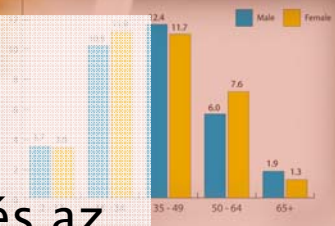




Alpár Vera

Különböző dependenciák és az addiktológiai lehetőségei



A követelménymodul megnevezése:

A sajátos szükségletek felmérésének feladatai az idősellátásban

A követelménymodul száma: 1865-06 A tartalomlelem azonosító száma és célcsoportja: SzT-023-30



B) Alkossunk 2 fős munkacsoportokat! Gondoljuk végig, és egyénileg írjuk le, milyen társadalmi, gazdasági... stb. következményei vannak a drogbeteg emberre (és környezetére) szenvedélyének, bizonyos mozzanatai, hatásai.

Írjunk le minél több szempontot! Majd a partársunkkal vitassuk meg, melyek a legfőbb szempontok!



C) Hasonlítsuk össze és egyénileg írjuk le, milyen társadalmi, gazdasági... stb. következményei vannak az alkohol-, illetve drogbeteg emberre (és környezetére) szenvedélyének bizonyos mozzanatai, hatásai. Írjunk le minél több szempontot! Majd a partársunkkal vitassuk meg, melyek a legfőbb szempontokat!

Segítségül előzetesen olvassuk el a következő két szemelvényt:

"Az alkoholizmus kifejezést Magnus Huss svéd orvos 1849-ben használta először. A kifejezés a sokszor ismétlődő részegség, mint betegség orvosi kifejezésévé vált. Az e betegségben szenvedőt nevezik alkoholistának. Az alkoholizmus az alkoholos italok olyan mértékű fogyasztását jelenti, amely ismételten vagy folyamatosan ártalmas az ivóra. Az ártalom lehet fizikai vagy mentális, szociális vagy gazdasági. Aki elszenved az italozás következményeként fellépő ártalmakat, képtelen szokásán változtatni, ivási kényszerén nem tud úrrá lenni, függőség (dependencia) alakul ki."¹

A szakirodalomban kétféle definíció ismert. Az egyik orvosi, a másik szociológiai.

¹ Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999. KSH. 2003. 15.o.

"Az orvosi definíció szerint az az alkoholista, akinél már kialakult az úgynevezett dependencia vagy függőség. A függőségnek is két változata van. Van, aki nem képes lemondani arról, hogy mindennap szeszesített fogyasszon, és van, aki nem képes a teljes lerészegedés megállni az ivásban, ha egyszer hozzákezdett.

A szociológiai definíció szerint az az alkoholista, akinek életében (családjában, munkahelyén, lakókörnyezetében, egészségi állapotában) az alkoholfogyasztása súlyos problémákat okoz".²

"Sok tizenéves a szorongás, a depresszió ellensúlyozására, vagy a pozitív szociális készségek hiányában fogyaszt kábítószer rendszeresen. A kíváncsiság, a kockázat izgalma és a szociális nyomás együttesen nagyon megnehezítheti a kamaszok számára, hogy elutasítsák a kábítószerket.

Alkohol- vagy kábítószer-fogyasztó családból származó, szocializáció hiányában szenvedő tizenévesek a kísérletezéstől nagyon gyorsan a kemény fogyasztáshoz vagy függőséghez fordulhatnak. Azonban az ilyen családi előzménnyel nem rendelkező fiatalok is veszélyben vannak. A tizenéves kori kábítószer és alkohol fogyasztás figyelmeztető jelei a következők:

1. az iskolai teljesítmény hanyatlása,
2. a baráti kör megváltozása,
3. kötelességmulasztó magatartás,
4. megromló családi kapcsolatok.

Lehetnek fizikai jelek is. Ilyenek például:

5. vörös szemek,
6. tartós köhögés,
7. folyamatos szipákolás, mintha hidegtől szenvedne,
8. az étkezési alvási szokása megváltozása.

A kábítószer-függőség pillanatnyi eszméletvesztéssel, elvonási tünetekkel, és súlyos otthoni, iskolai vagy munkahelyi problémákkal is járhat³."

Helyszínek szempontjából:

Időbeosztás szempontjából:

² Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába. Bp. 2001. 514–15.o.

³ Forrás: <http://www.pszichiatria24x7.hu/> (2010. augusztusi állapot)

Társadalmi kapcsolatok szempontjából:

"Hasznosság" szempontjából:

SZAKMAI INFORMÁCIÓTARTALOM

A FÜGGŐSÉG (DEPENDENCIA)

1. Mi a függőség?

A dependencia szó függőséget jelent. Hétköznapi szóhasználatban a függőség szót a ragaszkodás, hozzászokás, szükséglet értelemben használjuk. A függőség jelenségének önmagában nincs pozitív, vagy negatív értéke, jelentését a szövegkörnyezet adja, például a függőség egy csecsemő számára a túlélést teszi lehetővé. Amennyiben az érett függőségbe való eljutás sérül, kóros függőségi állapotok, azaz szenvedélybetegségek, addikciók alakulnak ki.

A szenvedélybetegség – másként addikció vagy kóros szenvedély – hátrányos helyzetbe hozhatja az érintett személyt és környezetét is, mivel kényszeres viselkedési mintákból áll, melyekben a viselkedés irányítása, abbahagyása sikertelen. Pszichológiai értelemben véve a kóros szenvedély azt jelenti, hogy egy a hétköznapi életben elterjedt és normálisnak vagy csak enyhén *deviáns*nak látszó viselkedésmód mintegy elszabadul, uralkodóvá válik.

A függőség egyik összetevője, hogy az egyén számára egy tárgy, egy anyag, egy tevékenység fontosabbá válik, mint akármi más, főleg, mint a velünk született társas, valamint ivadékondozó ösztöneinkből származó, majd a szocializáció során alakuló interakciók. Ha a kábítószerket leszámítjuk, a szenvedélybetegségek alapját képező folyamatok egy része – bizonyos keretek között – a hétköznapi életünk problémamentes részét képezik, pl. társasági eseményen megivott pohár bor, heti párszelvényes totózás.

Bár a köznyelv a szenvedélybetegséget és a függőségeket döntően az alkoholizmussal, dohányzással és a kábítószerrel azonosítja, a probléma lényegesen összetettebb ennél.

2. A függőségek formái

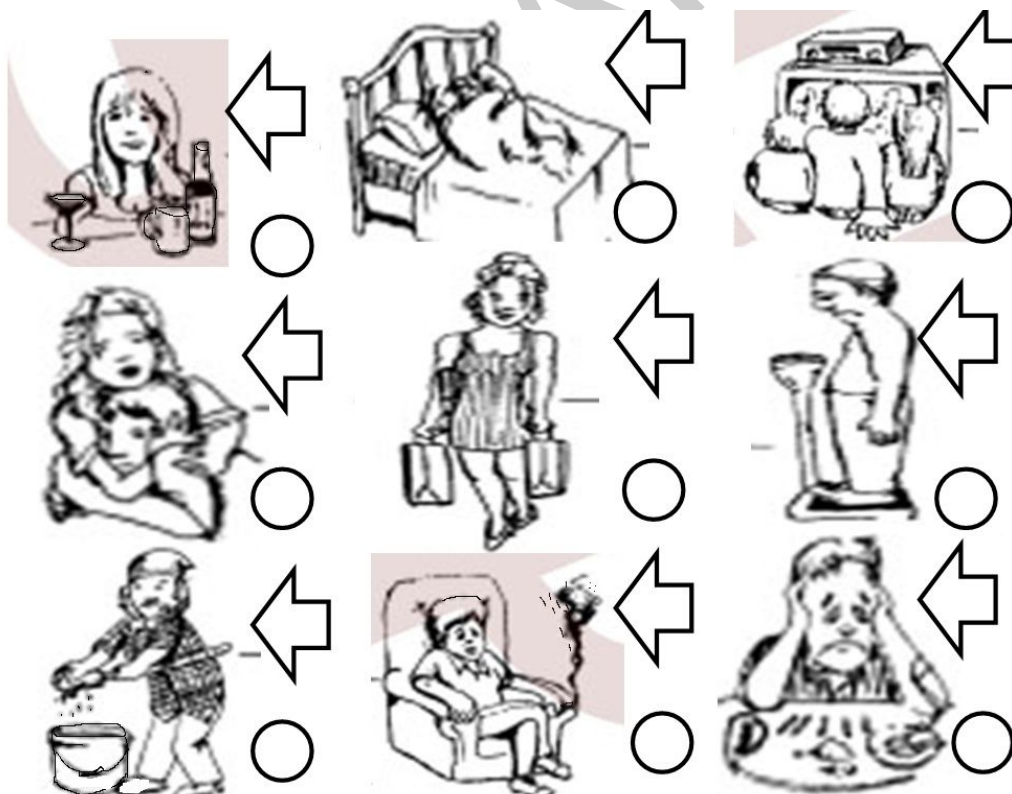
- Kémiai szerek által kiváltott
 - drogok, kábítószer
 - nikotin

- alkohol
- Viselkedési addikciók:
 - kényszerbetegségek (pl.: kleptománia, kényszeres rendrakás stb.)
 - az evési zavarok (anorexia, bulímia)
 - munkaszünet ("munkaholizmus")
 - játékszünet (kártya, lóverseny, szerencsejátékok, nyerőautomaták és játék-gépek)
 - számítógép/internet/televízió
 - szex- és szerelem-addikciók
 - társ- és kapcsolati függőség.

1. Feladat

Az alábbi rajzok különböző függőségtípusokat ábrázolnak. A nyílakba írja be azon addikció betűjelét, amely odailik, a jobb alsó körökbe pedig "K"-t írjon, amennyiben kémiai szerek által kiváltott függőséget jelöltünk, és "V"-t, ha viselkedési addikcióról van szó.

A - vásárlási kényszer, B- étkezési zavar, C-kábítószer, D-takarítási mánia, E- kapcsolati/partnerfüggőség. F-nikotin/cigarettafüggőség, G- lánchányzás, H- televízió/számítógép/videójáték függőség, I-szexfüggőség, J- alkohol.



1. ábra. Függőségek

Mikor mondhatjuk, hogy kialakult a szenvedélybetegség? Az alábbi táblázat alapján ez eldönthető:

- A függőség tünetei** **A szerhasználat vagy a viselkedés módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, fennáll legalább 3 az alábbiakból, bármikor ugyanabban a 12 hónapos időszakban:**
- 1. Tolerancia, vagyis az alábbiak közül legalább egy:**
- A.) A hatás eléréséhez a szer jelentősen megnövekedett mennyiség igénye a kívánt hatás elérése érdekében, illetve a tevékenységgel töltött idő növelésének szükséglete.
- B.) A szer azonos adagjának folyamatos használata illetve a tevékenység azonos időtartamú végzésével lényegesen kisebb hatás elérése.
- 2. Megvonás, amit a következők egyike jellemez:**
- A.) Jellegzetes megvonásos tünet-együttes (lásd: Megvonási tünetek 8. oldal) a használat szüneteltetése vagy jelenős mennyiség/idő csökkenés esetén
- B.) Ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentéséhez vagy elkerüléséhez vezet.
- 3. Fokozott használat** A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb időszakig szedik, mint eredetileg szándékozták.
- A tevékenységgel töltött idő minden más tevékenység rovására történik, a tervezettnél hosszabb vagy gyakoribb.
- 4. Kontrollvesztés** Állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására.
- A tevékenység kontrolljára, csökkentésére való sikertelen törekvés
- 5. Használattal kapcsolatos idő** Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére, a tevékenységgel kapcsolatos irodalom, eszközök stb. beszerzésére, rendezésére vagy a hatásaiktól való megszabadulásra.
- 6. Tevékenységek feladása** Fontos szociális, foglalkozási tevékenységek vagy az aktív pihenés feladása vagy csökkentése.
- 7. Használat fenntartása még problémák esetén is** A használat, tevékenység folytatása olyan állandó vagy visszatérő fizikai, szociális, foglalkozásbeli vagy pszichológiai problémák ellenére, amiről tudja, hogy a szer, a tevékenység okozza vagy súlyosbítja (pl. alvásmegvonás, párkapcsolati nehézségek, reggeli késések, a munkahelyi feladatok elhanyagolása stb.)..

3. A szenvedélybetegség folyamata

A szenvedélybetegség egy kontrollvesztési folyamat, aminek tünetei az idő előrehaladtával egyre súlyosabbá válhatnak. Az egyes függőségek mechanizmusa részleteiben sokféle, de közös elem a vágyakozás a szenvedély tárgya, eszköze iránt, mely vágyakozás beteljesítése egyfajta átmeneti kielégüléssel jár. Az átmenetiség miatt hamarosan újratermelődik az igény, és egyfajta egyre sűrűbben ismétlődő cselekménysorról beszélhetünk.

a. Hogyan kezdődik a függőség?

Ez olyan kérdés, ami régóta vita tárgyát képezi, ennek ellenére még mindig nincs pontos válasz, hiszen nem sikerült még azonosítani az alap okokat.

Természetesen, ha valaki soha nem iszik alkoholt, soha nem használ drogokat vagy egyáltalán nem játszik szerencsejátékot, akkor kicsi az esélye annak, hogy valaha is függővé váljon ezektől. Vannak azonban olyanok, akik mind kipróbálják ezeket a dolgokat, mégsem válnak függővé. Hogyan lehetséges tehát, hogy valakinél kialakul a probléma, és valakinél nem?

A legtöbben azért próbálják ki a potenciálisan *addiktív* anyagokat és viselkedésformákat, mert valamilyen jótékony hatást várnak tőlük. Ezekről jobban érezzük magunkat, megnyugtatónak, erősnek és hatalmasnak érezhetjük magunkat tőlük. Néha a viselkedésformák kiválthatják egy bizonyos társadalmi réteg elismerését. Sokan ezektől az érzésektől válnak függővé, és később már nem tudnak lemondani róluk.

Ezt követik az agyi változások, amikor is a kémiai rendszer annyira megváltozik, hogy elvonási tünetek jelennek meg, ha a szervezet nem kapja meg a szükséges drogot, legyen az alkohol vagy egy pókerjáték izgalma. A szervezet fizikálisan is függő lesz.

b. A függőség okai

Hogy miért hajlamosabbak egyes emberek a függőségi betegségekre, annak lehet, hogy genetikai okai vannak. Ezen kívül vannak kulturális és szociális tényezők is, amelyek rizikófaktorként szolgálhatnak. Nagyobb az esélye például az alkoholizmusnak egy olyan országban, ahol az alkoholfogyasztás a mindennapok része.

A szegénység, a munkanélküliség és az iskolázatlanság is növeli a függőségi betegségek kialakulásának esélyeit. A stresszes, problémás környezet is fokozza a függőségi betegségek elszaporodását. Ezek a tényezők természetesen nem feltétlenül vezetnek függőséghez, de jelentősen növelik annak kialakulási esélyeit.

c. Tolerancia

Szerfüggőség esetén testi tolerancia alakulhat ki. A beteg – például alkoholbeteg – egyre nagyobb mennyiségű italt képes elfogyasztani, látható súlyos részegség nélkül. Az illető és a környezete ezt a tényt természetesen nem fokozódó baj jelének látja, sőt a beteg még büszke is bajára. "Jól bírja az italt", mondják rá elismerőleg, pedig ez csak a látszat, de a máj ugyebár nem tud panaszkodni.

A nem kémiai függőségek, például a játékszenvedély, internet-addikció, munkamánia kezelését nehezíti, hogy a folyamat társadalmilag elfogadott szintről indul, és nem könnyű időben felismerni, hogy a beteg mikor lépi át a kórosság küszöbét. Így a folyamat sokáig láthatatlanul halad előre, és a környezet sokszor asszisztál is ehhez. "Milyen szorgalmas", "jól bírja az éjszakázást", "sikerember" – mondják a munkamániás menedzserre; "milyen jól ért a számítógépekhez" – vélik a netfüggőről.

d. Megvonási tünetek

A szerfüggőségek esetében súlyos probléma a megvonási tünetek kialakulása. Ez akkor fejlődhet ki, ha a beteg nem jut hozzá a szenvedélye tárgyát képező szerhez. Itt a megvonás klinikai tüneteinek (aminek kezelése nem feladatunk) részletezését mellőzve csak a pszichikaiakra szorítkozunk. A beteg egyre feszültebb, nyugtalanabb lesz, ingerlékeny, könnyű felbőszíteni. A legkisebb ingerre is hevesen reagál, ideges, gyakran szorong, gondolatai középpontjában a szer megszerzésének igénye, a tevékenység végzésének lehetősége áll, figyelve fokozatosan beszűkül. A tünetek károsítják a szociális, munkahelyi és egyéb fontos működéseket. Alkoholistáknál például a rendszeres italfogyasztás megszakadása után átlag 24–72 órán belül alakulnak ki a tünetek, tudati zavartság, remegés, izzadás, szapora szívverés jellemzi. Társulhatnak hozzá rosszulletek, és főként szíveredetű halálozás kockázatával is számolni lehet ebben az időszakban a megfelelő terápia elmaradása esetén.

A megvonási tünetek paradox módon a szer elhagyását, a leszokást is megnehezítik, mert ha valaki életmódváltásra szánja el magát, hamarosan szembesülnie kell a megvonási tünetekkel. Orvosi segítség nélkül a betegek többsége a hagyományos "kutyaharapást szőrivel" elvet követve visszatér a szerhasználathoz, és ezzel meg is gyógyítja a megvonási tüneteket, látszólag jobban lesz. Az így szerzett rossz tapasztalat azonban megerősíti őt szenvedélyében, és legközelebb kétszer meggondolja, hogy abba akarja-e például hagyni.

Érdekes módon megvonási tünetek nemcsak az alkoholisták, vagy bizonyos kábítószeres élvezői esetén jelentkeznek! Egyre több megfigyelés szól amellett, hogy ez más szenvedélyek esetén is fennáll, munkamániás menedzserek szabályszerűen fizikálisan rosszul érzik magukat, ha otthon felejtik nyaraláskor a laptopot vagy lemerül a telefonjuk.

Összefoglalás

Szenvedélybetegségnek nevezzük azokat a magatartásmódokat, melyek magukba foglalják:

1. Bizonyos kémiai anyagok – károsító hatásuk és a környezet tiltása, büntetése ellenére történő – rendszeres fogyasztását;

2. A hozzászokás (a szer fogyasztása növekvő motivációs erőt ad) és a dependencia (függőség) kialakulását. – (A kémiai szer a szervezet zavarmentes, egyensúlyi működéséhez elengedhetetlen tényezővé válik) a fogyasztás elmaradásakor elvonási tünetek jelentkeznek);

3. A szer iránti tolerancia növekedését a (kívánt hatás eléréséhez mind nagyobb adagra van szükség);

Dependenciát olyan kémiai anyagok és más külső impulzusok okoznak, melyek a szervezetben örömrzést, kielégülést váltanak ki. (Közvetlenül beleavatkoznak az agy belső jutalmazási rendszerébe, vagy közvetve, szorongás kikapcsolása révén hatnak.)

2. Szenvedélybetegség fajtái:

kémiai szerektől való függés (szubsztance, dependence)

viselkedési dependenciák (evészavarok, játékszenvedély, veszélykeresés, munkamánia, kleptománia, pirománia)

3. Szenvedélybetegség fokozatai: Gyakoriság – függőség szerint

Alkalmi fogyasztás: Ritka és kismennyiségű fogyasztás, általában függőséghez nem vezet.

Rendszeres fogyasztás: Minden újabb fogyasztás pozitív megerősítésként hat és újabb fogyasztásra készlet.

Pszichés függőség: A rendszeres fogyasztás következtében kialakuló állapot, melynek jellemzője, hogy a pszichés egyensúly fenntartása, ill. helyreállítása egyre inkább csak a szer segítségével lehetséges.

Biológiai függőség: A rendszeres fogyasztás következtében kialakuló állapot, a szervezet reakciója a szer állandó jelenlétére.

Szenvedélybetegség kapcsolódhat illegálisan gyártott szerekhez, és rendeltetésüktől eltérő céllal felhasznált legális gyógyszerekhez. Legtöbb esetben, a szóban forgó szer túlzott mértékű használatáról van szó.

Az addikció a szertől való fizikai és/vagy pszichés függés állapotát jelenti. A fizikai függés toleranciát válthat ki a szer irányában. Ez azt jelenti, hogy ugyanazon állapot eléréséhez a drog vagy gyógyszer egyre nagyobb mennyiségű használata szükséges. Az addikció és a tolerancia együttes hatásaként elvonási tünetek jelentkezhetnek drog fogyasztásának abbahagyásakor. Ezek a tünetek megszűnnek, amint a fogyasztó ismét droghoz jut, vagy emeli az adagot. A droghasználat jelentős mennyiségű kockázattal jár. Ide sorolandó többek között, a:

- Személyi biztonság kockázata (halál vagy sérülés veszélye a túladagolás eredményeként, baleset vagy agresszió).
- Egészségkárosodás (beleértve többek között az agyi károsodást, májelégtelenséget, mentális problémákat, stb.).
- Törvénysértések (büntetés, bírságok és bűnügyi nyilvántartás kockázata).
- Destruktív magatartás (önpusztítás, illetve a család és barátok bántalmazása).

A kábítószer-függőség a pénzügyi gondok és a munkahelyi, illetve iskolai nehézségek egyik leggyakoribb oka. A kábítószer-élvezők gyakran kényszerülnek hazugságokra vagy lopásra, hogy káros szenvedélyüket továbbra is folytatni tudják. Ennek következtében elveszíthetik családjuk és barátaik támogatását. A kábítószer-élvezők szégyenérzetet vagy bűntudatot érezhetnek, amely a folyamatos kudarcokból származik, hogy képtelenek kontrolálni kábítószeres viselkedésüket. E nehézségek ellenére, a kábítószerfüggő személyek gyakran tagadják, hogy problémáik vannak.

Valamennyi negatív hatás ellenére, a kábítószerrel vagy alkohollal visszaélő személyek a káros szenvedélyükhöz menekülnek és tagadják, hogy kábítószer problémáik vannak, illetve, hogy a drog ártalmas önmaguk és mások számára. Mások abban hisznek, hogy egyáltalán nincsenek problémáik. Ez a tudatalatti tagadás a függőség vagy a káros szenvedély egyik hatása.

Bizonyos gyógyszerek, mint például az altatók vagy a fájdalomcsillapítók testi függőséget okozhatnak. Olyan testi elváltozásokat váltanak ki, amelyek eredményeként a szerre van szükség a normális működéshez. Ez a jelenség a dependencia. Ha az illető nem veszi be a gyógyszert, ez kellemetlen elvonási tünetekhez vezet és az egyetlen mód, hogy ezt elkerülje, ha még több gyógyszert vesz be.

Más gyógyszerek lelki függőséget eredményezhetnek. Ebben az esetben az illető vágyik a gyógyszerre és elkezd függni a gyógyszer által kiváltott hangulattól. A kellemes érzések, mint az ellazulás, önbizalom, önbecsülés, a szorongás feloldása, stb., ahhoz vezetnek, hogy az emberek még több gyógyszert szedjenek. A gyógyszer iránti szükség nem csupán alkalmi vágy, hanem erős kényszer is.

Tudományos bizonyítékok jelzik, hogy bizonyos embereknél magasabb a gyógyszereszedés és függőség kockázata. Ezek az emberek szüleiktől örökölték a függőségi hajlamot. Azonban a szociális kényszer és más külső tényezők, mint például a stressz, szegénység, vagy egyéb betegségek is jelentős szerepet játszhatnak. A társak felől érkező nyomás, érzelmi bajok és alacsony önbecsülés kábítószer-fogyasztáshoz vezethetnek. A kábítószerre való könnyű hozzáférés is közrejátszó tényező lehet.

Ha valaki azért szed kábítószer, hogy jobban érezze magát vagy megbirkózzon egy problémával, valószínűleg azért kezd az itálra vagy kábítószerre támaszkodni, hogy elkerülje a rossz érzéseket vagy a nehéz helyzeteket. Elveszíthették, vagy soha nem is tanulták meg azokat a készségeket, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az életben boldoguljunk.

A legtöbb ember hajlamos a kábítószer vagy az alkoholt alkalmyszerűen vagy szórakozási célokra használni. De ami kezdetben kontrollált, élvezetes használatnak tűnik, hamar nagyon eltérő arányokat ölthet, és a kezdeti pozitív tapasztalat hamarosan függőséget jelent.

FOGLALKOZÁS SZENVEDÉLYBETEGEKSEL, ADDIKTOLÓGIAI LEHETŐSÉGEK

1. Terápiás lehetőségek

a. Nem gyógyszeres kezelés

A beteg kezelése különböző terápiás körülmények között történhet. Általános elv, hogy olyan környezetben gyógykezeljük a beteget, amelyben lehetőség van hatékony és biztonságos terápiára.

Gyógyítása addiktológiai/pszichiátriai gyógykezelést igényel, ezért az egészségügyi ellátás megfelelő szintjét az addiktológiai, pszichiátriai szakintézmények jelentik. A betegek járó és fekvőbeteg, átmeneti intézeti és egyéb kezelési formák keretei között kerülnek ellátásra.

Általános intézkedések

A diagnózis megállapítása, a klinikai és szociális körülmények felmérése után terápiás tervet kell készítenünk. A kezelés során fontos olyan terápiás kapcsolat kialakítása, amely alapján a beteg és a kezelőszemélyzet jól együttműködik.

Különösen indokolja ezt, hogy a betegség jellegéből adódóan a betegségbelátás és az együttműködés gyakran hiányos. A kezelés célját és eredményességének jellemzőit lehetőleg a család bevonásával tisztázzuk.

Speciális gyógyítási/ápolási teendők

Veszélyes mértékű szerfogyasztás esetén alkalmazott rövid beavatkozás (másodlagos megelőzés) eszközei a visszajelzés, a személyes felelősség hangsúlyozása, tanácsadás, *empátia*, önbizalom és optimizmus nyújtása. A rövid beavatkozás (intervenció) pozitív hatású, ami a relatív és abszolút kockázatcsökkenésben nyilvánul meg.

Függőség és visszaélés, valamint kettős diagnózis (pszichiátriai társbetegségek) esetén, a dependencia következtében kialakult személyiség és családpatológiai zavaroknál a következő pszichoszociális módszerek javasoltak:

- *A motivációs módszerek a szerfogyasztás előnyeit és hátrányait, a rövid és hosszútávú következményeket, a problematikus szerfogyasztás kockázathelyzeteit, alternatíváit elemzik.*
- *Specifikusan az ivási szokások megváltoztatására irányuló módszerek: a problémaivás kockázatos helyzetét ismertetik, gyakorolják ennek megváltoztatását és a külső és belső stressztényezőkkel való.*
- *Az ivási és szerfogyasztási probléma mögötti tényezőkre irányuló módszerek az fogyasztást annak mélyenfekvő tényezői felől közelítik meg. Magukban foglalják a dinamikus orientált metódusokat, az interakciós kezeléseket.*

- *Általános támogató tanácsadás. A problematikus viselkedésre általában nem jelentenek célzott stratégiát, ezek a „standardkezelés”-ek.*

Partner(ek) és családra irányuló kezelési módszerek közé tartoznak a pszichoedukációs módszerek.

- *A pszichoszociális kezeléseket gyógyszeres kezelésekkel – lehetőleg olyan modern szerekkel együtt alkalmazzák általában, amelyek csökkentik a szerhasználati készletet. A komplex kezelés mindig személyre szabott.*
- *A specifikus kezelési módok hatékonyabbak a standardkezelésnél, a pár és családterápia(i) hatékony. Pszichiátriai társbetegségekkel rendelkezők, vagy hajléktalanoknál a társult probléma is beavatkozást igényel.*

Módszertani felsorolás: Névtelen Alkoholisták, Minnesota-módszer, csoportterápiás módszerek, (pszichodráma, tranzakcióanalízis, viselkedésterápiás módszerek), szupportív egyéni technikák, konfrontatív egyéni technikák, szocioterápiák, gyógyszeres kezeléssel kombinált pszichoterápiák.

- *Megvonás esetekben: kórházi kezelés esetén a megvonás súlyosságától függően az első néhány napon a gyógyszeres kezelésre esik a hangsúly, ilyenkor szisztematikus pszichoterápiára kevesebb a lehetőség.*

9. Fizikai aktivitás

Rendszeres fizikai igénybevétel (munka; sport; a szabadidő strukturált és aktív eltöltése) nélkülözhetetlen a hatékony és eredményes terápia szempontjából.

10. Diéta

Fel kell hívni a beteg figyelmét a rendszeres étkezésre és folyadékpótlásra, és ezt gyakran ellenőrizni is kell. A leromlott általános állapot, a gyakori táplálkozási- és felszívódási zavar miatt könnyű, pépes, májkímélő étrend, vitamindús táplálék javasolt, a túl savas, fűszeres ételeket kerülni kell.

11. Betegoktatás

A beteget és családját, a vele kapcsolatban élőket fel kell világosítani a betegség természetéről. A tünetekkel, a kezelés lényegével, a visszaesések elkerülési lehetőségeivel meg kell ismertetni a beteget és hozzátartozóját. A család, illetőleg párterápia segítséget jelenthet a sikeres terápia végig vitelében.

Ezzel egy időben gyógyszeres kezelés is zajlik, ez azonban nem tananyagunk tárgya.

b. Rehabilitáció

1. A tevékenység alkalmazási / érvényességi területe

A szenvedélybeteg rehabilitációs szempontból elsősorban pszichiátriai beteg, mert a pszichés (motivációs, viselkedés-) zavar megoldása nélkül újra termelődik a testi-, lelki-, szociális károsodás egyre fogyatkozó megújulási lehetőségekkel. Ezért a korai, komplex pszichiátriai terápia egyben másod-, harmadlagos prevenció is, de ki kell egészíteni a rehabilitációs szociális adaptációs készségfejlesztéssel.

2. Rehabilitációs diagnosztikus vizsgálat, állapot felmérés

Már az első terápiát megalapozó kórismézésnél (szomatikus, pszichés tünetek, betegség meghatározásakor) föl kell mérni a rehabilitációs lehetőségeket is, és ezeket a kezelés folyamán ismételtén kell vizsgálni: rehabilitációs diagnosztikus folyamatban. Meg kell határozni az alkoholbeteg személyiség funkcionális állapotát (rehabilitációs állapot felmérés).

A felmérést végezheti a rehabilitációs eset-menedzser, a rehabilitációs team, használhatnak egyedi, lehetőleg több szempontú szubjektív minősítést, standard minősítő skálákat.

Az addiktológiai rehabilitáció a nem gyógyszeres terápiák alkalmazásával kezdődik:

- a) a pszichoedukáció – már az akut krízisállapotok kezelésekor a betegséggel kapcsolatos ismeretközlésen túl a beteg-szerepnek, a környezet válaszainak a megértetése, a betegséghez való alkalmazkodás aktív befolyásolása előirányozza a társadalmi funkciók helyreállítását.
- b) a szocioterápia lehetőségei (lásd később) az absztinencia beállításában és stabilizálásában is hasznosak, mint élmény- és viselkedés-rendező diszciplína.

A szoros értelemben vett rehabilitációs tevékenységet a megvonásos tünetek lezajlását követően végezzük, amikor a pszicho-szociális károsodás, korlátozottság megállapítható.

3. Rehabilitációs cél meghatározás

Az alkoholbetegség rehabilitációjának három lényeges összetevője:

- az absztinencia (mentesség) motivációjának fenntartása,
- a beteg segítése az alkoholmentes életmódba való visszailleszkedésre,
- a visszaesés (relapszus) megelőzése.

Ennek érdekében fontos tisztázni a különböző elvárásokat: az alkoholbetegnek, környezetének (hozzátartozóinak), valamint a gyógyító személyzetnek az elvárását a gyógyítás és rehabilitáció eredményére, a beteg társadalmi funkciójára vonatkozóan.

Az optimális cél mindig csupán a megvalósítható cél. Rövidtávú rész-célok kitűzése során fokozatosan hosszú távú végső cél elérésére törekedhetünk.

Integráltan kell kezelnünk az addiktológiai probléma mellett a pszichiátriai és szociális károsodásokat (kettős, többes diagnózis és integrált kezelés).

A motivációt is eszerint kell értékelnünk: az elfogadás mellett alakítani kell a beteg gyógyulási készségét, tevékenységre való hajlandóságát (pszichoedukáció, participáció). Erre használhatjuk a motivációs interjú módszerét, a szocioterápiás csoporthatásokat.

Az alkoholmentesség abszolút követelmény a függőségben, relatív a káros használat esetében, mennyiségi követelmény lehet a kockázati alkoholfogyasztásban – de sohasem egyedüli: elérése, megtartása csak részeredmény, feltétele a teljesebb emberi jólétet jelentő rehabilitációnak.

Az állapotfelmérés és a rehabilitációs cél határozza meg a rehabilitációs eszközt. Meg kell fogalmazni a módszer specificitását: hogyan fogja elősegíteni a cél megvalósítását. Tulajdonképpen ez az egyedi rehabilitációs terv készítés lényege.

4. Rehabilitációs módszerek

A terápiában is érvényesek az általános rehabilitációs módszertani elvek: fokozatosság, rugalmasság, következetesség, nyíltság, beleszólás, önkéntesség, meggyőzés, személyesség, konkrétság.

A detoxikálásban a megvonásos tünetek „szenvedés-nyomásának” adekvát kezelésével már elkezdhető a rehabilitációs motiváció és együttműködés kialakítása.

a) Motivációs interjú, pszicho-educáció során a tüneteket, a függőséget egyedileg értelmezzük, a kognitív sémák, a bio-pszicho-szociális károsodás beláttatásával, az önkontroll, az absztinencia, az egyedi élmény- és viselkedésmód kialakításával. Meg kell küzdenünk a beteg ellenállásával, elhárító, tagadó, racionalizáló munkamódjaival, lehetőség szerint a család, hozzátartozó fontos személyek bevonásával.

b) Módszerspecifikus pszichoterápiát (kognitív- és viselkedésterápia) alkalmazunk szükséglete és lehetősége szerint (egyéni, pár-, család-, csoportterápiában).

c) Szocioterápiás csoport-módszereinket sokféle emberi tevékenységre alapozzuk célszerűen és kontrolláltan: a rehabilitációs felmérés során a személyiség meghatározott funkcióromlásának (élménymódjának, szellemiségének, kötődéseinek, viselkedésének beszűkültsége), szociális szerepzavarának javítására.

5. Rehabilitációs módszerek javallata

a) Testi elhanyagoltság esetén: szenzo-motoros élménystruktúrálás (mozgás-, tánc-, játék, sport, kreatív terápia).

b) Szellemi beszűkültség, monotonía, közöny állapotában: foglalkoztatás, kreatív-, játék-, csoportterápiák, terápiás közösség, munkaterápia.

c) Kapcsolati, kötődési zavarokban: kommunikatív terápiák, szerepjáték-, csoport-terápiás közösség.

d) Lét-érdekeltség kockázata, egzisztenciális felelőtlenség (lakhatás, anyagiak tékozlása, munkaviszony kockáztatása, parazitizmus), fásultság: terápiás közösség, munkaterápia, szociális készség-, napi életvitel-tréning, lakóhelyi közösségi rehabilitáció.

c. Szocioterápiás módszerek alkalmazása

1. Munkaterápia

Kórházi munkaterápiás foglalkoztatásra ma is van törvényes lehetőség, és bár etikailag elvileg nem kifogásolható, a gyakorlatban feltételei sokszor vitathatók. A szociális (szakosított) szenvedélybeteg otthonokban inkább megvalósítható a munkaterápia.

A munkarehabilitáció szempontjából nagyobb jelentősége van a lakóhelyi, közösségi rehabilitációt speciálisan felkészítő, munkaközvetítő esetmenedzselő koncepciójának és a csökkent munkaképességűeket foglalkoztató célszervezeteknek.

2. Foglalkozásterápiák

- Mozgásterápiák: torna-, sport, tánc-, gesztus-, pantomim-terápia.
- Kreatív tevékenységi terápia.
- Művészi élményterápiák (biblio-, receptív zene-terápia).
- A kreatív terápiás formák kombinálhatók és variálhatók.

3. Szociális készségek tréningje

- Asszertív tréning: élethelyzeti viselkedésre felkészítő gyakorlatok, szerepjáték.
- Mindennapi életvitel program az alkoholfogyasztással kapcsolatos szokások fokozatos átépítése tudatos elemzést, tervezést és program-ellenőrzést igényel.

4. Közösségi terápiák

- Terápiás közösség: a rehabilitációs intézményben az alkoholbetegek együttműködése a személyzettel szervezett formában, a személyes kapcsolatok terápiás alakításával, tudatos, felelősség megosztó részvételi lehetőségekkel. A kezelték (betegek, kliensek, lakók) és az intézmény (kórház, szociális, civil-szervezet) személyzetének felelősség megosztása intézmény-típusonként változó, helyileg pontosan szabályozandó. Beteg-önkormányzatra pl. nem háríthatók a vezetők feladatai.

- Közösségi szenvedélybeteg ellátás: a lakóhelyi természetes élethelyzetbe való beilleszkedést segítő komplex gondozási rendszer.

- Klubterápia: fontos a szabadidő, a társasági együttlét önszerveződését elősegíteni.

5. A rehabilitációs folyamat monitorozása, eredményessége

Az egyes fázisokban és a rehabilitációs folyamat végén a módszerek eredményességét kell meghatározni az állapotfelmérés eszközeivel (lásd fentebb).

Összefoglalás

A szenvedélybetegek kezelése, gyógyítása orvosi és pszichoterápiás tevékenységek sorozatából áll. A mi feladatunk az orvosi gyógyítással egy időben (vagyis többnyire párhuzamosan) megkezdett, majd azt követően is folytatott rehabilitáció, melynek végső célja, hogy a szenvedélybeteg megszabaduljon függőségétől.

Ennek eszközei

- a nem gyógyszeres kezelések,

- a rehabilitáció,
- a csoportterápiák.

2. A közösségi ellátás

a. Mi is az a közösségi ellátás?

A közösségi ellátások a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott alapszolgáltatások, valamint speciálisan a szenvedélybetegek részére nyújtott ún. alacsonyküszöbű szolgáltatások.

A közösségi alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a mentális gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést, valamint megkereső programok szervezését az ellátásra szorulóknak elérése érdekében. (Az alacsonyküszöbű szolgáltatás keretében – a szolgáltatások igénybevételére ösztönzésén és a megkereső programok szervezésén túl – lehetőség szerint biztosítani kell a szenvedélybetegség által okozott egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges ártalomcsökkentő szolgáltatásokat, valamint az életet veszélyeztető, nehezen kezelhető helyzetek esetére a kríziskezelést.)

b. Hogyan és miért alakult ki a közösségi ellátás?

Történetileg mind a pszichiátriai (majd később az addiktológiai), mind pedig a szociális ellátás kórházi keretek között zajlott. Az 1960-as évektől kezdték el a krónikus, nem fertőző megbetegedések ellátására kialakított gondozási modellt alkalmazni a pszichiátriai betegségekre is. Ekkor alakultak ki hazánkban a pszichiátriai gondozók (korábbi nevén az ún. ideggondozó hálózat). A drogproblémák növekedése egyre nagyobb társadalmi gondot jelentett, s így néhány évvel ezelőtt követelményként fogalmazódott meg az, hogy a társadalomnak biztosítani kell az intenzív, reintegráló közösségi ellátás feltételeit.

c. Szükség van-e az intézményen kívüli ellátásra?

Az intézményi ellátás hatékonysága csökken azáltal, hogy a kezelés alatt kiemljük a klienst a szociális környezetéből, miközben a stressz keletkezésének helyszínén a hozzátartozók semmilyen segítséget, támogatást nem kapnak, a kliens pedig ritkán tanulja meg az intézményben az otthoni stressz kezelésében hatékony eszközöket. A hatékonyságot csak komplex, integrált módon, az ellátott családjának bevonásával lehet növelni.

A gondozás fogalmában benne van a felismerés, hogy az idült betegek egyensúlyban tartása, megfelelő kezelése népegészségügyi érdek. Nem lehet tehát megelégedni azzal, hogy az ellátás és a betegek találkozását csupán a betegek panaszai és tünetei szabályozzák, hanem a betegek motiválásával, lehetőleg a saját otthonukban, lakókörnyezetükben – szükségük és igényük szerint – fel kell kínálni számukra állapotuk ellenőrzését és javítását, az addikciók nélküli, teljesebb élethez jutás lehetőségét.

Az alapellátási feladatokkal tehát azt a szociális–rehabilitációs hálót lehet kiépíteni, amely az intézményesített formák mellett preventív, illetve rehabilitációs céllal nyújt szolgáltatást, s a kezelésben való együttműködést segíti elő az ellátott számára. Ezáltal megnő az esély – a lakóhely megtartása mellett – a szükséges ellátások igénybevételére, s csökken azon betegek aránya, akik az intézményes bentlakásos szolgáltatásokat veszik igénybe. A szociális igazgatásról és ellátásról szóló 1993. évi III. tv. szabályozza a közösségi ellátást az alapszolgáltatásokban.

d. Kik az ellátottak?

- Elsősorban a saját otthonukban élő, nem akut veszélyeztető állapotú addiktív betegek, akiknek a betegsége ambuláns szakellátás mellett egyensúlyban tartható, és akik életvitelükben valamint szociális helyzetük javításában igényelnek segítséget;
- A tüneteket mutató, de addiktológiai kezelés alatt nem álló, illetve addiktív probléma kialakulása szempontjából veszélyeztetett személyek;
- Az alacsonyküszöbű intézmények célcsoportjai; a nehezen elérhető szenvedélybetegek, a magas kockázatú csoportok vagy más, egészségügyi és szociális ellátásokban nem részesülők.

e. Mi a közösségi szenvedélybetegellátás célja és feladata

A közösségi szenvedélybeteg ellátás célja, hogy az általa gondozott szenvedélybetegek integrált és teljes jogú tagjai maradjanak a társadalomnak, illetve *reintegrálódjanak* a közösségbe. Ennek érdekében a gondozás a pszicho–szociális rehabilitáció és a tanácsadás minden formáját a szenvedélybeteg otthonában illetve lakókörnyezetében, tartózkodási helyén biztosítja. Segítséget nyújt a szenvedélybetegek számára egészségi és pszichés állapotuk javításában; meglévő képességeik és készségeik megtartásában, illetve fejlesztésében; a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásában és problémáik megoldásában; a szociális és mentális gondozásukban, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutásukban. A közösségi ellátás akkor hatékony, ha átfogó, tehát nem csak szigetszerűen épül ki, és integrált. Ez azt jelenti, hogy megfelelő szabályozással ösztönözni kell a különböző szolgálatok – az egészségügyi és szociális szolgáltatások – szoros együttműködését az ellátottak céljainak megvalósulása érdekében.

A közösségi alapellátás keretében biztosítani kell: a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését, a házi- és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a pszicho-szociális rehabilitációt, a szociális és a *mentális* gondozást, a szolgáltatások igénybevételére ösztönzést, valamint megkereső programok szervezését az ellátásra szorulóknak elérése érdekében.

Fontos továbbá, hogy az ellátás képes legyen rugalmasan alkalmazkodni az adott közösség változó igényeihez. A hatékony közösségi ellátás figyelmet fordít a szolgáltatást igénybe vevő, a közösség és a természetes segítők megfelelő oktatására és támogatására annak érdekében, hogy a közösségi ellátásban rájuk eső feladatokat *kompetens* módon oldják meg, és a beteg terhei lehetőleg ne növekedjenek. A közösségi ellátás célja továbbá a tartós intézeti tartózkodás megelőzésével a szenvedélybeteg stigmatizációjának elkerülése, a közösségi integráció fenntartása. Az ellátott gondozásában illetve rehabilitációjában, a természetes segítők aktív közreműködésére építve, az egyéni megoldásokat preferálja az intézményes lehetőségekkel szemben.

A közösségi ellátás ily módon a leghatékonyabb pszicho-szociális rehabilitációt képes megvalósítani. Ennek érdekében szükséges:

- A jelenleginél hatékonyabb módokat, lehetőségeket, találni a szenvedélybetegek rehabilitálására, s növelni a helyi közösség életében való részvételüket
- A munkavállalással kapcsolatos készségek fejlesztésével, a motiváció fokozásával és a környezeti feltételek javításával az újra dolgozás lehetőségének keresése
- Csökkenteni eme igen erős társadalmi intoleranciával kezelt csoport sérülékenységét, különösen a társadalmi igazságtalanság, a diszkrimináció, kirekesztés és a szegénység tekintetében
- Növelni az anyagi, egészségügyi, szociális és pszicho-szociális javakhoz való hozzáférés lehetőségét
- Az alakuló hazai és az európai addikció-, illetve drogpolitika, továbbá a szociálpolitika perspektíváinak figyelembevétele (részvétel, aktivitás, emberi méltóság, élethosszig tartó tanulás, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, nemi egyenlőség, antidiszkrimináció, szegénység elleni küzdelem, szubszidiaritás, szolidaritás, univerzalizmus stb.)

f. Melyek a szakma módszertani alapelemei és tevékenységi formái?

A közösségi ellátás az egészségügyi és szociális ellátórendszer együttműködésében történik. Az ellátás szociális szolgáltatási formája csak az egészségügyi ellátórendszerrel együtt tud szolgáltatást nyújtani, betartva a kompetencia határokat és a partneri jellegű, egymás mellé rendelt, *komplementer* szerepeket. A kompetencia határok az ellátás szakmai oldaláról közelíthetők meg, s a multidiszciplináris *team* – melynek többek között mindkét ellátórendszer tagja – alkalmas arra, hogy a határokat a szolgáltatók kijelöljék. A szolgáltatást igénylő egyszerre veheti igénybe problémájának megoldása érdekében akár a szociális ellátást, akár az egészségügyi ellátást. A multidiszciplináris team a motor és a szolgáltatók összetartója.

1. Szűrés és korai felismerés:

(Ez a tevékenység az egészségügyi szolgáltatóval együttműködve nyújtandó)

- a) Állapotfelmérés, becslőskálák, kérdőívek, tesztek
- b) Strukturált interjú

A folyamatosan végzett szűrés, az állapotfelmérés és a korai felismerés alapvető jelentőségű a szenvedélybetegekre irányuló közösségi szolgáltatásban, mert általuk olyan információkhoz juthatunk, amelyek segíthetnek a terápiás célok, stratégiák kialakításában, tervezésében, kivitelezésében és aktualizálásában. Kérdőívekkel, tesztekkel, becslőskálákkal, standardizált interjúkkal – például a szerhasználat (szerfüggőség, viselkedéses addikciók) valamennyi aspektusára kiterjedő ún. strukturált interjúval – átfogó képet alkothatunk a közösségi szolgáltatást igénybe vevő helyzetéről, állapotáról, a számára legmegfelelőbb segítségnyújtási módokról, lehetőségekről, intervenciókról.

2. Speciális technikák, intervenciók:

- a) • megkereső tevékenység (outreach)
- b) • a felépülésre való készség mérése, fokozása (felépülési modell)
- c) • változásra ösztönzés (motivációs interjú)
- d) • addiktológiai konzultáció (counseling)
- e) • rövid *intervenció*
- f) • esetmenedzselés

A megkeresés olyan tevékenység, melyben a segítő feltérképezi, megkeresi, megközelíti a változást nem igénylő, kevésbé motivált, ún. „rejtőzködő” szenvedélybetegeket, addiktív problémával küzdőket, azzal a céllal, hogy bevonja őket a közösségi szolgáltatásba.

A közösségi ellátásban nem mondhatunk le a szenvedélybeteg segítségről, csak azért, mert a segítségre szoruló nem motivált, nem akar változni. A felépülésre, változásra való készséggel, motivációval vagy rendelkezik a kliensünk vagy nem, kialakulhat benne, de el is múlhat, iránya és intenzitása változó, a közösségi gondozó feladata, hogy a klienst lépésről lépésre motiválja a változásra. A motivációs interjú egyben motiváló technika, módszer, például a szenvedélybetegségből való felépülésben, de minden nemkívánatos viselkedés megváltoztatásában is. A felépülési modell azt vizsgálja, hogy pszichoaktívanyag-használó (vagy valamilyen viselkedéses addikcióban szenvedő) egyén mennyire kész megváltoztatni használói viselkedését. A változás folyamatában különböző stádiumok különíthetők el, amelyekben az egyénnek különböző célokat kell elérnie. A stádiumok hossza egyénenként és az egyén motivációs állapotától függően nagyon különböző lehet, egy-egy stádiumban akár éveket is el lehet tölteni. "Az addiktológiai konzultáció a szenvedélybetegek nem orvosi kezelését célzó segítése, melyben – szimmetrikus viszonyok között – az oda-vissza irányuló kommunikáció résztvevői a kliens (aki segítséget keres) és a konzultáns (aki segítséget nyújt).

A konzultáció folyamán a kliens megtanulhatja, hogy hogyan hozzon döntéseket, hogyan formálja viselkedését, érzéseit, gondolkodását. Különbséget kell tennünk a konzultációs készségek használata és a konzultáció között. A konzultációs készségeket különböző segítő foglalkozásúak is használják anélkül, hogy konzultációról lenne szó. Az úgynevezett rövid intervenció 1–3 ülésben végzett beavatkozás, sok esetben hatásosabb más terápiáknál. A szociális ellátásban az ad különleges jelentőséget ennek a speciális módszernek, hogy a még nem függő, de alkoholproblémával küzdő alkoholfogyasztóknál lehet alkalmazni. A közösségi gondozásban a különféle tevékenységek összehangolását, a szolgáltatások koordinálását az esetmenedzselés biztosítja.

3. Problémaelemzés, problémamegoldás:

- a) a személyes célok meghatározásának segítése
- b) a változtatásra motiváló tényezők feltárása
- c) problémamegoldó beszélgetések

A közösségi gondozó a szolgáltatást igénybe vevő igényei alapján segíti őt a helyzete megfogalmazásában, a probléma meghatározásában, a megoldásra váró nehézségei kiemelésében. A tisztázás folyamán az a célunk, hogy megismerjük a kliens azon törekvéseit, amelyeket problémái megoldása révén el szeretne érni, s hogy feltárjuk mindazon erőforrásokat, amelyek segítségére lehetnek problémái megoldásában. A kommunikációs készségek elsajátítása nem csupán cél, hanem eszköz is a kliens nehézségeinek megfogalmazására, ezzel együtt a kommunikáció, a beszélgetés meghatározó lehet a beavatkozás eredményességében.

4. Készségfejlesztés:

- a) életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése,
- b) az önellátásra való képesség javítása és fenntartása;
- c) kommunikációs készség fejlesztése
- d) *asszertivitást* fejlesztő tréningek szervezése vagy közvetítése
- e) a visszaesés megelőzése, a visszautasítás készségeinek kialakítása, fejlesztése

f) stresszkezelés

Ismert tény, hogy a szenvedélybetegségek kialakulásában és fennmaradásában – egyebek mellett – fontos szerepe van a sérülékenységek és a gyöngé stresszkezelő képességnek. A stresszkezelés a család lehetőleg valamennyi tagjának bevonásával, problémamegoldó készségek, és hatékony kommunikációs technikák elsajátításával történhet. A készségfejlesztés során a kliens céljai eléréséhez szükséges készségeket tartjuk szem előtt, például a döntéshozás és az absztinencia eléréséhez, megtartásához szükséges nemet mondani tudás (visszautasítás) képessége, a szociális, illetve a mindennapi étellel összefüggő, ún. életviteli készségek, továbbá a problémamegoldó készségek, az önérvényesítő készségek, a kommunikációs készségek és a *kognitív* újrastrukturálás készségeinek kialakítása, illetve fejlesztése stb.

5. Pszichoedukáció:

(A tevékenység alapfeltétele az egészségügyi szolgáltatóval való együttműködés)

- a) Tájékoztatás a betegségről, annak lehetséges következményeiről, a gyógyító, segítő folyamatról, teendőkről, a felépülés várható hatásairól.

A pszichoedukáció információátadást jelent, amelynek során megismertetjük a klienst (és/vagy családtagjait) a függőség lényegéről, ismérveiről, tájékoztatjuk a betegség okairól, lefolyásáról, szövődményeiről, következményeiről, a felépülés esélyeiről, a mértéktelen szerfogyasztásból, kóros viselkedésből származó károsodásról, képességcsökkenésről. A különböző tanulási technikák, módszerek, megközelítések segítségével a kliens ismeretei bővülnek, betegségbelátása, betegségtudata nő, amelynek következtében mértéktelen szerfogyasztására, önsors-rontó viselkedése megváltoztatására vonatkozóan könnyebben hoz helyes döntést, illetve a családtagok pszichoedukációja eredménye lehet a szenvedélyproblémás családtag jobb megértése, hatékonyabb támogatása.

6. Pszicho–szociális rehabilitáció:

- a) a munkához való hozzájutás segítése,
- b) a szabadidő szervezett eltöltésének segítése,
- c) szabadidős, önsegítő csoportok, támogató hálózatok szerveződésének segítése,
- d) tanácsadás, információnyújtás az egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi ellátások és szolgáltatások, valamint a foglalkoztatási, oktatási, lakhatási lehetőségek igénybevételéről.

A közösségi ellátás közösségi alapú, tehát a szenvedélybeteg-ellátás és a pszicho–szociális rehabilitáció minden lehetséges formáját biztosítja a kliens otthonában, illetve annak közelében. Ebben az ellátási típusban a különböző szociális segítségnyújtáson túl (étkeztetés, segéllyel kapcsolatos ügyintézés) a következő törekvések jelennek meg: életviteli készségek fejlesztése, a szabadidő hasznos eltöltésének strukturálása, az igénybe vevő egészségügyi ellátással való kapcsolatának követése, kapcsolattartás, a reintegráció, a környezetben való megtartás, a betegségállapot és az együttműködés nyomon követése, a visszaesések megelőzése, megkereső munka, ártalomcsökkentés.

A közösségi ellátás fontos jellemzője, hogy a nagymértékben támaszkodik a természetes közösségi erőforrásokra – különféle szolgáltatásokra, a hozzátartozókra és az önszerveződésekre – őket is oktatta és támogatva, velük szorosan együttműködve. A közösségi szolgáltatást egyéni gondozási terv alapján – az igénybe vevő aktív és felelős részvételére építve, egyéni szükségleteire alapozva – multidiszciplináris team végzi, amelynek egyenrangú szereplői a szenvedélybeteg, és az ő természetes (laikus) segítői.

7. A közösségi gondozó és a közösségi koordinátor:

A közösségi ellátás magában foglalja a hozzátartozók bevonásával végzett gondozást, akár a 24 órás elérhetőséget. A szolgáltatás személyi feltételei: a közösségi gondozó, aki segít a kliens életvezetésében, mentális gondozásában, szorosan együttműködik a háziorvossal és más szolgáltatókkal. A közösségi ellátásban megjelenik a közösségi koordinátori feladatkör, amelyhez főleg az esetmunka, a team-munka szervezése, az intézményközi teamek együttműködésének serkentése tartozik, aki a kliens ellátásában résztvevő szolgálatok között kooperál, esetmenedzseri feladatokat lát el, információt cserél, illetve segíti a gondozó feladatellátását, hangsúlyosan a problémamegoldás, a kríziskezelés során. (A magyarországi ellátórendszer sajátossága az, hogy mind az egészségügyi ellátásban, mind a szociális alapszolgáltatásban végeznek gondozói munkát, tehát e tevékenység kétféle finanszírozásban, kétféle ellátórendszerben működik. Még nem alakultak ki a szoros együttműködést garantáló intézményes formák, így a hatékony együttműködés kialakítása minden szolgáltató számára nagy kihívás). Az addiktológiai közösségi gondozás tehát egyrészt magával a közösséggel, másrészt a kliens individuális érzelmi, spirituális, kapcsolati problémáival a közösségben folytatott tevékenység, melynek feladata a sérült képességek helyreállítása, a személyes és a társas erőforrások, tartalékok mozgósítása, valamint az egyéni és szociális diszfunkciók kialakulásának megelőzése. A közösségi szolgáltatást nyújtóktól mindez speciális ismereteket, készségeket kíván.

A közösségi gondozásban a különféle tevékenységek összehangolását, a szolgáltatások koordinálását az esetmenedzselés biztosítja. Míg a régi esetkezelés elsősorban az intrapszichés folyamatok befolyásolására összpontosított, addig az esetmenedzselés egyén és környezetének kölcsönhatására koncentrált. Az esetmenedzseri tevékenység a kliens és a szakember közt bizalmi és hatalommal felruházó (empowering) kapcsolatot feltételező professzionális gyakorlat, tudományos tevékenység és művészet egyaránt.

Az esetmenedzsmet lehetséges céljai: az egyéni gondozás; az intézmények közti együttműködés révén a források elérésének átfogó, koordinált és folyamatos biztosítása; a gondozás rugalmassága, az elérhetőséget akadályozó adminisztratív akadályok megszüntetése; az átláthatóság és megkeresés biztosításával a gondozás hatékonyságának növelése. Az megkeresés kétoldalú folyamat, nemcsak a gondozó megkereső aktivitására utal, hanem a kliens segítségkérő készségének javulását is magában foglalja. Az esetmenedzselés egyik fontos feladata annak megakadályozása, hogy a kliens körül problémafenntartó rendszer alakuljon ki. További feladat a kliensek és a források azonosítása, a kapcsolatépítés, az állapotfelmérés, a célok meghatározása, az intervenció tervezése, a kliens és a források, szolgáltatások összekötése, a kliens érdekeinek képviselése, a monitorozás és az eredmények értékelése.

Esetmenedzselő munkája során a közösségi gondozó különféle szakmai szerepeket vesz fel, melyek a következők: képző (tanító), szervező-fejlesztő (ügynök), terapeuta (klinikus), mediátor és pártfogó (képviselő). A szerepzavar elkerülése érdekében mindig tudnia kell, hogy éppen melyik szerepét teljesíti. A hatékony gyakorlati munka érdekében a közösségi gondozónak képesnek kell lennie arra, hogy megtalálja és pozicionálja a kliensek és a szolgáltatók közös szempontjait, kifejezésre juttassa a marginalizált hangokat, járuljon hozzá a bürokrácia csökkentéséhez, segítse a hasonló problémákkal küzdők szövetségének kialakulását és közösség tagjainak reflektív, kritikus, közös problémalátás irányába mutató gondolkodását. Az addiktológiai esetmenedzselés a következő sajátos képességeket foglalja magában:

- a gondozó képes disztingválni a teendők közt, és semmi olyat nem tesz, amit a kliens maga is képes megtenni,
- a gondozó képes hagyni azt, hogy - amennyiben ez segíti a kliens változását, tanulási folyamatait - a kliens viselje viselkedésének következményeit,
- a gondozónak képesnek kell lennie a szakmai határok keretei között működve, elég jó segítőként, egyaránt elkerülni a túlzott bevonódást és a túlzott távolságtartást.

A közösségi ellátás szolgálat munkatársai a fenti szolgáltatásokat az ellátott otthonában illetve lakókörnyezetében - az ellátott személyes céljaira és egyéni szükségletekre alapozva, gondozási terv alapján - személyesen biztosítják vagy közvetítéssel, szervezéssel, tanácsadással segítik az azokhoz való hozzájutást. A szolgáltatásnyújtás rendszerességét az ellátottal közösen kialakított gondozási tervben, megállapodásban foglaltak (ütemezés) határozzák meg. Munkájukat közösségi munkacsoport keretében végzik, melyet az ellátott szükségletei szerint a szolgálat koordinátora állít össze.

g. Melyek a közösségi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások?

1. Nappali intézmények:

Szociális intézmények, melyek krónikus szenvedélybetegek számára más-más kialakításúak. Nappali gondozást végeznek, elősegítik a betegek önszerveződését és önszervező aktivitását, szabadidő-tevékenységét, készségfejlesztését, munka-rehabilitációját, önálló életvitelét. A szenvedélybetegek klubjai nyitottak a közösség más tagjai számára, s így fokozzák az intézmény és kliensei közösségi elfogadottságát és integrált voltát. A nappali klubok vezetésében általában a felhasználók (tehát a betegek) is helyt kapnak. (Az ilyen intézmények a törvény szerint hazánkban is kötelezően kialakítandók a 3 ezer lakos feletti körzetekben és településeken. Mégis alig-alig találkozunk országsszerte nappali klubokkal, amelynek az önkormányzatok gyakran hiányzó hajlandósága és a közösségi ill. az öntevékenységet integráló vezetői munkára jól felkészült szakemberek hiánya a legfőbb oka.

2. Védett lakhatási lehetőségek:

Olyan kis csoportos vagy családi, egyéni lakhatási formák, ahol átmeneti, illetve folyamatos támogatásra szoruló betegek a szükségleteiknek megfelelő szintű támogatáshoz juthatnak hozzá. Ilyen otthonok nem fogadnak 8–10 betegnél többet, és a környezettükkel harmonizálnak.

Működésüket a szociális törvény is lehetővé teszi, Magyarországon (jelenleg) mintegy 10–15 lakóotthon működik. A védett lakhatás egyéb formája is kibontakozni látszik.

Ide tartoznak a szociális ellátás területén működő rehabilitációs intézmények külső férőhelyei, külső gondozói hálózata. A rehabilitációs intézmények a férőhelyek 15%-a erejéig megvalósíthatnak külső férőhelyet (védett bérlemény, védett lakhatási forma), melyre azonos normatív állami támogatás jár, mint az eredeti férőhelyek vonatkozásában.

A gyakorlatban csak a hajléktalan-ellátó intézmények között találunk erre gyakorlatot, illetve egy – két civil szolgáltatónál. A külső férőhelyek a sikeres rehabilitáció programjában a re-integrációs tervet tudják megvalósítani.

3. Addiktológiai, pszichiátriai gondozó hálózat:

A pszichiátriai gondozás az a tevékenység, amelynek során a pszichiáter szakorvos által vezetett munkacsoport meghatározott területen élő, hosszan tartó pszichiátriai betegségekben szenvedők folyamatos észlelését és gyógyítását végzi, a rehabilitációját segíti a betegség teljes folyamatában.

A gondozási feladatot team munkában kell végezni a pszichiátria szakterületének különböző szintjein, az ellátandó feladat függvényében. A gondozást végző munkacsoport tagjai szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, szociális munkások, szakképzett gondozónők, rezidensek és további munkatársak a szakmai minimumfeltételeknek megfelelően. Feladatok: diagnosztizálás, részletes pszichiátriai vizsgálat, pszicho-szociális állapot-felvétel, melybe beletartoznak a betegség lefolyását enyhítő és súlyosbító tényezőknek (szociális helyzet, jövedelmi viszonyok, családi állapot, szakképzettség, családi életciklus, munkahely megléte vagy hiánya, elhelyezkedés esélyei, nyugdíjaztatás) a stresszoroknak a felmérése, a beteg fő problémáinak és céljainak meghatározása, aktuális életvezetési nehézségeinek felderítése;

- Kapcsolatfelvétel a beteg főbb szociális partnereivel, elsősorban családjával, lehetőség szerint a beteg előzetes hozzájárulásával*
- A beteg egyéni szükségleteit figyelembe vevő hosszú távú, összetett terápiás terv kidolgozása, illetve a terápia megkezdése a beteg beleegyezése és felelős részvétele alapján.*
- A gondozási tevékenység hatékonyságának növelése érdekében a gondozó szoros együttműködése szükséges a beteg ellátásának minden fontos résztvevőjével, így pl. a kórházi osztály, a háziorvosi szolgálat, szakrendelések, családgondozó, gyermekjóléti szolgálatok, szociális otthonok és egyéb szociális szolgáltatások, polgármesteri hivatal, különféle hatóságok, civil szervezetek stb. munkatársaival.*
- A beteg és szociális partnerei (hozzátartozók vagy mások) teljes jogú, felelős bevonása a gondozásba.*

4. 24 órás mobilis krízisszolgálat és krízisfektető:

Hazánkban jelenleg nem működik ilyen szolgáltatási forma, ha működne, a közösségi ellátást teljesebbé tehetné. Nemcsak szenvedélybetegség, de a közösségben jelentkező bármely krízis esetén igénybe vehető. A krízisfektetőkből elérhető az orvosi segítség is, de a hangsúly elsősorban a személyes gondoskodáson és szociális esetkezelésen van. Hozzájárul a krízisek súlyos következményeinek és azok medikalizálódásának megelőzéséhez, valamint a szakszerű, területen végzett akut pszichiátriai ellátás és intézkedés elterjedéséhez.

5. Akut és krónikus nappali kórházak:

Az akut nappali kórházak az akut kórházi kezelés felváltására illetve annak lerövidítésére szolgálnak. A krónikus nappali kórházak a tartósan szakellátást igénylő betegek hosszabb távú kezelését látják el.

6. Háziorvosi és szakorvosi konzultációs szolgálat:

A háziorvos és más szakorvos konzultációt, szupervíziót kérhet a pszichiátertől, illetve a kompetenciáját meghaladó esetekben a beteget az addiktológushoz irányíthatja. Ebben a rendszerben reálisan elvárható, hogy a háziorvos az addiktív zavarok akár 80%-át is adekvátnan kezelje, illetve hatékonyan és integráltan működjön közre a pszichiáter szakorvosok által kezelt betegek gondozásában.

7. Akut kórházi ellátás:

A szenvedélybetegségek kezelése klasszikus módon addiktológiai, pszichiátriai osztályon történik, intézményes keretek között. Az akut kórházi ellátásra a magas színvonalú közösségi ellátás mellett is szükség van, de kisebb mértékben, mint a jelen ellátórendszerben. A kórház ebben a rendszerben szorosan együttműködik a közösségben dolgozó szakemberekkel, valamint a hozzátartozókkal, és az akut felvétel első napján együttesen megkezdik az elbocsátás előkészítését.

h. Hogyan lehet a közösségi ellátást igénybevenni?

A szolgáltatás önkéntesen, térítésmentesen vehető igénybe. A szolgálatnál személyesen, telefonon vagy levélben történő igénybejelentést követően (amennyiben szükséges azonnal) a szolgálat munkatársa előzetes egyeztetés után személyesen keresi fel az ellátásra váró klienst.

A működési engedélyben meghatározott létszámot meghaladó igény esetén az igénybejelentőt 8 napon belül írásban kell értesíteni. Szabad kapacitás esetén az igénybejelentő ellátásáról, a szolgálat, a jelzés sorrendjében gondoskodik.

Az ellátás igénybevételéről a szolgáltatást nyújtó, illetve az ellátást igénybe vevő, valamint az ellátást igénybe vevő törvényes képviselője megállapodást köt. A jelenleg hatályos Szt. 94/B.§-ának (1) bekezdése, illetve 94/D §-ának (1) bekezdése szerinti megállapodások tervezetét a szolgáltatást nyújtó szakmai programjához mellékletként szükséges csatolni. A szakmai programnak – egyebek mellett – tartalmaznia kell az egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködés módját is.

A szolgáltatás során a szolgálat munkatársai otthonukban személyesen keresik fel az ellátottakat, lehetőség szerint telefonon is tartják a kapcsolatot. A szolgálat az ellátottak számára személyesen, telefonon és levélben is elérhető. Az elérhetőségről a szolgálat kezdetén minden ellátott számára tájékoztatást kell adni.

i. Ártalomcsökkentés, alacsonyküszöbű szolgáltatások, programok

Ártalomcsökkentés: a különböző pszichoaktív-anyagokat – legitim és illegitim szereket – veszélyes és kóros mértékben használók közül sokan nem tudnak, vagy nem akarnak felhagyni káros/kóros szenvedélyeikkel, hosszabb-rövidebb időszakokra sem, de akár egész életükben sem.

Az ártalomcsökkentés – mint módszer-csoport – célja a különféle ártalomcsökkentő programokkal, szolgáltatásokkal elhárítani, csökkenteni a kóros szerhasználattal, vagy szerfüggéssel együtt járó ártalmakat, veszélyeket, káros következményeket.

Az ártalomcsökkentés mindazokat a segítő megközelítésmódokat jelenti, amelyek a szerhasználók/szerfüggők testi-lelki egészségromlását, szociális helyzetének rosszabbodását igyekeznek megelőzni úgy, hogy közben az ártalomcsökkentést végzők mindvégig készek a szerhasználók/szerfüggők változásának ösztönzésére, felépülésük segítésére.

Az ártalomcsökkentő programok egy része úgynevezett alacsonyküszöbű szolgáltatások, programok keretében végezhetőek. Az alacsony küszöb kifejezés arra utal, hogy a szolgáltatást végzők nem támasztanak magas követelményeket az igénybevevők számára. Ezek a szerhasználat/szerfüggés ártalmait csökkentő, preventív célú programok, szolgáltatások térítés nélkül, könnyen, gyorsan elérhetőek, sokak által igénybe vehetőek. Nincsenek szigorú elvárások, terápiás szerződések, nem követelmény az absztinencia, nem feltétel a betegbiztosítás (TAJ-kártya), a szolgáltatást igénybevevő akár nevének közlése nélkül is kaphat segítséget.

Az alacsonyküszöbű programok, szolgáltatások sajátos módszerei, eszközei, eljárásai alkalmasak lehetnek az igénybevevő – kóros szerhasználata miatti – súlyosabb testi-lelki károsodásainak, szociális és egyéb veszteségeinek megelőzésére. A segítőkapcsolat motivációs tényező lehet a hosszabb-rövidebb absztinencia-időszakok kialakulásához, egyben alkalom nyílhat az igénybevevő további gyógyító-segítő rendszerekhez juttatásához.

j. A közösségi ellátás etikai normái

A közösségi gondozó – amíg a szakterület nem dolgozza ki a maga specifikus etikai kódjait – a segítő szakmákban általánosan elfogadott etikai normákat követi.

1. Partneri viszonyra törekedve tiszteletben tartja a kliens individualitását, jogait, választási lehetőségét, magánéletét, méltóságát;
2. A gondozás során egyenlő feltételeket biztosít valamennyi kliense számára; támogatja és megbecsüli a kulturális különbséget;
3. Érti a titoktartás, a bizalmas információkezelés követelményét és tisztában van a titoktartás korlátaival;
4. Igyekszik megismerni kliensei múltját, preferenciáit, szükségleteit és kívánságait; szakmai tevékenységének középpontjában kliensei állnak;
5. Segíti klienseit abban, hogy kézben tartsák életüket, s megalapozott döntéseket hozzanak az általuk igénybe vett szolgáltatásról;
6. El kell fogadnia, hogy klienseinek joga van kockázatot vállalni; tudnia kell, hogy a kockázatokról miképpen tájékoztassa az érdekelt személyeket;
7. A közösségi gondozó megbízható, olyan szakember, akire támaszkodni lehet; Ismerje a verbális és nem verbális kommunikáció alapvető formáit, és a kommunikációt akadályozó körülményeket;
8. Legyen tisztában a bántalmazásra vonatkozó jogszabályokkal, s az azok betartásával kapcsolatos feladataival;
9. Szakmai személyiségének karbantartása érdekében vegyen igénybe szupervíziót; következetesen kövesse saját szakmai fejlődését.

Összefoglalás

A közösségi ellátás azokat a pszicho–szociális gondozási módszereket alkalmazza, amelyek a család, illetve a kliens más, természetes segítőinek (pl. barátok, szomszédok, munkatársak, lakótársak, stb.) segítő erejére építenek, úgy, hogy közben segítenek a családi terhek csökkentésében, s a legeredményesebb szolgáltatást nyújtják az ellátott számára. A jól működő közösségi szolgáltatás hatására a betegség során a relapszusok (visszaesések) száma csökkenthető, és a betegség lefolyása kevesebb problémát jelenthet az ellátott, illetve szociális környezete számára. A team a beteg és hozzátartozói pszichoedukációja és készségfejlesztése, valamint stresszkezelésének javítása révén segíti kompetens működésüket a betegségből adódó nehézségek leküzdésében, és céljaik elérésében.

– Nélkülözhetetlen a közösségi ellátást nyújtók, valamint az egészségügyi és egyéb társintézményekkel való szoros együttműködés.

– A közösségi ellátásban rendkívül jelentős a hozzátartozók szerepe, részükre is biztosítani kell az ellátást.

– Az önszolgáltatók közreműködése, csoportjaik működése nélkülözhetetlen a hatékony közösségi ellátás szempontjából (a csoportba járók regisztrálása problémás lehet, ezért egyes esetekben a létszám csak számszerűen adható meg – pl.: névtelen csoportok).

– Kiemelten fontos a szolgáltatás térítésmentes (ingyenes) jellege, több szempontból indokolt lehet az anonimitás biztosítása is.

A közösségi szenvedélybeteg-ellátás során várható, hogy a szolgáltatást igénybe vevő szenvedélybetegek visszailleszkesznek a közösségbe, a társadalomnak integrált és teljes jogú tagjai maradnak.

A szociális és mentális gondozás során, és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás biztosításával egészségi, és pszichés állapotuk javul; meglévő képességeik és készségeik kibontakoznak, a mindennapi életükben adódó konfliktusok feloldásához és problémáik megoldásához készségekre, jártasságra tesznek szert, megszűnhet a szenvedélybetegségükkel együtt járó stigmatizáció, mindezek által reális esély mutatkozhat a munka világába való visszailleszkesedésükre is.

A szolgáltatás olyan hosszú távú, egyéni szükségletekre alapozott gondozást kínál, amely – az ellátottak autonómiájának visszaállításával – nagymértékben épít aktív és felelős részvételükre.

TANULÁSIRÁNYÍTÓ

A tananyag célja, hogy a tanuló megismerje, átlássa és alkalmazni tudja a függőségekkel kapcsolatos, nem egészségügyi eljárásokat annak érdekében, hogy az érintett (kliens, beteg, gondozott) ismét a családjának, munkájának tudjon élni, megtalálja az egészséges örömeit az életében.

Úgy tanulja e tananyagot, hogy sorban halad; a szükséges feladatokat megoldja, majd levonja a tananyaghoz tartozó következtetéseket! Ezt követően olvassa el többször az elméleti részt! A dőlt betűkkel írt szövegek, szemelvények fontos kiegészítéseket tartalmaznak az alap-tananyaghoz, mégsem részei annak. Amennyiben megértésük önnél nehézségekbe ütközik, nézzen utána a szakirodalomban, illetve kérje oktatója segítségét.

A tananyagban több idegen szó is szerepel, melyet fontos elsajátítani, hiszen a társszakmabeliekkel együttműködve rendszeresen találkozhatunk velük a gyakorlatban, és fontos, hogy megértsük és jó helyen használjuk azokat. Érdemes az alábbi szöveget megtanulni, hogy minden helyzetben alkalmazni tudjuk a témakörünk legfontosabb kifejezéseit.

IDEGEN SZAVAK, KIFEJEZÉSEK ÉRTELMEZÉSE

Kifejezés	Értelmezés	Kifejezés	Értelmezés
Addikció	függőség	Kontroll	ellenőrzés
Addiktív	szenvedélyt keltő, függőséget okozó	Mentális	értelmi
Asszertivitás	az önérvényesítés képessége	Participáció	részvétel
Deviáns	a szabályokat nem követő (viselkedés), a szokásostól eltérő	Pszichoedukációs	saját betegséggel kapcsolatos képzési
Empátia	a beleélés képessége	Prevenció	megelőzés
Intervenció	beavatkozás	Reintegrálódjanak	(helyreállítódjanak), visszahelyeződjenek
Kleptománia	kényszeres lopás	Stresszor	feszültséget kiváltó, idegességet okozó esemény, történés, vagyis inger, mely az egyén szervezetében nem megfelelő választ vált ki
Kognitív	megismerő, a megismerésre vonatkozó	Team	több tudományt, szakterületet érintő munkacsoport
Kompetens	illetékes, jogosult; szakértő	Tolerancia	tűrelem, tűrőképesség
Komplementer	(egymást) kiegészítő	Tranzakcióanalízis	szó szerint kommunikáció-elemzés, azonban értelme kiterjed az Eric Berne által kidolgozott személyiség- és szisztematikus pszichoterápiás elméletre is, amely a személyiség fejlődésével és a személyes változással foglalkozik.

A tananyag elsajátításához aktivitás szükséges Öntől, ez az aktivitás a következő tevékenységekben ölt testet:

- Olvasott szöveg feladattal vezetett feldolgozása; olvasott szakmai szöveget kell megértenie, rendszerekben kell gondolkodnia, az olvasott szakmai szöveget a benne lévő feladatokhoz vezető útként értelmezve, problémaelemzésre, és problémafeltárássra van szükség.
- Önállóan kell információt gyűjtenie (pl. szakkönyvtárból, folyóiratokból, Internetről), értelmeznie; az önállóság persze relatív, mert a feladatok többségét munkatársként választott párban oldja majd meg.
- Mondatszintű kérdésekre írásban kell válaszolnia.
- Végül az önellenőrzés és az ismétlés folyamán a megszerzett tudás elmélyíthető és rendszerezhető, valamint a gyakorlatba átültethető.

A feladatok egy részénél 2 fős munkacsoportokat kell alkotnunk! Ilyen esetekben végig kell gondolnunk, és egyénileg leírni a feladat megoldását, az esetfelvetésre a választ, lehetőleg figyelembe véve minél több szempontot.

Majd tanulópárunkkal beszéljük meg a saját véleményünket, hallgassuk meg az övét, egyeztessük a leírtakat, tanuljunk egymás gondolataiból, ötleteiből is!

Olyan feladatrészt is talál, melynél segítségül szemelvényeket adtunk meg, előzetesen olvassuk el ezeket, az alapján adjuk meg a feladatra a válaszokat

MUNKANYELV

ÖNELLENŐRZŐ FELADATOK

1. feladat

a) Indokolja meg azt az állítást, hogy "az alkoholizmus egy egész család betegsége, még ha csak egyik tagja tűnik érintettnek benne"!

Blank lined area for writing the answer to question a).

b) Fejezze be az alábbi mondatot néhány lényeges szemponttal, gondolattal kiegészítve: "*Az alkoholizmus nem csak az alkoholista betegsége, hanem...*"

Blank lined area for writing the answer to question b).

2. feladat

Mely készségfejlesztési technikákat alkalmazhatunk szenvedélybetegek közösségi ellátásának területén?

- A) _____
- B) _____
- C) _____
- D) _____
- E) _____
- F) _____
- _____

MEGOLDÁSOK

1. feladat a) és b)

Az alkoholizmus nem csak az alkoholista betegsége, hanem – mivel a családon belül minden mozdulatot, érzelmet, gondolatot és cselekedetet az alkohol befolyásol – sokkal inkább családi problémának tekinthető. A családtagok gyanakvóan figyelik az alkoholista tetteit, amelyek gyakori felelősségre vonáshoz, konfliktushoz vezethetnek. Az alkoholistát nélkülözik a családi feladatok elvégzésénél és érzelmileg is egyre távolabb kerülhetnek tőle. A családtagok, főleg a gyerekek, saját maguk sikertelenségét hihetik az ivás okának. Az érzelmi lehangoltság, amelyet az alkoholista okoz az ivással, mindenkit elkésérít, egészségtelen hangulatot teremt és szétfeszíti azokat a kapcsolatokat, amelyek a családot összetartják. Mindenki egyedül próbál megoldást találni a bajok feldolgozására és a normális családi kommunikáció felbomlik. Tehát amikor alkoholbeteg van a családban, a családtagok önkénytelenül elfogadják ezt az állapotot azzal, hogy a saját viselkedésüket ehhez igazítják. Hogy csökkentsék rossz érzésüket (kognitív disszonancia), vagy az alkoholista iránti szeretetből a családtagok különféle szokatlan szerepeket vállalnak. Ezekkel a szerepjátásokkal a családtagok valójában segítenek az alkoholistának az ivásban, részt vesznek játszmáikban. Ezért nagyon fontos, hogy az alkoholizmus, mint betegség természetét minél szélesebb körben megismerjék és az előítéletek és félelmek helyett nyitottan, és befogadóan szembe tudjanak nézni a problémával.

2. feladat

Készségfejlesztési technikák, melyeket alkalmazhatunk a szenvedélybetegek közösségi ellátásának területén:

- A) Életvitellel kapcsolatos tréningek szervezése vagy közvetítése,
- B) Az önellátásra való képesség javítása és fenntartása;
- C) Kommunikációs készség fejlesztése
- D) Asszertivitást fejlesztő tréningek szervezése vagy közvetítése
- E) A visszaesés megelőzése, a visszautasítás készségeinek kialakítása, fejlesztése
- F) Stresszkezelés

IRODALOMJEGYZÉK

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andorka Rudolf: Alkoholizmus és alkoholpolitika. In.: Devianciák Magyarországon. Közélet Kiadó, 1994. Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó. Budapest, 2001.

Kurimay, T. (1994): Az alkoholbetegek és családjainak multigenerációs és multiaxiális jellemzői. Kand.ért.

<http://www.pszichiatria24x7.hu> Dr. Dinya Zoltán, pszichiáter írása (2010. augusztusi állapot).

<http://www.okbi.hu> (2010. augusztusi állapot).

Réz András (szerk): Drogenciklopédia, EPC Kft. Budapest, 1998.

Tringer L.: A pszichiátria tankönyve, Semmelweis Kiadó, 1999.

AJÁNLOTT IRODALOM

Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999. Központi Statisztikai Hivatal. 2003.

Baraczka Balázs, Módos Katalin, Varga Tibor: Az akut alkoholos, kábítószeres és gyógyszeres állapot értékelhetősége a kóros elmeállapot körében. In.: A kóros elmeállapot szakértői és jogi kérdései. OKRI. Budapest, 2004. szeptember 16–17.

Dr. Jánosik Judit: „Ne ítéld, hogy ne ítéltess!”. In.: „Mondj nemet!” a drogokra. Komplex program- és előadás gyűjtemény 2001–2003. Szerk.: Forgó Miklós. Kispesti Munkásotthon Művelődési ház. 2004.

Szikszay Petronella, Tóth Miklós: Deviáns alkoholológia, Szőlős Alapítvány. Györköny, 1999.

Klubhíradó. Alkoholizmus elleni megyei egyesületek és klubok országos szövetsége lapja. 2004. XXVIII. Évfolyam. 1. január–február.

Klubhíradó. Alkoholizmus elleni megyei egyesületek és klubok országos szövetsége lapja. 2004. XXVIII. Évfolyam. 2. március–április.

Virág György: Bevezetés a családi erőszak kutatásához. In.: Kriminológiai tanulmányok. Szerk.: Irk Ferenc

A(z) 1865-06 modul 023-as szakmai tankönyvi tartalomeleme felhasználható az alábbi szakképesítésekhez:

A szakképesítés OKJ azonosító száma:	A szakképesítés megnevezése
33 762 01 0000 00 00	Szociális gondozó
33 762 01 0010 33 01	Fogyatékosok gondozója
33 762 01 0010 33 02	Szociális gondozó és ápoló

A szakmai tankönyvi tartalomelem feldolgozásához ajánlott óraszám:

17 óra

MUNKANYAG

MUNKANYAG

A kiadvány az Új Magyarország Fejlesztési Terv
TÁMOP 2.2.1 08/1-2008-0002 „A képzés minőségének és tartalmának
fejlesztése” keretében készült.

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap
társfinanszírozásával valósul meg.

Kiadja a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet
1085 Budapest, Baross u. 52.
Telefon: (1) 210-1065, Fax: (1) 210-1063

Felelős kiadó:
Nagy László főigazgató