati szakértőknek,[1] akiknek tevékenységét financiálisan is támogatni szükséges. A pszichoszociális fogyatékosság esetében maximálisan törekedni kell arra, hogy amennyiben ez orvosilag lehetséges, az érintett a társadalomba teljesen vagy részlegesen (például megváltozott munkaképességű foglalkoztatás) reintegrálódjon. A fogyatékosság társadalmi modellje azokra a korlátokra összpontosít, amelyekkel egy személy szembesülhet a társadalom és az egészséges emberek ellenében, mely korlátok megakadályozzák, hogy életüket másokkal egyenlő alapon éljék. A pszichoszociális fogyatékosság lényege, hogy társadalmi, családi és/vagy pszichés eredetű folyamatokhoz, tényezőkhöz és/vagy szociális hátrányokhoz egyaránt kapcsolódnak. A pszichoszociális fogyatékossággal élő személyek a megbélyegzés és a megkülönböztetés számos formájával, valamint polgári, gazdasági, társadalmi és kulturális jogaik gyakorlásának akadályaival szembesülnek. Ezeket az akadályokat bizonyítottan fokozza az urbanizáció, a növekvő emberi bizonytalanság, a szegénység, a természeti katasztrófák, a migráció, a konfliktusok, a hajléktalanság, valamint a globalizáció. Mindezekre tekintettel a rendszeres és szakszerű utánkövetést biztosítani kell, ami nem történhet kényszer alapján. Pszichoszociálisan fogyatékos emberek lakhatását nem lehet intézményesíteni, feltétlenül kis létszámú lakóotthonok jöhetnek csak szóba, illetve a kiváltási folyamatot teljesedésbe menően végre kell hajtani. Szeretnénk jelezni, hogy a már meglévő jogszabályokban van néhány, a pszichiátriai szakma által manapság már értelmezhetetlen, évszázada nem használt kifejezés: ilyen például az „elmeállapot”, a Btk-ban szereplő „kóros elmeállapot”. A Ptk-ban már sikerült a mentális állapot, mentális zavar kifejezéssel ezeket felváltani. Ugyanakkor még szerepel az elmebetegség, az igazságügyi elmeorvos szakértő, az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet, stb. Ezeket a BE-ben, a Btk-ban, az Eütv-ben és minden más jogi szabályozóban korrigálni szükséges.

[1] tapasztalati szakértő: A tapasztalati szakértők (expert by experience) azok a mentális zavarból felépülő személyek akik tapasztalati tudásukkal segítik sorstársaikat.

2. Mentális zavarokkal kapcsolatos ismeretek, az ellátás specifikumai

315 perc interaktív előadás, 90 perc gyakorlat

Összefoglalás: A fejezet a mentális zavarok tüneteivel, a mentális zavarral élők élők megismerésének és kezelésének lehetőségeit tárja fel. Ennek keretében foglalkozik a hangulatzavarokkal, szkizofrénia spektrum zavarral, és egyéb pszichotikus kórképekkel, valamint a személyiségzavarokkal. Külön fejezetben pedig az időskorúak ellátásának specifikumait tárja fel.

Cél: Az egyes mentális zavarok tüneti képének megismertetése, a megfelelő ellátás specifikumainak megismertetése.

Kulcsszavak: tünet, tünetcsoport, zavasok, depresszió, skizofrénia, speciális ellátás, demencia

Tanulást segítő kérdések: Mik a depressziós/skizofrén betegek ellátásának sajátosságai? Hogyan csoportosítjuk apszichózis tüneteit? Melyek a demenciával élők ellátásának alapelvei?

2.1. Hangulatzavarok

Hangulatzavarok: Olyan zavarokat foglal magában, amelyekben alapvető a hangulat vagy az érzelmek zavara, a depressziótól (szorongással vagy anélkül) az emelkedettségig (mániáig), a hangulat változása rendszerint együtt jár az aktivitás szintjének változásával. A többi tünet általában másodlagos, illetve könnyen érthető a hangulat és aktivitás változásának a függvényében. Az ide tartozó zavarok többsége ismétlődő, és az egyes epizódok kezdete gyakran stresszt okozó eseményhez köthető.

A depresszióról általában

A depresszió kritériumai:

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

A depressziót az érzelmi és hangulati élet zavarai közé soroljuk, de a depresszió a személyiség egészét érintő, komplex, a mindennapi működést, viszonyulást alapvetően érintő betegség.

A depresszió tünetei: a depresszió tünetei több területen megjelennek, így érzelmi, motivációs, viselkedéses, kognitív és testi tüneteket azonosíthatunk.

Érzelmi, hangulati tünetek: szomorúság, rosszkedv, örömképtelenség, öngyűlölet, szeretetképtelenség.

Motivációs tünetek: a személy érdeklődése, fizikai, mentális energiája lecsökken, nincs kedve semmihez - „semmi értelme belevágni egy újabb szánalmas napba”.

Viselkedéses tünetek: pszichomotoros gátoltság esetén a személy produktivitása, aktivitása csökken, gyakran csak fekszik az ágyban, energiahiányról panaszkodik, lelassul. Görnyedt testtartás, halk beszéd jellemzi, vagy előfordulhat pszichomotoros nyugtalanság (agitáció).

Kognitív - gondolkodási tünetek: a depresszióval küzdő személy végtelenül negatívan látja önmagát, a világot, jövőjét, pesszimista, reményvesztett, koncentrációképessége gyengül. Negatív énkép jellemzi. Gondolkodását a „KELL" -ek hatják át, nem lényeges az, ami van. A múltban és a jövőben él, nem a jelenben. Bűntudat, önvádlás, előfordulhatnak öngyilkossági gondolatok.

Testi tünetek: fejfájás, emésztési zavar, fogyás vagy hízás, szédülés, alvászavar -nehezen tud elaludni vagy hajnalban felébred és nem tud visszaaludni-. Állandó fáradékonyság jellemzi.
A mentális betegségek kategorizációjára szolgáló leírásokban az itt felsorolt tünetekből nem kell mindnek teljesülnie ahhoz, hogy depresszióról beszéljünk, de a panaszok több mint felének jelen kell lennie a depresszió diagnózisához.

Súlyossági foka szerint lehet: enyhe, mérsékelt, súlyos, súlyos pszichotikus tünetekkel.

Stupor: egy súlyos pszichiátriai tünet. Súlyos depresszió esetén a pszichomotoros gátoltság stuporba mehet át. Az érzelmi reakciók és a motivációk teljes hiányát jelenti, teljes cselekvésképtelenséggel jár (beleértve a kommunikációs képtelenséget is, melyet mutacizmusnak nevezünk). Elsősorban szkizofréniában szenvedő betegnél fordul elő, de depresszió esetén és kábítószerek hatására is kifejlődhet.

A depressziót képzett egészségügyi szakemberek, mint például az általános orvosok és ápolók korán azonosíthatják. A legtöbb depresszióban szenvedő ember sikeresen kezelhető és térhet vissza normál produktív életéhez, anélkül, hogy kórházi ápolásra szorult volna. A depresszió ismert és hatékony kezelései közé tartozik a pszichoszociális kezelés és gyógyszerelés. Ugyanakkor az érintett személy és család aktív részvétele is nagyon fontos a depresszió kezelésében.
Jelenleg a depresszióban szenvedő emberek kevesebb, mint 50 %-a (a világ legtöbb részén pedig kevesebb, mint 30%-a, és néhány országban kevesebb mint 10%-a) részesül megfelelő kezelésben.

A depressziós betegek ellátásának néhány szempontja szociális intézményi keretek között:

A depresszió „ezer arcú", nem csak mélységében, de tüneteiben is a legkülönbözőbb variációk lehetségesek, például agitált depresszió. Meg kell tudni különböztetni az indokolt szomorúságot (például veszteség) a depressziótól. Két nagy hibát lehet elkövetni: 1.: a depressziót nem ismerjük el, és azt mondjuk: szedje össze magát! Jó dolgában nem tud már mit csinálni stb., 2.: a depresszió stigmájával látjuk el a személyt ezzel felmentve magunkat és az adott személyt is az erőfeszítések alól.

Nem a betegséget, hanem az embert kezeljük. Nem csupán a tünetek kezelése, hanem az életminőség javítása a cél. A gyógyításhoz el kell fogadni, fogadtatni a betegséget, amivel nem a belenyugvás, hanem a változtatás esélye nyílik meg. Meg kell nyerni a beteg együttműködését, ami egyes esetekben azért nehéz, mert a betegséggel gyakran együtt jár a motiválatlanság, energiátlanság, kilátástalanság, mint vezető tünet. Itt megértés, türelem, elfogadás, segítés szükséges. Fontos a napi ritmus kialakítása, a tevékenységek megszervezése, ezeken belül az örömteli időtöltések, események beiktatása. A depressziós betegek időhorizontja beszűkül, ezért nem hosszú távú, csak rövid, a holnapra, a jövő hétre vonatkozó terveket érdemes kialakítani.

Fontos az „én-definíciós” szerepek működtetése (szülő, nagyszülő, nő, férfi, dolgozó, ellátó stb.), az ehhez tartozó viselkedés -repertoár működtetése, illetve a működtetéshez szükséges feltételek biztosítása.

A depressziós kognitív triászban: önmagával, a világgal és a jövővel kapcsolatosan uralkodnak a negatív minősítések, várakozások. Ezek fenntartanak olyan kognitív torzításokat, (anullálás, túl általánosítás, érzelmi logika, minden vagy semmi, katasztrofizálás stb.), melyek megnehezítik vagy ellehetetlenítik a kívülről jövő visszajelzések reális feldolgozását. Ezt hívjuk a kognitív disszonancia redukciójának.

A feladatokra való ráhangolódás nehéz, ezért depresszióban nem a tevékenység egészét kell konceptualizálni, nem az egész feladat elvégzésére kell felkészülni. Meg kell tanítani hogyan tegye meg az első lépéseket például ne az egész napot tervezze meg, csak arra készüljön, hogyan lehet felkelni az ágyból.

A kapcsolatok működtetése, a közeli segítők, biztonságot adó személyek rendszeres jelenlétének biztosítása, az ezekkel való személyes kapcsolat működtetésére fokozott figyelmet kell fordítani.

Mániás tünetcsoportra jellemző: A hangulati szint kóros emelkedése a gondolkodás, a késztetés, és a cselekvések intenzitásának fokozódását eredményezi.

A mánia tünetei

- A hangulat emelkedése.
- A gondolkodás felgyorsulása.
- Az éntudat kibővülése.
- Az aktivitás felfokozódása.
- A kritikai készség csökkenése.
- Ingerlékenység.
- Túlzott beszédesség.
- Csökkent alvásigény.

Súlyossági jellemzők

- Enyhe: a mániás epizód minimum tünetei teljesülnek
- Mérsékelt: Extrém aktivitásnövekedés vagy az ítéletalkotás gyengülése
- Kifejezett, de nem pszichotikus: Csaknem folyamatos felügyeletet igényel, hogy önmaga és mások fizikai károsodását megelőzzék
- Súlyos, pszichotikus: Téveszmék, hallucinációk v. nyugtalanság (motoros aktivitás, gondolatok rohanása olyan extrém, hogy a pácienst nem lehet megérteni vagy képtelen hétköznapi kommunikációra)

Bipoláris zavarok

A bipoláris betegségre a különbözõ súlyosságú depressziós és felangolt, azaz mániás epizódok váltakozása jellemzõ, hosszabb-rövidebb tünetmentes periódusokkal. A betegséget a mániás állapotok súlyossága alapján két klinikai megjelenési formába soroljuk:

1. a depressziós és mániás állapotok váltakozásával járó ún. bipoláris I;
2. a depressziós és hipomániás epizódok formájában megnyilvánuló ún. bipoláris II csoportba.

Hypomaniának nevezzük az enyhén felhangolt lelkiállapotot.

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

1. fokozott önértékelés,

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

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

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

2.2. Szkizofrén kliensek ellátásának specifikumai

A szkizofrénia az elmeműködés zavara, melyet a különböző pszichés működések, - mint pl. észrevevés, gondolkodás, érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás - kóros eltérései jellemeznek, változatos munkahelyi és szociális működési problémák kíséretében. A jellegzetes tünetek legalább egy hónapon keresztül (sikeres kezelést követően rövidebb ideig), de egyes jegyek hat hónapon túl is fennállnak.
A szkizofrénia fázisokban kialakuló betegségként jellemezhető. A betegség kialakulása előtt a betegek gyakran elszenvedhethet olyan élményeket és életeseményeket, melyek hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához (terhesség és szülés alatti komplikációk, koponya-trauma, gyermekkori és pubertáskori traumák és családi stresszek).
A kezdeti időszak a működés megváltozását foglalja magába. Ebben az időszakban már számolni kell a funkcionalitás károsodásával, és olyan nem specifikus tünetek jelenhetnek meg, mint az alvászavar, szorongás, irritábilitás, depressziós hangulat, csökkent koncentráció, fáradtság, szerepfunkciók sérülése, szociális visszahúzódás. Pszichotikus tünetek, mint az észrevevés megváltozása, kóros vonatkoztatások és jelentőségtulajdonítások (amikor a páciens olyan dolgokat vonatkoztat magára, amelyek egyébként semlegesek és ezeknek jelentést ad, pl. a rádióból neki üzennek), gyanakvás, a kezdeti fázis késői szakaszában jelennek meg, és a pszichózis megjelenését jelzik.

Az akut fázist pszichotikus tünetek jellemzik:

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

Szerencsére a betegek nem mindegyik tünettől szenvednek, gyakran csak két-három tünetük van a fentiek közül.
A korai időszakban biztosított optimális bio-pszichoszociális kezelés és gondozás javíthat a kórkimenetelen. Fontos megjegyezni, hogy a szkizofréniában tapasztalható funkcionális károsodás, és készségcsökkenés nem csupán a betegséghez kapcsolódó folyamatokból fakadhat. A biológiai kezelésekhez kapcsolódó mellékhatások, a szociális izoláció, a hajléktalanság, a szegénység és a diagnózishoz kapcsolódó megbélyegzés jelentősen hozzájárul a betegség rosszabb kimeneteléhez. A mentális betegségek javulása és romlása erőteljesen összefügg a környezeti tényezőkkel. A felépülést segítő, a betegeket szükségleteikben támogató szolgáltatások - ahol a beteg tiszteletet kap - pozitív irányban fordíthatják meg a kórkimenetelt.

A kliens ismerje a visszaesés jeleit, illetve a betegség természetét, alakulását általában és konkrétan saját személyes életében. Szükséges a pontos és részletes pszichoedukáció mind a páciens, mind a hozzátartozók részére. A betegség egy életre szól. Az érintettel el kell fogadtatni ezt és egyúttal bemutatni, megismertetni vele, hogy a kezelés mellett lehet igazán jó életminőséget biztosítani, a rossz periódusokat megelőzni, kivédeni, mert minden egyes shubbal romlik az általános funkció, minden egyes visszaesés csökkenti a mentális teljesítőképességet. A pácienssel ki kell alakítani egy teherbíró kapcsolatot, melyben az együttműködés változására a segítőnek is fel kell készülnie, mert ez a betegség természetéből következik. Minden relapszus előtt vannak az egyénhez tartozó speciális korai figyelmeztető jelek, amelyeket meg lehet ismerni, meg lehet/meg kell tanulni. Érdemes a kezelőorvossal-terapeutával ezeket feltárni, folyamatában és dinamikájában megismerni, tudatosítani és amennyiben ezek a jelek előjönnek, a kliens sürgetőleg kérjen segítséget, ilyenkor általában gyógyszer korrekcióval a visszaesés elkerülhető. A szkizofrén páciensek esetén (is) biztosítani kell az alacsony küszöbű hozzájutást, mert csak ez teheti lehetővé, hogy a betegség tüneteinek megjelenésekor segítségért forduljon, ha nehezen tud segítséghez jutni, néhány próbálkozás után, a betegség előre haladtával le fog mondani a segítség kérésről. Erről érdemes terápiás szerződést kötni, aminek lényege, hogy a kliens jó állapotában, az általa megbízhatónak megismert személlyel írják alá, tehát egy esetleges hirtelen epizód esetén is fel fogja ismerni azt, akiben megbízik és együttműködő (compliance) lesz vele.

Mindenkinek, akinek szkizofréniája van, különböző tünetei és kórlefolyásai lehetnek. A tüneteket két nagy csoportra oszthatjuk:

- pozitív tünetek: észrevevési zavarok (hallucináció, valóság átélésének zavarai); gondolkodási zavarok, gondolkodás tartalmi zavarai,
- negatív tünetek: érzelmi elsivárosodás, érzelmi válaszkészség csökkenése.

Fogalmak:
Hallucináció alatt a külső inger nélkül létrejövő kóros észrevevést értjük, vagyis az egyén olyasmit lát, hall, vagy érez, ami nincs jelen a valóságban.

A valóság átélésének zavarai
- deperszonalizáció: a saját személyiség megélésének zavarát jelenti, a személy önmagát idegenszerűnek éli meg, néha kívülről szemléli
- derealisatio a külvilág megváltozottságának élménye, az egyén a valóságot másnak, szokatlannak látja.

A gondolkodás zavarait alaki és tartalmi zavarokra osztjuk.
- **Gondolkodás alaki zavarai**:
  - lassulás (elsősorban depresszióra jellemző),
  - a lassulás teljes leállásig fokozódhat: „stupor”,
  - gondolatfolyam elakadása: zárlat (elsősorban skizofrénia),
  - gondolatfolyam gyorsulása (élvezeti szerek hatására, vagy mániás állapotban),
  - gondolatrohanás, gondolattolongás (változó, több egyszerre jelen levő gondolat sch.) inkoherencia (egyes mondatrészek, mondatok nem kapcsolódnak pl. sch), gondolatelvonás, gondolatátültetés, gondolat-felhangosodás (elsősorban szkizofrénia esetében), zavartság: véletlenszerűen választ ki és reagál, hibásan dolgozza fel (pl. sch, pszichogén állapotok), kuszaság (normál asszociációk helyén bizarr kapcsolatok, szétszórt gondolatmenet)
- **Gondolkodás tartalmi zavarai:**
  - téveszmék, amelyek valódiságáról az egyén meg van győződve, ezek elsősorban pszichotikus betegségekben és hangulatzavarokban fordulnak elő.

Téveszmék, túlértékelt eszmék
- Téveszme (doxazma): kórosan meghamisított ítélet, szubjektív bizonyosság érzet, közvetlen tapasztalat nem korrigálja, tartalmilag nonszensz, énre vonatkozik (hangulati élet zavara: felhangolt – nagyzásos, lehangolt – önkeveslő; kathatymiás: igényeket, vágyakat fejez ki pl. Szerelmi téveszmék magányos aggszüzeknél)
  Vonatkozhat:
  - Én-re: ego-szisztolés, diasztolés
  - Külső tényezőre: üldöztetéses, szerelmi jellegű, perlekedő, féltékenységi
- Túlértékelt eszme: tapasztalathoz jobban igazodik, érvelésre hozzáférhetőbb, tartalmilag kevésbé abszurd, az énre erősebben vonatkozik (neurózis, személyiségzavar, pszichózis)
-

Pozitív tünetek:
hallucinációk - (minden érzékszervre lokalizálódhat) leggyakoribb a hallási hallucináció (70%), de lehet akár szaglási vagy taktilis (tapintási) hallucináció is, ismétlődően hanghallás, melyek forrását először ki kell zárni és meggyőződni arról, hogy a hang csak a kliens által érzékelhető,
téveszmék: doxazmák - kóros forrásból eredő, énre vonatkozó, korrigálhatatlan téves ítéletek, melyek tartalma lehet: féltékenységi, üldözéses, megalo- vagy mikromán, religiozus, eratomán, feltalálásos, geneológiai stb. gyanú vagy félelem érzése, paranoid téveszmék. Itt érdemes meggyőződni arról, hogy a paranoiditással találkozunk vagy az illetőt valóban követik, zaklatják. Erre jó irodalmi példa, amikor a neves professzor annyira meggyőzőnek találja a páciens paranoiditását, hogy maga is látja a csendőrök kakastollait

Dezorganizált beszéd és viselkedés - kettős könyvelés és viselkedés.

Negatív tünetek (a hat A):
- apátia: az érzelmek, az érdeklődés és a törődés hiánya
- anhedónia: örömtelenség
- anergia: erőtlenség, reakcióképesség hiánya
- alogia: mentális elégtelenség, dementia következtében kialakult beszédképtelenség
- affektív elsivárosodás: fokozott érzékenységen alapuló elsivárosodás
- antrieb hiány: motíváció hiánya

Egyes vizsgálatok által leggyakoribb tünet akut shubban:
- belátás hiánya 97 %
- hallási hallucináció 74%
- kóros vonatkoztatások 70%
- gyanakvás 66%
- tévelyhangulat 64%
- üldöztetéses téveszme 64%
- elidegenedési gondolat 52%
- gondolat felhangosodás 50%

Vegetatív tünetek:
- étvágytalanság,
- szorongás vagy stressz,
- zavart alvás,
- megváltozott szexualitás
- aggodalom az emberek vélt motívumai miatt,

A **kognitív tünetek** gyakran már a shub tünetek előtt is kialakulnak, és remisszióban is megmaradhatnak: koncentrációs nehézség, rosszabb tanulási képesség, bizonytalan tervezési készség, távoli emlékek felidézési nehezítettsége.

A szkizofréniának több fajta lefolyása lehetséges:
- egyetlen epizód - nincs mentális, illetve személyiség károsodás (22%),
- néhány epizód - minimális károsodás van (35%),
- ismétlődő epizódok, ahol már az első epizód után is van maradandó károsodás (8%),
- a károsodás minden alkalommal növekszik, és nem tér vissza az eredeti állapotra (35%).

Ezért fontos a visszaesések megelőzése, az együttműködés megtartása. A kapcsolat erejét, teherbíró képességét állandóan erősíteni kell, mert a betegség folyamán, a különböző szakaszokban, csak így lehet az együttműködést megtartani. Az együttműködéshez kell a türelem, a figyelem, az érdeklődés, az egyénhez való eljutás. A segítő legyen természetes, kongruens. Zavart páciens esetén a keretek kiszámíthatóak legyenek, cselekedetünket előre jelezzük, hogy ne legyen váratlan, kiszámíthatatlan számára.

Kiemelt jelentőségű tevékenység a pszchoedukáció, amelynek a során a mentális zavarral élő személyek és a hozzátartozóik kellő felvilágosítást megkapják az adott mentális zavarra vonatkozóan. Egyik fontos célja, hogy a kliensketképessé tegyük hogy felelőségteljes döntést tudjanak hozni a gyógyszeres terápiájukra vonatkozóan is.

A kliens kérjen minden lehetséges segítséget, feltétlenül bíztassuk erre. Nagyon sok támogatást és szolgáltatást nyújthatnak a szkizofréniában szenvedőknek. Minél több szakmai tanácshoz fér hozzá a kliens, annál könnyebb lehet átvészelnie a nehezebb időszakokat.

Az ellátó győződjön meg arról, hogy a kliensek szedik a gyógyszerüket. Erőszakkal gyógyszert beadni, csak külön szabályozott esetben lehet. Ilyenkor megoldás lehet a kliens osztályos kezelése, illetve számára megnyugtató személy általi szelíd meggyőzés. Fontos, de kevéssé ismert -tudományosan bizonyított- tény, hogy bármely injekció beadásával összefüggésben, ájulás, hiperventilláció (ez felboríthatja a szervezet normál O2-CO2 szintjét) vagy stressz-szel kapcsolatos reakciók fordulhatnak elő, **a tűszúrásra adott pszichogén válaszként** (a COVID-19 vakcina esetében erősebben).
Fontos tevékenység a pszchoedukáció, amelynek a során a mentális zavarral élő személyek és a hozzátartozóik kellő felvilágosítást megkapják az adott mentális zavarra vonatkozóan. A pszichoedukációs tevékenység egyik fontos célja, hogy a kliensketképessé tegyük, hogy felelőségteljes döntést tudjanak hozni a gyógyszeres terápiájukra vonatkozóan is (http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatriai_Betegek_Kozossegi_Ellatasanak_Ajanlasa.pdf)

A szkizofréniában szenvedőknek nehéz lehet a világos gondolkodás és a gondoskodás önmagukról vagy másokról. Ha van eltartottjuk, akkor segíteni lehet a mindennapi feladatokban, például a házimunkában vagy a vásárlásban.

Segíteni kell a klienseknek számukra (!) értelmes foglalkozásokat találni és új készségeket elsajátítani. Fontos, hogy a pozitívumokra kell összpontosítani, azokra a dolgokra, amelyeknek örülnek vagy amiben jól teljesítenek. Még azonos diagnózisú személyek között is jelentős eltérés lehet, a szükségletek és az elfoglaltság formáját illetően. Lehet, hogy valaki a monoton munkát kedveli, vagy csak arra képes, míg a másik kliens szárnyal és például alkot. Érdemes kis, reális célokat kitűzni és segíteni általa kezelhető és értelmes munkahelyek vagy készségek megtalálásában. Fontos, hogy az ellátó türelmes legyen.

2.3. Pszichotikus epizód, bipoláris zavar, szkizo-affektív kórképek, súlyos személyiségzavarok ellátásának specifikumai

A pszichózist a realitás kontroll zavarával lehet definiálni, amikor a páciens nem tudja a környezetből, illetve az önmagából érkező jeleket feldolgozni, azokat értelmezni, azokra megfelelően reagálni, illetve figyelmét, energiáit tartósan egy irányba összpontosítani, aminek eredményeképpen tünetei négy területen azonosíthatóak különböző mértékben:

Élménytünetek: hallucinációk - leggyakrabban akusztikus, de kiterjedhet minden érzékszervre, illetve kialakulhat komplex, úgynevezett szcénikus hallucinációk, amikor egész történetek, események játszódnak le az érintett fejében. A hallucinációkat valóságként éli meg, ennek valódiságában megingatni nem lehet, a hallucinációba „belépni", beavatkozni pedig csak nagy tapasztalattal lehetséges csak, így inkább az elbizonytalanítás, megkérdőjelezés lehetséges esetenként… Az élmények tagadása helyett a valósággal való egyértelmű ellentmondásosságára kell felhívni a figyelmet, és a környezet veszélyeztetése esetén kell korlátozással fellépni. A hallucinációk gyakran járnak igen erős feszültséggel, melynek mértéke, mélysége, ereje jelentősen meghaladja a szorongásos zavarokban szenvedőéket. Gyakran üldöztetéses, megfigyeltetéses, megsemmisítéssel, elpusztulással vagy lényének átalakulásával kapcsolatos élmények jelentkeznek, mely az érintett egész lényét félelemmel, elemi szorongással árasztja el.

Viselkedéstünetek: imperatív hallucinációk - az irracionális, a valóságtól elszakadó élmények következtében bizarr, furcsa, váratlan, indokolhatatlan, előzmények nélküli reakciók jelentkezhetnek. A viselkedés lehet reakció a megváltozott világból érkező ingerekre: idegen lények, veszélyeztető folyamatok elől menekülés vagy azzal való szembenállás, de lehet a belső hangok által diktált cselekvés. Bármelyik is a forrás, a viselkedés az ön és közveszélyes megnyilvánulásokba torkollhat és ekkor már a megértés, kontroll alatt tartás helyett a korlátozás, visszatartás eszközeivel is élni kell. A viselkedés általában énidegen, alapvetően a betegség alakítja, ugyanakkor mindig számolnunk kell azzal, hogy a betegség mégis egy önálló, egyedi lény, egy ember működésébe épül és így a figyelem, tisztelet, korrektség és kiszámíthatóság jellemezze a fellépésünket. A produktív, erőteljes megnyilvánulások mellett a részleges vagy teljes visszahúzódás, elzárkózás, befelé fordulás is jellemezheti a pszichotikus viselkedést. (Saját élmény: kataton stuporban lévő személy mivel semmire nem reagált a környezetéből érkező ingerekre, egyesek viccet csináltak belőle, udvariatlanul viselkedtek vele. A stuporból való kilábalás után mindenkinek elmondta hogyan viselkedett: az udvariatlanságot felháborodással illette, az udvariasságot köszönettel jutalmazta…)

Szociális adaptáció zavara: a valós környezet helyett egy irreális valóságba kerül az érintett. Reakciói inadekvátak, alkalmazkodó, együttműködő képességét elveszti. Reakcióit nem a külső ingerek, hanem a belső kóros folyamatok alakítják. Gyakori az ellenállás, tagadás, ellenségesség, a meg nem értés támadásnak, árulásnak való értelmezése. Cél a minimális együttműködés fenntartása lehet ilyenkor.

Teljesítmény zavara: a környezettel való kapcsolat részleges vagy teljes megszakadás ellehetetleníti a célirányos, a környezet által közvetített, a környezettel való együttműködést. A figyelem nem kifelé fixálódik vagy ha rövid ideig ez meg is történik, eltérítik a belső ingerek, így folyamatos, célirányos magatartás, erre épülő, építhető magatartás, teljesítmény ebben a szakaszban nem várható.

A pszichózisok okai lehetnek:
Organikus: ismert testi betegség, például anyagcserezavar, keringési elégtelenség, agyi elváltozás talaján alakul ki. Ezek tekintetében a megelőzés, az alapbetegség megfelelő kezelése az igazi megoldás, megfelelő étkezés, mozgás, szociális interakciók biztosítása. Folyamatos és szakmailag korrekt felügyelet és kontroll szükséges, az anyagcsere paraméterek, neurológiai és pszichés állapot folyamatos nyomon követése jelezheti az állapot változását, így a dekompenzálódás, pszichotikus állapot kialakulását.

Exogén: valamilyen káros anyag, drog, alkohol hatására kialakuló állapot. Ezen anyagokhoz való hozzájutás szigorú ellenőrzése, megakadályozása. Itt sem a megengedő, megmentő szerep, sem a durva elítélés nem megfelelő reagálás, mert mind a kettő az alkoholista, drogos játszma kialakulását erősítheti, illetve tarthatja fenn.

Reaktív, pszichogén: lelki események által létrehozott, ahhoz kapcsolódó, azokból levezethető reakció, például féltékenységi vagy szerelmi téboly, veszteség által létrehozott stuporózus állapot. A személy életének, életeseményeinek, várakozásainak, veszteségeinek aktuális és várható alakulásának ismerete biztosíthatja a felkészülést és megelőzést. Kialakulásakor a krízis intervenció, erőteljes fókuszú segítő terápia segíthet.

Endogén: mentális betegség talaján alakul ki: szkizofrénia, szkizoaffektív pszichózis, affektív pszichózis (bipoláris affektív zavarban). A betegségek elfogadtatása, a betegségekkel való együttélés stratégiájának kialakítása fontos. Ezek mind egy életen keresztül tartó betegségek, ugyanakkor a jelenlegi terápiás lehetőségek mellett teljes életet lehet velük élni, sőt egyes betegségek, például bipoláris affektív zavarral élők, sikeresebb, átlagot meghaladó karriert képesek befutni, ha a terápiát elfogadják, melynek alapja alapvetően gyógyszeres.

A bipoláris affektív zavar és schizoaffektív kórképeknél két fázis különíthető el: mániás és depressziós periódus. „A mániától a környezet, a depressziótól az érintett szenved.” A fent részletezett pszichotikus állapot csak a betegségek súlyos állapotaiban jönnek létre. Sokkal gyakoribb az enyhe vagy középsúlyos állapot, ahol a depresszió másik előadásban részletezett tünetei jelentkeznek és az ott elmondottak irányadóak az ellátás tekintetében. A mániás állapotban főként az énhatárok, lehetőségek kitágulása, a határtalanság érzése, a túlvállalás veszélye, az adott élettel kapcsolatos elégedetlenség és meggondolatlan változtatás igénye, a vegetatív működés: alvás, étvágy, szexuális késztetések felborulása okoz leginkább gondot. A betegség belátás és így az együttműködés romlik. A korábban a gyógyszeres és segítő terápiában résztvevő páciens ellenáll, gyógyszereit nem veszi be, az utasításokat megszegi, életének korábbi menetét felborítja/szétzilálja, kapcsolatait rombolja, új, felelőtlen kapcsolatokat, vállalkozásokat indíthat. A korábban kiépült bizalmi kapcsolat jelenthet itt olyan erőt, mely ebben az állapotban az együttműködés megmaradását, a korai felismerést segítve megakadályozhatja a katasztrofális következményeket, a betegség mélyére való sodródást.

A személyiségzavarral élőknél a fent részletezett pszichotikus dekompenzáció is létrejöhet, de sokkal gyakoribb a személyiségzavarral élők egyéb a környezetet terhelő jellemzője:
az egyén önmagához és másokhoz való viszonyulása diszharmónikus, állandó feszültséget és kiszámíthatatlanságot hordoz,
kevéssé rendelkezik empátiás képességgel, ugyanakkor egyes kapcsolataiban, főként a kapcsolat elején a másik ember azt érzi, hogy szinte összeolvad vele a másik, a személyiségzavarral élő, szinte a bőre alá bújik, szimbiotikus élményt él meg, de aztán jön az elutasítás, a leminősítés, a rombolás, megalázás,
tartósan nem tud kötődni, ezért munkahelyét és partnereit is gyakran váltogatja, de olykor tartósan molesztálja, követi, fenyegeti korábbi kapcsolatait, de akár segítőit is. Gyakori a függőség, szerhasználat,
csak átmenetileg, rövid távon képes tartani magát a konvenciókhoz, szabályokhoz, melyeket saját szabályai alapján felülír és felhatalmazottnak érzi magát ezek másokra történő ráerőszakolásában is.

A személyiségzavarral élőknek általában nincs betegség belátása. A segítő foglalkozásúakhoz gyakran azért fordul, hogy a „nincs semmi baja” felmentést kapja, vagy a „gyógyíts meg ha tudsz, de úgy sem tudsz” játszmát kezdeményezze vagy kriminális eseményeinek felmentéséhez akar orvosi felmentést. Az ilyen személlyel való dolgozás nagy türelmet, jelentős szakmai tapasztalatot, biztos önismeretet igényel. A legnehezebben kivitelezhető, a leggyakoribb kudarcot eredményező terápiák közé tartozik. A terápiás hatékonysági vizsgálatok egyértelművé tették, hogy a hatékonyság a kapcsolat erejétől, teherbíró képességétől függ inkább, mint a technikától. Egy terapeuta/segítő 2-3 személyiségzavarral élő betegnél nem érdemes, hogy többet vállaljon. Utóbbi időben több kognitív egyéni (sématerápia) és csoportos (dialektikus viselkedésterápia) terápiás lehetőséget dolgoztak ki. A személyiségzavarral élő páciensek csak nagyon szigorú, akár percre pontos időkeretben kezelhetőek. A keretek nagyon lényegesek.
Bár a mentális betegekre a bűnelkövetés általában nem jellemző, de leginkább közülük kerülnek ki az ilyen cselekmények elkövetői. Például, nem tudni olyan sorozatgyilkosról, akinek ne lett volna személyiségzavara.

2.4. Speciális szükséglet a speciális gyermekotthoni ellátás specifikumai

Hajlamosak vagyunk a szociális ellátás körén és a mentális problémák mentén kevesebb figyelmet szentelni a gyermekek szükségleteinek. Korábban többször is felmértük a speciális gyermekotthonok helyzetét. Vannak alapvetések, melyek az évekkel nem változnak. A mentális probléma igen gyakran gyermekkorban kezdődik, különböző okokból (betegség karrier). Ugyanakkor az egészségügy nincs kellően erre felkészülve. Részben a jónevű, híres és elhivatott gyermekpszichiátriai diszciplína színvonala romlott: a távozó szakemberek utánpótlása kevéssé megoldott, a gyermekpszichiátria a pszichiátrián belül alul

reprezentált. Egy otthonban feltétlenül szükséges az egészségügyi felkészültség is, például minimum követelmény a pszichológusi, pszichiátriai (gyermek) és mentálhigiénés szakember rendszeres jelenléte.

A normál gyermekotthoni/lakásotthoni ellátásba kamaszkorú fiatalok kerülhetnek, akiknek belső szabályozó rendszere kialakult és feladataik ellátására rávezethetők. A gyermek számára egyénre szabott fejlesztést, napirendet, terápiás szerződést kell összeállítani. Magasabb szintű speciális ellátás leginkább azoknak a fiataloknak szükséges, akiknek belső szabályozó rendszerük hiányos. Számukra a „zártságot" erősen strukturált napi tevékenységekkel, foglalkozásokkal, követésekkel kell megteremteni. A speciális ellátás indokolt, ha mindez nem elegendő, a fiatal ellátása zárt kereteket igényel.

A speciális gyermekotthoni ellátást nyújtó intézményekből a szupervízió gyakran hiányzik. Ez a személyzet számára jelentős probléma. Ennek megoldása elengedhetetlen.

A gyermekpszichiátriai osztályok 18 éves korig, a felnőtt pszichiátriai osztályok pedig 18 év felett fogadnak betegeket. Jelenleg országosan 6 önálló és 1 részben önálló fekvőbeteg osztály üzemel -a jövőben még egy osztály megnyitása várható-, egyenlőtlen földrajzi elhelyezkedéssel és nagyon kevés körülbelül 100 férőhelyről beszélhetünk összesen. Gyakori emiatt, hogy felnőtt osztályon történik az akut kezelés, ami elfogadhatatlan. Ez azt is jelenti, hogy az adott korban lévő gyermekek –fiatalkorúak- 2-4 évig semmilyen pszichiátriai ellátáshoz, terápiához, kezeléshez nem jutnak hozzá. Az egészségügyi ellátás hiánya miatt a feladat a gyermekotthonban dolgozó szakemberekre hárul.

A speciális szükségletű gyermekek (fiatalok) a legsérültebb, a legkiszolgáltatottabb, a legrosszabb érdekérvényesítő képességű gyerekek, speciális szükségletük alapja általában BNO kóddal körülírható. Prognózisuk gyakran rossz. Ezért ellátásuknak egyénre szabottnak kell lennie. Ugyanakkor a pszichológiai-pszichiátriai diagnosztika nem fedi le egészében a veszélyeztető tényezőket, például a prostitúciót, a bűnelkövetést.

A gyermekvédelmi diagnózist összetett módszertannal lehet csak felállítani, orvosi, pszichológiai, pedagógiai, gyógypedagógiai és szociális értelemben lehet csak az ellátást biztosítani.

Önkormányzatisági szempontból a gyermekjogi képviselőn kívül kötelező az Érdekképviseleti Fórum létrehozása, azonban annak összetétele -hasonlóan a felnőtt ellátáshoz- komolytalan. Ugyanis ennek tagjai a a gyermekönkormányzat részéről összesen 2 fő, míg az ellátott gyermek szülője vagy más törvényes képviselője, illetve a fiatal felnőtt képviselője 1 fővel, az intézmény dolgozóinak képviselője 1 fővel, a az intézményt fenntartó képviselője 1 fővel vesz részt, ami tragikomikus. Civil kontroll nincs. A PÉF elérhetősége nincs kifüggesztve.

2.5. Időskorú mentális betegek különös ellátása

A demográfiai adatok azt mutatják, hogy egyre többen lesznek idősek: az ENSZ „A világnépesség öregedése – 1950-2050" című -2000-ben közzétett- kiadványa szerint, az emberiségnek már több mint egyötödét, (2 milliárd ember!!!) Európában 36-37-%-át 60 éven felüliek teszik majd ki 2050-ben. Az öregek aránya 1950-ben az egész világon 8%, 2000-ben 10% volt, a növekedés igen jelentős.

<u>Az idősödés önmagában nem betegség és mégis:</u>
Növekszik az orvoshoz fordulás száma, a kórházban töltött időszak, növekszik a gyógyszerfogyasztás.
Az idősödéssel gyakoribbá válnak bizonyos betegségek. A betegségek viszont nem az öregedés miatt alakulnak ki, hanem az adott szervnek, szervrendszernek kóros elváltozása miatt.

Különösen súlyos problémát jelentenek a krónikus betegségek. 85% legalább egy krónikus betegségben szenved.
Az idősödéssel mindinkább megjelenik az úgynevezett "5 I": immobilitás, inkontinencia, instabilitás, intellektuális hanyatlás és a iatrogenia (az orvos-egészségügyi ártalmak).
Az öregedés során növekszik az esélye a sérüléseknek, a nem fertőző betegségeknek, a szegénységnek, a társadalmi elszigeteltségnek, a mentális betegségeknek, a bántalmazásnak.
Ugyanígy annak is fennáll a lehetősége, hogy az agy sem egészségesen öregszik, hanem különféle okokból (például az Alzheimer-kór mechanizmusával vagy az érelmeszesedésből adódó agyi keringészavar okozta fokozott idegsejtpusztulás következtében) szellemi hanyatlási folyamat indul el.

Az öregedés nem váratlanul következik be mégis felkészületlenül ér bennünket:
Természeti népek: öregek tanácsa, több generációs együttélések stb.
Felkészületlenek vagyunk egyéni szinten = veszteségek, funkció változások, lehetőség változások, teherbírás változások.
Felkészületlenek vagyunk családi szinten = az idősebbek teljes értékű megtartása, a több generáció együttélését biztosító életmód feltételeinek hiánya, az aktív, fiatalabb generáció súlyos leterheltsége.
Felkészületlenek vagyunk társadalmi szinten = egészségügyi és szociális ellátási struktúráink hézagosak minőségileg, elégtelenek mennyiségileg. A civil szervezetek esetlegesek, elszórtak.

Az öregedésnek vannak előnyei is:
- A két félteke szinkronba kerül
- Az agy fejlődése soha nem áll meg
- Javulnak a problémamegoldó és döntési készségek
- Pozitívabb lesz az életszemlélet és nagyobb az érzelmi stabilitás
- Folyamatosan javulnak az empátiás készségek
- Világosabbak lesznek a prioritások
- Folyamatosan bővül a tudásanyag
- Jobban lehet látni az egészet a részletek között
- Javul az érzelmeken való uralkodás
- A tapasztalatok az új helyzetekben is segítenek a döntésben

Amiket segíteni-erősíteni kell idős korban, hogy az életminőség jó legyen:
- Személyes hatékonyság
- Kompetencia érzés
- Koherencia érzés
- Személyes célok és önszabályozás
- Együttműködés
- Megküzdés
- Aktivitás

Gyakran jelenik meg az ellátórendszerben a demencia. Ezt okozhatják fizikai-organikus deficitek, de társulhat mentális betegséghez is. Vagy mindkettő együttesen. Itt nincs sok különbség az intellektuális fogyatékosság, a pszichoszociális fogyatékosság és az időskori diagnózisok között: a végeredmény ugyanaz.

Demencia:
- szindróma,
- melyet a központi idegrendszer általában krónikus és progrediáló természetű megbetegedése okoz

– magasabb kérgi funkciók zavara (memória, gondolkodás, tájékozódás, megértés, számolás, tanulás, nyelvi és ítélőképesség)
– a tudat nem homályosodik el
– ehhez társul vagy megelőzheti az emocionális kontroll, szociális viselkedés és motiváció károsodása

Előfordul:
– Alzheimer betegségben (korai 65 éves korban vagy az alatt, késői kezdetű típus),
– cerebrovasculáris betegségben,
– olyan fizikális állapotokban, amelyek elsődlegesen vagy másodlagosan érintik a központi idegrendszert (Pick-, Creutzfeldt-Jakob, Huntington betegség, Parkinson-kór, HIV megbetegedés; máshol osztályozott betegségek: epilepsia, sclerosis multiplex, B vitamin hiány, stb).

A korai felismerés és a komplex kezelés fontos! A gyógyszeres terápián túli feladatok:az ellátás, a gondozás, a betegoktatás, a „gondozók gondozása" kiemelkedő jelentőségűek.

„Én támogató hozzáállás": a demens betegekkel való munka egyik legfontosabb alappillére amelyben felülírjuk saját gondolatainkat, és belépünk társként a gondozott személy világába, abba a világba, amelyet abban a pillanatban megél. Gondoskodás, mint személyes odafordulás"

A demenciával élő idősek ellátásának alapelvei:
– holisztikus szemlélet - komplex gondozás
– egyéni szükséglet szerinti ellátás - személyközpontúság mint érték
– a betegek „jól-létének" és életminőségük maximalizálása.
– a meglévő képességekre épüljön.

A demenciával élők ellátásának további alapelvei:
1. A demenciával élő tágabb szociális környezetében elhelyezkedő személyként kell elfogadni.
2. Törekedni kell arra, hogy állapotától függően, minél teljesebbe mértékben, aktívan részt vehessen szükségletei kielégítésében az ellátott.
3. A demenciával élő beteg állapotának minden fázisában különleges hangsúlyt kell helyezni az egyén tiszteletére és emberi méltóságának megőrzésére.
4. Fontos, hogy a gondozásban/ellátásban résztvevők ismerjék a demencia okait, az állapotot előidéző betegségeket, a tünetek változatosságát, a szakszerű beavatkozások módszereit.

Korai felismerés, komplex kezelés célja: tünetek enyhítése, progresszió lassítása, életminőség javítása
A „**Legjobb Barát" modell** egy szemlélet: e modell szerint a legfontosabb, hogy a gondozó: - barátként van jelen az életében, - hogy nem „ott van", hanem „jelen van", „rá figyel", ismeri élettörténetét, empatikus.
A környezet kialakítása során figyelembe kell venni a mentális hanyatlásból adódó nehézségeket.

Néhány szempont, amit vegyünk figyelembe a demenciával élők környezetének kialakításakor:
– állandóság,
– biztonságos bolyongás lehetősége,
– akadálymentesség,
– eligazodást segítő támpontok,
– jó megvilágítás,
– praktikus bútorok.
  - Figyeljünk a gondozás napszaki ritmusaira, legyenek változatosak a tevékenységi formák.
  - A meglévő képességekre építve, azok megőrzését és fejlesztését támogató tevékenységekre adjunk lehetőséget.
  - A megszokott szabadidős programokra, külvilággal való kapcsolat minél további fenntartására törekedjünk.

- Egyénre szabott, személyközpontú, pozitív érzéseket stimuláló, a lehető legkisebb stresszel járó legyen a napirend.

A demenciával élőket az autonómiájuk elvesztése sebezhetőbbé teszi az erőszakkal és a rossz bánásmóddal szemben.

- Az alap emberi jogok a demenciával élőt is megilleti.
- A demenciával élők személyiségjogait az egészségügyi ellátás és az ápoló gondozó munka során, fokozott védelemben kell részesíteni
- Korlátozás szabályai-
- A panaszjog gyakorlásának lehetőségei:
  - Intézményvezető,
  - fenntartó,
  - Érdekképviseleti Fórum,
  - ellátottjogi képviselő.

A demenciával élők bántalmazása alatt azt az egyszeri vagy ismétlődő cselekvést, vagy szükséges beavatkozás, cselekvés hiányát értjük, amely cselekedet vagy annak hiánya árt, félelmet, szükségtelen fájdalmat okoz az idős személynek egy olyan kapcsolaton belül, amelyben elvárható a bizalom.

- Idős, demenciával élő személy bántalmazásának további formája még a lelki bántalmazás, verbális abúzus (tisztelet hiánya, a magánszférához/magánélethez való jog megsértése, a kapcsolattartás jogának megsértése, az idős személy véleményének, kívánságainak figyelmen kívül hagyása) megszégyenítő, durva beszéd, kiabálás a demenciával élő személlyel.
- Továbbá az intézményi bántalmazás (szükségtelen és fájdalmas orvosi beavatkozások, leszedálás, az információ hiány, át nem adott információ).
- A bántalmazásnak lehetnek szándékos és nem szándékos okai.

A bántalmazás, mint cselekvés, vagy a szükséges beavatkozás hiánya magában foglalja a fizikai bántalmazást, a szexuális erőszakot, érzelmi/szóbeli/pszichológiai bántalmazást, fizikai és lelki elhanyagolást, anyagi/pénzügyi kihasználást, az emberi jogok megsértését, faji, nemzeti, vallási megkülönböztetést.
A nem szándékos bántalmazás gyakran a gondozott igényeinek és érzéseinek meg nem értéséből erednek. A nehézséget az jelenti, hogy összeütközésbe kerülnek az idős ember igényei és kívánságai az őt ellátó személy magánéleti és szakmai igényeivel, vágyaival, lehetőségeivel.

Gyakori problémát jelent az „agresszív magatartás” kezelése.

Ha áttekintjük a szellemi hanyatlás folyamatát, a fent felsorolt bevezető tüneteket a markáns memóriahanyatlás követi. Ez elérheti azt a mértéket, hogy a személy számára a hétköznapi eszközök használata (például villanykapcsoló, zár stb.), a napszak meghatározása, a napi események (tisztálkodás, étkezés, nővér látogatása stb.) is megoldhatatlan problémát jelentenek. Ez az állapot maga is heves aggodalmat, félelmet generálhat, nem beszélve arról, ha ez már a helyzetek megfelelő felismerésének, értelmezésének képtelenségével is társul. Ebben a stádiumban a segítő szándékú odafordulást vagy a már szintén kevésbé toleráns lakótárs részéről észlelt önzőbb magatartást vagy irányába érkező kritikát fenyegetőnek élheti meg a szellemi hanyatlásban szenvedő idős, és védekezésként támadással reagálhat.

Tisztában kell lennie az ellátóknak azzal is, hogy a szellemi hanyatlási folyamathoz = memóriazavar + viselkedészavar, gyakran az agyi működések egyéb, pszichés működészavarai is társulhatnak:
könnyen jelenik meg bizalmatlanság, túlérzékenység (szenzitív élményfeldolgozás), illetve meglopatásos, mérgeztetéses, elszegényedéses gondolati tartalmak,
az időskori depresszió az öngyilkossági veszély tekintetében vezető pozíciót tölt be és sokszor nem típusosan, nyomott hangulat formájában, hanem a szokásos terápiákra nem reagáló, kínzó testi tünetek képében jelenik meg,
nem ritka a túlzott aggodalmaskodás, az egészségi állapot romlása miatti szorongás sem,
az érelmeszesedés okozta átmeneti agyi keringészavarok (pl. éjszaka fiziológiásan alacsonyabb vérnyomás miatt) az agyi oxigénhiány következtében átmeneti “zavartságot” (=hypoxiás deliráns állapotot) idézhetnek elő: vizuális vagy akusztikus hallucinációkkal, ehhez társuló téveszmékkel, nyugtalansággal (ezek megjelenésének leggyakoribb oka a szervezet szükségleténél kevesebb folyadék fogyasztása, kezelése ennek megfelelően meglehetősen egyszerű és látványos eredményű).

Legyünk vele tisztában, hogy az időskori mentális zavarok korai felismerése létfontosságú a kezelésük szempontjából!

Az időskori, a szellemi hanyatláshoz társuló mentális zavarok (paranoid pszichotikus állapot, delirium, szorongás, depresszió) az esetek többségében gyógyszeresen nagyon jól kezelhetőek, megfelelő ellátói magatartással “meggyógyítható” állapotok.
Az idős, mentális zavarral élő hozzátartozót gondozó családtagok mindennapi terhe igen magas lehet. Az önsegítő csoportok erőforrásként jelenhetnek meg a gondozó családok életében. Ilyen önsegítő mozgalom az Alzheimer café. (http://alzheimercafe.hu/)

3. Együttműködés ellátott és ellátó között

315 perc interaktív előadás, 135 perc gyakorlat

Összefoglalás: A fejezet fő témája az ellátott és ellátó közötti együttműködés, ennek előmozdítási lehetőségei. Ennek keretében tárgyalja a hatékony kommunikáció, az asszertivitás, együttműködési stratégiák témaköreit, különös tekintettel a mentális zavarral küzdő kliensekkel való bánásmódra. Kitekintést kapunk az akut epizódra, agresszivitásra, ön- és közveszélyes magatartásra, és ezek hatékony kezelésére, valamint a speciális szükségletek kezelésére (érzelmek, fáradtság, alvászavar, stressz stb.)

Cél: A fejezet megismerteti a mentális zavarral küzdő személyekkel való megfelelő bánásmód jellegzetességeit, ennek módszereit, eszközeit, az ellátottal való megfelelő együttműködés előmozdításának lehetőségeit.

Kulcsszavak: asszertív kommunikáció, együttműködés, empátia, krízis, speciális szükséglet

Tanulást segítő kérdések: Mi jellemzi az asszertív kommunikációt? Mik az empatikus kommunikáció követelményei? Mit nem szabad tenni krízisintervenció során? Melyek a hiányalapú, illetve a növekedésalapú szükségletek?

3.1. Hatékony kommunikáció, asszertivitás, együttműködési stratégiák

Kommunikálni muszáj, tegyük azt jól!
A segítő kapcsolatok alapja, fő közege, a segítő mechanizmust hordozó eszközrendszere a kommunikáció. A kommunikáció törvényszerűségeinek, elvi alapjainak és gyakorlatának elsajátítása minden segítő szakmában dolgozónak, és minden ilyen szakembert képző helynek alapvető érdeke és feladata. A kommunikáció hatékonysága nem csupán azon múlik, hogy szavainkat hogyan válogatjuk, a testbeszéd, a hangszín, hangerő, hanglejtés éppúgy része az üzenetnek, és ezeknek összhangban kell lenniük ahhoz, hogy a kommunikátor hiteles legyen. A sikeres kommunikáció feltétele tehát, hogy képesek legyünk a kommunikációs helyzetben asszertívan (asszertivítás: hatékony és méltányos érdekérvényesítés), azaz kellő magabiztossággal kommunikálni. Ez tanulható, fejleszthető. Amikor interakcióba lépünk valakivel, akkor jelentéseket cserélünk. Ellenben gyakran előfordul, hogy bizonyos dolgoknak egyes embereknél más és más a jelentése, mivel azok a személyes tapasztalatok, kulturális-értékrendbeli különbségek által alakulnak ki és ezért más érzelmeket-értelmezést hordoznak. Ezért fontos, hogy jól megértsük egymást, ha jelentéseket cserélünk.

<u>Gondoljuk át!</u>
Tényleg azt értette a másik személy, mint amit ki akartunk fejezni?
Eljutott-e hozzá, megértette-e és helyesen értelmezte az üzenetet? Ha ez nem sikerül, akkor fennáll a konfliktusos helyzet kialakulása.
Csak akkor tudjuk beleélni magunkat más ember lelkiállapotába, valamint megérteni, és csak akkor leszünk képesek az empátiára, ha tisztában vagyunk egyes jelentésekkel.

Az empátia kiemelten szükségszerű a kommunikációban, mivel nem elhanyagolható szempont, hogy helyesen értelmezzük-e a másik fél kommunikációja által közvetített érzéseket. A szavaknak ellentmondhat a non verbális kommunikáció, mint a hangszín, dallam, hangsúly, testtartás, mimika és a gesztusok. Így a szavak jelentősége eltörpülhet a másik személy érzéseinek azonosításakor.

De melyek azok az érzések, amelyek konfliktusokat válthatnak ki?
Az elfogadás hiánya.
Bizonyos stresszhelyzetek, mint frusztráció, tehetetlenség, düh, bizonytalanság, fájdalom, lelki sebek, kiszolgáltatottság érzése és küzdelem létrehozhatnak konfrontációkat és ilyenkor fennáll a lehetősége egyes erőrendszerek ütközésének.
Mindkét alany mást-mást szeretne és ilyenkor versengés alakulhat ki közöttük.
A belső (lelki) konfliktusok ugyancsak külső konfliktusokhoz vezethetnek, ilyenkor a személy sérthet, megalázhat, bánthat, agressziót, szembeállást és vitát provokálhat. Projekció lép fel, vagyis kivetíti a másikra belső instabilitását.

Amikor a felek célja az együttműködés és ez mindkét félnek közös érdeke, akkor törekedniük kell a kölcsönös megoldásokra. Ehhez kell a bizalom, hogy elegendő figyelemmel, türelemmel viszonyuljanak egymáshoz, valamint nyílt kommunikációval egymást támogassák. A versengő és a konfliktuskerülő magatartások nem oldhatják meg a konfliktust. Az elkerülő csak elodázza a konfliktus megoldását és más személyre, nála gyengébbre vetíti ki szorongását vagy frusztrációját. Ilyenkor az ilyen személyiségű alany támadhat és zúgolódhat. A versengő személyiségtípus kiélezi a konfrontációt, egyik vagy mindkét konfliktusban résztvevő fél részére frusztrációt okoz. A negatív konfliktusokat hatékony kommunikációs módszerekkel orvosolni lehet.

Az emberi kommunikációval kapcsolatos egyes vizsgálatok megállapították, hogy a kódolt (kibocsátott) és dekódolt (befogadott, lefordított) jel mennyisége között jelentős különbség van. A normál, hétköznapi, célirányosan nem képzett emberek közti kommunikációban, a kibocsátott információknak csak mintegy tized része hasznosul, tudatosodik a befogadónál. Ennek az adatnak az ismeretében azt lehet mondani, hogy a mindennapokban „az a csoda", hogy megértjük egymást, csak a legfontosabb, a kommunikáció során legerőteljesebben, leghatározottabban, legátütőbb erővel megjelenő információkat fogjuk fel biztosan, de igen nagy a veszély és az esély, hogy félreértjük egymást, és szinte bizonyosan mondható, hogy az árnyalatokat, bizonyos kommunikációs csatornákon, alig fogjuk fel. Sajátságos, de igaz, hogy bármely áttételen már jelentősen romlik az értelmezhetőség. Nyilvánvaló, hogy a szóbeliség és a közvetlenség a leghatékonyabb, minden más forma torzíthat.

Az emberi kommunikáció törvényszerűségei:
Kommunikálni szükséges! Ezt úgy is meg lehet fogalmazni, hogy az egy kommunikációs térbe kerülő emberek között szükségszerűen és törvényszerűen létrejön a kommunikáció, azaz egy kommunikációs térben lévő másik emberhez eljutnak a belőlünk kibocsátott jelek, így nem lehet nem kommunikálni. Lehet olykor persze találkozni olyan kísérletekkel, olyan helyzetekkel, amikor valaki nem akar kommunikálni és nem néz a másik szemébe, lemerevíti az arcát, elfordul a másiktól stb. Ezzel viszont csak azt lehet elérni, hogy valamely kommunikációs csatornán megjelenő információ másikhoz történő eljutását gátoljuk, de leginkább az lesz az eredmény, hogy felerősödik és egyértelművé válik az a közlés, hogy „nem akarok kommunikálni", vagy „nem akarom, hogy bizonyos információk belőlem eljussanak a másikhoz."

Ha egy kommunikációs térbe kerülünk valakivel, akkor érdemes tudatosan vállalni a kommunikációt, mert az akaratunk nélkül is létrejön (van természetesen olyan felfogás is, mely az emberi kommunikációt a tudatossághoz kapcsolja, azaz az a nézete, miszerint tudatosság nélkül nem beszélhetünk kommunikációról, így az egy kommunikációs térben létrejövő kapcsolat „csupán" a létezés jeleinek kibocsátása és ép érzékszervekben való felfogása. A kommunikációs csatornák „eltorlaszolásának" kísérlete pedig azáltal válik kommunikációvá, hogy itt egy tudatos komponens jelenik meg. Bármely felfogást tekintjük is, a segítő kapcsolatot folytatónál a célszerű az, ha tudatosan szervezi, alakítja a belőle, általa és a környezetében megjelenő jeleket, információkat, így alakítva kapcsolatát a környezettel, benne

a segítségért hozzá forduló emberrel, és különösen tudatosan megkomponálva, árnyalva és megfelelő átütő erővel felruházva működteti az emberi kommunikációs csatornákat és szinteket.

Egy kommunikációval dolgozó szakember nem engedheti meg magának a félreértés lehetőségét, mert ezzel a félreértéssel a segíthetőség tényét, a szükséges mélységű megértés létrejöttét és végül is a klienst veszélyezteti. Célzott képzéssel, önképzéssel érhető el az, hogy a másik féltől érkező üzenetekből minél többet fel tudjunk fogni, így minél árnyaltabban, minél pontosabban megértsük a másik félben zajló és a kommunikációs csatornákon megjelenő gondolatokat, érzéseket, élményeket, viszonyulásokat. Egyúttal működtethető az a kommunikáció mely során pontosan, könnyen és egyértelműen dekódolható, megérthető amit közölni akarunk, mert azt olyan módon, formában, keretekben, megosztásban jelenítjük meg, visszajelzéseink, megnyilvánulásaink így lesznek hatékonyak. A terápia szempontjából legalább ilyen fontos az a különbség, ami a kommunikáció során megjelenő információ tudatos és nem tudatos része között van: maga a közlő fél sem tudja teljes egészében, hogy mi jelenít meg a jelzéseiben. Főként a nem verbális csatornákon, a metakommunikációs szinten „szivárognak" ki azok a közlések, melyek az adott személy akaratlan közléseit hordozzák önmagával, a helyzettel, a környezettel kapcsolatosan. A segítő kapcsolat éppen azzal tud sokat segíteni a páciensnek, hogy ezen nem tudatos, az egyén elől gyakran „rejtett", de megnyilvánulásaiban, kommunikációjában megjelenő információkat, a közlésekben megjelenő tudattartalmakat, viszonyulásokat visszatükrözi, megjeleníti, tudatossá teszi, ezzel differenciáltabb, mélyebb, reálisabb önismerethez és ezáltal a változás, változtatás lehetőségéhez segíti.

A kommunikáció formái:

A tudomány sajátja, hogy igyekszik különböző elméleti modellek megalkotásával elősegíteni többek között az emberi viselkedés mikéntjét. Számos a társadalomtudományokban elterjedt modellt ismerünk, melyek közül többet a kommunikációtudomány is felhasznált célja elérésének érdekében. Ehhez hasonlóan a kommunikációs stílusok kategorizálása, azonosítása is ilyen előzményekre vezethető vissza. Három, a pszichológiából elterjedt és meggyökeresedett fogalmat felhasználva asszertív, szubmisszív és agresszív kommunikációs stílusokról beszélhetünk. Először nézzük meg a kifejezések általános jelentését.

- Agresszív: támadó, erőszakos, rámenős, sértő.
- Asszertív: középút a behódoló és a fenyegető között, kellő határozottságú és öntudatú.
- Szubmisszív: behódoló viselkedés.

Foglalkozzunk a középúttal!

Asszertív kommunikáció:

Az önbizalom a szociális készségek alapja. Az asszertív kommunikáció elsősorban a közlő magabiztosságától és empátiájától függ. A választás lehetőségét jelenti az, hogy ki tudjuk fejezni az igényeinket, pontosan meg tudjuk fogalmazni a véleményünket, érzéseinket, s biztosak lehetünk abban, hogy senki nem kényszerít akaratunkon kívül semmire. Az asszertivitás azt jelenti, hogy ki tudunk állni saját jogainkért anélkül, hogy közben másokat sértenénk, másokban szorongást keltenénk. Mindegy, hogy szavainkat mennyire jól válogattuk, szóbeli üzenetünk mennyire határozott, ha nem a megfelelő arckifejezéssel, testtartással kísérjük mondanivalónkat, közlésünk hatástalan lesz. Az asszertív közlő pozitív énképpel rendelkezik, arra törekszik, hogy a kommunikációs partnerrel való együttműködése pozitívan záruljon, a kommunikáció mindkét fél számára sikerrel járjon. Az asszertív magatartás segíti a kapcsolatok egyenlőségét, képessé teszi az embert arra, hogy szorongás nélkül kiálljon az érdekeiért, szabadon fejezze ki érzéseit, gondolatait. Az asszertív viselkedés választott, de vannak olyan alkalmak, kommunikációs helyzetek, amikor nem ez a megfelelő viselkedési forma, olykor a passzív vagy agresszív kommunikációs mód is elfogadható, esetleg szükséges.

Az asszertív viselkedés egyben az arra való képességet is jelenti, hogy ki tudjuk fejezni az érzéseinket és gondolatainkat sérülés és sértésmentes módon, miközben kiállunk a jogainkért. Megnyilvánulásában a magabiztosság a legközelebbi forma, melyben megragadható.

Három alapvető összetevőből áll:

- Képesség, hogy kifejezzük az érzéseinket.
- Képesség, hogy meggyőződéseket és véleményeket fejezzünk ki.
- Képesség, hogy kiálljunk a jogaink mellett, és ne engedjük másoknak, hogy zavarjanak vagy kihasználjanak minket.

Az asszertív emberek nem túlságosan merevek vagy szégyenlősek, képesek a külvilág felé kifejezni érzéseiket (gyakran közvetlenül), anélkül, hogy agresszíven vagy szubmisszíven viselkednének. Az asszertivitás -ahogy a magabiztosság is- kialakítható, fejleszthető. A magabiztosság növelése jellemzően két dolgot jelent. A visszahúzódás, félénkség, zárkózottság, valamint az indulatosság leküzdését. Az asszertív ember nem passzív, nem agresszív. Az asszertivitás az arany középút. Verbális kommunikációban tömören, világosan megfogalmazott üzenet formájában nyilvánul meg, de egyúttal azt is jelenti, hogy mondanivalónkat ahhoz a személyhez igazítjuk, akihez beszélünk, s elkerüljük azokat a kifejezéseket, amelyeket a befogadó feltehetően nem ismer. Fontos szerep jut a non verbális csatornának is, az asszertív megnyilatkozások során. A nem verbális jelzések hitelesíthetik, vagy éppen hiteltelenné tehetik a verbális üzenetet, fontos tehát, hogy közlésünk kongruens[2] legyen. Arckifejezésünk, gesztusaink, testtartásunk összhangban legyen azzal, amit mondunk. Alapvető, hogy kommunikáció közben tekintetünkkel is a beszédpartnert figyeljük, ugyanakkor a merev nézés agresszív magatartásnak is minősülhet, így időről időre szakítsuk meg a szemkontaktust. A fej mozdulatai (például bólintás) megerősítő-jóváhagyó vagy cáfoló jelzések. Az asszertív testtartás nyitottságot, érdeklődést mutat. A mozgás magabiztosságról árulkodik, a gesztusok modorosság nélküliek, nem túlzók, a szemkontaktus közvetlen és szabályos, a figyelem tehát érdeklődést tükröz.

Az asszertív jogok:

A testbeszéd és a verbalitás összehangolását elősegítendő, foglaljuk össze, mely jogok illetik meg az asszertív embert (mindenkit) és annak partnerét:

- Jogunk van ahhoz, hogy önbecsülésünk és méltóságunk megőrzése érdekében megfelelően járjunk el.
- Jogunk van ahhoz, hogy tisztelettel bánjanak velünk, meghallgassanak és komolyan vegyenek bennünket.
- Jogunk van ahhoz, hogy nemet mondjunk anélkül, hogy bűntudatot éreznénk.
- Jogunk van ahhoz, hogy információt kérjünk.
- Jogunk van ahhoz, hogy ha önérvényesítő jogaink értelmezésében bizonytalanságok vannak, akkor ezeket tisztázzuk az érintett személlyel.
- Jogunk van bármit csinálni, amíg ezzel nem zavarunk, nem korlátozunk, nem hozunk hátrányos helyzetbe másokat.
- Jogunk van ahhoz, hogy tévedjünk (Errare humanum est).
- Jogunk van ahhoz, hogy megváltoztassuk a döntéseinket.
- Jogunk van ahhoz, hogy döntésünk logikátlan legyen.
- Jogunk van azt mondani, „nem tudom”.

[2] kongruens: egybehangzóság. A verbális, gesztus, hangzó a három kommunikációs csatorna eybehangzósága.

- Jogunk van ahhoz, hogy magatartásunkat, gondolatainkat, érzéseinket magunk ítéljük meg, és hogy vállaljuk értük a felelősséget.
- Jogunk van ahhoz, hogy magatartásunkat ne magyarázzuk mások előtt, ha ez nem érint előzetes megegyezést vagy közös érdeket.
- Jogunk van ahhoz, hogy a másokhoz való viszonyt magunk alakítsuk, a magunk által választott eszközökkel.
- Jogunk van eldönteni, hogy vállaljuk-e vagy sem a felelősséget mások problémájának megoldásáért.
- Jogunk van ahhoz, hogy függetlennek érezzük magunkat mások jóindulatától.
- Jogunk van azt mondani másoknak, nem értjük, hogy mit akarnak tudatni velünk, ha szándékaikat, problémáikat, érzéseiket, gondolataikat csupán jelzésekkel próbálják közölni és azt várják, hogy kitaláljuk azokat.
- Jogunk van az egyedüllétre.

Minden egyes jog a másik felet is megilleti.

Ezen jogokat szem előtt tartva számos kellemetlennek vélt helyzetben szánhatjuk rá magunkat a magabiztos viselkedésre, véleményünk és gondolataink kifejezésére. Mindezek elsajátításához javasolt, hogy a személyzet asszertív, illetve kommunikációs tréningen vegyen részt, amelyeken helyzetgyakorlatokon lehet bemutatni az egyes szituatív megjelenítés igénylő kérdésköröket.

3.2. Bánásmód, együttműködés mentálisan beteg kliensekkel

Az érett segítőre jellemző magatartás:

- feltétel nélküli elfogadás
- empátia és visszatükrözés
- hitelesség,kongruencia

A kongruens segítő őszinte, képes kifejezni azt, amit érez (Tringer, 1992, Bulyáki, 2021).
A neves magyar pszichiáter Buda Béla, Empátia című könyvében (1973) a következőképpen definiálta az empátia fogalmát: „*az empátia a személyiség olyan képessége, amelynek segítségével, a másik emberrel való közvetlen kommunikációs kapcsolat során az ember bele tudja élni magát a másik lelkiállapotába. Ennek a beleélésnek a nyomán meg tud érezni és érteni a másikban olyan emóciókat, indítékokat és törekvéseket, amelyeket a szavakban direkt módon nem fejez ki, és amelyek a társas érintkezés szituációjában nem következnek törvényszerűen*."

A megértés és megérzés fő eszköze az, hogy az empátia révén a saját személyiségben felidéződnek a másik érzelmei és különféle feszültségei. Ezt úgy is ki lehet fejezni, hogy a személyiség beleéli -mintegy a másikba vetíti- önmagát. Empátiává a beleélés akkor lesz, ha az élményt tudatosan feldolgozzuk és a másik emberből megértett összefüggéseket önmagunk számára megnevezzük (lefordítjuk) és értelmezzük. Empátiát tehát csak egy kommunikáló személy válthat ki a másikból, ami előhozza az odafordulást, valamint a figyelmet. Szükséges az odaforduló személynél egy olyan attitűd, amely a másik ember pozitív tulajdonságai meglétét feltételezi, mivel őt értékesnek tartja. Ez a készség bonyolultabb személyközi kapcsolattartásban előforduló magatartásforma, amely tanulható, de megléte személyiségfüggő is lehet.

Az empátia lehet tudatos vagy nem tudatos.

A tudatosnál az „ego” szándékos vezérlés alá kerül. Ez az önmegfigyelés és önnevelés eredménye. Így az empátiát lehet tanítással és gyakoroltatással fejleszteni.
Az ösztönös empátia által a személy a másik sajátos egyedi állapotát érzékeli és arra reagál. Az ilyen ember érzékeny a non verbális kommunikációra, rendelkezik a személyre irányuló figyelem készségével és őszintén, hitelesen (kongruensen) viselkedik. Tehát, ha a viselkedés hiteles, akkor a másik ember jobban megnyílik, több kommunikációs jelzést ad és az empátia számára tér nyílik.

Hogyan kommunikáljunk empatikusan?

Az empatikus kommunikáció módszere:
A beleérzés folyamata a másik fél ítélkezés nélküli elfogadását jelenti. A másik emberből ez megkönnyebbülést vált ki, és felszabadultság érzése kíséri a kommunikációt, nem érzi szükségesnek, hogy igazáért harcolnia kelljen. Fontos az aktív meghallgatás, megértés, amely ugyancsak kapcsolódik az empátiához. Az információt adó személy érzi a non-verbális kommunikáción keresztül (például testtartás, szemkontaktus stb.), hogy megértően figyeli az információt vevő személy. Természetes intuícióval sokan rendelkeznek, de a tanult és gyakorlatban alkalmazott klinikai empátia tudatosan használt eszköz a beavatkozások sikerének szolgálatában. Ehhez szükséges azonban az empátiát szolgáltató szándéka és részesülő befogadása. Segítségnyújtás céljából a beleérzés egyfajta verbális kapcsolattá alakul át. Azonban e lelki áthelyeződés az „én” határainak hajlékonyságát követeli meg. Az egészségügyi személy átéli és átérzi a beteg lelkiállapotát és kiterveli, hogy mit mondjon, vagy mit tegyen a beteg érdekében. Az egészségügyi dolgozó tudatja a beteggel, hogy megérti érzéseit és indulatainak okát. Nem szabad relativizálnia az elmondottak jelentőségét, tehát fontos a verbális beleélésnél a pontosság és szabatosság. Ne ismételje a beteg szavait, hanem saját szavait, stílusát használja az ápoló személy és így azt mutassa, hogy megértette a beteg érzéseit. Fontos a megfelelő szókincs, hogy ne forduljon elő a beteg által mondottak ismétlése. Ezért indokolt a különböző érzelmeket kifejező szavak szinonimáit elsajátítani és a mindennapi gyakorlatban alkalmazni. A beleérzés verbalitásán kívül nagyon fontos a non verbális kommunikáció is. Nem lesz hiteles a megértő szavakat tartalmazó beszéd, ha ehhez nem párosul a metakommunikáció: például odafigyelő testhelyzet és ehhez párosuló hangsúly. Lehet a pontosság és szabatosság követelménye szerint megalkotni a választ, anélkül, hogy az igazán megérintené a másikat. Fontos, hogy a beszédet megértés és őszinteség kísérje, de kizárja a sajnálkozást. Az empátia mentes a részrehajlástól, ítélkezéstől.

Az empatikus kommunikációnak számos pozitív hatása van: csökken a magányosság és elszigeteltség érzése, reményt kelthet, feloldja az elidegenedést, mivel az empátia „hidakat létesít embertársaink felé.” Azáltal, hogy az ellátó személy időt nem kímélve empatikusan kommunikál, növeli a beteg fontosságtudatát és ő elfogadottnak érzi magát. A bizalom is növekszik az ápoló felé, amennyiben a beteg érzi, hogy nincs előítélet az ápoló részéről. A morális előítélet konfliktuskeltő, mivel a másik fél ez ellen védekezni kezd, támad vagy elzárkózik. Az ápoló beleérzése pozitív érzéseket kelthet és megváltoztathatja a betegek magatartását. Ezáltal a beteg nem védekezik. Ha az ápoló kellő megértést tanúsít a beteg felé, akkor könnyebben elkerülhető és kezelhető az agresszívebb viselkedés és konfliktus. Az ápoló viselkedése így hasonló válik egy pszichoterapeutáéhoz, mivel ha a beteg hallja az érzéseire adott ápolói választ, belső világa számára is tudatosabbá válhat. Tudatosul a betegben, hogy az adott helyzettel hogyan bánjon, és több együttműködés tapasztalható részéről. Az ápolóra is pozitívan hat az empatikus viselkedés, mivel visszacsatolásként látva a beteg kooperációját, megelégedettség és együttérzés, sikerélmény tölti el.
Az egészségügyi ellátáshoz hasonlóan a szociális ellátásban dolgozó segítő szakemberek munkájában is kulcsfontosságú az empatikus viselkedés. Az alapvető segítő készségeket a szociális munkások a BA képzésük során elsajátítják.

Az empatikus kommunikáció követelményei:
Fontos a személyes és magánjellegű problémák, gondolatok mellőzése.
Figyelni kell a beszélőre és lehetőleg nem javasolt türelmetlennek tűnni és megszakítani a beteg szóbeli kommunikációját.
Fontos a non-verbális közlendőkre is fókuszálni, mert így teljes az üzenet befogadása.
Törekedni kell a beteg által mondottakból kikövetkeztetni a mondandó legfontosabb elemét, például rémültséget, bizonytalanságot fejez-e ki.
A beleérző válaszban meg kell testesüljön a pontosság és szabatosság, összhangba kell hozni a metakommunikációval, ugyanakkor a realitás talaján kell maradni, az illúziókeltés nem hatékony, sőt tilos.
Szükségszerű figyelni, hogy az empatikus kérdésnek vagy válasznak milyen a beteg általi befogadása, ezt érdemes egy újabb kérdéssel alátámasztani mint például: jól látom (értem) a helyzetet?

Ha nem beleérző, törődő és odafigyelő a szakdolgozó, akkor a gondozott magatartása negatív irányba változhat, például csalódottságot érezhet, magába fordulhat és/vagy harcolni kezdhet, érzéseit így próbálva közvetíteni. Magába fordulásakor nem hajlandó hatékonyan közreműködni. Más esetben pedig agresszívebbé válhat és támadhat. Ilyenkor gyakran előfordul a verbális erőszak, a beteg emelt hangon kommunikál. A beteg negatív magatartása a szóbeli erőszaktól a fizikai agresszióig fajulhat.
Tulajdonképpen a dolog végtelenül egyszerű. Aki azért megy a szociális ellátásba, mert erre irányította a lelke, már nagyobb részben sikertörténetet vetít előre. Akinek ez csak egy munkahely, vagy minden mindegy, csak valami legyen és a legrosszabb: azért vállalja, mert hatalmaskodhat és visszaélhet (verbális, fizikai, anyagi), nos, utóbbiaktól szükségképpen meg kell válni, ha hozzáállásuk nem változtatható és segítői tevékenységükből hiányzik annak három kulcsfontosságú eleme: a feltételnélküli elfogadás, empátia, kongruencia (Tringer 1992).
Rogers szerint a segítő kacsolatban nem a választott segítő módszer a legfontosabb, hanem a segítő beavatkozást végző személy (Bulyáki 2021).

3.3. Akut epizód, agresszivitás, ön- és közveszélyes magatartás gyors és hatékony kezelése, lehetséges lépések sorrendje

A krízis fogalmi körének alakulása: Krízis (görög) = döntés, fordulat. Krízis (kínai írásjelként) = válság, megújulás. Krízis-elmélet – Lindemann “Az akut gyász szimptomatológiája és kezelése” (1944). „Coconutbeli” tűz túlélőinek kezelése (1942). Koreai háborús tapasztalatok (1950-1953). Öngyilkosság szociológiai értelmezése (Durkheim 1882). Preszuicidális szindróma felismerése (Ringel 1949). A „cry for help” koncepciójának megfogalmazása (Farberow 1961). Fejlődési krízis fogalmának bevezetése (Erickson 1968). Általános válaszmintázatok megragadása a problémamegoldásban (Jakobson 1965). Szélsőséges helyzetek traumatizáló élményeinek elemzése (Bettelheim 1999).

Krízis fogalma: „a pszichológiai kiegyensúlyozatlanság rövid időtartama annál a személynél, aki olyan veszélyes körülményekkel kénytelen szembenézni, amelyek számára fontos problémát jelentenek, ám ezeket sem elkerülni, sem megoldani nem képes szokásos problémamegoldó eszköztárával, képességeivel, rendelkezésre álló energiáival” (Caplan 1964). Sifneos (1972) szerint az érzelmi krízis feszült, fájdalmas állapot, amelyben mind a jobb, mind a rosszabb irányba fordulás lehetősége adva van (kockázatos életeseményt követően, egészséges személyben is).

A krízis jellemzői:
Krízist kiváltó események: életesemények kiváltotta megterhelések (Holmes, 1967,1973) - az első tíz legmegterhelőbb életeseményből hét családi vonatkozású.

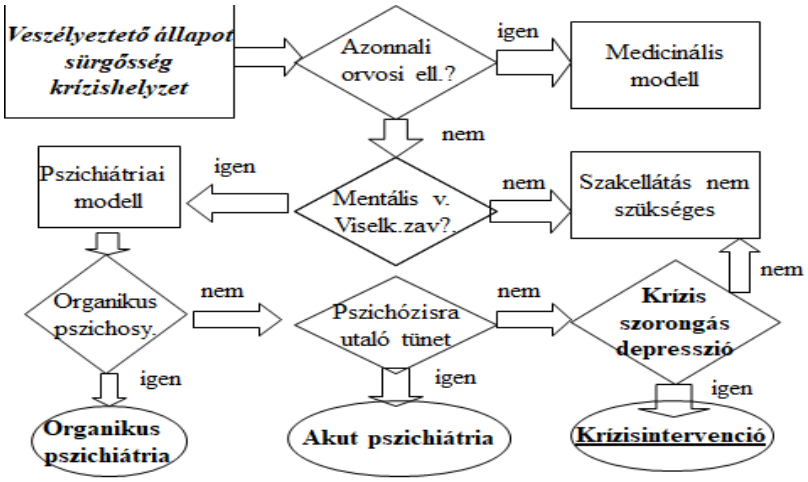
A krízis tartama időben korlátozott a krízisállapot 6-8 hétig tart (Jacobson).
Szakaszai (Hirschowitz, 1973):

- kiváltó hatás (ideje órákban mérhető),
- megrettenés és nyugtalanság (néhány nap),
- alkalmazkodás (néhány hét),
- egyensúly helyreállása (néhány hónap).

Krízisek csoportosítása:
Erikson = Fejlődési krízis: bizonyos életszakaszokra jellemző, annak sajátosságaiból adódó (serdülőkori válság, terhesség stb.).
Holmes = akcidentális (esetleges-véletlenszerű-traumatikus) krízis: adott időpontban, hirtelen megjelenő, sajátos életesemények által kiváltott.
Jakobson = krízismátrix: olyan időszak, amely alatt az egyén nagy valószínűséggel él át többszörös érzelmi fenyegetettséget és amely alatt egyúttal sebezhetővé válik a krízisek kialakulására.

A krízisben lévő ember jellemzői:
Figyelme elsősorban a problémára irányul, a „nagy problémán" belül valamely apró részletre.
Egyfelől a helyzeten, annak megoldásán, magyarázatán tűnődik, ugyanakkor elgyötört, félelmek, szorongások kínozzák.
Érzelmi reakcióit nehezen tudja kontrollálni, rendkívül impulzív.
Mindennapi tevékenységét nem, vagy csak minimálisan tudja ellátni.
Az emberekhez fűződő kapcsolata megváltozik.
Másokat annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget.
A tájékozódó attitűdök rendszere összeomlik. A válságban lévő embernek nincs önmagára vonatkozó jövőképe.
Sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rendszerezni, átgondolni.

A krízisből kivezető utak:
Kreatív krízis: a korábbi egyensúlyi állapot felborulása után egy új egyensúlyi állapot alakul ki.
Destruktív krízis: a korábbi egyensúlyi állapot felbomlik és a korábbihoz képest alacsonyabb szervezettségi szintű egyensúly alakul ki a személyiség felbomlásával (pszichotikus reakció) vagy önpusztító megnyilvánulásokkal.
Preszuicidális szindróma: dinamikus beszűkülés, gátolt és önmaga ellen fordított agresszió, öngyilkossági fantáziák.



1. sz. ábra:Krízisből kivezető utak

Nem specifikus kríziskezelés:
A legtöbb krízishelyzet szakember segítsége nélkül oldódik meg.
Bárki elvégezheti, aki képes támogató kapcsolat kialakítására, a krízishelyzetre jellemző érzelmi torzítások elkerülésével. Fontos a jó érzelmi kapcsolat, de nem azonosulhatunk teljesen (például családtag, barát, háziorvos, pedagógus, mentő, tűzoltó, rendőr, paramedikális szerveződések, vallási vagy egyéb közösségek, jogász, de akár lehet fodrász is).

A „laikus" segítségnyújtás sikeréhez szükséges:
Érdeklődéssel, érzelmi visszahúzódás nélkül figyelni a bajbajutottra.
A segítő elfogadja és bizonyos határokon belül támogatja az érzelmek (például gyász, harag) kifejezését.
Sikerül az objektív helyzetet megőriznie, így a helyzet tisztázása, bizonyos kérdések áttekinthetővé válása könnyebb.
Indokolt esetben szakellátás.

A krízisintervenció megközelítési szempontjai:
A klienst nem a lelki betegség vagy egészség fogalmai szerint osztályozza.
A problémamegoldó - és megküzdőképességet vizsgálja.
Az egészlegesség szempontjait hangsúlyozza és nem a betegség szempontjából közelít.
A környezettel, az egyén társadalmi hátterével meghatározott megközelítési mód szerint foglalkozik.
Abból a feltevésből indul ki, hogy a páciens képes lesz egyedül megoldani a helyzetét és magatartása a kívánatos megoldás felé közelít.
Keresztmetszeti képet vizsgál, azzal a problémával foglalkozik, amely az adott pillanatban a leglényegesebb.
Terapeuta aktív szerepe.

Krízisintervenció: aktív, kognitív irányú folyamat, amely minden energiájával az adott problémára összpontosít, úgy, hogy az az egyénnek a legmegfelelőbb legyen.

A krízisintervenció alapkoncepciója:
Azonnaliság.
Térbeli körülhatároltság: a környezet, amelyben a probléma felmerült.
Elkötelezettség: a páciens megnyerése.
Egyidejű kapcsolatteremtés a környezettel: kapcsolat létesítése az egyén életének jelentős személyeivel.

AMIT MEG KELL TENNI!
elfogadni a pácienst olyannak, amilyen,
megnyerni az együttműködésnek,
megbeszélni vele az előtörténetet, a kiváltó okokat,
hangsúlyozni a prognózis kedvező voltát,
ismertetni a kezelési tervet, az együttműködés kereteit, a terápiás lehetőségeket,
tájékoztatni a lehetőségeiről és jogairól,
segíteni a rövid távú tervezést, a sikerorientált megközelítést,
összeállítani a segítők listáját,
feltárni a külső és belső erőforrásokat.

AMIT NEM SZABAD TENNI!
Sürgetni = „szedje össze magát… igyekezzen már…legyen túl rajta…"
Tanácsot adni = „pihenje ki magát… kerülje a terhelést=…oldja meg…"
Kétségbe vonni = „ezt Ön nem hiheti… nyilván félreértette… ez képtelenség… Ön ezt nem akarhatja…"

Konfrontálni= „amit mond az nem lehet igaz…”
Bagatellizálni= „halálesetecske… ez önnek nem lehet gond…”
Heroizálni= „ha ezen túl lesz semmi nem lehet akadály…most már túl van az élete legnehezebb szakaszán.”

Akut epizód esetén a kliens magára és/vagy másra veszélyessé válhat. Minden eset egyedi. Azonban a sorrend megvan: megnyugtatás, megnyugtató környezet, szükség esetén izolálás (nem bezárás), ezt követheti a farmakológiai beavatkozás, végül a fizikai korlátozás, amelynél (mivel otthonokról van szó), maximum a humánus -létfontosságú szerveket nem érintő- lekötözés jöhet szóba, de csak a sürgősségi ellátás első állomásáig, ami a mentő érkezése. Mindezt szigorúan dokumentálni szükséges. Jogszabály szerint pszichotikus beteg nem tartózkodhat otthonban, ezért nem érdemes mélyebben belemenni a kérdésbe. A bizalom elnyerése igen gyakran meg tudja előzni a kényszert.
Az esetleges állapotváltozások korai felismerése kulcsfontosságú. A közösségi ellátás keretében a mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik a közösségi gondozóval közös munkában feltárják az úgynevezett korai figyelmeztető tüneteket, továbbá elkészítenek egy tervet az adott esetben szükséges teendők kapcsán. A korai figyelmeztető tünetek feltárása nem minden esetben könnyű, de segíti a mentális zavarral élő személyeket és hozzátartozóikat az állapotváltozások felismerésében (Bulyáki 2016).

3.4. Az ellátó és ellátott közötti „függelmi viszony”

Az ellátó és az ellátott függelmi viszonyban áll. Ez azonban nem jelenthet alá és felé, sokkal inkább mellérendelt szerepet. Mindkét fél érdeke, hogy kiegyensúlyozott kapcsolatban működjenek, a kompetencia kereteket világossá kell tenni és az nem lehet leminősítő, autoriter stb. Külön személyzeti tag feladatává kell tenni, hogy az ellátott és az ellátó kapcsolatát egyénenként ellenőrizze. Ugyanígy a notórius, de betegségükből eredően nem reális panaszkodók ellenében, a dolgozókat kell védeni. A házirendet úgy kell kialakítani, hogy a helyi érdekképviselet, melyben legalább egy fő többséggel az ellátottaknak kell rendelkezniük (most nem így van), részt vegyen a megalkotásban és a változtatásokban. A további résztvevők lehetnek: gondnoki oldal, ellátói oldal, hozzátartozói oldal, egyéb. A házirend betartása mindenkire nézve kötelező, annak ismételt és szándékos megszegése akár kizárást is vonhat maga után. Ugyanakkor amíg az egyik fél hivatását gyakorolja, a másik fél rászoruló és kiszolgáltatott. „…*szemedben éles fény legyen a részvét, úgy közeledj a szenvedők felé*…” (Kosztolányi 1933)

3.5. Speciális szükségletek kezelése (érzelmek, fáradtság, alvászavar, stressz stb.)

Érdemes kiindulni a Maslow piramisból, mert az igények, szükségletek, elvárások és azok gondjai egyénenként változhatnak korral, élethelyzettel, állapottal összefüggésben, de struktúráját tekintve még mindig talán ez a leginkább használható és ennek szem előtt tartásával lehet a hiányokat leginkább észrevenni és rendszerszerűen kezelni.

Kezdjük a piramis aljáról:

fiziológiás szükségletek: éhség, szomjúság, víz, levegő, alvás, mozgás, vegetatív igények, szexualitás. Ezeket intézményi szinten akkor is kell biztosítani, ha ezt az érintettek nem jelzik. Ez olyan alap, amik nélkül az életminőség, az emberi élet nemcsak sivár, hanem megkérdőjeleződik, akár elmúlhat vagy hiányában küzdelmessé, erőfeszítéssé alakulhat. Fontos, hogy a leépülőben lévő, a magasabb szükségleteket nem vagy csak részlegesen igénylők számára ezek a feltételek különösebb erőfeszítés nélkül, természetes módon biztosítva legyenek,

biztonsági szükségletek: fizikai védettség, mind a tárgyi, mind a személyi környezet kiszámíthatósága, ez különösen a nehezen alkalmazkodó, korlátozott energiákkal rendelkező személyek számára fontos (idősek, szociálisan esékenyek, mentálisan károsodottak),

szeretet, valahová tartozás, összetartozás szükséglete: gyengédség, szeretve levés és szeretni tudás, viszontszeretés lehetőségének biztosítása, hogy az a személyi adottságoknak, képességeknek, a személy integritásának megfelelően működhessen, kiteljesülhessen. A kapcsolatokban a pozitív, feltétel nélküli elfogadás, szeretet elemeinek megjelenítése, az erre épülő kapcsolatok gyógyító erejűek,

elismerés, kompetencia szükséglete: önbecsülés, mások általi elismerés, hírnév, becsvágy. Nagyon fontosak minden csoportban és korosztályban a pozitív visszajelzések, dicséretek, elismerések rendszerének kialakítása, természetes működtetése,

kognitív szükségletek: tanulni, tudni, érteni, megismerni elemeket tartalmaz. A hanyatlás, öregedés, elbutulás ellen az egyik legbiztosabban védő elem a folyamatos tanulás, melyhez a csökkenő energiák és képességek esetén is illeszkedő lehetőségrendszert érdemes kialakítani a tudományos elmélyüléstől, a valami újat tudok megcsinálni -ételben, barkácsolásban- területéig,
esztétikai szükséglet: szimmetria, harmónia, rend, szépség tartomány. A környezet, a ruházat, az idő struktúrálás, az árnyalt nyelviség, humor mind ebbe a tartományba tartoznak és ezek megelőzni és oldani tudják a feszültséget, a személyes és kapcsolati diszharmóniákat is. Az emberi kultúra értékeivel való kapcsolat biztosítása korosztályi és értelmi fejlettségnek megfelelően,

önmegvalósítás szükséglet: elérni, megvalósítani a bennünk rejlő lehetőségeket. Az egyéni adottságok pontos ismerete, az egyén önismeretének hozzáértő segítése, életszakasznak, vágyaknak, realitásoknak megfelelően. Mindenkiből kihozni a lehető legtöbbet és inspirálni, hogy mindenki ki tudja hozni magából a legtöbbet. Ehhez önismeret, önelfogadás, önmegvalósítás folyamatának biztosítása szükséges,

önmeghaladás, transzcendencia szükséglet: eredetileg ez nem volt benne a piramisban, de ez sokak számára fontos. A transzcendencia nem egyenlő a vallással. Egy az egyént, a szokásos működést és földi, materiális kötődést meghaladó rendszerhez való kapcsolódás képességének működtetését jelenti. Sokak számára persze a vallás gyakorlása, a hitélet biztosítása jelenti ennek a szükségletnek a kielégítését.

Az első négy szükségletet szokták hiányalapú szükségletnek, míg a második négyet növekedésalapú szükségletnek is nevezni.

4. Szociális intézmény belső feladatai

225 perc interaktív előadás, 45 perc gyakorlat

Összefoglalás:
A fejezet a szociális intézmények belső feladatai közül hangsúlyozottan foglalkozik a szakemberek felkészítésével a mentális kliensek fogadására, kitér a feladatok delegálásának, munkavégzés ellenőrzésének kérdéseire. Kiemelten kezeli a a munka és egyén megfeleltetésének, a választás lehetőségének biztosításának, a terápiás pénz, illetve munkabér jelentőségét. Tárgyalja az intimitás és felelős viselkedés témáit. Bemutat olyan technikákat, amelyek oldják a feszültséget és a fásultságot, ezáltal is közreműködnek a kiégés megelőzésében, leküzdésében.

Cél:
A szociális intézményekben dolgozó szakemberek szakmai felkészültségét előmozdító ismeretek, technikák nyújtása, amelyek elősegítik a mentális zavarral küzdő kliensek hatékony ellátását, valamint közreműködnek a személyes gondoskodást végzők mentális egészségének megőrzésében.

Kulcsszavak: szocioterápia, kiégés, szupervízió

Tanulást segítő kérdések: …Milyen szocioterápiás foglalkozásokat különböztetünk meg? Melyek a kiégésre utaó tünetek? Mi nyújt védelmet a kiégési szindróma kialakulásával szembe?

4.1. Szakemberek felkészítése mentális kliensek fogadására bentlakásos intézményben

Abban az esetben, ha a mentális zavarral élő kliens nem vele azonos problémával élő lakótársak közé kerül, a vele foglalkozó szakembereket, vezetőket a mentális zavar természetére, a mentális beteggel történő kommunikációra fel kell készíteni. Ezt jó, ha az intézmény környezetében élő pszichiáter végzi, aki konzultálhat az érintett kezelőorvosával.
Ha pszichiátriai betegek intézményébe kerül új beteg, akkor tájékoztatni kell a szakembereket az érintett állapotáról, gondozási és egyéb szükségleteiről.
Nem hagyható ki az újonnan érkező bemutatása és a fogadók felkészítése, hiszen minden új helyzet váratlan, a lakók számára is.

4.2. Feladatok delegálása, munkavégzés ellenőrzése

A szocioterápiás foglalkoztatás keretében az önállóság, felelősségérzet kialakítása érdekében, az egyéni fejlesztési tervnek megfelelően, az intézményen belüli (nem kizárólag) munkákkal lehet a klienseket megbízni. Ez a többiek számára nyújtott szolgáltatásban való közreműködés, vagy a környezet rendbetételében, esetleg a látogatások alkalmával (be)segítő szerep is lehet. A munkavégzés ellenőrzése lehet közvetlen, amikor azt a vezető távolról figyelemmel kíséri, de lehet közvetett is, amikor a tevékenységgel érintettektől kér a vezető véleményt. Az ellenőrzés eredményét minden esetben meg kell beszélni az érintett munkát végző lakóval. Az ellenőrzés korántsem csak a munkáról szól, az intézményi feladatok összességére is ki kell, hogy terjedjen.

4.3. A munka egyénre szabottsága, a választás lehetősége, terápiás pénz, illetve munkabér jelentősége

Terápiás pénz, munkabér. Tapasztalat, hogy az ember akkor éli meg léte értelmét, ha elfoglalja magát és lehetőleg nem kefekötéssel, jóllehet, van, akinek ez tesz jót. Egy szociális kompetencia tréning képes feltárni, ki, miben erős, mit szeret. A kapott pénznek nem az összege, hanem a megléte a fontos. Az is, hogy az elosztás során ne legyenek túl nagy különbségek, azonban a mennyiségi és minőségi elvnek érvényesülnie kell. Valamint nem csak az intézmény körében felmerülő munkákat kell végezni. Ez annyira igaz, hogy a már meglévő nagy intézmények bármely felújítása EU szinten tilos. Tehát az ilyen munkák végzése-végeztetése is.
A bentlakásos intézmény az ellátottak meglévő képességeinek szinten tartása és fejlesztése érdekében szocioterápiás és fejlesztő-felkészítő foglalkozásokat szervez. E munkaformák az intézményi jogviszonyhoz kötöttek, annak megszűnésével e munkaformákban való részvétel lehetősége is megszűnik.
A szocioterápiás foglalkozások formáit az ellátást igénybevevő életkorának és egészségi állapotának, képességeinek megfelelően kell megválasztani, az egyéni gondozási, fejlesztési tervben, illetve rehabilitációs programban megfogalmazott célkitűzésekkel összhangban.

A szocioterápiás foglalkozások formái különösen:

- a munkaterápia,
- a terápiás és készségfejlesztő foglalkozás,
- a képzési célú foglalkozás.

A munkaterápiában azok az ellátottak vehetnek részt, akik -szakértői vélemény, ennek hiányában az intézményvezető megítélése szerint- nem alkalmasak a fejlesztő foglalkoztatás keretében történő munkavégzésre.
A munkaterápia elsődleges célja a munkaképesség fejlesztése annak érdekében, hogy az ellátott alkalmassá váljon a fejlesztő foglalkoztatásban való részvételre. Az ellátott munkaterápiájára fordítható idő nem érheti el a napi négy órát és a heti húsz órát.
A munkaterápiában résztvevő ellátott terápiás pénzben részesül. A munkaterápiás jutalom a munkavégzés jellegétől függően differenciált, amelynek havi összegét a munkalapon rögzített tevékenység jellege és a munkavégzéssel töltött idő alapján az intézmény vezetője és a foglalkoztatást vezető szakember határozza meg. Ha az ellátott költőpénzben részesül, a költőpénz összege nem csökkenthető a munkaterápiás jutalom összegével. Az elnevezés borzasztó, mert a munkáért járó összeg nem lehet esetleges és főleg nem minősülhet jutalomnak.

A terápiás és képességfejlesztő foglalkozás célja a megmaradt képességek fejlesztése, szinten tartása. A terápiás foglalkozás szervezhető az intézmény környezetében, foglalkoztató helyiségben és az intézményen kívül is.

A fejlesztő foglalkoztatás célja a gondozási, fejlesztési, szolgáltatási, illetve rehabilitációs tervben foglaltak szerint az egyén egészségi állapotának, korának, fizikai és mentális állapotának megfelelő fejlesztési és foglalkoztatási szolgáltatás biztosítása útján, az egyén felkészítése az önálló munkavégzésre vagy a nyílt munkaerőpiacon történő elhelyezkedésre. A fejlesztő foglalkoztatás az Mt. szerinti határozott idejű munkaviszonyban vagy fejlesztési jogviszonyban történik. A fejlesztési jogviszonyban történő foglalkoztatás célja az ellátott testi és értelmi képességeinek, valamint a munkavégzéssel összefüggő készségeinek helyreállítása, megőrzése és fejlesztése, továbbá az ellátott felkészítése az önálló munkavégzésre, ez a foglalkoztatási forma az egyéni foglalkoztatási tervben foglaltak szerint akkor hozható létre, ha az ellátott kompetenciái nem érik el az önálló munkavégzéshez szükséges szintet. A fejlesztő foglalkoztatásban a munka díjazása a mindenkori minimálbér 30 %-át nem haladhatja meg.

Figyelemmel arra, hogy a munka feltételei az intézményben vagy a külső helyszínen adottak, a munkák közti választás lehetősége nem adott, azt a kliens adottságainak figyelembevételével a munkavezető határozza meg. A munkák díjazása a dolgozó intézményi ellátott külön jövedelme, amiből saját igényeit elégítheti ki. Fontos lenne, hogy az érintettek tudják, milyen szempontok alapján részesülnek vagy sem a díjazásban.
Nagyon fontos lenne, hogy a fejlesztő felkészítő foglalkoztatás díjazása a munkavégzés függvényében magasabb korláttal egy meghatározott alsó értékkel szerepeljen, a munkavégzés jellege ezt sokszor megkívánná.

4.4. Intimitás. Felelős viselkedés

Az intimitás lehetőségét biztosítani kell. Ahogyan az EFOP 2.2.5-17. kódszámú, intézményi férőhely kiváltásról szóló pályázatról kialakított véleményünkre semmilyen választ nem kaptunk, úgy arra sem, hogy minden fórumon világossá tettük, hogy intimszobának lennie kell. Alapvetően fel kell hívni az ellátottak figyelmét a felelős szexualitásra, illetve egy nehéz jogi probléma is megoldandó, mert ugyebár a szuszogó fertelemmé silányított emberi lény (teljesen kizáró gondnokság), voltaképpen jogképtelen, tehát sem ő nem kezdeményezhet ilyen kontaktust, sem ő nem lehet alanya. Ami borzalom. Ezt helyi szinten érdemes és kell kezelni, a megfelelő higiénés és védekezési metódusok elmagyarázásával és az ehhez szükséges feltételek biztosításával. Szexualitás elvi vagy jogi alapon önmagában nem utasítható el. Vizsgálni szükséges az önkéntességet.

4.5. Technikák bemutatása, amelyek oldják a feszültséget és a fásultságot, kiégés megelőzése, leküzdése, 18 lépés, lehetőségek a kiégéssel szemben

Több kutatás is készült korábban a dolgozók kiégése, kimerültsége és a pihentető alvás kapcsolatáról. A kiégés jeleit mutató segítő szakemberek kevesebbet, és kevésbé pihentetően alszanak a mindennapok folyamán is. Csak megfelelő pihenés mellett tartható fenn a dolgozók maximális türelme és koncentrációja. Kellenek új, vagy eddig kevéssé használt kommunikációs platformok a gondozottak és az ellátó személyzet között, ezzel is támogatva a munkájukat, csökkentve bizonytalanságukat.
A munkatársaknak legyen lehetőségük problémáik megosztására. Az oktatásokon, plakátokon, ellenőrzőlistákon túl biztosítani kell, hogy minden dolgozónak legyen legalább egy felelősségi és hatáskörben is adekvát, segítségkérésre és nyújtásra alkalmas kapcsolata. A dolgozók között heti szinten biztosítani kell 90 percet, melynek során asszertív technikák használatával és nulla hierarchia mellett, az egymással kapcsolatos rossz érzések felvethetők, azokra megoldást kell és lehet találni. Ugyanakkor nem szabad megfeledkezni a kritizált kolléga erősségeiről sem, pozitív visszajelzések is szükségesek. Ezt néhol „anyázós kör” néven ismerik.
Legyen alkalmuk megbeszélni egymással mindennapi nehézségeiket, az ellátással kapcsolatos tapasztalatokat. Így alkalom nyílik a közös megoldás keresésére, az csapatkohéziós erejű. Nagyban segíti a munkatársakat, ha azt tapasztalják, hogy mindenki ugyanabban a hajóban evez és akut helyzetben sincsenek egyedül.
A magas szintű önismeret véd a kiégési szindróma kialakulásával szemben. Különösen fontos a stresszforrások, a saját érzelmi állapot, az esetleges elfogultságok, a „lelki vakfoltok” felismerésének képessége. Az önismeret számtalan módon fejleszthető, egyéni és csoportos formában, verbális és non verbális módon egyaránt.
A tényleges nyaralás (egyéb szabadság) mellett különösen fontos a rendszeres hobbi.
A rendszeres fizikai aktivitás, ami nemcsak a testi egészségre gyakorol jótékony hatást, hanem a mentális jóllétre (well being) is és az alvás minőségét is javíthatja.

A társas támogatás.
A meditáció.
A tudatos jelenlét- (mindfulness).
A relaxációs módszerek.

Autogén tréning. Született egy gyakorlati kézikönyv is, amely kifejezetten az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek számára mutat be relaxációs technikákat.
Jól funkcionáló (“egészséges”) személyekkel való barátkozás.
Elkötelezett kollégákkal való kapcsolatkeresés, hivatástudat erősítés.
Észszerű elkötelezettség valamely segítő kapcsolati elmélet mellett.
A szakmai szerepek, elvárások, meggyőződések időszakos felülvizsgálata.
A szakmai tevékenység és szakmai személyiség időszakos szupervíziós megsegítése.
Intézményi szinten a jó munkakörülmények és feltételek biztosítása, szintén preventív technika. Itt a megfelelő időbeosztás, rekreációs, szupervíziós lehetőségek, esetmegbeszélés, képzésekben való részvétel támogatása, team-munka (lehetőleg multidiszciplináris team), a segítés folyamatának szakmai kezelése jelenthetnek segítséget. Intervenciós megoldások -fenti dolgok fokozott odafigyelésén túl- a szakemberhez fordulás, a terhek csökkentése, esetleg az intézményen belül –ideiglenesen- más jellegű munka végzése. Krízis-intervenció a betegállomány igénybevétele, de akár a pályamódosítás is lehet.

Három konkrét módszer

1. <u>Az önismeret jelentősége, önismereti módszerek:</u>
   Önismeret alatt saját magunkról, személyiségünkről alkotott képzeteket értjük. Ebben a munkában cselekvésünk, döntéseink egész személyiségünk részvételét igényli. Reális önismeret és önértékelés esetén a segítő nagyobb biztonsággal és szakmai szinten végzi tevékenységét. Önmaga megismerése, megértése, cselekvéseinek tudatos és tudattalan motivációinak feltárásával, nagy valószínűséggel könnyebben boldogul kapcsolataiban, amelynek része a segítő kapcsolat is. Önismeretszerzésnek egyéni vagy csoportos módja választható. Mindenkinek meg kell találnia a neki megfelelő utat. Ha a segítő személy képes eligazodni saját érzéseiben, amikor kell, tudja „felülről” szemlélni az eseményeket, már nagy lépést tett a burnout ellen. Ennek alapján joggal mondhatjuk: az önismeret önvédelem.

2. <u>A burnout pszichodramatikus kezelése:</u>
   Magyarországon a kevésbé megterhelő időszakokban is eleve magas a segítő dolgozók körében a kiégési veszélyeztetettség. Egy -a Semmelweis Egyetem által közölt magyarországi- tanulmány szerint az ápolók, gondozók több mint 70 százalékát érintik valamilyen szinten a kiégés okozta tünetek. A kiégésre utaló tünetek (szorongás, nyomott hangulat, ingerlékenység, krónikus kimerültség, kikapcsolási képtelenség). A fokozott fizikai és lelki terhelés, az ennek következtében kialakuló kiégés, már egészen rövidtávon is eredményezhet károkat. Ami senkinek sem jó. Elveszthetünk remek munkatársakat, mert romolhat a koncentrációs képesség, ingerültté vagy motiválatlanná válhatnak, megbetegedhetnek. Minél inkább frusztráltak a dolgozók, annál nagyobb a hiba lehetősége, de nyilván a gondozottakkal való bánásmód is megváltozik.

   Először ismerni kell a kiégettség szindróma tünetegyüttesét. Oda kell figyelnünk viselkedésünk apró változásaira. Prevenciós megoldás a szabadidő megfelelő eltöltése, a sport, a munkahelyen kívüli kapcsolatok ápolása, a kirándulás, és olyan hobby választása, amely kikapcsol, stresszmentesít. Fontos a munkát különválasztani a magánélettől. Alapvető: évente kötelezően előírt rekreáció, nem a dolgozó szabadsága terhére, államilag fizetett, de nem nyaralás-jellegű kikapcsolódás. Tematikus rendszerben zajlik, tartama minimum 10 nap, ami tartalmaz csoportos együttlétet, mozgást, pihenést,

pszichológus jelenlétével, aki személyes segítséget is adhat – aktív kikapcsolódás. A rekreáció során semmilyen függelmi viszony nem lehet, sőt tilos.

A csoportmódszer a verbális megnyilvánulás mellett teret enged a cselekvésnek, lehetővé téve a történések „színpadon" történő lejátszását. Moreno elgondolása szerint, a csoportokban értelmezhető belső lelki és személyek közötti kapcsolat, csak akkor tárható fel igazán, ha a személy cselekszik, reagál. Az akciókban (játékokban) megjelenő feszültséget kell tudatosítani, önismereti szintre emelni. Pszichodráma csoportokban eleinte a szakmai kimerültség problémáival foglalkoztak. A burnout jelenségének szakmai megfogalmazása után hoztak létre kifejezetten kiégés elleni pszichodráma csoportokat. A pszichodráma a burnout kezelését a szerepelméleten keresztül közelíti meg. A segítő, akinek önértékelését kikezdi, hogy szakmai szerepében csődöt mond, burnout-ol, pszichoszomatikus tünetei és érzelmi problémái keletkezhetnek. A különböző dimenziók egyikében való zavar esetén, az egész rendszer veszélybe kerül. Önmagunk értékelése kapcsolódik szerepeinkhez és ezek a szerepek a dominó-elv alapján működnek. Sok ember a szereprendszerbeli változások elkerülésének félelme miatt elviselhet rossz kapcsolatokat, mert könnyebb elviselni egy ismert rossz dolgot, mint útnak indulni egy alig körülírt, csak halványan érzékelhető, jó, esetleg boldogabb irány felé. A másik szerep probléma, hogy a nehéz szerepek is tartalmazhatnak jó, vonzó részeket, ez szerep ambivalenciához, ezáltal cselekvési blokádhoz vezethet. Például nem szeretem a segítő foglalkozást, de mondjuk jó, hogy kötetlen munkaidőm van. A nem kielégítő vagy rossz viszonyok közt élő emberek gyakran merevnek tűnnek. Még ha tudják is, hogy valamit változtatni kellene, képtelenek arra, hogy kreatív alternatívákat fejlesszenek ki a régi konzerv megoldások helyett. Egy szerep értékének szétesése szerepbeli kifáradáshoz vagy szerepburnouthoz vezet. Egy ilyen feldolgozásban megtörténhet a látásmód újradefiniálása, a szerep megvizsgálása pszichodramatikus eszközökkel, szerepcsere által átélni azt, szignifikánsan más szerepek perspektívájából. A burnout elleni pszichodrámában a következő témák jelenítődnek meg leginkább: a problémás kliensek, emocionális kimerülés, elszigeteltség a munkahelyen, szomatikus bántalmak, nehézségek a szülőkkel. A cselekvési fázist sokféleképpen lehet alakítani: lehet játék, szociometriai vizsgálat, viszonyok tisztázása, szociodráma.

3. <u>A szupervízió:</u>
   A szupervízió olyan szakmai interakció, amely kommunikációs és együttműködési problémákra vonatkozó, szabályozott tanácsadói folyamat. Ez folyamatos tanulást jelent, jelentősége abban van, hogy hozzásegíti a szupervízió résztvevőjét (a segítőt), hogy saját múltbéli tapasztalatait használja segítő munkájában, tanuljon belőle. A szupervizorral és/vagy a csoporttal folytatott párbeszéd folyamán más megvilágításba kerülhet az eset, új szempontok jelenhetnek meg, az információk kibővülnek, illetve megtörténhet a segítő belső elakadásaira való rámutatás. Ez utóbbi mozzanat különösen jelentős a kiégés megelőzésében, hiszen a segítő tevékenység folyamán gyakran erős érzelmek kerülhetnek felszínre.

5. Ellátottakkal kapcsolatos speciális feladatok

450 perc interaktív elóadás, 45 perc gyakorlat

Összefoglalás: A fejezet az ellátottakat érintő olyan speciális feladatokat tárgyalja, mint az ellátottak felkészítése új mentális zavarral küzdő kliensek fogadására bentlakásos intézményben. a felkészülést az intézmény kiváltására (lakóotthoni életre), felkészülést önálló életre. Foglalkozik a mentális zavarral küzdő kliensek foglalkoztatására, a foglalkoztatásra való felkészítéssel, munkahely-megtartással.

Cél:
A személyes gondoskodást végző személyek számára ismeretek nyújtása ahhoz, hogy a mentális zavarral küzdő személyek életében történő jelentősebb változások kezeléséhez, az erre való felkészülésben megfelelő Szakmai segítséget nyújtsanak a klienseknek.

Kulcsszavak: …mentális zavar, bentlakás, lakóotthon, munkahelymegtartás, szükségletfelmérés

Tanulást segítő kérdések: Melyek a kitagolás sikerének alapjai? Melyek a teendők az önálló életre való felkészítés esetén? Mi a támogatott lakhatás?

5.1. Ellátottak felkészítése új mentális zavarral küzdő kliens fogadására bentlakásos intézményben

A lakók felkészítése során figyelembe kell venni, hogy sok ellátott intézményfüggő, de ezen túlmenően is a mentális problémával élők, minden változásra érzékenyek. Sajátosság, de tény, hogy a pozitív változásokra ez ugyanígy igaz. Ezért akár be, akár kiköltöző, akár bent lakó ellátott esetében felkészítés szükséges, hogy a változás ne hasson negatív módon, illetve sokkolóan. Ugyanígy a kisebb lakóotthonokba való kiköltözés is váratlan helyzet, bármennyire jó is, ezért erre is fel kell készíteni az ellátottat.

Abban az esetben, ha a mentális beteg nem vele azonos problémával élő lakótársak közé kerül, a vele érintkező lakókat tájékoztatni kell arról, hogy ki érkezik, hogyan lehet kommunikálni vele, milyen adottságai vannak. Célszerű egy lakót felkérni a beköltöző lakó segítésére, az intézményen belüli eligazodásban. A lakókkal az állapot orvosi jellemzőinek részleteit nem szabad megtárgyalni, önmagában egy diagnózis ismerete helyi szokás kérdése. Pszichiátriai betegek intézményében a tájékoztatás az új lakó bemutatása lehet.

5.2. Felkészülés kiváltásra (lakóotthoni élet)

Támogatott lakhatás pszichoszociális fogyatékossággal élők esetében az alapvizsgálat és a komplex szükségletfelmérés megtörténtét követően, annak eredménye alapján nyújtható.
A kitagolás sikere érdekében lehetőséget kell teremteni, hogy a leendő lakók megismerkedhessenek a támogatott lakhatás helyszínén élő emberekkel. A feléjük történő szolgáltatásnyújtás is segítheti a bizalom kialakulását, az előítéletek leküzdését. Tájékoztatni kell az érintett lakókat leendő lakhelyük legfontosabb jellemzőiről. Tudniuk kell milyen szolgáltatásokra számíthatnak. Erről beszélgetést kell szervezni. Ha már vannak korábban kiváltott kliensek, akkor az ő tapasztalataikat is meg kell hallgatni.

5.3. Felkészülés önálló életre

Amikor az intézményben élő kliens bármely okból önálló életet kíván élni, az intézménynek ezt elő kell készíteni és támogatni. Meg kell győződni, hogy a kliens elképzelése reális alapokon nyugszik-e. Fel kell mérni az aktuális gondozási és támogatási szükségletet és egyéni fejlesztési tervben meg kell tervezni, hogy milyen lépések szükségesek a kívánt cél eléréséhez. Ehhez biztosítani kell az intézmény saját erőforrásait és be kell vonni a kliens családi és baráti kapcsolatait. Olyan feladatokkal kell megbízni, amelyek segítenek az önálló életben való eligazodáshoz. Munkát kell biztosítani munkaviszony keretei közt, a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban és azt értékelni kell. Fel kell készíteni az egyént az önálló élet során szükséges döntési helyzetekre. Mentális kliensek esetén elérhetővé kell tenni a közösségi szolgáltatást, amely az önálló élet és döntéshozatal terén tud segítséget nyújtani.

5.4. Mentális kliensek foglalkoztatása, foglalkoztatásra való felkészítés, munkahely-megtartás

A mentális betegek sokféle előzménnyel rendelkeznek, van köztük iskolázott, munkatapasztalattal rendelkező és alacsony iskolai végzettségű. A munkára felkészítést ennek figyelembevételével kell végezni. Az intézményben a kevés vagy semmilyen előzménnyel rendelkező embernek először az intézményen belül érdemes munkát adni, azt folyamatosan értékelni. Ha van lehetőség, az intézmény környezetében is lehet lakossági megbízást keresni. Közben beszélni kell a munkahelyek általános jellemzőiről, elvárásairól. Ha van mód igénybe kell venni a foglalkozási rehabilitációval foglalkozó civil szervezet szolgáltatását.
Ha már készen áll a jelölt a munkavállalásra, segíteni kell a munkaügyi kirendeltséggel való kapcsolatfelvételt és figyelemmel kell kísérni az ottani helyzetét. A munkahely megtartásában a civil szervezet támogatása sokat segíthet. A felmerülő munkahelyi konfliktus megoldásában a munkára felkészítő személynek igény szerint közre kell működni.

A támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a mentális 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:
a lakhatási szolgáltatást, az önálló életvitel fenntartása, segítése érdekében a mentálhigiénés, szociális munka körébe tartozó és egyéb támogató technikák alkalmazásával végzett esetvitelt, a közszolgáltatások és a társadalmi életben való részvételt segítő más szolgáltatások igénybevételében való segítségnyújtást,

az ellátott komplex szükségletfelmérése alapján, erre vonatkozó igény esetén:
- a felügyeletet,
- az étkeztetést,
- a gondozást,
- a készségfejlesztést,
- a tanácsadást,
- a pedagógiai segítségnyújtást,
- a gyógypedagógiai segítségnyújtást,
- a szállítást,
- a háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtást.

6. Speciális kérdések

112 perc interaktív előadás

Összefoglalás: A tananyag utolsó fejezete két rendkívül időszerű speciális kérdést érint, ezek a digitális eszközök nyújtotta lehetőségek a pszichiátriai ellátásban, illetve az alapvető pénzügyi kultúra szükségessége és hatása a visszaélések elkerülésére.

Cél: A digitális egészségügyi ellátás kérdésének megismertetése. A pénzügyi kultúra fejlesztésének jelentősége a mentális zavarral élők körében.

Kulcsszavak: digitalizáció, telemedicina, virtuális ellátás, pénzügyi kultúra

Tanulást segítő kérdések: Milyen előnyökkel jár az okoseszközök használata? virtuális Milyen nehézségei merülnek fel a betegellátásnak a pszichiátria területén? Mi jellemzi hazánkban a pénzügyi kultúrát?

6.1. Digitális eszközök nyújtotta lehetőségek a pszichiátriai ellátásban

Mint annyi más területen, az egészségügyben is egy csendes forradalom zajlik. A forradalom alapját a technológiai és informatikai fejlődés, az ezek segítségével kialakult széleskörű internet-elérés és a hordozható digitális eszközök (okostelefon, táblagép) térnyerése jelentik. Ez a modern gépekre alapuló, gyors ütemű fejlődés, alapvető életmódbeli változásokhoz is vezet a lakosság körében. A betegek, mint az egészségügy "felhasználói", ugyanolyan megváltozott szolgáltatás minőséget várnak el diagnózisuk, kezeléseik, vizitjeik során, mint az élet bármely más területén. Több információt, gyorsabb kiszolgálást, azonnali eredményeket várnak. Igénylik a személyre szabott ellátást és az emberközpontú kiszolgálást.

Ebben a változásokkal teli környezetben kell egy alulfinanszírozott, szakember hiányos területnek megfelelnie a mai kor elvárásainak. Az egészségügyi ellátórendszer világszerte akadozik. Fogyasztói oldalról nem felel meg a mai elvárásoknak és jelen formájában fenntarthatatlan. A 2020-ban kezdődött súlyos járvány idején kezdett el megmutatkozni, hogy mennyire könnyen túlterhelődhet az egészségügy minden területe a világon. A fokozódó szakemberhiány, a szaporodó mentális betegségek okozta többletterhek felszínre hozzák az ellátás nehézségeit. A járvány lecsengésével várhatóan még több mentális problémával ellátást igénylő ember fog a pszichiátriára nehezedni. Az egészségszolgáltatók és felhasználóik problémáit a digitalizáció még szélesebb térnyerése enyhítheti a közeljövőben.

Magyarországon a pszichiátriai ellátás korlátait a sokszor elavult infrastruktúra és a szűkös emberi erőforrás határozza meg. Sok más európai országgal ellentétben, itthon még nem kap elég nagy szerepet a digitalizáció, ami valamennyi terhet levehetne az ellátók válláról. Hazánkban nagyon alacsony számú pszichiáter, szakápoló vagy gondozó jut a lakosság fentiekben említett egyre magasabb igényeire. Sajnos, a következő évtizedben sem várható annyi szakdolgozó kiképzése, amennyi a jelenlegi számú ellátóhelyen megfelelő színvonalon tudná a pszichiátriai szolgáltatásokat nyújtani. A rendszert a jelenleg is zajló strukturális átalakításokon túl a digitalizáció kiterjedtebb alkalmazásával is lehetne támogatni.

<u>A digitalizáció lehetőségei ellátói oldalról:</u>
Az elmaradott és túlzott kihasználtságú ellátási rendszer támogatására, adminisztrációs terheinek enyhítésére, a diagnózisok felállítására és a beteg életút követésére is segítséget nyújthatnak a digitális eszközök. A mai világban már szinte minden magánszemély (így a betegek is) rendelkeznek valamilyen okos eszközzel, legyen az mobiltelefon vagy táblagép. Ezek segítségével sokkal könnyebb a betegekkel

közvetlen, akár azonnali kapcsolatot tartani, javíthatják a kommunikációt, ellátó és ellátott között. Rengeteg speciális applikáció is elérhető, ahol a betegek akár a saját terápiás fejlődésüket, állapotukat, vagy akár érzéseiket is rögzíthetik és megoszthatják azokat az általuk kiválasztott személlyel, orvosukkal, ápolójukkal, vagy akár családtagjaikkal is. Az ilyen jellegű alkalmazások javíthatják a mentális betegek kontrollérzetét, hiszen akkor és annak adnak valakinek betekintést az állapotukba, amikor ők akarnak. Ugyanakkor a távoktatás rendkívül le tudja (tudná) egyszerűsíteni a szociális terület képzési igényét és annak költségeit. Nem túl bonyolult például egy kizárólag gép által, random összeállított kérdéskört úgy megválaszolni, hogy a gépet egy bizonyos ID-vel ellátott személy kezelheti, a rendszer akár „láthatja" is a személyt és a teszt végén, emberi beavatkozás nélkül a gép közli az eredményt, sikertelen vizsga (teszt) esetén meghatároz egy minimum időt, amelyen belül a delikvens nem próbálkozhat újra. Bizonyos sikertelen kísérlet után a gép az adatokat belső kapcsolódáson megküldheti az illetékes vezetői szintnek, ahol a döntéseket meg tudják hozni. Emellett a digitális oktatás rendszere ismert és valamennyire el is terjedt hazánkban. Távoktatás keretében is megoldható az ellenőrzés, sőt a számonkérés is. Mindez igények és algoritmusok kérdése, nyilván csak akkor, ha a struktúra rendelkezésre áll. Azonban az évek óta működő Digitális Jólét Program https://digitalisjoletprogram.hu/ elemeként bevonhatók a bentlakásos intézmények is.

A telemedicina is egyre inkább teret nyer, ahol az ellátást igénylő betegek videótelefonon keresztül kommunikálhatnak az általuk választott orvossal, szakápolóval. Ez a személyes kontaktust mellőző új forma különösen népszerű a 2020-ban kezdődött pandémia óta, de belátható, hogy számos előnye mellett (a betegnek nem kell mindenért személyesen az orvoshoz utaznia), összességében kevesebb idő alatt megoldható egy televizit, végül is kötetlenebb, bár vannak negatív aspektusai is (pl.: személyesség hiánya). A különböző kommunikációra alkalmas alkalmazások betanítása ugyan többletfeladat lehet az ellátónak, de közép és hosszútávon nagy segítséget jelenthet, hogy ellátottjával azonnali üzenetváltással, esetleg videotelefonálással kiválthatnak egyes személyes látogatásokat, illetve a személyzet számára szükséges (kötelező) oktatásokat.

A másik oldalról a diagnosztika változása, fokozatos elmozdulása -a tünetbecslő irányból a biomarker-alapú mérések felé- hozhat fejlődést az ellátásban. Ehhez első teendőként mérvadó mutatókat kell felállítani, amik jól leírják és nyomonkövethetővé teszik egy-egy beteg állapotát. Ez a paradigma váltás viszont csak akkor lesz sikeres, ha ez a megközelítés a beteg számára fontos kimeneti mutatókkal is korrelál. Ugyanakkor fontos azt is megjegyezni, hogy a biomedikális természetű szempontok a betegekkel kapcsolatban meghozandó döntéseket segíteni tudják, de a technológia jelenlegi korlátai miatt nem vehetik át a többi szakmai szempont figyelembevételét.

A pszichiátriának (ahogy a legtöbb más egészségügyi, illetve szociális szakterületnek is) óriási lehetősége van abban, hogy használja a digitális korszak által lehetővé váló technológiákat. Részben már most is elérhetőek olyan komplex biomarkereket detektáló testi és viselkedéses funkcióinkat pásztázó szenzorok, amelyek a normálistól eltérő mintázatok megjelenését képesek észlelni és segíthetik a betegségek kialakulásának megelőzését. A mesterséges intelligencia és a gépi tanulás jelentős eredményeket hozhat a pszichiátria területén is, hiszen egyik legnagyobb erőssége az, hogy képes megtalálni olyan komplex adathalmazok elemei között az összefüggéseket, mint amilyet a pszichiáterek is előállítanak rutin működésük során. Ehhez szükség lehet a betegeket akár hosszabb távon is ellátni olyan általuk is használható, viselhető eszközökkel, amik képesek biológiai jelzőkként működni és az általuk gyűjtött egészségügyi adatokat továbbítani az ellátó informatikai hálózatára, ahol ezeket az adatokat egy csomó egészségügyi-szociális algoritmus feldolgozza, besorolja, kiértékeli és eljuttatja a beteget ellátó személyek számára. A technológiai háttér jó része ehhez már adott és az ilyen jellegű diagnosztika és betegmegfigyelés sem utópisztikus már.

Digitális eszközök és használatuk a mentális betegek oldaláról:
A mentális betegek sajnos gyakran nem kapják meg a megfelelő figyelmet, információt annak érdekében, hogy készségszinten megtanulják használni az újabb technológiákat. Ebben szerepet játszik az is, hogy a pszichiátriai ellátási rendszer digitális fejlesztése nehézkesebben indulhat be itt, mint mondjuk a tengerentúlon. A minden alkalommal személyes jelenlétet igénylő kezelések nehezítik a növekvő mennyiségű mentális beteg ellátásának kiterjesztését. Ahogy egyre több ember (és sajnos rengeteg fiatal is) szorul pszichiátriai ellátásra, miközben az öregedő korfa miatt egyre kevesebb pszichiáter praktizál, egyre nagyobb szükség van a digitális megoldásokra. Ezek a jellemzők fokozottabban jelentkeznek a szociális ellátásban, ugyanis ott az életkor külön specifikum. Annak érdekében, hogy az ellátás működése újra jó minőségű és elakadásoktól mentes lehessen, az ellátóknak és ellátottaknak is meg kell adni a lehetőséget, hogy a korábban említett eszközöket (okoseszközök, kommunikációs alkalmazások, számítógép és annak perifériái) megtanulják bizalommal használni. Így megakadályozható lenne az is, hogy ne szoruljanak ki az egyre inkább digitalizálódó munkaerőpiacról és meg is kaphassák a számukra szükséges ellátást akár virtuálisan is.
Bentlakásos intézményben nem luxus az ellátott számítógéphez férése, hanem kötelező (lenne). Amint a képzettebb ellátott egyfajta szakkör keretében oktathatja társait, ami kitűnő attitűdöt hozhat létre. Másrészt nonszensz, hogy a számítógépet, mint kommunikációs eszközt ne használhassák az ellátottak. Nyilván itt valamilyen beosztás szükséges, de szükséges. Ha pedig az ellátott 1 órát játszani akar, ám tegye.

A mentális betegekkel foglalkozók száma Magyarországon rendkívül alacsony. 2010-es KSH adatok szerint nem is kifejezetten a pszichiáterek száma az, ami kirívóan alacsony itthon, hanem a többi, a területen dolgozó nővér, pszichológus és szakápoló. Finnországhoz képest ezen dolgozók 100 lakosra vetítve itthon 8-ad annyian sincsenek, mint a szociális hálójáról is ismert északi országban. Az évtizedre vetítve a pszichiáterek száma 43%-kal csökkent. Az, hogy jelenleg ez talán még súlyosabban mutatkozik meg, annak a legfőbb oka a nálunk 2020-ban kezdődött világjárvány miatti csökkent kapacitással működő pszichiátriai ellátás és az emberek lelki egészségére gyakorolt negatív hatásai a járványnak. Ugyanakkor a lavina-hatás a szociális hálót is érinti, amennyiben „rosszabb minőségű" ellátotti „anyagot" kapnak, mint korábban, miközben a fluktuáció és a létszámhiány itt is jelentős.

A virtuális ellátás, digitális eszközök bevezetése a meglévő ellátásba fontosabb lenne, mint eddig bármikor. Segítségükkel lehetséges volna a pszichiátriai ellátás kapacitását növelni, rugalmasságot vinni a rendszerbe és a jövőbeli további növekedést megalapozni. Az orvosalapú virtuális ellátás részben kiválthatja a tradicionális személyes látogatásokat videótelefonos vagy akár aszinkron (nem egyidejű) szöveges kommunikáció bevezetésével. Ez alternatívát nyújthat a megszokott 45-50 perces terápiás időre, így is jobban igazodva a betegek által -különböző időkben, különböző helyekről- elvárt segítségnyújtáshoz. Az aszinkron szöveges (vagy akár előre felvett hangos) kommunikáció megengedi a betegeknek, hogy kérdéseiket, problémáikat bármikor elküldjék a kezelőjüknek, míg az orvosuk, vagy segítőjük később is tud rá válaszolni. Ha a kiváltási folyamatot tekintjük, egy relatíve elszigetelt helység esetében ez a lehetőség kozmikus magasságokba emelkedik.

Nem orvosalapú digitális mentális egészség szolgáltatásokra már remek példák találhatóak (sajnos egyelőre főleg angol nyelven), akár segítő chatbotokra, előre elkészített videó és szöveges tartalmakra gondolunk. Ide tartoznak ugyanakkor még a játékokba ágyazott fejlesztő, segítő feladatokat adó programok és a digitális kognitív viselkedésterápia (cognitive behavioral therapy - CBT) programok is, amelyek szintén jó kiegészítői lehetnek egy orvosalapú virtuális ellátásnak, 24/7 elérést biztosítva azoknak, akiknek nincs intenzív szükségük az azonnali segítségre, nincsenek közvetlen vészhelyzetben. Erre különösen jó példa a szociális ellátottak helyzete, akik ritkán igényelnek akut ellátást, de ilyen esetekben amúgy is hospitalizálni kell őket.

A tengerentúlon már remek példák vannak arra, hogy az innovatív mentális egészségszolgáltatók kombinálják a digitális eszközökkel végzett virtuális ellátást, a tradícionálissal, így készítve egy robosztusabb, jobban méretezhető rendszert a betegellátásban. Ez növeli a rendszer flexibilitását és javítja a betegek számára való elérést és kényelmet. Ezen előnyök miatt elég sok munkáltató beépítette ezt a dolgozói egészség csomagjába is. Erre már itthon is van egy-két példa, ahol a magánegészségügyön túl, a dolgozóknál esetleg felmerülő mentális egészségügyi problémákra is van -a cég által szerződtetett segítség-, amit igénybe lehet venni.

Felmerül a kérdés, hogy a virtuális betegellátás milyen hatékonyan működik, mennyire vezet kielégítő eredményre. A legtöbb tanulmány, ami a témában megjelent azt mutatta, hogy a telemedicina a pszichiátria területén ugyanolyan hatékonysággal tudott részt venni depressziós, szorongásos és kényszeres betegségek esetén, mint a személyes terápia. Hasonló eredményekre vezettek digitális eszközökkel megvalósuló, egyszerűbb terápiás módszerek, amelyek animált vagy emberi videó segítséget, tartalmakat és feladatokat tudtak betegeknek adni. Digitális viselkedésterápia terén a digitális eszközök tudtak közel olyan hatékonyak lenni, mint ha ez személyesen történt volna, szorongásos, depressziós és álmatlanságban szenvedő betegeknél.

A tengerentúlon, egy randomizált, placebo kontrollcsoportot is bevető kísérlet során, sikerült álmatlanságban szenvedő betegeknél demonstrálható javulást elérni, az alvásminőség és éberség terén egy web alapú viselkedésterápiás eszköz használatával. Egy chatbot, amely kognitív és dialektikus viselkedésterápiával dolgozik, képes volt szignifikáns javulást elérni fiatalok szorongásos és depressziós tüneteivel szemben, amit több randomizált klinikai kísérlet is megerősített. Felmerül még példaként egy stresszkezelést és rugalmasságfejlesztést segítő alkalmazás, ami sok tengerentúli munkáltatónál elérhető és szignifikáns pozitív hatást váltott ki stresszel és azzal összefüggő szimptómák kapcsán.

Ott vannak továbbá egyéb igény szerinti terápiás alkalmazások, amik a betegeknek segítenek kisebb mentális egészséggel kapcsolatos problémájuk feltárásában és megoldásában, mint például az enyhe depressziós és szorongásos tünetek. Ezekben az esetekben biztonságos kapcsolaton keresztül tudnak írni vagy beszélni a felhasználók képzett segítőkkel, akiket terapeuták (ellátók) felügyelnek és az egészet mesterséges intelligencia algoritmusok kötik össze. Amennyiben a betegnek saját igénye -a segítője vagy a mesterséges intelligencia szerint szükséges- van rá, a program eszkalálja a beteg problémáját egy orvoshoz-ellátóhoz. A segítők (és az őket segítő algoritmusok) a stressz menedzsmentre, célok elérésére és veszteségek feldolgozására (is) fókuszálnak. Ehhez motivációs beszélgetéseket és alkalmazásbeli tartalmakat vetnek be. Az ilyen jellegű programok és alkalmazások segítenek a betegek, illetve a panaszok, fellángolások triázsolásában és problémájuk súlyosságának besorolásában is.

Sajnos ezen alkalmazások nagy része jelenleg kizárólag angol nyelven érhető el, de a jövőben mind több és több digitális segítség fog létrejönni, mind az ellátók, mind az ellátottak számára.

Természetesen nem mindenki számára megfelelő a virtuális vagy digitális ellátás és a legtöbb kritikus helyzetben, nem is megfelelő. Ugyanakkor az ilyen jellegű ellátás az itthon is egyre inkább a magánszektor felé terelt felhasználóbázis számára egy elérhető, megfizethető alternatíva lehet. Azt is figyelembe kell venni, hogy a fiatalok (akik szintén egyre gyakrabban szorulnak professzionális pszichiátriai segítségre), egyre inkább a digitális térben tudják elképzelni akár az ilyen jellegű szolgáltatásokat is. A Z generációban születettek sokkal nagyobb eséllyel választanák a virtuális pszichiátriai ellátást, mint az előző generációk képviselői. Mivel az intézmények mind épületek, mind struktúra szmpontjából elévültek, továbbá -mint a jelzett korfa mutatja- az ellátottak egyre idősebbek, a szolgáltatások minőségét is ezekhez kell igazítani. Az óra elindult.

Jó gyakorlatként megemlíthetjük az Ébredések Alapítvány fejlesztésében létrejött Asszertívia és az Asszerteen aplikációt, mely a hatékony kommunikációt segíti ellő, ami különösen fontos a stresszérzékeny mentális zavarral élő személyek esetében. A tinédzsereknél pedig primer prevenciós hozama is lehet (Bulyáki, Kristóf 2021).

6.2. Az alapvető pénzügyi kultúra szükségessége és hatása a visszaélések elkerülésére

Általánosan elfogadott álláspont, hogy hazánkban a pénzügyi kultúra az elvártnál alacsonyabb. Fontos az emberek ismeretének javítása különböző programokkal, ehhez viszont meg kell ismerni az egyének pénzügyi kultúráját, hogy az erre épülő szakmai konferenciák, tréningek minél jobb eredményt tudjanak elérni.

Magyarországon a lakosság jelentős része nem rendelkezik alapvető pénzügyi ismeretekkel, de reményt keltő, hogy mindenképpen tenni szeretnének ez ellen.

A pénzügyi kultúra -mint fogalom- napjainkban a gazdasági, üzleti élet egyik legdivatosabb, legtöbbet említett kifejezése. Fontosságát minden nap említik, illetve hiányának a társadalmilag is súlyos következményeit. A pénzügyi kultúrát máshogyan pénzügyi műveltségnek is nevezhetjük, mely magában foglalja a személyes pénzügyek megértését és azok megfelelő használatát.

A hétköznapi tapasztalatok azt mutatják, hogy a pénzügyi ismeretek megléte nem eredményezi automatikusan a felelős, racionális pénzügyi döntéshozatal képességét. Mentális problémával élők esetében ez komoly hátrányt és veszélyeket jelent.

A pénzügyi kultúra fejlesztése egy összetett folyamat, amely során az egyének egyre inkább meg tudják érteni a pénzügyi fogalmakat és termékeket, megfelelően hasznosítják a pénzügyi információkat és tudatosabban kezelik a kockázatokat. Továbbá a pénzügyi döntések előtt kellően tájékozódnak és tudják, hogyan javítható pénzügyi helyzetük. Természetesen szükség van alapvető számolásos készségekre is, bár ez nem elégséges feltétele a pénzügyi kultúrának. Ugyanakkor -az egyéni szintekhez mérten- a havi/heti gyakorlás sokat segít.

A minimális pénzügyi kultúrával rendelkezők adósságaikat nem tudják kezelni, nem halmoznak fel megtakarításokat, kevésbé hatékonyan kezelik a vagyonukat és nem fektetnek kellő hangsúlyt az öngondoskodásra, valamint a nyugdíj vagy más előtakarékoskodásra. Könnyen átverhetők, bizalmukat könnyű visszaélésre fordítani.

A pénzügyi kultúra fejlesztésére irányuló programok eredményességéhez viszont elengedhetetlen annak ismerete, hogy az egyének pénzügyi ismereteit milyen tényezők befolyásolják. A pénzügyi kultúra nemcsak a pénzügyi alapfogalmak ismeretét jelenti, hanem a gyakorlati alkalmazás képességét is. Inkább ez utóbbi, ami nehezíti az alkalmazást. Az elméleti tudás akkor tud kiteljesedni vagy akkor lehet alkalmazni, ha a személyes érdeklődés a fő motívum a pénzügyi folyamatok, összefüggések megismerésében, amellyel már megalapozott pénzügyi döntéseket lehetséges hozni.

Fontos, hogy a pénzügyek mindenki számára érthetőek legyenek. Az információk sokasága hátrányt is jelent, ezért kellene az információk értelmezéséhez és átláthatóságához szükséges ismereteket is átadni.

Ennek lehetséges módszere apró „pénzügyek” bonyolítása, siker esetében elismerés. Ehhez érdemes egy olyan kisokos, amely valóban a kliens körében előforduló ügyekre fókuszál.

Minden ellátásban résztvevő számára fontos az alábbiak ismertetése és gyakorlati alkalmazásának megismertetése:
Banki ismeretek, megtakarítások és befektetések, hitelezés, biztosítás és nyugdíj, munka világa, általános gazdasági ismeretek, általános számviteli ismeretek, támogatások, szociális juttatások.
A jogszabályi környezet napról napra változik. Nem elég a törvény ismerete, ezek értelmezése és gyakorlati alkalmazása szükséges. Az életviteli készségek fejlesztésének fontos eleme a pénzbeosztás készségének fejlesztése a közösségi ellátás keretében és a TL-ben is megjelenő segítő tevékenység (Bulyáki-Harangozó 2018).
A munkával, nyugdíjrendszerrel és biztosításokkal kapcsolatos ismeretek megismerése és fejlesztése nagyon fontos cél. Az idő múlásával ezek egyre aktuálisabbá válnak. A felsorolt témakörök ismertetését a gondozók, ellátók, gondnokok és gondnokoltak részére is lehetővé kell tenni, természetesen az állapotukból adódó speciális igényeik figyelembevételével.

A pénzügyi lehetőségek részletes ismerete a gondnokok részére is iránymutatásul szolgál saját anyagi biztonságuk megteremtésére, ezzel elősegítve a visszaélések minimálisra csökkentését. Például minden olyan anyagi eszköz, melyet a gondnokolt kezelési köréből nem vontak ki, kizárólag az ő tulajdonát képezik. Amennyiben az anyagiakkal kapcsolatban aggályos az egyidejű elköltés, akkor is. Nem fenntartható a „majd mi beosztjuk neki” elv. Be kell látni, hogy a nem ritka intézményi-gondnoki-gyámhivatali összejátszásnak vége. Aki gazdag akar lenni, egyik állást se válassza, mert hosszú és kínos fegyházbüntetés a vége. Az ellátott tulajdona az övé. Nem elfogadható az a szemlélet, hogy „ez úgyis hülye hozzá, majd lehúzzuk, mint a többit”. Hozzátesszük, hogy ma már operatív eszközök is segítik az ilyen esetek megelőzését. Az ellátó szolgálja az ellátottat és könnyebbé teszi az életét. Ezért fizetést kap. A fizetés nem arányos a terheléssel. A kísértés nagy. Rendszeresek a visszaélések és a megyei vezető vagy az intézményvezető nem tudhat mindenről. De tudnia kell! Ennek számos megoldása lehetséges, de nem lehet arra hivatkozni, hogy nem tudtam, azt hittem, vagy úgy formádzott.

Nemrégiben került elköltésre nagyobb összeg olyan kegyeleti célokra, amelyek már megvalósultak, hiszen a már elhalálozottak pénzéből finanszíroztak más kegyeleti költségeket, természetesen csak papíron. Ilyen esetekben a PÉF nem tárgyal, hanem felüti a Btk-t és értesíti a megfelelő felettest. Nincs jobb érzés, mint nyugodtan aludni. A gondnokság alatt állók is munkaképesek. A Munka törvénykönyve (Mt.) a korlátozottan cselekvőképes munkavállalók érdekeinek kiemelt szerepet tulajdonít. Az Érték-Placc program már világcégeket is bevon a munkáltatásba. A kefekötés-szemlélet visszahúzódóban van. Az extra (adó) terheket eltörölték, a meglévő járulék mellé bármennyi kereshető megváltozott munkaképességűként.

Rehabilitációs munkaként feltüntetett (valójában a vezető által saját lakását 200 km-rel arrébb építő gondnokoltakat robotoltató) tevékenység csak szigorú számadás mellett történhet. Esetünkben az ellátottakat a céges sofőr hordta oda-vissza. Ilyenkor a helyettes vagy bárki erkölcsi kötelessége a bejelentés, mert „minden beteg ember kiszolgáltatott, de a lélek fájdalmánál erősebb nincs”. Az ellátó kollégák döntő többsége ebben a szellemben dolgozik, végzi hivatását. Akik nem, azokra nehéz idők jönnek. Az elmaradt bejelentés bűnpártolásnak minősül.

Megjegyzés: bármely orvosi vonatkozású felvetés döntően a szociális ellátórendszerre egyaránt vonatkozik (vonatkozhat).

A pszichoszociális fogyatékosság fogalomköre 2013 -az új FOT megalkotása- óta a gyakorlatban nem létezett. A PÉF és szakértői ezt a feladatot egészségügyi és szociális területre is -2020. decemberében- teljesedésbe menően elvégezték. Idő kell, amíg a törvényhozás elfogadja.

Zárás

90 perc gyakorlat

- A tanfolyam zárása
- Írásbeli vizsgateszt
- Elégedettség mérő kérdőív

Felhasznált irodalom

1. Tájékoztató a pszichiátriai betegek jogairól (2014), Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ
2. http://www.ijsz.hu/UserFiles/tajekoztato_pszich_betegek_jog_borito_0328_v4.pdf
3. Lőwi Ildikó (2018): A stigmatizáció hatása a társadalmi szerepváltozásokra, Hadtudományi Szemle 2018. XI. évfolyam 1. szám
4. https://epa.oszk.hu/02400/02463/00038/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2018_01_208-224.pdf
5. Hoffmann Judit (2013): Fogyatékos-ügyi vademecum: hazai és nemzetközi jógyakorlatok, TÁMOP-5.4.10-12/1-2012-0001 hallgatói seédanyag, http://www.ncsszi.hu/files/653.file
6. Gombos Gábor (2013): Mi a pszichoszociális fogyatékosság?
7. https://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekossag/
8. Beszámoló a pszichoszociális fogyatékossággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról (2018) ELTE BGGYK A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítványa, http://www.eltereader.hu/media/2018/09/ELTE_2018_Kutatasi_beszamolo_READER.pdf
9. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja – Szkizofrénia (2013)
10. Kiss Gabriella (2015): Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családias közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között, Párbeszéd: szociálismunka-folyóirat Vol. 2. (2015.) No. 2.
11. RÁCZKEVY-DEÁK Gabriella (2013): Empatikus kommunikáció és konfliktuskezelés az egészségügyben Hadtudományi Szemle,2013.6. évfolyam 2. szám http://epa.oszk.hu/02400/02463/00015/pdf/EPA02463_hadtudomanyi_szemle_2013_2_133-146.pdf
12. Balázs László – H. Tomesz Tímea – H. Varga Gyula (2013): A KOMMUNIKÁCIÓ ELMÉLET ÉS GYAKORLATA, Eszterházy Károly Főiskola Testnevelés és Sporttudományi Intézete https://docplayer.hu/19893754-A-kommunikacio-elmelet-es-gyakorlata.html
13. Buda Béla (2012): Empátia – A beleélés lélektana, L'Harmattan Kiadó, Budapest
14. Hajduska Marianna (2015): Krízislélektan, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
15. Bulyáki Tünde, Dr. Harandozó Judit (2018): Közösségi pszichiátria kézikönyve, Budapest, Animula Kiadó
16. Bulyáki Tünde, Dr. Harangozó Judit (2018): Mentális zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In.: Bulyáki Tünde, Dr. Harangozó Judit (2018): A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány, Budapest 2018
17. Tringer László (1992): A gyógyító beszélgetés. Budapest, SOTE.
18. Bulyáki Tünde (2021): Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába. PhD értekezés. Humán Tudományok Doktori Iskola- Debreceni egyetem 2021.
19. Dr. Sági Zoltán (2015): A kötődés hálói - a közösségben létezve: tanári kézikönyv. Újvidék: Árgus, 2015

Letöltések:

Bulyáki Tünde, Kristóf Róbert (2021): Családi egyensúly támogatása a gyermekvédelemben, hatékony stresszkezelés a mindennapi életben.
http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2021/09/BM4_csaladiegyensuly_20210923_FINAL1.pdf

Bulyáki Tünde (2016): Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák.
https://tatk.elte.hu/dstore/document/1539/60549c356e62d86f08dd9f982558dd55cc5ca73f2ae07.pdf

Herold Krisztián, Bulyáki Tünde, Szabóné Csizmadia Mária: Szakmai ajánlás.Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére. Kiadta: Czibere Károly, EMMI 2018
http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatriai_Betegek_Kozossegi_Ellatasanak_Ajanlasa.pdf

Weborvos (2021): Megbélyegzés nélkül: a hazai Nemzeti Antistigma Programról
https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/megbelyegzes-nelkul-a-hazai-nemzeti-antistigma-programrol-269929

Jogszabályok

1. a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993 évi III. törvény
2. a munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I: törvény
3. a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény
4. a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet