



TÁMOP 5.4.2. – Központi Szociális Információs Fejlesztések

Szociális Füzetek 3. szám

Örökség a múltból, érték a jövőnek – szociális munka régen és ma

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

Befektetés a jövőbe

Új Magyarország
FEJLESZTÉSI TERV



Foglalkoztatási és Szociális Hivatal
Szociális Főosztály
TÁMOP 5.4.2. Projektiroda

tamop542@lab.hu • Telefon: 06 1 459 1075

A TÁMOP 5.4.2 „ Központi szociális információs fejlesztések” című programról további információ a www.afsz.hu honlapon a TÁMOP 5.4.2 menüpont alatt található.

TÁMOP 5.4.2.
KÖZPONTI SZOCIÁLIS INFORMÁCIÓS FEJLESZTÉSEK
SZOCIÁLIS FÜZETEK 3. SZÁM

ÖRÖKSÉG A MÚLTBÓL, ÉRTÉK A JÖVŐNEK
– SZOCIÁLIS MUNKA RÉGEN ÉS MA

BUDAPEST 2010. NOVEMBER

A kiadvány a TÁMOP 5.4.2. kiemelt projekt 4. alprogramja
Szociális Füzetek sorozatának 2010/3. száma

ÖRÖKSÉG A MÚLTBÓL, ÉRTÉK A JÖVŐNEK – szociális munka régen és ma

Szerkesztette és szakmailag lektorálta:
Kovács Ibolya alprogramvezető, főosztályvezető
Heidl Beáta alprogramvezető, szociális intézményi főreferens

Készítésében részt vettek:
Berényi András szakértő
Fehérmé Németh Ildikó szakértő
Gordos Erika szakértő
Hanich Ferenc szakértő
Paári Angéla szociális intézményi főreferens
Dr. Pálfi Éva főosztályvezető helyettes
Szűcs László szakértő
dr. Takácsné Szabó Ilona szociális intézményi főreferens
Wisinger János szakértő

Tördelte:
Tarr Bernadette

A képek forrása:
Szigony-útitárs a Komplex Pszicho-szociális Rehabilitációért Non-profit Kft.
Veszprém Megyei Önkormányzat „Batthyány Ilona” Fogytékos Személyek Pszichiátriai
és Szenvedélybetegek Integrált Intézménye, Dáka
Veszprém Megyei Önkormányzat Idősek Otthona, Pápakovácsi
Oltalom Karitatív Egyesület Budapest

ISBN 978-963-88746-5-8
Kiadja:
a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal

Felelős kiadó:
dr. Soós Adrianna mb. főigazgató

Készült:
a Foglalkoztatási és Szociális Hivatal digitális nyomdájában
Felelős vezető:
Fülep Sándor
Szauer Gyöngyi
1176/2010

Budapest 2010. november

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ	4
Kovács Ibolya	
1. JÓ GYAKORLATOK HELYE ÉS SZEREPE A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN	5
Heidl Beáta	
2. RÉGI TÖRTÉNETEK – MAI SZEMMEL, A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐKRŐL	7
Wisinger János	
3. IDŐSEK – DEMENS BETEGEK HELYZETE MAGYARORSZÁGON JÓ GYAKORLATOK, MODELLKÍSÉRLETEK A DEMENS BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN	22
Fehérné Németh Ildikó, Heidl Beáta, dr. Takácsné Szabó Ilona	
4. AZ ALZHEIMER-KÓR KEZELÉSÉNEK EGYIK MÓDJA – A „LEGJOBB BARÁT” MODELL	33
dr. Pálfi Éva	
5. ALKOHOLBETEGEK KEZELÉSI MODELLJEI KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A CSALÁDOK TÁMOGATÁSÁRA	38
Berényi András	
6. PSZICHIÁTRIAI BETEGEK TÁMOGATÁSA SZAKMAKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK KERETÉBEN	52
Gordos Erika, Hanich Ferenc	
7. HAJLÉKTALAN DEVIANCIÁK, NORMASZEGŐ VISELKEDÉSEK, ÉLETSTRATÉGIÁK	70
Szűcs László	
8. SZAKIRODALOM JEGYZÉK	76

BEVEZETŐ

A Szociális Füzetek sorozat igyekszik átfogni mindazokat a területeket, amelyek a szociális ágazat komplex rendszerében önálló működésben jelennek meg, de a szakma széleskörű ismereteinek igényeit elégitik ki. A szociális szakmában dolgozók többsége sokszor megélte már, hogy nem elegendő a szűken vett napi gyakorlatban végzett tevékenységről ismereteket szerezni, mert hihetetlen mértékben változnak körülöttünk azoknak az igényei, szükségletei, akik segítségre szorúlnak, és változik a szakmával szembeni elvárás is.

Mivel a szociális szakma szerteágazó munkaterületekből áll (szociális igazgatás, szociális hatóság, szociális szolgáltatások, gyermekjóléti, gyermekvédelmi rendszerek, szociális képzés, iskolai, kórházi szociális munka, stb.), művelői is szerteágazó „tudás és információs éhséggel” rendelkeznek. Nem is lehetne másképp, hiszen a hozzánk fordulóknak is rendkívül sokféle élethelyzetből jönnek, rendkívül sokféle problémával küzdenek.

Szociális Füzetünk ezért sokféle témakörben, sokféle kínálatot nyújtanak a szakma művelői számára, mind elektronikusan olvasható és szakirodalmi hivatkozásokkal előadások, szakdolgozatok, szakmai megbeszéléseken használható formában, mind nyomtatott változatban, igen színvonalas kiadványként.

A 3. számú Füzetünkben „**Örökség a múltból, érték a jövőnek – szociális munka régen és ma**” címmel, olvasható történetekkel, esetekkel kívánjuk megörökíteni, amit több évtizede a szakmában dolgozó kollégáink átéltek, tettek, összekapcsolva azzal, ami egyben át is örökíthető, vagy örökérvényű a szakmában.

Az írások a **speciális célcsoportba tartozók** gondozásáról, élettörténeteiről szólnak, így a fogyatékos személyek, a demens betegek, alkohol problémával küzdők, a pszichiátriai betegek, valamint a hajléktalan személyek és a segítségüket szolgáló módszerek jelennek meg a kiadványban. Miután a szociális munka sokszínűsége és egyre szélesebb szakirodalma több megoldási módot is ajánl az egyéni élethelyzetek kezeléséhez, néhány módszer bemutatásával mi is gazdagítani kívánjuk ezt a repertoárt.

Szociális Füzetünk eddig megjelent számai:

1. szám: Módszertani kézikönyv az önkormányzatok számára a közfoglalkoztatás tervezéséhez

2. szám: A szociális szolgáltatások szabályos működésének alapjai – ellenőrzésre való felkészülés

Letölthető:

http://www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_tamop_542_szocialis

1. JÓ GYAKORLATOK HELYE ÉS SZEREPE A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERBEN

A kiadvány célja, hogy olyan szemléleti megközelítést mutasson be, amely további érdeklődésre és gondolkodásra sarkallja az olvasót, mindazokat, akik az ellátottakért, a gondoskodásra szorulókéért tevékenykednek.

A Szociális Füzetek sorozat 3. számaként a készítők arra törekedtek, hogy gyakorlati példákon keresztül mutassák be a szociális ellátások egy-egy formájának pozitív példáit, jó gyakorlatait. Teszik mindezt úgy, hogy a több évtizedre visszanyúló, akkor még kevés szakmai tapasztalattal rendelkező szociális szakemberek eseteit mutatja be a „**Régi történetek – mai szemmel**” című fejezetben.

A rendszerváltás előtti szociális ellátórendszer sajátosságai, olykor szabályozatlansága sok nehézséget gördített az akkori gyakorlati szakemberek elé. Mindezek a nehézségek azonban lehetőséget adtak arra, hogy a szakma a saját útját, a saját, bár néhol hiányos, de azt elkötelezettséggel, hivatástudattal pótló eszközeivel formálja.

Vajon az akkoriban nagyrészt képezés nélkül munkájukat végző fiatalok milyen kihívásokkal, problémákkal találták szembe magukat? Vajon egy-egy esettörténet megfogalmazása ma is ugyanúgy történne, ugyanazzal a problémafelvetéssel és az erre adott válaszokkal? Ezt mindenkinek a saját belátására bízunk, de reméljük, hogy az itt olvasható szemléletekből kitűnik a későbbi, jó szakember képe. Az ebben a fejezetben közreműködők megjegyzései, hozzáfűzéseai rávilágítanak az adott probléma sajátosságaira, illetve a mai és akkori helyzetkép specifikumaira.

A jó gyakorlatok a jelenben – kapcsolódási pontok a szakirodalomhoz tanulmányok négy részre tagolódnak: **az idősek, a szenvedélybetegek, a pszichiátriai betegek és a hajléktalanok** ellátásának hazai helyzetére, számbeli adataira, illetve általános jellemzőikre, különböző esettanulmányok bemutatásán keresztül.

Miért is fektetünk ilyen nagy hangsúlyt a példák bemutatására?

Véleményünk szerint, a példamutatás, a példaadás az élet minden színterén további pozitív cselekedetekre ösztönözhet. Amennyiben azt feltételezzük, hogy ez a saját mikrokörnyezetünkben, családjunknál, barátainknál tetten érhető és jól tapasztalható, akkor miért ne feltételeznénk azt, hogy mindez makro- és mezo szinten is megvalósítható és működtethető. Ezekben a helyzetekben közös a jobbító és segítőkész szándék, valamint az információ és a tudás átadása.

A bemutatott esetek olyan kapcsolatokról adnak számot, amelyben kevésbé különböztethetünk meg segítő és segített felet, sokkal inkább egy közös cél megoldásában egymásnak segítőkézett nyújtó partnereket látunk. Nincs tisztán jó vagy rossz megoldás, a szemléletek közelítése, ütköztetése történik, tiszteletben tartva a mások véleményét és értékrendjét. Tapasztalataink szerint a közös gondolkodás mindig inspirálóan hat, minden helyzetből illetve valamennyi példából kinyerhetőek olyan információk, amelyek a saját életünkben, szakmai gyakorlatunkban hasznosíthatóak.

A partnerség kérdéseit fejtegetve felmerülhet az olvasóban az a kérdés, hogy mi történik akkor, amikor azt tapasztalja, hogy ő megpróbál pozitívan viszonyulni a másik félhez, de a válaszok nem segítik az együttműködést? Véleményünk szerint az ilyen helyzeteknek is van mondanivalója, amit talán nem az adott szituációban élünk meg, hanem a későbbi gyakorlatunkban. Vannak ugyanakkor olyan helyzetek is, amikor be kell látnunk a saját korlátainkat, képesnek kell lennünk arra, hogy tiszteletben tartsuk más emberek döntését, még akkor is, ha megítélésünk szerint az a döntés nem feltétlenül szolgálja az érdekét.

A segítséget igénylővel való együttgondolkodás során igyekeztünk arra törekedni, hogy ne kész válaszokat, sémákat mutassunk, hanem olyan eszközöket adjunk az érintett személy kezébe, amellyel ő maga lesz képes megoldani az élete folyamán felmerülő nehézségeket. Bár ez sokkal időigényesebb, mégis hosszútávon eredményesebb, hiszen életüknek nem minden szakaszában leszünk jelenek.

A fent leírtaknak megfelelően úgy hisszük, hogy minden emberben megvan az a képesség, hogy bizonyos szituációban, élethelyzetben mások segítségére legyen. A szociális szakma ugyanakkor igényli és szükségesnek is tartja a professziót, a tanult, művelt, sokoldalú szociális segítőt. Ehhez széles körű informáltságra, megújuló módszerek elsajátítására van szükség, de leginkább a személyközpontú gondozás érdekében az egyén élethelyzetéhez igazodó segítségre.

Mindezekhez kívánunk a Szociális Füzetek 3. számával hozzájárulni.

2. RÉGI TÖRTÉNETEK – MAI SZEMMEL, A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐKRŐL

Az ember akármilyen szakmát művel, gyűjtögeti, – akarva-akaratlan is – a jellegzetes, érdekes történeteit. A szociális szakmát művelőkkel megesezt történetek azért is tartanak különleges értékre számot, mert egyediek, de egyszerre szólnak a szakemberekről és azokról is, akikért a szakma létezik. Az alábbi nyolc történet érdekessége abban is áll, hogy többségük évtizedeken át zajlott. Bár a szociális terület művelésének teendőit a jogi környezet határozza meg, mégis ugyanolyan fontosak azok a helyzetek is, amelyekre írott szabályokat nem, „csak” emberi- és szakmai etika szerinti utalásokat találhatunk.

Az itt olvasható történetek esetenként negyven évvel ezelőttiek, de tartalmuk mai, hiszen bármikor, bárkivel megeshetnek. Mivel a történésük óta a szabályozások is rengeteget változtak, azt szeretnénk megmutatni, hogy mai tudásunk, ismereteink és kötelezettségeink szerint mit gondolhatunk, ha ismét egy hasonló helyzet adódik. Lehet ez visszatekintés is, mit rontottunk el mai szemmel akkor, tiszta lehet-e a lelkiismeretünk egykori cselekedetünk, intézkedésünk nyomán. Természetesen a történeteket lejegyzők az adatokat, helyszíneket így-úgy elfedték, mégis néhányukról esetleg a régebben ezen a területen dolgozók felismerhetnek helyzeteket, de mivel semmi olyan nincs a történetekben, ami bárkit is sérthetne, talán nem is baj, ha valaki felismeri azokat.

Szándékunk szerint több olyan témára is utalunk, amelyek régen és ma is aktuálisak, sőt ma – az emberi jogok és a civil gondolkodásmód erősödése kapcsán – még izgalmasabbnak (család-intézet, cselekvőképesség, gondnokság, rehabilitáció, rehabilitáció) tekinthetők. Talán az is felismerhető a történetekben, hogy néhány mai divatos szakmai törekvésre régen is volt jó megoldás és gyakorlat, továbbá, hogy a szabályváltozások sem tudják mindig megoldani azokat a helyzeteket, amelyek az emberségen, az etikán, a szakemberek morálján, hivatástudatán múlnak. Abban bízunk, hogy az itt leírtakban az aprólékosan nem részletezett körülményeket saját helyzeteikben a szakemberek pontosan felismerik és saját szemléletük, tapasztalatuk szerint azokat továbbgondolják.

2.1. Első történet egy módosabb családról, egy „magányos downról” és az önállóságról

A történet 1972-ben, egy pusztaiban működő intézetben esett meg, amely még nem volt koedukált, értelmi fogyatékosokkal élő nők voltak a lakói. Az ellátást igénylő családjában két leánytestvér élt, a szülők már idősebbek voltak, de munkájukból adódóan igen sokat utaztak, hosszabb-rövidebb ideig külföldön is tartózkodtak. Úgy gondolták, hogy down-szindrómás családtagjuk egy intézményben lesz jó helyen, de amikor tehetik, majd meglátogatják. A látogatások rendje szerint előre bejelentett időpontban, az intézményhez közeli kisvárosban kibéreltek két szállodai szobát, az egyiket a szülők, a másikat a leánytestvérek részére.

Az intézményben nem sokkal a leírt esetet megelőzően vezetőváltás történt, a család az új vezetőt nem ismerte, ezért aztán mindenkit váratlanul ért, hogy a megérkező látogatók elé siető igazgató a testvérben ifjúkori társaságbeli ismerősét fedezte fel. A találkozás öröme után a családtagok természetesen megkapták a tájékoztatást az intézeti helyzetről, hozzátartozójuk jelenlegi – sok-sok év óta változatlan – állapotáról. Az ellátottat szinte minden önkiszolgálási funkcióban továbbra is segíteni kellett, mert mindenki tudomása szerint egymaga teljesen képtelen volt önmagát ellátni. Nagyon csendes, visszahúzódnó nő volt, aki egy sarokban ülve kötögetett, az általa kiválasztott társai szinte mindenben kiszolgálták. Mindeközben állandóan magában, félhangosan motyogott, vagy ha valamivel elégedetlen volt, kicsit hangosabban „morgolódott”. Választékosan beszélt és annak ellenére, hogy kiszolgáltatta magát, igényes volt. Persze a „kiszolgálásnak” megvolt az érdekeltiségi rendszere,

hisz a szülők mindig hoztak valami ajándékot, édességet látogatásaikkor, amit az ellátott továbbajándékozott.

Az igazgató és a látogatók a váratlan viszontlátás örömeire közös vacsorát beszéltek meg. A vacsorára a család az ellátott nélkül érkezett a szálloda éttermébe. Az igazgató kérdésére, hogy lányukat miért nem hozták magukkal, a család azt a választ adta, hogy még a szobájában van, készülődik, fürdik, majd jön. A szakember már az egyedüli készülődésen, fürdésen is meglepődött, mivel az intézményben erre „nem volt képes”. A lakónk később valóban megérkezett, kifogástalan öltözékben, kedélye vidám volt, az egész viselkedése abszolút az alkalomhoz és a helyhez illett, beleértve az evőeszközök szabályos használatát, a pincér által feltett kérdésekre adott válaszait, a társalgásban is a témához illő és kimerítő válaszokat adott. A szakember számára az tette bizarrá a helyzetet, hogy folyamatosan az intézeti hétköznapi képei villantak fel benne, azok a képek, ahogy ott az ellátott kiszolgálhatja magát. A szakember számára egyszerre sok mindent megvilágosodott, illetve szinte minden összezavarodott, ami a gyógypedagógiát, az intézményi ellátást, a közösségi kapcsolatokat illeti. Az este tanulsága kapcsán úgy gondolta, hogy a személyes önállóság és önkiszolgálási képesség tudatos elrejtése lehet, hogy más területekre is kiterjed, így talán a munkavégzésre is. Ebben a helyzetben érezte meg először az emberi méltóság megteremtésének problematikáját, hisz az intézetben az alá-fölérendeltség situációja észrevétlenül vitte méltatlan helyzetbe mindkét felet.

Mivel ebben az időben vezették be az intézménybe az ipari foglalkoztatást, az igazgató úgy gondolta, hogy történetünk szereplője is, az újonnan megítélt képességei alapján tudna dolgozni. A képességekkel nem is volt baj, a hajlandósággal, annál inkább. Ekkoriban a „szakma” már kezdte hirdetni, hogy foglalkoztathatatlan fogyatékos gondozott nincs, csak a környezet alkalmatlan a motiváció felkeltésére. Lakónk pedig nem volt hajlandó a 20-25 fős csoportba beülni, mert ő ott „nem érezte jól magát”, a szakemberek meglátása szerint lenézte társait. Mivel volt azonban néhány munka-művelet, ami nem volt helyhez kötve, lakónk az épület megszokott „sarkában” végezhette a munkát, csak a kötés helyett más tevékenységet. Ez az ötlet bevált, így ettől kezdve pontos munkát végzett, majd lassan fokozatosan egyéb feladatokat is egyre önállóbban látott el, eljutva az önellátás megfelelő szintjére.

Az eset tanulsága leginkább az, hogy minden új tapasztalatot több oldalról, újra- és újra szükséges megvizsgálni, és ami kedvezőtlen vagy bizonytalan, ahhoz új megközelítéssel, több, az ellátottnál leginkább alkalmazható megoldást kell keresni.

2.2. Második történet a család kötelékéről, a közösség és a kapcsolatok rejtélyességéről

Ennek a történetnek a színtere egy olyan intézmény 1974-ben, ahol az enyhe fokban sérült, de szociálisan több szempontból is hátrányos helyzetű személytől kezdve, az önellátásra majdnem teljességgel képtelen súlyos állapotú fogyatékos személyeken át, a halmozott hátránnyal küzdő ellátottakig éltek gondozásra szorulók.

A közösséghez tartozott egy roma származású állami gondozásból kikerült fiatal nő is, aki egy nap azzal állt elő, hogy az intézmény keresse meg a családját, mert az nem lehet, hogy ő mindig magányos maradjon. Az ellátottnak a közösségben vezető szerepe volt, sokszor kritikus, követelőző és intrikus volt.

Az intézmény vezetése sokáig eredménytelenül kutatta a családot, mígnem a Vöröskereszt segítségével nyomra akadtak. Óvatosan próbálták meg felvenni a kapcsolatot velük, kíváncsiak-e egyáltalán a családtagjukra. Többszöri próbálkozás után a család beleegyezett egy jövőbeni látogatásba, de először a

postai kapcsolat felvételét kérték. Az intézmény vezetői ekkor közölték az elláttal, hogy törekvéseiket siker koronázza. Lakónk izgatott és eleinte elégedett volt az eredménnyel, majd, egy-két formális levélváltás után közölte, hogy „ő addig nem nyugszik”, amíg nem látogathatja meg a rokonait. Elkezdődött tehát egy hosszabb előkészületi időszak, amely alatt sok feladatot kellett megoldani, így az elláttot felkészítését, ajándékok beszerzését, környezettanulmányt kellett kérni a család lakóhelye szerinti tanácstól és véleményüket is kikérni, hogy alkalmas-e a család a látogatásra. Meg kellett szervezni továbbá az utazást, többszöri átszállással, több mint fél nap lett volna az út. Végül az intézményben úgy döntöttek, hogy a legegyszerűbb, ha az intézmény gépkocsijával és kísérőkkel viszik el a lakót. Az utazás előtt postán értesítették a családot, hogy a látogatás legfeljebb 3 napig tart és az intézmény ellátja az érkezőt elegendő zsebpénzzel, hogy a családnak ne jelentsen terhet a vendég fogadása. A tervek szerint a gépkocsi 5-6 óra alatt megjárja az utat, és a műszak végére, mire a dolgozókat szállítani kell, vissza is érkezik. Így is történt a gépkocsi visszaérkezett, a családott kísérőkkel, továbbá az elláttal együtt. Történetünk szereplője azonban vidám és elégedett volt, és mint aki hőstettet vitt véghez foglalta vissza a 10-nél több ágyas hálószobában kis kuckóját. Nem mesélt senkinek semmit, csak sejtelmes mosollyal annyit mondott, „láttam őket”.

A kísérők beszámolójából a következők derültek ki. Amikor az adott címre értek, lakónk először a kocsiból sem volt hajlandó kiszállni, szinte utasította az egyik kísérőt, hogy előbb ő menjen, nézze meg, hogy otthon vannak-e a családtagjai. Mikor ez megtörtént, a lány fogta az ajándékokat és lassan megindult a ház felé. Amikor az ajtóhoz ért illedelmesen köszönt, letette a küszöbön belülrre az ajándékokat, körülnézett, állt néhány percig, ami idő alatt hallatszott, hívogatják, hogy menjen be, de ő nem mozdult. 15 perc álldogálás, nézelődés után egyszer csak megfordult, visszaült a gépkocsiba és közölte, most már mehetnek. Persze mindenki meg volt lepődve, a kísérők győzködtek, hogy menjen be, maradhat néhány napot, megismerkedhet a rég nem látott családjával. A lány erről hallani sem akart, csak annyit mondott, „nekem ennyi elég volt, menjünk haza”.

Egy év múlva kezdődött előről az egész. Igénybejelentés, hogy újra látni akarja a családját, most nem úgy lesz, mint korábban, most már ott marad, meg amúgy is, ha nem teljesítik a kérését, még „cirkusz is lehet”. Mivel az intézet dolgozói pontosan tudták, hogy mit jelent a cirkusz, így megint szervezkedni kezdtek és újra lebonyolították az oda-vissza utat, ismét volt ajándék, megint volt köszönés, 15 perc ácsorgás, aztán, „na mehetünk haza”.

Az azóta eltelt sok év alatt a látogatás még jó néhányszor ugyanígy megisméltődött. Mindenki pontosan tudta, ez a családi kötelék teljesen soha nem szakad el. Kérdéses, hogy kinek, mennyit sikerült méríteni a rövid látogatásokból, miért nem vált erősebbé az igény a szorosabb együttlétre. Az biztos, hogy a családi kötődés olyan mély és erős, hogy a fogyatékos, a hosszú intézeti lét sosem tudta többé teljesen feledtetni.

Az intézményben mindig különösen keserű élmény volt, amikor a családdal rendelkezők az év nagy ünnepein haza mehettek néhány napra, ugyanakkor sokan bent maradtak az intézményben és ilyenkor néhány napig nagyon szomorú volt a hangulat. Hőszünk azonban soha nem búslakodott és érdekes módon, ezeken a nagy ünnepeken sosem akart a családhoz látogatóba menni...

2.3. Harmadik történet egy védőmunkahelyről, egy kerítőnőről és egy ikerpárról

A fogyatékos felnőtt emberek szociális ellátásának egyik 1970-es évekbeli vívmánya néhány védőmunkahely létrehozása volt. Ez annyit jelentett, hogy pl. egy téglagyárban vagy egy textil üzemben az arra alkalmas és felkészített személyek az üzem közelében lévő munkásszállásra költöztek, onnan jártak a

gyárakba, viszonylag nehéz, de egyszerű fizikai munkát végezni. Általában 5-6 azonos nemű munkás részére alakítottak ki férőhelyet, fél év próbaidő után kerülhetett sor arra, hogy újból megvizsgálják az alkalmasságot, a megbízhatóságot és minden egyéb szóba jöhető szempontot. Ha úgy vesszük ez már integrált foglalkoztatás volt, még ha nem is neveztük így, bár a gyakorlatot semmilyen jogszabály sem szabályozta.

Így történt ez az 1970-es évek közepén is, amikor hat fiatal nő, az intézménytől majdnem 300 km-re egy főváros közeli téglagyárba került „kihelyezésre”. A szálláshelyen egy gondnoknő felügyelte, segítette a kihelyezetteket. 3-4 hónap múlva érkezett az intézménybe a jelzés, hogy az egyikük nem felel meg, a munkahelyen nem nagyon dolgozik, csavarog, magatartási problémái miatt visszaküldik az intézetbe. Visszaérkezés után is egyre több probléma lépett fel, ami nem volt nagy meglepetés, mert korábban sem tartozott a szelíd, csendes lakók közé és mivel mentális képességei az akkori szóhasználattal élve súlyos imbecillitást mutattak, ennek megfelelően próbálták kezelni a visszaillesztést.

Az eset szerzője bevallva ma sem tudja eldönteni, hogy az ellátott valóban alkalmas volt-e a kihelyezésre vagy magatartási problémái miatt szabadulni akartak tőle. Akkoriban még nem volt személyre szabott fejlesztési terv és a segítői létszám is töredéke volt a mai szabályozott létszámnormának.

A visszaérkezés után az egészségügyi szolgálat jelentette bár, hogy probléma van az ellátott havi ciklusainak érkezésével, de mivel a feljegyzések szerint korábban is voltak rendellenességek, emiatt az intézményben úgy határoztak, várnak még egy terminust. Külső jegyek nem látszottak, az intézeti orvos sem látott problémát, ezért a mindennapi gyakorlat szerint nyugodtan vártak, de miután elmúlt a következő ciklus ideje is és még mindig semmi eredmény nem jelentkezett, – gyors teszt még nem létezett – kórházba vitték a lakót kivizsgálásra. Ott megállapították a terhességet, amelyet közel 4 hónaposra datáltak. Nagy lett a riadalom, hiszen a már az akkori egészségügyi szabályok szerint is késésben voltak egy esetleges beavatkozásra. Több feladat intézése kezdődött párhuzamosan, orvosi javaslatok, szakvélemény kérése a közelben lévő nagyváros egyetemi klinikájától arról, lehetséges-e a műtéti beavatkozás.

Annak megvizsgálása is megtörtént, hogy ha nem lehetséges a műtéti beavatkozás, van-e olyan családtag, aki alkalmas a megszületendő gyermek felnevelésére. Kiderült, hogy nincs, mert a leendő nagymama egy másik elme-szociális otthon gondozottja volt, több évtizede.

Mai tudásunk alapján nyilvánvaló, hogy családi terheltséggel álltunk szemben, anyai ágon. S ha ma kellene a beutalásról dönteni a családtagok együtt gondozását kellene fontolóra venni.

Annak kiderítése is megkezdődött, hogyan történhetett a védőmunkahelyen a teherbe esés? Az nyilvánvaló volt, hogy egy leányintézetben nem történhetett ilyen esemény, sem az intézeti körülmények, sem az idő rövidsége miatt. Kiderült, hogy a gondnoknő a munkásszállás férfi lakói közül egy mozgás és hallássérült lakó részére kommandálta az új „munkásnőt”. Természetesen a munkásszállás vezetésénél eljárást kezdeményeztek, amelyet le is folytattak, de bizonyítottság hiányában bíróságig nem jutott a dolog.

A szakvélemény megkérése is eredménytelen volt, mivel a klinika professzorának nyilatkozata szerint a terhesség olyan előrehaladott, hogy megszakítása már nem lehetséges.

A professzor javasolta az intézeti körülmények között a kihordást, illetve hogy a szülési terminus határideje előtt 3 héttel az anya költözzön a megyei szülőotthonba, hogy közel legyen a klinikához. Így is történt, a meghatározott időpontban az ellátott beköltözött a szülőotthonba és mindenki izgatottan várta, hogy milyen csecsemő fog megszületni. Amikor aztán a szülés várt időpontja elérkezett és még egy hét múlva sem történt semmi, újabb vizsgálat következett, amelynek döbbenetes eredménye lett, a terhes-

ségből még hátra volt két hónap, mert a megszületendő ikrek még nem érték el a szükséges érettséget. Az eredmény sokkolta az érintetteket, a professzortól kezdve, az intézeti orvoson keresztül, a kórházi nőgyógyászt és az intézmény vezetőit, szakembereit is. Nem meglepő talán, hogy ez utóbbiak voltak a leginkább kétségbe esve, mi legyen a megszülető gyermekekkel, vajon mennyire lesznek egészségesek. Nemcsak az anya, hanem a nagyszülő is, sőt a vélt apa – sosem nyert bizonyosságot az apa személye – is többféle kórképpel terheltén élte életét.

A kismama ezek után a szülőotthonban várta a szülés idejét, amely a most már újonnan meghatározott terminus szerint rendben le is zajlott, két egészségesnek bizonyuló kisfiú született. Az újabb feladat a gyermekek elhelyezésének ügyintézése volt, mert az nyilvánvaló volt, hogy az anya nem alkalmas két csecsemő ellátására, de nem alkalmas erre az intézmény sem. Viszonylag egyszerű módon, a szükséges szolgálati út betartásával a gyerekek egyenesen a megyei csecsemőotthonba kerültek azzal a feltétellel, ha felmerül valamilyen fogyatékosági kórkép, átkerülnek az egészségügyi gyermekotthonba.

A kismama minden várakozás ellenére nyugodtan viselte az elszakadást, sőt ő maga fogalmazta meg, hogy „jobb is nekik így”, mert ő úgy sem tudja, hogyan kell egy csecsemővel bánni, hát még kettővel. Az ikrekről természetesen az intézet folyamatosan érdeklődött, az anyát pedig csak akkor tájékoztatták a gyermekek hogylétéről, ha ő kérdezett. Közel egy év múlva beszélgetés zajlott le az intézmény vezetője és az anya között. Intézményvezető: „Gondol-e a gyerekeire?”

Anya: „Igen, sokat gondolok rájuk.”

Intézményvezető: „Szeretné látni őket?”

Anya: „Talán igen, de nem is tudom, mit szólnának hozzám.”

Intézményvezető: „Mit gondol később, ha nagyobbak lesznek, el tudná látni őket?”

Anya: „Nem, mert nekem nincs pénzem rájuk.”

Intézményvezető: „Hiányoznak?”

Anya: „Igen, sokszor gondolok rájuk, mert nekem is jogom van az ő életükhöz.”

A beszélgetés másfél óráig tartott és magnó felvétel készült róla, ebben az időben még nem kellett engedély a felvételhez.

Az intézmény egy év elteltével úgy gondolta, hogy meglátogatja az ikerpárt a nevelőintézetben. Mint ebben az ügyben már-már megszokottan, megint csak meglepetések vártak a látogatókra. Az ottani szakemberek arról tájékoztatták a látogatókat, hogy az ikrek tökéletesen jó állapotban vannak nemcsak fizikailag, hanem a fejlődésben is, a néhány hónappal idősebbeket is lehaladták, korukhoz képest minden tekintetben fejlettebbek és nagyon kiegyensúlyozott személyiségűek. Később arról kapott hírt az intézmény, hogy a gyermekeket örökbe fogadták.

2.4. Negyedik történet családról, intézetről és meglepetésekről

Egy Down-szindrómával született fiút az otthonában neveltek szülei, mivel úgy gondolták, hogy az a legjobb neki, ha velük él, amikor pedig ők dolgoznak, valaki vigyáz rá. Elteltek az iskolaévek, a fiú testvére külföldre került, majd az apa meghalt és az anya is külföldre költözött a fiútestvér után, a fiú pedig egyedül maradt itthon. Tekintettel arra, hogy fiatal volt – 30 alatti –, fogadtak mellé egy idősebb hölgyet (ma úgy hívnánk segítőt), aki egyben a gondnoka is lett. (1967. cselekvőképességet kizáró gondnokság.) Ezen kívül felkértek egy híres specialistát, egy orvost, hogy kísérje figyelemmel életét, fejlődését és ha szükséges, intézzen minden olyan dolgot, lásson el minden olyan feladatot, amihez szaktudás kell. Mindezt megtehették, az anyagiakból futotta.

Az évek repültek, az anya időnként hazalátogatott, de már nagyon megöregedett és vele együtt öregeedett a gondnok-segítő, meg a híres orvos is. Egyre inkább sürgetett a kérdés, hogy mi legyen az akkor

már 46 éves fiúval. Az orvos ismerte a szóba jöhető intézeteket és ajánlott egyet, azt gondolta, hogy ott garantáltan jó helye lesz a fiúnak. Megkezdődött hát a szociális igazgatási ügyintézés. Ekkor viszont kiderült, hogy vannak emberi-, szakmai- és adminisztratív nehézségek.

Emberi oldalról mindenki aggódott, mert a fiú iskoláskora óta, évtizedeken át nem volt közösségben, alig beszélt, dolgozni soha nem dolgozott. Ki fogja-e bírni, ha kiszakítják otthonából és egyáltalán mi fog vele történni egy nagy intézményben?

A szakmai nehézségeket elsősorban az önállótlanága, a kommunikáció képtelensége és az egészségi állapota jelentette.

Az államigazgatási ügyintézés nehézségei bizonyultak azonban a legnehezebben kezelhetőnek. Az ajánlott intézmény nem tartozott nagyvároshoz. Az intézetben szabad férőhely nem volt, ezért a felvétel igen körülményessé vált. Megkezdődött a nagy- és kiskapuk keresése és mindenféle legális, féllegális ötletek számbavétele. Az intézmény vezetője egyáltalán nem lelkesedett az ily módon nyakába szakadt feladattért, azonban mindenki más ragaszkodott ehhez a megoldáshoz és nagyon kínos, kényelmetlen lett volna a barát és szakmabeli orvos segítségkérését elutasítani. Elkezdődött hát a különböző akciók véghezvitele, így a fiú állapotának felmérése, az államigazgatási út felkutatása, fenntartói engedély megszerzése, a családdal való kapcsolatfelvétel és a fiú felkészítése az új életformára, a fiú megismerése, az édesanyjával való kapcsolat felvétele, a befogadás előkészítése és végül a befogadás.

Meglepetéseként érte a szakembereket, hogy a messziről, a magányosságból érkező fiú 2-3 hét alatt beilleszkedett, a már ott lakók olyan könnyen befogadták, mintha mindig is velük élt volna. További meglepetés, hogy 3-4 hónap alatt az addig szinte meg sem szólaló, csak mosolygó fiú megszólalt, folyamatosan kérdezett, egyre többet beszélt, majd véleménye lett.

Tudatta annak igényét is, hogy szeretne találkozni az édesanyjával. Rövidesen a vágya teljesült, az édesanya külföldről Magyarországra jött, meglátogatta. A fiú boldog és vidám, az édesanya el van ragadtatva a gyors- és látványos változástól, a szakember barát örül, hogy igaza lett, az intézet megnyugszik és elkezd formálódni a következő életszakasz sajátos gyakorlata. Az édesanya azt kéri, hogy ha visszatuzik minden héten egy adott napon, adott órában beszélhessen a fiával. Ez szokatlan kérés volt, ilyen gyakorlat eddig nem volt az intézményben. Az intézményben a kérés feltételeit megteremtették. Az édesanya azt is kéri, hogy az intézmény alapítványa nevezzen meg valamilyen szükségletet, mert ő támogatni szeretné a közösséget. Természetes helyzetnek tekinti, hogy fia látogatásakor külön kis vendégségben részesíti fiának társait, barátait, hogy apró ajándékokat hoz nekik, úgy fogalmaz: „fiam új családjával minden örömünket szeretnénk megosztani.”

Így teltek az évek, feltűnik a tengerentúlon élő testvér és jelzi, hogy amikor szükséges lesz, ő veszi át a gondnoki szerepet, de sajnos, ő még ritkábban tudja látogatni testvérét. A fiú közben továbbra is boldogan él, még jobban kinyílik, elkezd csillogni, eredeti a humora, környezete szinte túlkényezteteti, de azért lassan-lassan ő is öregszik. Időközben meghal az orvos-barát, meghal az édesanya, tehát a távoli testvértől eltekintve a fiú magára marad. Továbbra is úgy tűnik, kiegyensúlyozott és helyzetéhez képest jól érzi magát. Azóta már volt nyaralni, külföldön is járt, tehát az igazi meglepetés az, hogy az intézetbe történt felvétellel nem bezárult, hanem kinyílt számára a világ.

A fiú iskoláskorának elérése idején még csak nagyon kezdetleges gyógypedagógiai állapot meghatározást alkalmaztak és keveset tudtak a Down- szindrómáról. A felnőtté válás (1967.) időpontjában még nem létezett tiszta profilú intézményhálózat. Minden szakmai és emberi aggódás ellenére az előzetes félelmek nem igazolódtak be, a történet jól alakult és a tanulság, hogy az adott ember személyisége, szerencsésnek mondható alkata minden szakmai tapasztalatot képes felülírni.

2.5. Ötödik történet az útról a cselekvőképtelenségtől az önállóságig

Kevés speciálisan szakosított, fogyatékos embereket ellátó intézmény működik az országban, különösen, ha kettős fogyatékoságról van szó. Összesen három, amelyek a halmozottan sérültek ellátását biztosítják ma is, látássérültek és értelmi fogyatékosok: Nógrádbercel; hallássérültek és értelmi fogyatékosok: Diósjenő; mozgássérült és értelmi fogyatékosok: Polgárdi Tekerespuszta.

Ebben az esetben egy halmozottan sérült, siket, értelmi fogyatékos és egyéb kórképeket is mutató fiatalemberről van szó. Az intézményi élete előtti történetében szerepelt drog, italozás, gyógyszerfüggőség, agresszív magatartás és zaklatott családi háttér. A gyógypedagógiai és szociális státusza mellett jogi státusza: cselekvő képességet kizáró gondnokság alatt állt. 1982-től, gondnoka az édesanyja, aki szintén pszichiátriai kórképpel terhelt. Az intézmény dolgozói soha nem találkoztak vele, gyermekét nem látogatta, mert élettársa ezt nem engedte meg neki, hallani sem akart a fiúról. Az anya ugyanakkor meghatározott feltételeket és követelményeket állított gyermekével és az őt ellátó intézménnyel szemben.

A fiatal már az általános iskolai éveit is különleges feladatokat ellátó speciális iskolában töltötte, de már ekkor is kórházból kórházra, klinikáról klinikára járt. Az előzmények és a dokumentumok tartalma nem sok reménnyel kecsegtettek arra vonatkozóan, hogy valaha is közösségbe illeszkedni képes emberré válhat, de valami mégis kérdéseket vetett fel. Az intézeti közösségbe kerülve, jobb periódusában, bizonyos területeken meglepő érdeklődésről, készségekről, képességekről adott számot. Ügyesen barkácsolt, – természetesen engedély nélkül – villanyt szerelt, rajongott mindazon műszaki megoldásokért, amelyekkel látása során szerzett élményeket. Ezek közül az egyik a TV, illetve a videó-magnó; a másik a különleges, színes lámpafüzérek, az ébresztő- és takarodó időpontját fény felgyulladásokkal jelző időkapcsolók. Emellett folyóiratokból kivágott sztárfotók – Rambó és Terminátor –, valamint az így dekorált hálósoba valóságos ingerdömping. Ha látogató érkezett az intézménybe, elkerülhetetlen volt, hogy megmutassák a saját maga szerkesztett birodalmát. Mindezek beszerzése érdekében dolgozott, hogy pénzhez jusson. Ez számára és az intézmény számára is egy örökös harcot gerjesztett a gondnokkal, és a lehetőségeket lényegesen meghaladó igényekkel, na meg a közösségben kialakuló feszültségekkel.

A rosszabb időszakokban szökés, csavargás, ital és gyógyszer, verekedés és állandó harc a társakkal, annak eldöntése érdekében, hogy ki „a vezér”. Esetenként kapcsolatba került a rendőrséggel is. Az érvényes jogszabályok szerint viselt dolgai – házirend többszörös súlyos megsértése – miatt gondozását rég meg kellett volna szüntetni, de mivel az utcára kellett volna küldeni, ezt a döntést nem hozta meg az intézmény. A cselekvőképtelenség számára kínálkozó előnyeit már korán felismerte, mivel gondnokság alatt állt, tudta, hogy, bírósági ügy soha nem lesz viselt dolgaiból.

Mindeközben a körülötte dolgozó segítők köréből kialakul néhány pártfogó személy, akikkel sikerült egymás bizalmát kölcsönösen elnyerni, akikre számíthatott a nehezebb életszakaszaiban. Egyre inkább úgy látták a szakemberek, hogy az elvégzett munkája és javuló magatartása alapján van remény kísérletet tenni a cselekvőképesség megállapítására. Az eltelt évek tapasztalatai szerint fejlődött annyit, hogy egy „rendes” munkahelyen, megfelelő segítséssel alkalmas lehet az intézeten kívüli helytállásra. Kezdeményezik hát a cselekvőképességet kizáró gondnokságnak korlátozó gondnokságra való átminősítését. Igyekeznek bemutatni a gyámhatóságnak, hogy a szocializációban mutatott fejlődése, egészségi állapota mindezt indokolja. Ebben segítségére voltak az intézményi orvosok, de édesanyjával, a gondnokával és annak ügyvédjével hosszú harcot kell folytatni, amíg 1991-ben egyáltalán sor kerülhet a szükséges hivatalos aktusra, amikor a kizáró gondnokság átváltozik korlátozóvá.

Hosszas kutatómunka után találnak egy üzemet, ahol a munka mellett szállást is nyújtanak, mégpedig az intézményi helyzethez képest komfortosabbat. Akad pártfogó is, aki vállalja a folyamatos figyelemmel

kísérés feladatát és a kapcsolattartást az intézménnyel. A fiú is úgy gondolja, hogy megérett már az önálló életre és ki akar kerülni a számára már zártnak érzett intézményből. Mindent előkészítenek, megszerveznek, megmutatják munkahelyét, az üzem vezetőivel kitalálják munkakörét és nagy reménnyel, sok izgalommal megkezdődik a próbaidő. Úgy gondolják jó néhány hónap, amíg megtörténik a beilleszkedés. Természetesen lehetővé teszik, hogy hétféteken visszatérjen az ismerős közegbe, gondozását, intézeti státuszát nem szüntetik meg, csak tartós távollétet határoznak meg számára. Az intézményben azt gondolják, hogy az erre rendelkezésükre álló jog szerinti fél év elegendő lehet a beilleszkedésre, illetve annak elbírálására, hogy azt meg kell-e hosszabbítani és kiderül az is, hogy megfelel-e a munkahelyen. Az öröm mindössze két hétig tartott. Papíron és szándék szerint minden stimmelt, minden rendelkezésre állt, csak a fiú döbbsen rá, hogy a kinti élet önállóságára, magányára még sem vágyik. Időközben az intézményben vezéralakká vált, főleg siket társai között, de a súlyosabb állapotú értelmileg sérültek között is nagy tekintélyre tett szert. Sportversenyekre járt, sikereket ért el, ha munkáját nem is úgy fizették meg, ahogy a „kinti” világban esetleg megfizették volna, a közösségben kivívott helyét, szerepét nem volt hajlandó feladni. Saját maga is rájött, hogy a nagy szabadságban az ital és a drog újból ellenségévé válhat.

Ő meghozta azt a döntést, hogy vissza akar térni a „zárttságba”, a közösségbe, a megszokott munkája mellé, mert időközben munkahelyén „csoportvezető” lett, ami annyit jelentett, hogy a hozzá hasonló sérüléssel élők között ő volt, aki a munkájukat napközben irányította és ma is irányítja, 6–8 munkatársának hallgatóságosan, de mindenki által elismerten ő a főnöke. Ez nem is akármilyen státusz, hiszen az ipari méretű gyertyaöntésben 6–8 műveletet kell folyamatosan elvégezni, gépeket, eszközöket kezelni, az egyes műveletek műveleti idejét beosztani, a mennyiséget határidőre biztosítani, a minőségi követelményeknek megfelelni.

A civil életi kitérő után és amikor tudomásul vették az intézményben, hogy a próbára bocsájtás, a szociális rehabilitáció szándéka ellenére nem valósítható meg, betervezték, hogy egy volt szolgálati férőhelyen önálló lakrészt biztosítanak neki. Ezt több szempont is alátámasztotta. Egyrészt az átlagnál sokkal igényesebb volt az őt körülvevő tárgyakra és a higiéniára. Másrészt a saját keresetéből megvásárolt személyes tárgyait, tv-t, videót, kisebb bútorokat már nem volt hol elhelyezni. A legfontosabb mégis az volt, hogy párkapcsolatot alakított ki és felnőtt ember létére kénytelen volt párjától külön szobában lakni. A körülmények úgy alakultak, hogy sikerült egy egyszobás, fürdőszobás férőhelyen kialakítani egy páros lakószobát, ahová beköltözhetek. Segítséggel megvette a saját bútorait, párjával berendezte az egész lakást, számítógépet vett stb.

Időközben megindították a gondnokság megszüntetésére irányuló eljárást, amely sikeresen le is zárult és a teljes kilátástalanságból érkezett fiú 2004-re cselekvőképessé és önállóvá vált. Húsz év kellett ahhoz, hogy ez sikerüljön.

2.6. Hatodik történet arról, hogy mennyi ideig tart, amíg a bűnösség kiderül

Az utóbbi néhány évben a személyiségi jogok védelme alapján igen sajátos és furcsa helyzetek alakultak ki az értelmi fogyatékos felnőtteket ellátó intézmények és a területileg illetékes gyámhivatalok között. A gondnoksági rendszer egyik formája a hivatásos gondnokok alkalmazásának gyakorlata, ahol egy fél- vagy főállású gondnok (10 évvel ezelőtt) 30–50, de esetenként sokkal több cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság alatt álló személy gondnoki teendőit látja el.

Ebben a rendszerben több jogviszony él egymás mellett:

- az intézmény és az ellátott, illetve gondnoka között megállapodás által megalapozott jogviszony,
- a gondnokolt és a gondnok a bírósági határozat és gyámhatósági kirendelés alapján áll egymással jogviszonyban.

– a területileg illetékes városi gyámhivatal saját szervezeti rendjébe illeszkedve alkalmazza a gondnokot és a munkáltatói jogokat gyakorolja.

Nem létező jogviszonyok:

- Az intézmény semmilyen jogviszonyban nincs a gyámhivatallal, sem pedig a gondnokkal.
- A gondnok kizárólag az illetékes hivatallal áll jogviszonyban és senki másnak nem tartozik felelősséggel. Az hogy a gondnokoltnak milyen felelősséggel tartozik, ma is sokat vitatott kérdés. A gondnoknak beszámolási kötelezettsége csak a hivatal felé van. Tájékoztatási kötelezettsége volna a gondnokolt felé is, de azt ő az esetek nagy többségében nem tudja értelmezni.

A gondnokolt ma már járandóságai egy részét maga, más részét közvetlenül a gondnok kapja kézhez. A gondnok által kezelt pénzeszközök adminisztratív kezelésének szabályairól, azon kívül, hogy fenntartásos betétkönyvben kell tartani a gondnokolt pénzét, semmiféle szakmai jogszabály nem rendelkezik. Tekintettel arra, hogy itt nagy létszámú gondnokolt ellátásáról van szó, elvileg a gondnok meglehetősen nagy összegű készpénzt kezel havonta, amelyet ugyan köteles lenne azonnal letétbe helyezni, de ennek szabályai jogszabályokban nem kerültek pontosításra és ellenőrizni is ritkán ellenőrzik.

Az ismertetett eset – tíz éve történt – kiindulópontja az volt, hogy néhány gondnokolt részére különböző szükségletekre – ruházat vásárlás, szokásosnál nagyobb értékű híradástechnikai eszközvásárlás, nyaralási költség stb. – igényelt összeg a hatóság által jóváhagyott felhasználása a gondnok által elutasításra került. Amikor elkezdődött ezzel kapcsolatosan az ügyintézés a következők kerültek felszínre. A gondnok nem volt hajlandó tájékoztatni az intézményt arról, hogy az ellátottaknak mennyi pénze van a gondnoki letétben arra való hivatkozással, hogy ez nem tartozik az intézményre, csak a gyámhatóságra. A gondnok a költőpénzt a gondnokolt részére azért nem küldte, mert a hatóság szerint a gondnokolt kézhez kapott járandósága elegendő a napi szükségleteihez. A gondnok hónapok óta az esedékes térítési díjakat azért nem rendezte, mert szerinte ez is az intézethez érkező járandóságokból kell, hogy rendeződjön.

Az intézmény ekkor kezdett levelezésbe az illetékes hivatalok és hatóságok felé. A hatóság vizsgált, minimum-maximum 60 nap, a hivatal vizsgált, ez is minimum 60 nap. Mindenki állított valamit, de az intézet nem tud semmit, sem a vizsgálatról, sem az eredményéről, mert a hatóság nem volt köteles az intézetet tájékoztatni. A vizsgálat kapcsán a hatóság kéri, hogy az intézet mutassa be a közvetlen járandóságokkal kapcsolatos dokumentációját, – tehát előbb az intézet számoljon el, majd csak ezután vizsgálják a gondnok ténykedését – illetve indokolja meg, hogy az igényelt források céljai mennyiben tartoznak a gondnokolt átlagos életviteléhez.

Majd érkezik a vizsgálat eredményéről a válaszlevél a gyámhivatal vezetőjétől, amelyben az intézmény felé tájékoztatást ad a gondnokoltak pénzkezeléséről. Ez alapján a zsebpénz hátralék megszüntetése iránt a gyámhivatal a szükséges intézkedést megtette, a befizetések megtörténtek. A gondnokoltak saját ruhaszámátával, ruhavásárlásával kapcsolatos felvetésre válaszolva megállapítja, hogy a gyámhivatal és az intézmény is eltérő feladatköréből adódóan „sajátosan” értelmezi az erre vonatkozó jogszabályokat. Hivatkozik a Szakmai rendeletben meghatározottakra, amely szerint az intézményi teljes körű ellátás többek között „a szükség szerinti ruházattal, illetve textíliával való ellátásáról szól”.

A gondnokok kérelmére – amennyiben a gondnokolt igényli, és megfelelő pénzvagyonnal rendelkezik – a gyámhivatal engedélyezheti a pénz felhasználását ruhanemű, textília vásárlására. A kérelemnek minden esetben egyedinek, névre szólónak kell lennie és tartalmaznia kell a vásárolni kívánt ruhanemű megnevezését is. A gondnokolt törvényes képviselője a gondnoka. Ilyen kérelmet csak a gondnok, a törvényes képviselő nyújthat be, az „intézmény” nem. A gyámhivatal tájékoztatása szerint a hivatásos gondnokok

ruhanemű vásárlására kérelmet nem nyújtottak be. Fentiekre figyelemmel a ruhanemű vásárlására ki-mutatott tartozást nem tudja értelmezni.

A válaszban tehát minden lehetséges hivatkozás megemlítésre kerül, mégis az intézmény szakemberei-nek az az érzése, hogy az igazán fontos kérdésekre nincsenek válaszok.

Így pl. arra,

- hogy miért pont az az intézmény, aki esetenként fajsúlyosabb kérdésekben is dönteni kénytelen, nem kaphat információt az ellátottak anyagi helyzetéről,
- miért kezeli egyformán egy jogszabály az időskorban cselekvőképtelenné vált személlyel kapcsolatos eljárást és miért nincsenek külön szabályok azok életvitelére vonatkozóan, akik soha sem voltak cse-lekvőképeseek,
- miért zárja ki a jogszabály azt a személyt a pénzkezelésből, aki évtizedekig az ellátott egész életvitelét irányítja?

A gondnok munkáltatója, vagyis az illetékes hivatal jegyzője még egy év után sem látta szükségesnek, hogy munkáltatói jogkörében eljárjon, megállapítsa történt-e mulasztás, visszaélés, bűncselekmény. De nem tartja indokoltnak, hogy a gondnokság alatt álló személy életviteléhez szükséges pénzeszközök va-lamilyen formában, de mégis eljussanak a gondnokhoz? Jár-e az intézménynek és a gondnokoltnak ké-sedelmi kamat és azt kinek kell fizetnie?

Majd csak eltelt másfél év, mire a hivatal megteszi feljelentését, aztán még egy félév, amíg a bíróság meg-állapította a sikkasztás tényét, a gondnokot elbocsátották, elítélték és kártérítésre kötelezték. A gyámhi-vatal lassan kezdi rendezni az elmaradt utalásokat, de folyamatosan hivatkozik arra, hogy a gondnok által elsikkasztott teljes összeg visszaszolgáltatására csak akkor lesz lehetőség, ha a bíróság által elren-delt kártérítés véglegesen rendeződik. Hogy ez mennyi, mikorra várható, a gondnoknak milyen ütemben kell teljesíteni, van-e végrehajtási lehetőség, arról az intézménynek információt sem a hivatal, sem a ha-tóság nem hajlandó kiszolgáltatni. Hivatkozik a hivatal arra, hogy az összes károsult gondnokolt nem-csak ebben az intézményben él, hanem más intézményekben is, ezért adatokat az ő jogaik védelmében sem szolgáltatni. De értsük meg, a gondnokok feladataikhoz képest aránytalanul méltánytalan díja-zásban részesülnek és egyébként is az ellátottak biztonságban vannak és jó ellátásban részesülnek. A szakember halkán megkérdezi, hogy ezt honnan is tudják?

Minden esetre hosszas tárgyalások kezdődnek a hatósággal és a hivatallal, míg sikerül egy sehol nem sza-bályozott gyakorlatot kialakítani a hasonló esetek elkerülésére.

Ez az a történet, amelyhez hasonlóak a szakterület sok-sok hivatalánál és intézményénél oly mértékben vitatottak, hogy több bírósági per is lefolyt már, többnyire az intézmény és a gondnokolt javára vonat-kozó ítélettel. Mindez azonban ma azért izgalmas, mert a Ptk. módosulása és a gondnokság rendszeré-nek újra szabályozása során rengeteg emberjogi- és szakmai kérdésre kell válaszokat adni.

2.7. Hetedik (dupla) történet a kétszeres rehabilitációról, oda és vissza

Az első eset:

Az 1970-es években egy kis faluban működő, nagy létszámú intézetben élt egy nagyon fiatal – 18 éves – ember, aki állapotát tekintve halmozottan sérült volt. Mindkét sérülés (értelmi- és mozgásfogyatékos) vi-szonylag enyhe volt, ezért sikerült néhány év alatt szocializációs státuszát oly mértékben rendezni, hogy

kísérletet tegyen az intézet a civil világba történő kihelyezésére. A körülmények akkori szerencsés alakulása folytán az intézmény székhelyén működött egy ipari szövetkezet is, amely hajlandónak mutatkozott munkahelyet biztosítani betanított munkák végzésére. Mintegy félév próbaidő alatt kijáró lakó a szövetkezet dolgozója volt, majd az intézet keresett számára a faluban egy albérletet, ahová ki is költözött, azt megtakarított pénzéből berendezte és még egy további fél év, férőhely fenntartás után az intézettel való jogviszonya is megszűnt. Természetesen a kapcsolat – hiszen egy faluban éltek – az intézmény munkatársaival, a fiúval és a szövetkezet vezetőivel, dolgozóival soha nem is szakadt meg.

Így telt el közel 11 év. A fiú közben nemcsak idősödött, hanem sokat tanult fejlődött is, de végig nagyon egyedül volt. Majd kezdtek róla rossz hírek érkezni, italozott, időnként nem ment be a munkahelyére, sőt néha napokra nyoma is veszett. Közben az intézet és a szövetkezet vezetősége is cserélődött, tehát a probléma mindenkinek új volt, kivéve a fiút, aki biztosan haladt a züllés útján. Bekövetkezett az az állapot, amikor a munkahely már nem volt képes tovább tolerálni dolgozójának mulasztásait. Egyre több problémát okozott helyzete és állapota az akkori községi tanácsnak és a falu lakosságának is, valamit mindenképpen tenni kellett. A feladat önmagát jelölte ki és mindenki számára nyilvánvaló volt, hogy a korábban rehabilitált élet ismét megbicsaklott, ha nem történik valamilyen segítségnyújtás, még tragédia is lehet a vége. Ekkor 1987-et írtunk. A szerencsés körülmény az volt, hogy az intézet területileg illetékes személy ügyében kellett, hogy eljárjon, így az akkori tanács elkészítette a környezettanulmányt és az akkor érvényes szabályozás szerint megtörtént a beutalás vissza az intézetbe. A most már férfiember állapota – aki ekkor 31 éves volt – olyan súlyossá vált, hogy önmaga is belátta, nincs más választása. Az albérlet felszámolásra került, ismét beköltözött az intézetbe. Az elvesztett szocializáció nyomán megindult a reszocializáció. Furcsa ez a meghatározás, de másnak nem nevezhetjük. Két nagyon komoly problémát kellett megoldani, az egyik, megszabadítani a már-már életveszélyes alkoholizmustól, a másik pedig adaptálni újra az intézeti életforma elfogadására. Hosszú és küzdelmes út várt mindenkire.

Ekkor még alig volt ismert az utógondozás fogalma, tartalma. Ma, amikor a történetet írjuk, szakmailag az utógondozás komoly, rendeletileg előírt követelmény, csak éppen forrás nincs a kivitelezéséhez.

Ennek a hosszú és küzdelmes útnak azonban voltak kulcspontnak mondható elemei. Ezek közé tartozott, hogy a leromlott albérleti elhelyezéshez képest viszonylag jó elhelyezést alakítottak ki egy kis létszámú hálszobában. A másik, hogy munkahelyet találtak számára, a harmadik, hogy az alkoholmegvonási tünetek kínjait úgy mérsékelték, hogy személyes szabadságát (13 évig szabadon közlekedett) csak a legszükségesebb mértékben korlátozták és emberi módon, de kontroll alatt tartották.

Ma még nem létezik értelmileg akadályozott emberek számára kidolgozott addiktológiai program. Valószínű, hogy az elkövetkező években erre a problémára is komoly figyelmet kell fordítani.

Természetesen mindezekhez arra is gondolni kellett, hogy a munkaidőn kívül őt érdeklő, tartalmas elfoglaltságot találjanak számára. Ez lett a sport, az asztalitenisz.

Mozgássérültsége ellenére vagy amellet igen szép eredményeket ért el és versenyeket nyert, sőt sporttársai között párra talált. Ma már azt mondhatjuk, hogy tartós párkapcsolatra, hisz több mint 10 éve vannak együtt. S amint eredményesen haladt az újabb típusú szociális rehabilitáció, úgy kezdtek a dolgok minden területen jól alakulni. Stabil munkahelye lett, ahol igen felelős munkakörben, egy gyártási folyamatban a legkényesebb munkaműveletet bízta rá, aminek 100%-osan megbízható és komoly teljesítményt nyújtó felelőssévé vált. Ilyen körülmények között szépen gyarapodott a betétkönyve is, amely egybe esett azzal, hogy igény szintje jelentősen megemelkedett. Párjával kapcsolata – mint hasonló helyzetben lévőknek is – felemás volt, hisz még külön laktak. Hosszú, tartós várakozás után, egy pályázat elnyerésével, sikerült az intézetnek félig-meddig lakóotthonnak nevezhető épület átalakítására támogatást

nyernie, amelyben élettársi lakrészt tudtak elfoglalni. A most 58 éves férfi a nála 20 évvel fiatalabb párjával, önálló életet kezdett anélkül, hogy ellátotti státuszuk megváltozott volna vagy bármi is veszélyeztetné az idő békés múlását...

A második eset:

1977-ben egy üdülőterület vendéglátó-ipari egysége állandóra kiegészítő, mindenes munkást keresett az ország egy másik részén, lakásbiztosítással.

Akkoriban az ilyen gazdasági szervezetet úgy hívták, hogy gebines egység.

A történet szereplője ekkor 37 éves és már 20 éve intézetlakó volt, de az egyik legmegbízhatóbb munkaező, aki az akkori belső foglalkoztatásban – a kazánházban fűtőként – volt nélkülözhetetlen. Egyetlen vágya volt viszont, hogy szeretne kikerülni az intézményből és önálló életet élni. Az intézmény a lehetőséget a vággyal egyeztetve megkísérelte a külső világba való visszavezetést. Az intézmény akkori vezetése nagyon óvatos volt, mert minden jogszabályi terminust kihasználva, csak két év múlva szüntette meg gondozását.

Hét év múlva azonban – az előző esethez hasonlóan, de egészen más tartalommal – megkezdődött a hanyatlás. A mindenes feladatot ellátó volt ellátott valóban mindenes lett, mindent gyűjtött és halmozott, a szemetet, a hulladékot, a használhatatlan háztartási gépeket, tv-eket, textilneműt és még ki tudja mi minden mást. Egy idő után a lakásának egyik helysége 6–8 méter szélességben és 2–2,5 méter magasságban csak hulladékkal volt tele. Időközben a gebines egység működtetésében változás is történt és sem az új működtető, sem az akkor még tanácsként működő községi hivatal, sem pedig a szomszédok nem akarták tovább elviselni a valóban nehezen viselhető állapotokat (bűz- és fertőzésveszély). Mivel szereplőnknek sem rokona, sem közeli ismerőse nem volt, a hivatal munkatársai a volt intézményhez fordultak, intézkedjenek, segítsenek. Ekkor azonban kiderült néhány „apróság”. A fiatalembernek nem volt állandóra bejelentett lakása, csak ideiglenes tartózkodási helye, készpénz vagyona szinte a nullával egyenlő volt, egészségi állapota erősen leromlott. Annak ellenére, hogy az intézménynek már semmi felelőssége nem volt, kötelezettsége még kevesebb, elkezdődött a gondolkodás, hogyan lehetne a volt gondozottat mégis megmenteni.

Az esetet lejegyző szakember súlyos elméleti problémának látja, hogy a mai integrációs felfogás szerint egyáltalán kinek lehet felelőssége ebben a helyzetben az önmagát már ellátni újra képtelen ember segítésében. Most úgy tűnik, ha egy ilyen személy munkahelyről és szállásról kikerül, csak a hajléktalan ellátás szociális munkásai tudnak segíteni. Ami az elméleti gondot illeti, hogy a fogyatékos ember segítése hajléktalan státuszban, még nem tisztázott szakterület, bár az intézmények szinte naponta kénytelenek szembesülni a problémával.

Az esetünkben két dolog bizonyult igen nehéznek, az egyik, hogy maga az érintett hallani sem akart arról, hogy visszakerüljön az intézetbe, a másik, hogy területen kívülinek számított, tehát felvételéhez egyedi engedélyre volt szükség. Elkezdődött a hivatalos procedúra, az akkori tanács titkára környezet-tanulmányt készített, ami még mai fogalmak szerint közel sem volt nevezhető gondozási szükséglet felmérésnek, azonban kellően tartalmas és plasztikus volt ahhoz, hogy a szociális intézeti beutalás megalapozottnak legyen tekinthető. Az előéletre való tekintettel a kérelem arra vonatkozott, hogy az őt kibocsátó intézet fogadhassa vissza az érintettet. Szerencsésnek tekinthető módon éppen az intézetnek volt szabad férőhelye, valamint még mindig volt szénfűtéses kazánháza és mindenki emlékezett rá, hogy az érintett egykor kiváló fűtő volt. Ez ellen a megoldás ellen az szólt, hogy így megszakad a munkaviszonya, és az eddig megszerzett sokéves jogosultság kárba vész. Akkoriban az intézetnek volt egy külső munkahelye, ahol kommunális feladatok végzésére alkalmaztak az intézeti lakók közül egy külön brigádot egy közeli kisvárosban. Tehát a megoldás: vissza az intézetbe gondozottnak, a kijáró brigádba munka-

hely biztosítás, aztán majd meglátjuk. A területen kívüli személy felvételére az engedélyt az intézet megkapta, a munkahely fogadta, most már csak az „áttelepítés” volt hátra. Komoly stratégiát kellett kidolgozni a lebonyolításhoz, mivel számítani lehetett arra, hogy az érintett személy részéről ellenállásba ütközünk. Ezért a tanács megszervezte a hulladék azonnali megsemmisítését és a terület fertőtlenítését, az intézmény a szállítást szervezte. A lakóhely udvarán a lomot tartalmazó helyiség előtt elkezdett növekedni egy máglya, ezzel egyidejűleg a használható holmik bekerültek a szállító autóba. Az akkori KÖJÁL emberei a kihordott szemetet azonnal meggyújtották, a nem éghető fémtárgyakat oltott mésszel lelocsolták, fertőtlenítették. Amikor a használható és fontos személyes tárgyak (hűtőgép, Tv, kerékpár stb.) a gépkocsira kerültek, akkor hosszas tusakodás után a most már beutalt gondozásra váró férfi, nagy nehezen elhagyta a terepet és ismét intézetlakó, gondozott lett.

Nehéz volt a beilleszkedés, de a régi ismerős társak, intézeti dolgozók, ha nem is könnyűszerrel, de a legnehezebb időszakon átsegítették az újonnan érkezőt. Ekkor az ellátott 47 éves volt. Mindennek ellenére sikerült a nyugdíjhoz szükséges szolgálati időt összeszedni, így aztán amikor a külső munkahely megszűnt újból visszakerült régi intézeti munkahelyére a kazánházba. Mindez tartott addig, amíg a 2000-es évek elején a szénfűtést kiváltotta a gázfűtés, ekkor a férfi valóban és ténylegesen nyugdíjas lett, és azóta viszonylag békésen éli az idős lakók nyugodt életét. Bár még mindig szeret gyűjtögetni, így az intézmény dolgozóinak folyamatosan résen kell lenni, hűtőt olvasztani és mindazt az ételmaradékot, amit az állatok nem esznek meg (macska és kutya), kisebb-nagyobb harc árán megsemmisíteni.

2.8. Nyolcadik, záró történet, azaz a Happy End

A szociális intézményi ellátás egyik, talán kivédhetetlen jelensége az ellátottak általános értelemben vett kiszolgáltatottsága, mert állapotuknál fogva sokféle értelemben védtelennek is tekinthetők. A kiszolgáltatottság egyik területe a szexualitás és ezen belül is az emberi méltóság megsértésének veszélye. Mindezek az értelmi sérüléssel élőkkel különös mértékben veszélyeztetik, amelynek több szintje is van. Az egyik szint az együttlakók között kialakuló kapcsolatok területén található. A másik szint, amikor a lakók és az intézményben dolgozók közötti kapcsolatok alakítanak ki különleges helyzeteket. A harmadik, amikor a lakók természetes szabadságjogaikat gyakorolva az intézmény elhagyásakor kerülnek méltatlan körülmények közé. Az a történet, amelyről most szó lesz a 2. szintű helyzetből bontakozott ki és a végkifejletig több éves terminusról beszélhetünk.

Egy női lakó, – aki minden dokumentuma szerint középsúlyos mértékben mentálisan sérült állapotú – meglehetősen sok magatartási problémával élte mindennapjait. Ezek a problémák a nagy létszámú ellátotti körben is a legkritikusabb helyzetűvé tették, így fontolóra kellett venni a fogyatékosok ápoló-gondozó otthonából a pszichiátriai ellátást nyújtó gondozó intézetbe való áthelyezés lehetőségét. Természetesen a helyzet kezelésekor az intézmény folyamatosan megkísérelte a gyógypedagógiai- és ideggyógyászati-pszichiátriai eszközök alkalmazását is, sajnos igen kevés sikerrel. A személyiségkép egyes területein – akár az önkiszolgálás, akár a munkavégzés, akár a közösségi kapcsolatok területét tekintették – problémák támadtak, tetézőve mindezt a családi háttér hiányával, tartós párkapcsolat kialakulásának és az ebben való próbálkozásoknak az ellehetetlenülésével. Végső soron tehát, mint annyi más esetben, itt sem sok választási lehetőség maradt: pszichiátria vagy az utca.

Volt az intézménynek egy dolgozója, aki kisértő területen nehéz munkát végzett, azt jól látta el és alapvetően hasznos segítője volt az intézet működtetésének, családi állapotát tekintve viszont többgyermekes özvegyember. Egyszer csak az intézményben elterjedt a pletyka, hogy valamiféle kapcsolat kezd kibontakozni nevezett özvegyember és az ellátott között. Természetesen ennek a szóbeszédnek volt ilyenolyan felhangja is. Voltak, akik botrányosnak tartották és azonnali intézkedést követeltek, voltak, akik azt

mondták, hogy ha a kapcsolat intézeten kívülre kerül, senkinek semmi köze hozzá és természetesen akadtak olyanok, akik élcelődtek és gúnyolódtak. A szóbeszéd is különböző szinteken zajlott, így kivették részüket belőle az intézmény lakói, dolgozói és a település lakosai is, és bár nem volt ez túl hangos vagy harsány, de előbb-utóbb mégis csak oda kellett figyelni rá. E szóbeszéd egyes részleteit tehát nem hagyhatta figyelmen kívül az intézmény vezetése sem. Az igazgató, a helyette, a gazdasági-műszaki vezető saját magánvéleményén túl mindenképpen felelősnek is tekinthető.

Ilyen helyzetre vonatkozó szabályozás ma sem létezik, hisz panaszt senki sem tett. Talán az igazgatónak hivatalból kellett volna vizsgálatot indítani, de semmilyen bizonyítékkal sem rendelkezett.

Tehát mindenki a maga szintjén megpróbálkozott az igazság kiderítésével. Ahogy az már lenni szokott első néhány próbálkozásra mindenki tagadott, sőt ebben a helyzetben érdekesnek tekinthető módon a pedagógusok részéről történő legtapintatosabb érdeklődést is az érintett hölgylakó majdhogynem agresszív módon utasította vissza. A férfiember csak kitartóan és határozottan tagadott, amiben semmi meglepőt nem talált senki. De hát a helyzet adta önmagát és a három műszakos munkakör kínálta is az alkalmat néhány futó találkozásra munkaidőben és intézményen belül. Ez pedig akárhogy is nézzük nemcsak a munkahelyi fegyelem megsértésének tekinthető, hanem közel jár a lakó állapotával való visszaélés gyanújával is. Aztán egyszer már, nemcsak a pletyka, hanem konkrét állítások is megtalálták az intézmény vezetését. Most már nem volt mit tenni, az intézmény vezetője hívatta a dolgozót és egy nagyon hosszas, alapos és mondhatni őszinte beszélgetés után válaszút elé állította munkatársát. Gondolja végig a helyzetet és vagy keressen más munkahelyet, vagy létesítsen legális élettársi vagy házastársi kapcsolatot, amely esetben az intézet lakójának kell az intézetet elhagynia. Mindennek végiggondolására és a döntés meghozatalára természetesen nem hivatalos formában, egy hónap gondolkodási időben állapotok meg. A hosszú, őszinte beszélgetés során azért az is nyilvánvalóvá vált, hogy ebben a kapcsolatban lényegesen többről van szó. Hasonló érzelmekről sikerült meggyőződni a másik oldalról is, így hát a várakozási idő átment visszafogott drukkolásba, hogy helyesen döntsenek, mivel mindkét félnek a teljesen önálló szabad döntés lehetősége kínáltatott fel.

Ebben az időben még nem nagyon lehetett hallani az emberi jogok mai értelmezéséről.

Közben természetesen azért voltak mellékhangok is, ki-ki a saját morálja szerint hangoztatta, hogyan is kellene rendezni ezt a dolgot. Volt, aki szinte követelte, hogy tegyen az intézet feljelentést, hisz nyilvánvaló a zaklatás, az emberi méltósággal való visszaélés. Aztán volt, aki nemes egyszerűséggel azt mondta, a férfit el kell zavarni az intézetből, a lányt meg át kell helyezni egy másik intézetbe. A vezetők meg úgy döntöttek, hogy kivárják az egy hónapot és mindenkit arra kértek, hogy legyenek türelmesek és csak arra vigyázzanak, hogy ez idő alatt egyik fél se kövessen el semmiféle komoly hibát.

Az intézet dolgozója ez idő alatt, nemcsak hogy átgondolta a helyzetét, de nyilvánvalóan és érzékelhetően igyekezett kipuhatolni, hogy közvetlen környezete, családtagjai mit szólnának hozzá, ha az intézményből vinne a házhoz asszonyt. Aztán letelt az egy hónap és a férfi – becsületére legyen mondva – néhány nappal a határidő lejárta előtt bekopogott az igazgató irodájába és közölte, úgy döntött, inkább megházasodik, de nem hajlandó lemondani a lányról, és ha az intézmény segíti a formásokat, az adminisztrációt elintézni, feleségül veszi választottját.

Az intézményi szakemberek az igazgatóval együtt örültek is, meg nem is. Örültek, hogy a helyzet botrány nélkül megoldódik, örültek, hogy az egyik legnehezebben kezelhető, az intézeti életformát nehezen tűrő lakó valamiféle révbe ér, de aggódtak is, vajon mi lesz ebből a házasságból, vajon tud-e a két ember úgy összenőni, hogy később ne szoruljanak újabb segítségre, ne kelljen életükbe beavatkozni. Ez utóbbi aggodalmat elsősorban az a tapasztalat táplálta, hogy az intézet női lakójának állapota sok éven keresztül volt igen kedvezőtlen. A gyógypedagógus szakma szempontjából nézve nagyon kis valószínű-

sége látszott annak, hogy az intézeti életformából kilépve önálló háziasszonyként megállja a helyét az új asszony.

Sok éve már ennek, (idén már 20 év) és a házasság mind a mai napig minden próbát kiállt, az ember – saját beszámolója szerint – „megnevelte” asszonyát, rászoktatta az önállóságra, a háztartás vezetésére és a saját igényeinek tiszteletben tartására. Ennek fejében biztonságot, otthont és megfelelő emberi bánásmódot nyújtott számára. Ma már nem nyugtalankodik senki, a lakókörnyezet legszűkebb közössége gyorsan és természetesen módon, normálisan elfogadta az új párt, s mondhatnánk mindenki boldog.

Tanulság, nem szabad azt hinni, hogy egy helyzet, egy ember pillanatnyi állapota, még ha ez hosszú pillanat is, reménytelen. Nem szabad papírok, adatok, vélt szakmai bölcsességek alapján ítéletet alkotni. Minden helyzetet a maga természetességében, az összes létező lehetséges emberséges megoldás felkutatásával meg kell próbálni megoldani, és vállalni kell a kockázatot a hivatalos út bejárásának késleltetésével. Van, amikor sikerül. Ez a tényleges és valódi rehabilitáció, a szakma csúcса és egyben alaptörekvése. S bárhogy botladoztunk is benne, nincs okunk a szégyenkezésre.

Kedves Olvasó!

A történeteket lejegyző szakember gondolatai szerint zárjuk füzetünk első részét:

„Most, hogy újra végigolvastam a fenti történeteket és elgondolkoztam tanulságaikon, arra döbbsentem rá, hogy amíg minden lezajlott, közben a „főhősökkel” együtt, eltelt életünk nagyobb és fontosabb része. Írás közben egyszerre felszakadt még számtalan történet emléke, és felidéződött az azokban megélt izgalmak, döntési kockázatok egykori hangulata is. Biztos vagyok abban, hogy bárki, aki a terepen dolgozik hasonló történetek százait tudná elmesélni, és aki eltöltött néhány évtizedet a pályán megértette, hogy a jó szociális ellátás minősége csak részben múlik az anyagi kondíciókon. Ahogy a világ és a mi szakmánk is fejlődik, úgy fog változni azoknak a módszereknek a szemlélete, amelyeket alkalmazunk, de nem fog változni soha az a tény, hogy minden ránk bízott emberi élet a mienkkel együtt csak egyszeri és megismételhetetlen. Amit közösen megélünk, annak megmarad az értéke vagy értéktelensége. Ami megtörtént már a múlt, most már csak az lehet a dolgunk, hogy a velünk lévőknek súgjunk néhány jó tanácsot, sorsunknak pedig köszönjük meg, hogy ilyen szép hivatással ajándékozta meg életünket.”

3. IDŐSEK – DEMENS BETEGEK HELYZETE MAGYARORSZÁGON JÓ GYAKORLATOK, MODELLKÍSÉRLETEK A DEMENS BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN

Az időskori „elbutulás” – demencia – napjaink egyik legsúlyosabb egészségügyi és szociális kihívása. Időszerű beszélünk erről a témáról, hiszen a legfrissebb statisztikai adatokat és a demencia kialakulásának okait, előfordulási gyakoriságát megismerve láthatjuk, hogy a népesség öregedésével párhuzamosan világszerte, így hazánkban is egyre nagyobb arányban kell majd gondoskodni a demens betegekről.

Magyarország népessége fogy, korösszetételének változása miatt pedig idősödik. Ez a folyamat nemcsak Magyarország, hanem Európa lakosságára is jellemző. Ennek megfelelően az EU új programjainak fókuszában áll a fogyatékkal élők mellett az idősek támogatása is. 2050-re a 65 év feletti európai polgárok száma várhatóan 70%-kal, a 80. életévüket betöltött uniós lakosoké pedig 170%-kal lesz magasabb a mainál. 2010–2030. között nyugdíjba mennek az úgynevezett „babyboom” szülöttei, a 65–80 éves nyugdíjasok száma csaknem 40%-kal emelkedni fog. Ez a jelenség komoly kihívások elé állítja a XXI. század Európáját. Egyrészt eleget kell tennie az egészségügyi ellátás iránt jelentkező megnövekedett igényeknek, másrészt oly módon kell egy elöregedő társadalom szükségleteihez igazítani az egészségügyi rendszereket, hogy azok az aktív munkaerő létszámának csökkenése ellenére megőrizték fenntarthatóságukat. Fel kell készülni a várható nehézségekre mind tudományos, mind egészségügyi és szociális téren. Ennek egyik fontos kérdése a demens személyek ellátása.

Az életkor előre haladtával emelkedik a mindennapi életvitelükben korlátozott személyek, mások segítségétől függő, ápolásra, gondoskodásra szoruló aránya. A 70. életév feletti aktív kórházi ellátásba kerülők 2%-a demens, 18%-a mentális és viselkedészavarban szenved. A járóbeteg ellátást igénybevevő idősek 15%-nál állítható fel ugyanez a diagnózis. Kiemelten fontos tehát a prevenciós lehetőségek feltárása, alkalmazása.

A világon jelenleg 35 millió „áldozata” van a demenciának. Világszerte évente 4,6 millió, az Európai Unióban pedig évente 1,4 millió új esetet regisztrálnak.

A demencia típusát a kiváltó okok alapján különböztetjük meg. Az időskori szellemi leépülés leggyakoribb oka az Alzheimer-kór. A demens esetek 70%-ban van jelen ok tényezőként. Európában összesen 7,3 millióra, Magyarországon jelenleg 160 000-re tehető az Alzheimer betegek száma. A második leggyakoribb ok (20–30%) az érederetű, vagy vasculáris demencia. Hátterében az apró agyi erek meszesedése, elzáródása, stroke vagy strok-ok sorozata áll, agyvérzés, magas vérnyomás, cukorbetegség, a tápanyagellátás romlása, megszűnése az agyállomány pusztulását vagy sorvadását okozhatják. A betegség hirtelen vagy fokozatosan kezdődik, szemben az Alzheimer-kórral, amely lassan és folyamatosan súlyosbodik.

Pick-betegség (frontotemporális demencia) csak az agy homlok – és halántéklebenyét érinti. A tünetek az 50-es és 60-as korban kezdődnek, hirtelen megváltozik a beteg magatartása, személyisége, beszédzavar lép fel, de a betegség elején az emlékezet nem romlik. Az idő előre haladtával a zavartság és a demencia egyre súlyosabbá válik. A betegség oka és a hajlamosító tényezők nem ismertek.

A Lewi-testes demencia az agy körülírt területén az agyi idegsejtekben kórosan felszaporodó fehérjékkel kapcsolható össze, oka nem ismert.

A demencia tehát folyamatos leépülést okozó kóros agyi tünetcsoport, amely folyamatban károsodik a memória, a gondolkodás, az önellátó-képesség, a körülményeknek megfelelő (adekvát) viselkedés és az érzelmek kontrollálásának képessége is. A demencia nem ismer társadalmi, gazdasági, etnikai vagy

földrajzi határokat. Az ebben szenvedők egy idő után segítség nélkül nem képesek önmagukat ellátni, cselekvéseiket racionálisan irányítani, így kiszolgáltatottá válnak. Étkezéshez, öltözködéshez, de egy idő után még egy intézményi, így védett környezetben történő sétáláshoz is segítséget igényelnek. Ez a betegség bármely életkorban előfordulhat, de természetesen idős korban gyakoribb és az életkor előrehaladtával növekszik megjelenésének esélye.

A folyamat az emlékezés meggyengülésével kezdődik, a feledékenység az első jel, amit az orvos és a hozzátartozó is észrevesz. A megjegyző emlékezés hiánya tájékozatlansághoz vezet, a beteg figyelme szétzúrttá válik. További tünet, hogy fáradékonyabbá, szórakozottá válik, gondolkodása lelassul, beszéde egyre kevesebb szóból áll, a fogalmakat nem tudja elkülöníteni, meghatározni, képtelen elvonatkoztatni. A beteg érzelmi világa is torzul, érdeklődése beszűkül, végső soron a személyisége is teljes mértékben megváltozik, „más emberré válik”, mondja a környezete. Az érintett betegekben az értelmi funkció hanyatlása tipikus esetben 2-10 év alatt következik be, mindazonáltal a romlás sebessége attól is függ, hogy mi a háttérben meghúzódó ok. Vasculáris demenciában a rosszabbodás lépcsőzetes, minden újabb szélütés állapotromlással jár, amelyet kicsi javulás követhet. Az Alzheimer kórhoz társuló demenciában a mentális hanyatlás egyenletes.

Egy kistelepülésen egyedül élő idős nő esetében a szomszédja figyelt fel a demencia tüneteire. Teljesen laikusán, minden reggel beszélgetett vele a kapuban pár szót mikor hazafelé tartott a boltból. Feltűnt neki, hogy a néni, minden nap ugyanazt a három dolgot vásárolja reggel a boltban. Ezt megemlítette a házi orvosnak, aki miután megnézte a nénit, és belenézett a hűtőjébe, látta, hogy teljesen logikátlan a vásárlási módszere. Egyes élelmiszerekből hat darab is van a hűtőben, míg más alapvető élelmiszerből egy darab sincs. Megbeszélte vele, hogy házi segítségnyújtás keretében a gondozónők segítségére számítva élje tovább az életét. A szociális intézmény vezetője az orvos jelzése után felkereste otthonában a nénit és mivel úgy ítélték meg, hogy az öltözködés, WC használat, tisztálkodás nem okoz gondot, azt javasolták, hogy nappali ellátásban részesüljön. A településen szokás volt, hogy az intézményi autóval felvitték a nappali ellátás helyszínére azon időseket, akik nehezebben mozogtak vagy a Központtól messzebb laktak. Innentől kezdve ő is várta reggelente az autót és a napjainak nagy részét ingergazdag környezetben, idősök között töltötte, ahol képességeinek megfelelően folyamatosan foglalkoztak vele, állapotát így hosszú időn át sikerült szinten tartani.

Azoknál az idős házaspároknál, akik demenciában szenvedő társal élnek együtt, sokszor csak a nem demens társ elvesztése után jönnek felszínre a problémák. Gyakorta csak akkor tűnik fel a családtagoknak is a demencia, amikor az irányítást végző társ kiesik.

Egyik alkalommal azt jelezték a házi orvos felé a hozzátartozók, hogy a papa halála után a mama pár nap alatt rettenetesen lefogyott, gyenge, nem ismeri meg őket. Semmilyen gyógyszert nem szedett eddig és férje haláláig ellátta a háztartást is. Valamilyen akut agyi történésre gyanakodtak, de kiderült, hogy egy évek óta fokozatosan kialakuló demenciáról van szó. A papa irányította egész életükben a mamát, hogy mikor mit csináljon és így volt ez öreg napjaikban is. Szólt neki, mikor menjen főzni, mikor vasalni, mikor kell készülni valahova, pl. sétálni, mikor eljött az este, hogy le kellett feküdni stb. Férje elvesztése után felöltözött ugyan minden nap, a WC használatával sem volt gondja, de képtelen volt az amúgy fizikai jólétben lévő néni megszervezni a saját napját.

A demens beteg számára természetesen az a legkedvezőbb, ha családi környezetben élhet, ha ellátásáról ameddig csak lehet, a megszokott környezetben, családban gondoskodnak. Azonban a tünetek jellegénél fogva egy bizonyos idő után szinte 24 órás felügyeletre van szükség, amelyet kevés hozzátartozó tud felvállalni, részben az egzisztenciális okok, részben a pszichés megterhelés miatt. Ma még ugyanakkor kevés a demens betegek ellátására szakosodott intézmény, a hagyományos ellátási formákban pedig hi-

ányoznak a demensek ellátásához szükséges speciális tárgyi és személyi feltételek és a jogszabályi háttér is. Az ebben a betegségben szenvedőkkel való szakszerű foglalkozás igényes és költséges, minőségi ellátást követel meg.

Demens betegek ellátásának lehetőségei ma Magyarországon

A demens betegek ellátása a szokásos ápolási-gondozási megközelítéstől alapvetően eltérő feladatot jelent. A leépülési folyamat különböző fázisaiban is eltérő feladatokat kell elvégezni. Ahhoz, hogy az ellátási igények változásmozgását tudjuk követni, szükség van korszerű diagnosztikai és terápiás lehetőségek alkalmazására, a gondozási kultúra átalakítására, készségmegőrző, készségmegerősítő programok alkalmazására és a pszicho-szociális háttér biztosítására. A demencia dependenciát, függőségi alárendeltségi állapotot idéz elő. Elsődleges testközeli dependencia, amikor a mindennapi tevékenységek valamelyikében szorul segítségre az idős, így a tisztálkodásban, öltözködésben, étkezésben, WC használatban, kontinenciában. Másodlagos, az eszközhasználattal összefüggő dependencia, így a telefonhasználat, bevásárlás, környezet tisztántartása, főzés, mosás, gyógyszerek bevétele, pénzkezelés, utazás.

Ha megvizsgáljuk, hogy a különböző szolgáltatási formák mennyire alkalmasak a demens betegek ellátására, hogyan képesek kompenzálni az elsődleges és másodlagos dependencia egyes formáit, a következőt láthatjuk.

A betegség korai stádiumában, még az idősök nappali ellátása keretén belül elvileg biztosítható a demens beteg ellátása, de a legtöbb szolgáltató a speciális igényekre nincs felkészülve. Fontos szerepe van a nappali ellátás szakdolgozóinak a betegség időben történő felismerésében és a mielőbbi diagnosztizálás elősegítésében. A legtöbb demencia formánál nincs olyan kezelési mód, amely helyreállítaná a beteg elvesztett képességeit, a megfelelő szakmai munka, a demenciát súlyosbító tényezőket kezelheti, a mentális hanyatlást késleltetheti, lassíthatja. Nagy hangsúlyt kell fektetni a környezeti tényezőkre, így a biztonságfokozó változtatások elvégzésére, pl. a gyenge fény nem biztonságos, a beteg hajlamos a látottakat félreértelmezni, így erős megvilágítást kell alkalmazni. A demens elszigeteltségét meg kell szüntetni, inger gazdag környezetet kell biztosítani, de a túl sok inger is kerülendő.

Szintén a korai stádiumban, a családra háruló 24 órás állandó „tehertől” időszakosan mentesülni lehet, a házi segítségnyújtás, étkeztetés, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi szolgáltatás igénybevételével.

Ma Nyugat-Európában az intézménybe kerülés elsődleges oka a demencia és társult betegségei. A bentlakásos otthonok hazánkban is egyre inkább szembesülnek azzal, hogy az intézményben növekvő arányban jelenlévő demensek számára adekvát ellátási keretek között a szokványos gondozási feladatoktól eltérő ellátást kell biztosítani. Ez csak olyan gondozási egységben valósítható meg, amely messzemenően képes figyelembe venni a speciális szükségleteket. A bentlakásos intézményekben szakmai viták tárgya a „demens részleg” létrehozásának szükségessége. Együtt, integrálva gondozza a szolgáltató a demens betegeket, részlegeket kialakítva vagy teljesen elkülönült, speciális intézményekben? Bármely feltételek között történik az ellátásuk, alapfeltétel a biztonságuk megteremtése.

A demens betegek ellátása magasabb gondozói létszámot igényel, hiszen elengedhetetlen a folyamatos kontaktus fenntartása és az intenzív egyéni foglalkozás.

Tárgyi feltételeket tekintve a már említett biztonságos, az ellátottak számára is jól átlátható, egyértelmű jelzésekkel ellátott környezetet kell kialakítani. A védett környezetben lehetőséget kell biztosítani a betegek intézményen belüli, a megfelelő terek kialakításával megalapozó szabad mozgására, szabad levegőn tartózkodására. Kiemelt jelentőséggel bír, hogy a demens beteget a környezete csak annyira

korlátozza függetlenségében, amennyire az állapotából adódóan szükség van rá. Ugyanakkor sértjük a demens beteg alapvető jogait, életét és egészségét is veszélyeztetjük, ha a biztonságot adó feltételeket nem teremtjük meg.

A demens ellátottak gyakran kerülnek a krónikus ápolási osztályokra, ahol – a hazai gyakorlat szerint – jellemzően három hónapig maradnak. A rehabilitációs osztályokra baleset, leggyakrabban esés utáni combnyaktörés miatt kerülnek a demens idősök. A rehabilitációs környezet nemcsak a rehabilitációs osztály lehet, hanem egy erre felkészült szociális intézmény, illetve a család is. Lényeges, hogy az idős személy úgy folytathassa az életét, mintha nem történt volna vele baleset. Arra kell hangsúlyt fektetni, hogy a baleset előtti ellátási képességét állítsuk vissza, fájdalomcsillapítás mellett a régi mozgásminták felélesztésével.

Demens betegeket ellátó rendszer hiányosságai

A demensek nappali ellátása gyerekcipőben jár, pedig ez az egyik olyan lehetőség, amely biztosíthatja az idős ember családban maradását. A család a napközbeli tevékenységeit úgy tudja ellátni, hogy az idős hozzátartozója megfelelő környezetben tölti a napjait.

Demensek otthoni asszisztenciájáról beszélünk akkor, amikor az idős ember lakásán tartózkodik a gondozónő és az otthonában segíti a mindennapos tevékenységek ellátásában. Ez a megoldás időigényes, arányosan magas létszámú humánerőforrást feltételez.

Az otthoni ellátásnak nem a páciens állapota, hanem a környezet és az ellátórendszer rugalmassága, teherbíró képessége szabhat határt. Ha a családtagok nem tudják felvállalni a gondozást, az intézményi ellátás pedig nem megoldható vagy nem kívánt megoldás, akkor a feladatot egy minimális képzéssel és jó szívvel rendelkező is képes elvégezni, tehát ez nemcsak időspolitikai kérdés, hanem foglalkoztatáspolitikai kérdés is lehet.

Demens betegek bentlakásos ellátását, hazánkban a fentebb leírt módszerek útján a legtöbb bentlakásos intézménynek fel kell vállalni. Tekintettel arra, hogy egységes szakmai protokoll nem készült, a vezetők a szakmai tapasztalataikra, külföldi mintákra alapozva alakították ki az intézményi gyakorlatot.

Új ellátási formák

Franciaországban, Németországban jól működő, a demens betegek szükségleteit kielégítő szolgáltatásokat nyújtanak az akut geriátriai kórházi osztályokon, geriátriai és demencia rehabilitációs egységekben, geriátriai nappali kórházakban, otthoni kórházi ellátásban, ahol általában magasabb technikai igényű és szakápolási tevékenységek – mesterséges táplálás – is megvalósulnak.

Ezen kívül új ellátási formák csak kis számban működnek. Ennek egyik példája a lakóhely közeli átmeneti elhelyezés, amely hazánkban is működik, 12 fős egységek, alacsony számú személyzettel, a helyi magánellátókra (házi orvos, ápoló, gyógytornász) építve.

Az új ellátási formák célja: a kórházi tartózkodás rövidítése, specifikus geriátriai ellátás bevezetése mihamarabb a poszt akut szakban, a sürgősségi és akut ágyon történő ellátás elkerülése és a dependencia ellátása.

Demens betegek érdekvédelme

Többféle álláspont ütközik akkor, amikor kérdésként merül fel, hogy a demens betegeket szükséges-e gondnokság alá helyezni. A szociális, de a jogi szakma szabályai sem írják elő ezt kötelező jelleggel. Ha a demens személy ellátása, gondozása az otthonában történik, ez természetesen elsősorban a család és

hozzátartozók döntése. Ha az életvitel nem kívánja az ügyek vitelének minősége miatt a gondnokság alá helyezést, akkor nem szükséges feltétlenül a demens személyt gondnokság alá helyezni. Más a helyzet, ha intézményi elhelyeztként romlik meg az egyén állapota. Bizonyos esetekben az intézmény vezetőjének kötelessége jelezni a gondnokság alá helyezés szükségességét a gyámhatóság felé, pl. amennyiben a család az ápolás-gondozás vonatkozásában kíván rendelkezni az ellátott helyett, és ez az intézmény szakemberei által jól láthatóan az ellátott érdekével ellentétes.

Fő szabály szerint a házastárs, egyeneságbeli rokon, testvér, ügyész, gyámhivatal kezdeményezheti a gondnokság alá helyezést. Ha a gyámhivatal tudomást szerez arról, hogy valakit gondnokság alá kell helyezni, elsőként tájékoztatja a rokonokat ez irányú lehetőségükről, amennyiben ezt ők 60 napon belül nem teszik meg, a gyámhatóság jár el.

Önmagában a pszichés állapot fennállása tehát nem eredményezhet gondnokság alá helyezést, ehhez az is kell, hogy az adott személynek az ügyei vételéhez szükséges belátási képessége átmenetileg, tartósan vagy véglegesen, nagymértékben vagy teljesen csökkenjen. Gondnokság alá helyezésről kizárólag a bíróság dönthet. Minden személy cselekvőképes, akinek a cselekvőképessége nincs korlátozva.

A bíróság korlátozottan cselekvőképesekek esetében korlátozhatja az adott személyt cselekvőképességében mindenre kiterjedően, vagy bizonyos ügycsoportok tekintetében. Ha csak bizonyos ügycsoportokban, – pl. családjogi nyilatkozat, egészségügyi ellátás – kerül korlátozásra a cselekvőképesség, akkor a többi ügycsoportban cselekvőképesekek kell az adott személyt tekinteni.

A gyakorlat azt mutatja, hogy idős, demens személyek esetében a bíróság az általános jelleggel történő korlátozó gondnokság alá helyezést részesíti előnyben az ügycsoportos helyett. A korlátozottan cselekvőképes személy jognyilatkozataihoz kell a törvényes képviselő hozzájárulása. Bizonyos nyilatkozatokat ugyanakkor tehetnek önállóan, így a személyes jellegű nyilatkozatokat, pl. közzérendelethez egyedül tehetnek, ha személyiségi jogukat megsértik önállóan érvényesíthetnek igényt. A juttatásaik 50%-a felett szabadon rendelkeznek, a mindennapos életben tömegesen előforduló kisebb jelentőségű ügyleteket – bevásárlás – szabadon is megköthetik. Továbbá minden olyan szerződést megköthetnek, amiből csak előnyük származik, pl. ajándékozásnak kedvezményezettjei lehetnek.

A gondnok önállóan a gondnokolt helyett nem járhat el, ez csak kivételes eset, így ha közokiratban foglalva a gondnokolt a gondnokot felhatalmazza, hogy helyette járjon el, továbbá ha a gondnokolt érdekében azonnali intézkedésre van szükség. A gondnok és a gondnokolt közös kérésére – kizáró gondnokság esetében csak a gondnok kérésére – a gyámhatóság engedélyezheti, hogy egyenesági leszármazó számára indokolt célból nagyobb vagyont ajándékozzon, de csak a köteles rész mértékéig.

Természetesen cselekvőképtelennek is minősíthetnek demens ellátottakat. Ekkor kizáró gondnokság alá kerül az adott személy, ami általános jellegű, tehát nincs lehetőség ügycsoportos döntésre. A cselekvőképtelen személy helyett a gondnok tesz jognyilatkozatot, de a mindennapos életben tömegesen előforduló kisebb jelentőségű szerződéseket megköthetik ők is. A cselekvőképtelenként végrendelkezett végrendelete érvénytelen.

A demens betegek akár cselekvőképességüket megtartva, akár gondnok segítségével élnek közöttünk, az alkotmányos jogok maradéktalan és teljes körű tiszteletben tartásával kell a szükségleteik kielégítésében segíteni őket. A jogérvényesítés feltételeinek megteremtése az intézményvezető irányításával valamennyi munkatárs feladata.

A demens betegek jogvédelme érdekében a teljes körű ellátás biztosítása során az alábbiakra kell különösen nagy hangsúlyt fordítani:

– Védett, biztonságos, stabil környezet megteremtése

Olyan körülmények kialakítására kell törekedni, ahol lehetőség van a betegnek az intézményen belüli mozgásra, szabad levegőn tartózkodásra, intézményen kívüli program esetén kísérőre, a tájékozódását, a biztonságát segítő segédeszközök használatára.

– Folyamatos orvosi ellátás, szűrővizsgálatok, gyógyszeres kezelés biztosítása.

Fontos, hogy időben megtörténjen az állapotfelmérés és a mentális hanyatlás állapotában is alkotmányos és alanyi jogaik tiszteletben tartásával élhessenek, kiemelten a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogra.

– A gondozás és ápolás jelentősége, a szeretetteljes és gyengéd bánásmód fontossága.

A demens betegek ápolása, gondozása során kiemelt figyelemmel kell lenni arra, hogy a demencia társul-e valamilyen betegséggel, pl. látásromlással. Amennyiben a demens beteg egészségi állapota elhanyagolt, például nem veszik észre, hogy romlott a látása vagy fájdalmai vannak, sérül a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, a biztonsághoz, az emberi méltósághoz való joga. Ugyanezen jogok sérülnek akkor is, ha pl. a hőérzetének elvesztése miatt megfázik, ha az éhségérzet elvesztése miatt nem történik megfelelő ételmiszer illetve folyadékbevitel, vagy ha nem kapja meg a szükséges diétát. Sérül az emberi méltósághoz való joga a demens ellátottnak, ha sértések, gúny tárgyává válnak. Fontos, hogy az érintett környezete rendelkezzen információval a demenciáról, így vélhetően megértőbbek és segítőkészebbek lesznek környezetében.

– A demens betegek állapotának megfelelő hasznos elfoglaltság, programok biztosítása.

Akár intézményben, akár otthonában él, fontos, hogy olyan tevékenységet szervezzenek a beteg számára, amely leköti, lehetőleg sikerélményt is okoz, hiszen a jó közérzet, siker oldja a stresszt, a feszültséget, pozitívan befolyásolja a beteg viselkedését. Sérül az emberi méltósághoz való joga a demens betegnek, ha hétköznapijai egyhangúan telnek, ha a szakemberek nem tesznek megfelelő lépéseket a gondozottak meglévő képességeinek megőrzésére.

– Tájékoztatás, információnyújtás

A demens betegnek is joga van a számára fontos információkhoz hozzájutni. A tájékoztatás legyen egyértelmű, világos, életkorának, képességeinek, iskolázottságának, lelki állapotának megfelelő. Ellenkező esetben sérül az önrendelkezéshez, tájékoztatáshoz való joga.

– Panaszok kivizsgálása

A demens betegek rossz nyelvi kifejezőkészsége sok félreértésre és jogsérelemre adhat okot. Sokszor nem képesek sérelmeiket megfelelően elmondani, megfogalmazni, éppen ezért ritkábban is élnek ezzel a jogukkal, így a demens betegek jogsérelmének elkerülésére még nagyobb figyelmet kell fordítani.

– A demens személy vagyonának, személyes tárgyainak, értékeinek biztonsága

A demencia tünetei kiszolgáltatottá teszik az egyént, a tulajdonhoz való jogból kiindulva ugyanakkor ezen a területen is számos feladata van a szolgáltatóknak, hiszen a lakótársak által elkövetett jogsértésektől, esetenként a munkatársak, gondnokok odafigyelésének hiányától is szenvedhet a demens betegséggel küzdő idős ember.

Összefoglalásképpen megállapíthatjuk, hogy a szerető, támogató közegben élő demens beteget nem kell feltétlenül gondnokság alá helyezni. A gondnokság alá helyezés fontossága abban áll, hogy a beteget a kiszolgáltatottsága miatt ne lehessen becsapni, kihasználni, vagyonából kiforgatni. Jelenleg hatályos szabályozások szerint sürgős esetben, a demens ember vagyonának védelme érdekében lehetőség van arra, hogy a gyámhatóság zárlatot rendeljen el és zárgondnokot rendeljen ki. Ebben az esetben köte-

lező megindítani a gondnokság iránti eljárást. Azonnali intézkedést igénylő esetekben ideiglenes gondnok kirendelésére is van lehetőség, meghatározva, hogy a gondnok mely ügyekben járhat el a demens személy helyett.

Gondozók kiégésének megelőzése

A demens betegekkel való foglalkozás eredményesen csak team munkában valósítható meg. Ennek a csapatnak tagja az orvos, ápoló, gondozó, mentálhigiénés szakember, illetve gyógypedagógus is. A team munka legfontosabb feladata, hogy közösen megbeszélte és kialakított módszerekkel, feladatmegosztással, hatékony, egyénre szabott gondozást nyújtsanak a dolgozók az ellátottak számára.

A demens betegek ellátása megterhelő, teljes embert igénylő feladat. A munkatársak egy idő után megterhelőnek érezhetik a tevékenységeiket, esetleg kevésbé érezhetik sikeresnek a feladataikat. Ennek következményeként hangulatukban, majd munkakedvükben negatív folyamatok indulhatnak el, akár depresszióssá is válhatnak, kimerülhetnek. Nagyon nehéz azt feldolgozni, hogy a demens betegekkel foglalkozó munkatárs minden tőle telhetőt megtesz, mégsem „gyógyul” meg a beteg, nem változik, vagy romlik az állapota.

A munkatársak mentálhigiénéjének megőrzése érdekében kiemelten fontos, hogy saját testükkel, lelkükkel is megfelelő módon bánjanak. A rendszeres szupervízió segíthet abban, hogy a dolgozók ne kudarcként éljék meg a demens betegekkel való foglalkozást. A szupervízor segíthet az esetek feldolgozásában, annak elfogadásában, hogy a betegség olyan állapot, amelyre jelenleg nincs más gyógymód, mint elfogadni ezt az állapotot és a lehető „legsikeresebben” együtt élni vele.

Másik jelentős probléma, hogy az intézményen belül konfliktusok alakulhatnak ki a demens és nem demens idősök között. Nem ritka eset, hogy a nem demens lakótársak kiközösítik, megszólják, nehezen tolerálják a demens idősök viselkedését, ami el kell ismerni, hogy nem alaptalan reakció. Hiszen az idősöknek esetenként azzal kell szembesülni, hogy a demens társuk befekszik az ágyukba, – akár melőljük is –, megeszi az ételüket, használja a személyes tárgyaikat, felborult napszakérzékelése miatt éjszakai pihenésükben zavarja őket.

Ezen nehézségek megoldásában sokat segít, ha a lakótársak részére a szakember elmagyarázza a betegség lényegét, mit miért csinál a beteg. Azért is nagyon fontos a konfliktusok csökkentése, mert azok kiéleződése kapcsán, ha az intézményvezető végül úgy dönt, hogy megoldásként csak a demens ellátott elköltöztetése, áthelyezése marad, szembesülni fog azzal a következménnyel, hogy az áthelyezést követően a demens beteg állapota rohamosan romlik. Lehetőleg tehát az inger gazdag környezet biztosításán túl azt is szem előtt kell tartani, hogy az idős személyt ne emeljük ki az addig megszokott környezetéből.

Családerősítő programok

A demencia nemcsak az érintett beteg nehézsége, hanem a gondozást vállaló hozzátartozóé is. A nálunk ismert szociális ellátórendszer szolgáltatási kínálatából jelenleg még nagyon sok helyen hiányoznak a családtagjuk ápolását és gondozását végző hozzátartozóknak, családtagoknak kínált szolgáltatások. Nagyon fontos és nagyon nehéz feladat a családtagokkal megértetni a betegség lényegét, elfogadtatni velük a szerettük jellembeli változásait, hogy pl. a szülő egy idő után esetleg már meg sem ismeri gyermekeit, unokáit.

Az egyik hozzátartozó azt panaszolta a szakembernek sírva, de mégis meghatódva, hogy az általa ápol, szellemileg leépült édesanyja megkérdezte tőle: „nővérke magának nincs családja, hogy mindig itt van velem?”

Hiánypótló, értékes munkát végez pl. a Memória Alapítvány, amely a szellemi hanyatlásban szenvedők és családtagjaik segítésére ismeretterjesztő klubot, hozzátartozói klubot is működtet.

Elérhetőségük: <http://www.memoriaalapitvany.hu>

Prevenció

A jó egészségi állapot kihat az életminőségre, hiszen minél tovább maradunk egészségesek, annál nagyobb eséllyel őrizhetjük meg önállóságunkat, függetlenségünket és aktivitásunkat. A ma elfogadott tudományos nézet szerint az érbetegségek rizikófaktorai az Alzheimer-kór kialakulásához is hozzájárulhatnak, mint pl. a magas vérnyomás, az elhízás, a kevés mozgás, a magas vércukor- és vérszír szint, amelyek ellen már fiatal korban is lehet tenni.

Az élethosszig tartó tanulásnak, az agy rendszeres edzésének is komoly jelentősége van a megelőzésben. Az izmaink sorvadásához lehet hasonlítani az agyi működési folyamatokat is, ha nem használjuk az izmainkat, azok sorvadásnak indulnak, ha nem használjuk az agyunkat, az is lassú leépülésnek indulhat. A rendszeres agytorna, pl. keresztrejtvényfejtés, zenehallgatás lassíthatja az egyébként megkezdődött kóros mértékű szellemi hanyatlást is. Jó eredmények érhetők el kezdődő demenciánál a számítógép adta lehetőségek által is, idős korban is fel lehet kelteni az érdeklődést az informatika alapvető gyakorlására.

Brit kutatások bizonyították, hogy kisebb a demencia kialakulásának kockázata azoknál, akik hosszabb időt töltenek az oktatási rendszerben. A vizsgálat során kiderült, hogy a magasabb iskolai végzettségű emberek agyában is fellelhetőek voltak azok a patológiai elváltozások, amelyek a haláluk előtt szellemileg leépült emberek agyában is láthatóak voltak, ám az ő agyuk ezt hatékonyabban ellensúlyozta.

Feltétlenül oda kell figyelni a demens beteg ápolása során, a szinten tartás és további romlás megelőzése érdekében a következőkre:

1. Kapjon megfelelő információt saját betegségéről a beteg és a hozzátartozója.
2. Folyamatos és megfelelő orvosi ellátást kell biztosítani a beteg számára.
3. A leépülése valamennyi fázisában, az esetleges gyermeki tulajdonságok ellenére is felnőttként szükséges bánni vele.
4. Biztosítani kell számára a lehetőséget, hogy kifejezhesse érzelmeit és azokat mások vegyék komolyan.
5. Ne kezeljék őket pszichotróp szerekkel, csak ha feltétlenül szükséges.
6. Biztonságos, ismert környezetben értelmes tevékenységgel töltsék napjaikat.
7. Kapcsolatokat tarthassanak másokkal, legyen lehetőségük a vallásuk gyakorlására.
8. A demencia területén megfelelő ismeretekkel rendelkező gondozók jelenlétét kell biztosítani.

A hatékonyabb demens ellátás érdekében feltétlenül szükséges, hogy a szociális ellátás és az egészségügyi ellátás közeledjen egymáshoz. Szükséges továbbá a dependencia pontos felmérése a legmegfelelőbb segítő szolgáltatások megtalálásához, lehetőleg elkerülve a kórházi ellátást. Kiemelt terület az oktatási rendszerek felkészítése a demenciával járó esetek megfelelő szakmai kezelésére, ápolására alkalmas szakemberek képzésére.

Jó gyakorlatok, modellkísérletek a demens betegek ellátásában a szociális szolgáltatás biztosítása során

Az előzőekben betekintést adtunk arra vonatkozóan, hogy milyen sokoldalú szakmai ismereteket igényel ezen célcsoport komplex ápolása-gondozása. Elengedhetetlen feltétele a magas színvonalú demens ellátásnak, a szolgáltató/intézmény valamennyi munkatársának bevonása az azonos szemléletű és az ellátott változó szükségleteit és érdekeit figyelemmel kísérő gondozási modell megvalósításába. Mindez természetesen nagyon időigényes és összehangolt tevékenységet feltételez mind az intézményi vezetés, mind a gondozás folyamatában résztvevő stáb részéről, továbbá elengedhetetlen az ellátott hozzátartozóinak megfelelő szintű tájékoztatása, lehetőség szerint aktív bevonása is a gondozás folyamatába. A gyakorlati nehézségek kiküszöbölését segítheti, hogy több tanulmány, szakirodalom is rendelkezésre áll a különböző demens gondozási-programok beindításához, de mindennek az alapja – ahogy a következőkben láthatjuk – a munkatársak, a vezetők elkötelezettsége.

Idős emberek szellemi frissességét megőrző program

Az időskorúak otthonaiban egyre nagyobb számban találkozunk olyan ellátottakkal, akik a szellemi leépülés különböző fázisaiban vannak. A mentális hanyatlást mutató idős emberek érdekében az intézményen belül kell megteremteni azon személyi és tárgyi feltételeket, amelyekre épülhet az intenzív gondozás, a személyre szabott bánásmód és a foglalkoztatás.

A következőkben bemutatott módszer Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata által működtetett Idősek és Csökkentlátók Otthonában került bevezetésre 2004. évben. Ekkor az intézményben a Demencia Centrum által diagnosztizált és az előzetes felmérések alapján diagnosztizálatlanul felmért 21 fő demenciát szenvedő idős személyt, az ellátottak 20%-a.

A program célja, hogy a demenciában szenvedő, különböző stádiumban lévő ellátottak mentális állapota javuljon, vagy szinten tartható legyen, illetve lassíthatóvá váljanak a leépülési folyamatok. Ezen túl fontos a közösségbe való beilleszkedésük segítése, másáruk elfogadtatása és tágabb környezetükkel való elfogadtatása. Kiemelt cél a nyugodt, biztonságos és emberi méltóságukat támogató környezet biztosítása, hogy életük hátralévő éveit harmóniában, békességben tölthessék el az ott élő demensek.

A program beindítását hosszabb előkészítő munka előzte meg, amely két fő szakaszból állt:

1. Előkészítő fázis, elméleti szakasz:

- a programban résztvevő szakmai stáb kijelölése, feladatmegosztás,
- a programban résztvevő ellátottak kiválasztása,
- szakemberek segítségével, irányításával (pszichiáter, klinikai szakpszichológus, szocioterapeuta) felkészítő előadások, tréningek tartása a stáb tagjai részére,
- a résztvevő ellátottak állapotfelmérése, anamnézis, ápolási-gondozási dokumentáció, egészségügyi diagnosztika, hozzátartozói anamnézis, stb.,
- a munkatársak önképzése, felmerülő kérdések, gyakorlati nehézségek felmérése, összegyűjtése,
- intézménylátogatás, tapasztalatgyűjtés (Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthonában).

2. Előkészítő fázis, gyakorlati szakasz:

- tárgyi feltételek kialakítása, eszközök beszerzése,
- csoporthelyiség kijelölése, berendezése,
- egyéni fejlesztési programok kidolgozása,
- dokumentációk előkészítése, munkanaplók, értékelő táblák kidolgozása,
- a résztvevők tájékoztatása, kiscsoportos előkészítő beszélgetések.

A mentális gondozás szempontjai a csoportterápiák kiválasztásához:

A demens idősök fő jellemzője a kognitív képességek hanyatlása, amely főleg az emlékezés zavarában mutatkozik meg. Ez kihat a térbeni, időbeni és személyre vonatkozó orientációra, az ítéletképességre és az elvont gondolkodásra is. A kognitív deficit hatással van a személyiség egészére, érzelmi labilitást, ingerlékenységet okozhat. Ez akár öngyilkossághoz is vezethet depresszióban, vagy akár agresszív kitörésekben is megnyilvánulhat. Előfordulhat konfabuláció, azaz kóros meseszövés, de felléphet az elkóborlás veszélye is.

A pszichés gondozás fő célja a kognitív hanyatlás lassítása, a meglévő képességek minél hosszabb idejű megőrzése, illetve lehetőség szerint azok javítása. A memória károsodása leginkább az új dolgok megtanulásában jelentkezik. A korábbi életesemények felidézése alapul szolgálhat a gondolkodás színvonalának megtartásában, a memória fejlesztésében. Az új dolgok megtanulásában fontos szerepe van az állandó ismétlésnek és a változatosságnak, amely mind a tárgyi, mind a személyi tényezőkben lényegesek. A memóriának a térbeni, időbeni és személyi orientációban is fontos szerepe van. A környezet azonosítása, illetve abban önmaguk elhelyezése alapvető feltétele érzelmi biztonságuknak és identitásuknak. Ezért elengedhetetlen a térben és időben való tájékozódás fejlesztése és az interperszonális kapcsolatok erősítése a terápiában. A különböző érzékszervi modalitások alkalmazása különösen hasznos a súlyosabb állapotú ellátottak számára. A zene-, illat-, színterápiák mind a kognitív, mind az érzelmi állapotra jótékony hatással vannak.

Az emocionális stabilitás biztosításához elengedhetetlen a személyes kapcsolattartás, állandó odafigyelés. Az ápoló-gondozó személyzettel való folyamatos kapcsolat, visszajelzés segít az ellátott érzelmi állapotainak azonosításában, szükség esetén a pszichés megnyugtatóban illetve az esetleges szuicid veszély időbeni felismerésében és kivédésében.

A nyugtalanság, motoros aktivitás szintén jellemezheti a demens betegeket, amelyek súlyosbodhatnak a szűk terek, zárt folyosók, korlátozott mozgáslehetőség hiányában. Ezért különösen fontos a megfelelő minőségű, mennyiségű, változatos tevékenység biztosítása megfelelő tárgyi feltételek mellett.

Ezen szempontok figyelembevételével alakították ki a foglalkoztatási programot, amelyet heti rendszerességgel kétszer 90 percben terveztek meg a mentálhigiénés csoport munkatársai és szakképzett szociális gondozók segítségével. Egy-egy csoporton hat-nyolc idős vesz részt, figyelembe véve a meglévő képességeiket, betegségük súlyosságának mértékét. A csoportokban folyamatosan figyelemmel vannak a folyadékpótlásra és a higiénés szükségletekre.

„A” Napraforgó csoport (enyhén dementálódott betegek részére)

A csoportfoglalkoztatásokat program blokkokra bontják, amelyen belül 4-5 féle foglalkoztatás csomagból válogatnak tematikusan, pl.: a vizuális, akusztikus, taktiles és mozgásos fejlesztés részfolyamatokat.

Mozgástréninggel kezdik, amelynek a célja az átmozgatás és a feszültségoldás, folyamatában a finom-motoros mozgások begyakorlása a cél. Szükséges eszközök: székek, szivacsok, labda, építőkocka, néhány egyszerűbb tornaszert stb.

Szenzoros tréningek: főként zene- és színterápia, aktív és passzív zenehallgatás, festés, egyszerűbb dísz-tárgyak készítése. Eszközök: lemezlejátszó vagy magnó, egyszerűbb hangszerek, CD-k, kazetták, rajzlap, festék, egyéb irodaszert.

Memória tréningek: csoporttagok neveinek megtanulása, később versek, mondókák, dalok, szópárok tanulása, évszakok és ahhoz fűződő események. Eszközök: irodaszer, karton, tábla stb.

Szociális tréningek: játékos feladatok (egyéni, páros, csoportos) és/vagy „Emlék”- csoport: fotók, régi használati tárgyak segítségével korábbi emlékek, élmények felidézése, egy-egy tevékenység, élethelyzet stb. A jelen és múlt összekapcsolása, hasonlóságok, különbségek. Eszközök: régiségek, használati tárgyak, fotók, album, stb.

„B” Búzavirág csoport (középsúlyos és súlyos demens betegek részére)

Mozgástréning (hasonló tematika alapján, mint az „A” csoportnál)

Szenzoros tréningek: Illat- és íz terápiák, különböző illatok és ízek tapasztalati elven működő felidézése, saját élmény megbeszélése, élmények emóciók felszínre kerülése. Eszközök: illóolajok, illatmécses, gyümölcsök, zöldségek, fűszerek.

Orientációs tréningek: térbeli, időbeli orientációs fejlesztések, pl. lakóhely, intézmény beazonosítása, tájékozódás stb., személyi orientáció (rokonai kapcsolatok, baráti ismerősök).

Eszközök: óra, naptár, térkép, fotók stb.

Szociális, magatartásorientált tréningek: játékos feladatok, szociális interakciók fokozását célzó metodikák (egyéni, páros, csoportos), zárásként Közös mese. Eszközök: egyszerűbb logikai játékok, kirakók, puzzle, apróbb tárgyak, irodaszer stb.

Különbség az előző csoporthoz képest az egyes feladatok időbeli eltolódása, egyszerűbb feladatok, instrukciók megfogalmazása több formában, elérhető eredmények lassabb folyamata. Fontos szempont, hogy minden személy másként reagál a különböző módszerekre, türelem szükséges annak kiválasztásához, megtalálásához, hogy a beteg számára melyik a legmegfelelőbb. A program tartama alatt hente közös stábülésekre kerül sor a szakmai team részére, negyedévenként értékes, új tagok bevonása a csoportokba.

Elérhető, elért eredmények:

- Az ellátottak mentális állapotában való javulás.
- A közösségbe való hatékonyabb beilleszkedés.
- A kirekesztettség érzésének megszűnése.
- A szellemi hanyatlás folyamatának lelassítása.
- A képességek szinten tartása.
- A szabadidő hatékony strukturálása.
- Kevesebb gyógyszerfogyasztás.
- Minőségi élet.

Az idősök számára készült kiadványok:

A játék lendületbe hoz – közösségi játékok idősöknek

Az „Idősök Otthon – Megszokott környezetben, nagyobb biztonságban” című könyv

Elérhetősége: <http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=868>

4. AZ ALZHEIMER-KÓR KEZELÉSÉNEK EGYIK MÓDJA – A „LEGJOBB BARÁT” MODELL

(Összeállítás Virginia Bell előadásának anyaga alapján)

Az Alzheimer-kór a demencia egyik fajtája. A kognitív funkció beszűkülésével, viselkedési zavarral és az elbutulást követő gyors biológiai leépüléssel jellemezhető betegség. A beteg fokozatosan elveszti térbeli tájékozódó képességét, időérzékét és emlékezőtehetségét. Az Alzheimeres beteg számára a mindennapi feladatok ellátása egyre nehezebbé, végül kivitelezhetetlenné válik. A betegség jellemző kísérő jelensége az inkontinencia, magatartászavar, személyiségzavar (nyugtalanosság, agresszivitás, érzelmi sivárság, szorongásos és üldöztetési téveszmék).

Az Alzheimer-kór a fejlett országokban a negyedik helyen szereplő halálok. Oki kezelése az orvostudomány jelen állása mellett nem lehetséges, tüneti kezelése olyan gyógyszerekkel történik, amik az agyban lejátszódó toxikus hatásokat csökkentik, a kedvezőtlen immunfolyamatokat gátolják, a viselkedési zavarokat, a szorongást enyhítik.

Az Alzheimer-kórban szenvedő betegek ápolása súlyos fizikai, pszichés és anyagi terhet ró a szűkebb és tágabb környezetre. A beteg intézményi gondozása egészségügyi és szociális szakemberek team munkáját feltételezi. A társadalom elöregedésével jellemezhető demográfiai folyamatok a kór előfordulási gyakoriságának növekedését vetítik elénk – pl. az Egyesült Államokban az 1990-es évek közepén hozzávetőlegesen 4 millió beteget tartottak számon, 2020-ra ez a szám a becslések szerint 14 millióra emelkedik.

A „Legjobb barát” modellt egy lexingtoni (USA) orvos, Virginia Bell dolgozta ki, aki több mint 20 éve dolgozik demens betegekkel. Nevéhez fűződik az első demencia specifikus napközi program („Helping Hand Adult Center) kialakítása, amely még ma is az egyik legjobb program, valamint az Alzheimer betegek jogainak kidolgozása. Ezek:

1. Joguk van ismerni diagnózisukat.
2. Joguk van a megfelelő és folyamatos orvosi ellátáshoz.
3. Joguk van tevékeny életet élni, ameddig csak lehet.
4. Fontos, hogy felnőtként, és ne gyerekként bánjanak velük.
5. Joguk van ahhoz, hogy kifejezett érzéseiket komolyan vegyék.
6. Ha lehetséges, pszichoszomatikus gyógyszerekkel ne kezeljék őket.
7. Biztonságos, strukturált és kiszámítható környezetben élhessenek.
8. Értelmes tevékenységgel foglalkozhasson minden nap.
9. Rendszeresen mehessenek szabad levegőre.
10. Szükségük van fizikai kontaktusra (az érintés fontossága).
11. Olyan emberek vegyék körül, akik ismerik őket, ismerik életútjukat, beleértve vallási és kulturális tradíciójukat.
12. Olyan személyek gondozzák őket, akik képzettek a demencia ellátás területén.

Virginia Bell ezen kívül számos – demenciával foglalkozó – cikk és könyv szerzője, társszerzője. 2006 őszén Magyarországon járt és október 3-án 85 évét meghazudtoló frissességgel és fáradhatatlansággal egy egész napos továbbképzést tartott Alzheimer-betegek gondozásával foglalkozó magyar szakemberek számára.

Itt a következőképpen ismertette a nevéhez fűződő „Legjobb barát” modellt:

Demens gondozással kapcsolatos munkája egy nappali ápoló központban kezdődött: „Emberek bezárva egy karámban – nyugtalanok, frusztráltak. Egyszerűen összehordták őket és ún. biztonságban tartották. Azt gondoltam, van ennél jobb megoldás is.”

Közvetlen, személyes élménye akkor keletkezett az Alzheimer-kórról, amikor édesapját elragadta a betegség. Ezután kezdte el tudományos alaposággal leírni, hogy milyen egy demens beteg, és hogy lehet személyiségének és emberi méltóságának tiszteletben tartásával ápolni, gondozni az Alzheimer-kórban szenvedőket. A „legjobb barát modell” a demens betegek mentális gondozásának modellje.

Fontos a megközelítés – mit kell tudatosítanunk magunkban egy demens ember ápolásakor?

1. Hinnünk kell abban, hogy minden ember értékes, akármilyen demenciában szenved is. Mindig lesz körülöttünk, aki ezt tagadja. De ha értéktelenként bánunk az emberrel, az visszaveti a gondozást. Társadalmunk túlértékeli az emlékezés fontosságát, holott az értékbe vetett hit fontosabb. Az embernek nem kell mindent tudnia, nem kell naprakésznek lennie ahhoz, hogy értékes legyen. Ha értékcsökkentésként bánunk másokkal, azzal lealacsonyítjuk magunkat. Ez jogvédők számára is fontos megállapítás az emberi méltóság védelme jegyében.
2. Mindenkinek van egy kedves megszólítása, kedvelt neve. Ennek megtalálása nagyon fontos, amikor valaki kezdi elveszíteni önmagát. Nem biztos, hogy a hagyomány, a hivatalos megszólítás – uram, hölgyem – segít ezt megtalálni. Szimbolikus és a demens betegek számára is érvényes lehet az az amerikai gyermekdal, mely szerint „hallgatok, hallgatok, hallgatok a nevemre” – fontos a név tudatosulása, megvan a helyem a világban azáltal, hogy meg vagyok nevezve. A beteg a demenciában „kikapcsolódik a világból”, és nevének említése mintegy „visszakapcsolja” őt. Ez sokszor éppen a gyermekkorban használt név említésére indul el. Az otthonban minden demens betegnek tudnunk kell a kedvelt nevét.
3. Minden embernek van lelke. Test, elme és lélek – nem a szó vallásos értelmében – együtt működik. A demencia a lélek betegsége, és eszerint kell gyógyítani.
4. Minden embernek vannak érzései. A demens ember nem mindig tudja kifejezni az érzéseit, de ez nem jelenti azt, hogy nincsenek s neki. Az Alzheimer-kór lefolyását vizsgálva sokáig hittük, hogy az, aki átéli, nincs tisztában azzal, hogy mi történik vele. Magunk is próbáljuk leplezni a rosszat. Nem észrevenni a változást, ami lassú és alattomos. A változás – a leépülés – ettől még valóság marad, lehetünk miatta frusztráltak, dühösek, szoronghatunk – akár velünk történik, akár szeretteinkkel – ez a normális reakció a változásra.

A demens beteg rosszul tájékozódik. Nem tudja, hol van, nem tudja, kicsoda. Olyan világban él, mint mikor mi egy idegen országban, melynek nyelvét nem beszéljük, próbálunk kommunikálni. Ez a demencia világa.

Az érzésekkel kapcsolatban két mondat Alzheimer-kórban szenvedő betegektől:

„Megvan az emlék, csak nem vagyok vele kapcsolatban. Tudom, hogy tudnom kéne, de nem tudom.”

„Nehéz, amikor orvoshoz megyek – az orvosok mindig a férjemhez beszélnek, nem hozzám.”

5. Minden embernek van személyes története.
Valaki azt mondta, hogy demenciát kezelni olyan, mintha csecsemőt kezelnék. Virginia Bell szerint ez rossz analógia – a demens ember felnőtt ember, egy életúttal a háta mögött. Ezt figyelembe kell venni a gondozásnál.
6. Minden embernek van személyisége.
Nem igaz, hogy „ha egy demens beteget láttál, mindet láttad”. Az ember változik az idővel, de minden változás mögött/alatt, elfedve bár, de ott van a személyisége.
7. Minden embernek van élettörténete, amit érdemes megismerni.

Sokszor uniformizáltan próbálunk az emberekről gondoskodni, és ez nem jó.

Az Alzheimer-kórban szenvedő betegről meg kell tudnunk, hogyan szereti kezdeni a napot, mit eszik, mit iszik. Mi adott célt és jelentést az életének – ezt ki kell puhatolnunk.

Senki nem akar „semmi miatt” élni. Ezért a „legjobb barát” modellben a gondozók egy törzskártyát készítenek, mint valami életrajzírók. Erre írják fel azt a 6-7 apróságot, mi a legfontosabb a betegnek, ami alapján beazonosítja magát. „Ő volt a legjobb kőműves Lexingtonban. Csodálatos verandákat és kőkerítéseket csinált.” Emlékeztetni kell rá a beteget. Ez sokszor úgy működik, mint a kérdezz-felelek játék. Nem tudom a megfejtést, de négy lehetséges válasz közül ki tudom választani. Ezt a módszert kell alkalmazni demens betegeknél is – rávezetni őket, hogy azonosítsák magukat.

8. Minden embernek megvan a maga környezete, és az ezzel kapcsolatos szokásai.

Aki jó háziasszony volt, azt demensként is kiborítja a rendetlenség. A régi szokásokat a gondozó személyzetnek meg kell ismernie ahhoz, hogy érteni és segíteni tudja a beteget.

9. Mindenki számára fontos a jelen pillanat, az, hogy a jelenben él.

Meghatároztuk tehát, melyek azok az emberi tulajdonságok, amiket tudatosítanunk kell magunkban a demens gondozás során. De mire van szüksége egy Alzheimer-kórban szenvedő embernek?

1. Minden ember érzelmekre vágyik. Szükség van az érzelmekre, és azok kifejezésére. Virginia Bell, mikor Magyarországon egy otthon látogatott meg, érzelmekkel kommunikált – nem beszél magyarul, de a kapcsolatteremtés működött. Ebben nagy hatalma van az érintésnek. Sokszor óvatosan adagoljuk az érintést, és valóban, ki kell tapasztalni a helyes mértéket. Egy rossz tapasztalat ne vessen vissza – a demens betegeknek fokozottan szükségük van az érintésre.

2. Minden ember vágyik a beszélgetésre. Meg kell találni azokat a fontos dolgokat, amikről szeretet beszélgetni a beteg. Sokszor előfordul, hogy azt többször is elmondja, de figyelmesen kell meghallgatnunk, a mélyére ásni a történetnek, kellő időt áldozni rá.

3. Minden embernek fontos a rugalmasság. Gyakori tapasztalat, hogy az intézményekben inkább a munkatársak rugalmatlanok, nem a demensek. Egy bizalmat adó környezetben nem kellene a megcsontosodott szokások. Vonatkozik ez a gondozás módjára is. Virginia Bell egy alkalommal egy svetoit (Dél-Afrikai Köztársaság) otthonba látogatott el, ahol nem honolt tökéletes rend. Kedélyes otthon volt, az emberek tevékenykedtek benne, így aztán volt egy kis rendetlenség, de ami fontosabb: békesség volt. Ez előbbre való, mint a megcsontosodott szokások betartása. Ebben az otthonban nem ragaszkodtak görcsösen a fizikai szükségletek menetrend szerinti kielégítéséhez, az „édesem, megfürdetlek reggel ötkor a napirend szerint, akármi történik is”- féle rendhez.

4. Minden embernek fontos a humor.

„Bármilyen történik is a demencia során, az nem érinti a humorérzékét”- vallja Virginia Bell. „A nevetés egy nyelv, melyben nincsenek szavak – azzal az üzenettel, hogy minden rendben.”

5. Minden embernek kell a tevékenység. „Ha nincs, akkor is csinálni fogok valamit, de az nem biztos, hogy az lesz, amit szeretnék, hogy tegyek.” Az unalom veszélyes. „Mit kezdjek a kezemmel, ha egész életemben a kezemmel dolgoztam?” – kérdezte egy Alzheimer-kórban szenvedő beteg.

6. embernek szüksége van társadalmi szokásai megtartására.

7. Szükség van a régi ismeretek megtartására. pl. egy titkárnő betűkockákból szavakat rak ki.

8. Szükség van gyermekekkel való találkozásra.
9. Engedni kell, hogy állatkedvencet tarthassanak.
10. Terápiás jellege van a táncnak és a hangszer megszólaltatásának. Érdekes, hogy aki korábban hangszeren játszott, a demenciában sem felejtí el.
11. Ösztönözni kell a fizikai aktivitás megőrzését.
12. Fontosak a szem-kéz koordináció megtartását célzó gyakorlatok.
13. Fontos tudni, hogy a demencia sosem egyformán érinti mind az öt érzékszervet. A megmaradt képességekkel élni kell.
14. Olyan személy kell a gondozáshoz, aki meghallgatja a beteget, interaktív kapcsolatra képes lépni vele, mély dolgokról beszélget, nem csak a „jól van, mama?” szintjén.

A demens emberektől nem várunk túl sokat, és túl gyorsan lemondunk róluk. Beszélhetünk persze arról is, hogy mi az, amit már nem tud megtenni. De módunk van feltárni a lehetőségeit, kapcsolatba kerülhetünk velük, ami ösztönzőleg hat a betegre.

A betegnek leginkább egy jó barátira van szüksége. Az USA-ban jellemző módszer a „felülről lefelé működő” ápolás – ez nem válik be a demenciában szenvedőknél, csak az együttműködés. Nem a menedzselés, hanem az együtt dolgozás a jó módszer – ez a legjobb barát modell lényege. A legjobb barátok nem adják fel egymást – ellenben mi hajlamosak vagyunk „feladni” a demens embert. Az Alzheimer-kórban szenvedő személynek sok deficitje van, de még mindig sok értéke marad. Személyiség marad. Erre kell koncentrálnunk.

A jó ápoláshoz filozófia kell. Nem tudunk jó ápolást nyújtani egy demens betegnek anélkül a meggyőződés nélkül, hogy „egy valódi emberrel” van dolgunk – személyiségközpontú ápolásra van szükség.

Fontos a sikeres kommunikáció. Ennek érdekében tudnunk kell, hogy minden viselkedés egy-egy üzenetet közvetít. Meg kell fejteni a kommunikációt, a mögöttes tartalmat, ki kell deríteni egy-egy megmagyarázhatatlannak tűnő magatartás okát. A demencia előrehaladtával egyre nehezebb a verbális kommunikáció. A beszélgetésre vonatkozóan is vannak arany szabályok: ne vitatkozzunk, ne tiltsuk, ne rendszabályozzuk feleslegesen a demens személyt.

És ha pl. a beteg így szól: „az anyukámhoz akarok menni” – nem kell megmondanunk neki, hogy nincs már édesanyja, mert ezt minden közléskor veszteségként éli meg. Meséltetni kell az édesanyjáról, beszélgetni vele. Ne lobogtassunk piros zászlót, mert azzal ellentétes eredményt érünk el.

Nem szabad túl távoli dolgokra felkészíteni őket. „Holnap elmegyünk a gondozóba” – ez egy demens számára beláthatatlan távlatot jelent és csak nyugtalanítja.

Ne tegyünk fel olyan kérdéseket, amelyben túl sok az emlékeznivaló, mert az frusztrálja őket.

Beszélgetés során figyelniük kell az érzésekre, melyek az arcon tükröződnek. Fontos kikérni a véleményét, a demens személynek van véleménye és szereti, ha érdeklődnek felőle. Attól valós embernek érzi magát, méltóságot ad neki.

Tevékenység- az aktivitás megőrzése

Virginia Bell a „tevékenység” szónál jobban szereti ezt: „élet”. Elmondja, hogy „öregnek lenni nem a gyávák mestersége. Ahhoz bátorítás kell, mégpedig úgy, hogy abban méltóság legyen.”

Ezért fontos élni az aktivitás minden lehetőségével, melyre a demens ember „meghív” minket, például:

- „Ismerj el engem.”
- „Hallgass meg engem.”
- „Ne vess velem.
- „Engedd, hogy tanítsalak.”

Tudnak tanítani a demenciában szenvedők és büszkék arra, ha valamilyen tudást továbbadhatnak. Ennek terápiás szerepe van. Virginiát pl. jelnyelvre tanította egy betege. Ennek fontos szerepe van az önértékelés helyreállításában.

– „Beszéljess velem jelentős dolgokról.”

Erre jó módszer olyan helyzetek kitalálása, amikor „ő lehet a főnök”- segít az önértékelésben.

– A meglévő fizikai adottságokat stimulálni kell.

– El kell ismernünk az aktív életében végzett munkáját.

A valóság-orientáltság nekünk fontos, de nem jó a demens betegeknek. Elszomorítja őket a valóságra/realitásra való emlékeztetés. „Maguk azért vannak itt, mert demensek.” „Ma október 3, szerda van” – nem jó közlések.

Az élet maga az aktivitás. A foglalkoztatás maga a tevékenység – bármilyen tevékenység foglalkoztatásnak minősül. Pl. a fürdés is foglalkoztatás. Nem szabad siettetnünk a fürdést a foglalkoztatás kedvéért, mert ez a tevékenység is válhat foglalkoztatássá.

Tudatosítanunk kell, hogy a demenciában szenvedő beteg nem minden viselkedését motiválja a demencia. Kutatnunk kell azokat a magatartásokat, amelyeknek „valós oka” van, és azokkal komolyan kell foglalkoznunk. A „legjobb barát modell” meghonosítása egy intézményben nyerő-nyerő helyzetet idéz elő. Jó az ellátottnak, jó a személyzetnek, ösztönöz. Nem is drágább más gondozási módszernél, és vonzza a legjobb ápolást kereső családokat. Jó tehát a munkatársaknak, a pénzügyi mérlegnek, a családnak, a betegnek. Virginia Bell ajánlja a „legjobb barát” modellt minden, demens ápolással foglalkozó intézmény számára.

5. ALKOHOLBETEGEK KEZELÉSI MODELLJEI KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A CSALÁDOK TÁMOGATÁSÁRA

Magyarországon az alkoholizmus népbetegségnek tekinthető, mivel egyre több ember és család szenved addiktológiai problémáktól. Ez a tendencia az Európa Unió más országaiban is megfigyelhető. Természetesen az egyes országokra és földrajzi régiókra más és más jellemzők vonatkoznak a szenvedélybetegség kialakulásának és lefolyásának tekintetében. A kiválasztott szakmai tanulmányok jól tükrözik az addiktológia gazdag szemléleti és módszertani sokszínűségét illetve azt, hogy a mai napig keresik a szakemberek a függőség kialakulásának magyarázatát és a kezelés leghatékonyabb módszereit. A cikkek betekintést nyújtanak az alkoholizmus, a függőség kialakulásának több szempontú megközelítésébe, ehhez figyelembe véve a különböző szemléleti kereteket és módszereket.

Európai helyzetkép

Az Európai Unió a világ egyik legnagyobb mértékben italozó földrajzi és társadalmi területe, bár az egy felnőttre eső évi 11 liter tiszta szesz elfogyasztása jelentősen elmarad a 70-es évek közepén mért 15 literes csúcstól. Úgy tűnik, hogy az utóbbi 40 évben a 15 EU országban kiegyensúlyozódtak a fogyasztói szintek, ami azt jelenti, hogy 1960. és 1980. között Közép- és Észak-Európában növekedett, míg a Dél-Európában csökkent a fogyasztás. A 10 később csatlakozott EU országban mért adatok minden időnél jobban megközelítik a 15 EU országban mért szinteket, jóllehet, a 10 EU országon belül jelentős eltérések tapasztalhatók.

A legtöbb európai ember fogyaszt alkoholt, de 55 millió felnőtt (vagyis a teljes népesség 15%-a) absztinensnek mondható. Összevetve ezt és a nyilvántartásba nem vett italfogyasztást, az egy ivóra eső mennyiség eléri az évi 15 litert. A fenti mennyiségnek a felénél valamivel kisebb része sör (44%) formájában fogy el, a fennmaradó rész pedig megoszlik a bor (34%) és a tömény szesz (23%) között. A 15 EU országban belül az északi és a középső részek népessége főként sört fogyaszt, míg a dél-európai lakosok előnyben részesítik a bort. Viszonylag új jelenség az elmúlt 40 évben tapasztalt azonosuló fogyasztási szokások az EU 15 régi tagállamában. A 15 EU országban az ivási alkalmak 40%-a a délutáni, esti étkezések mellett elfogyasztott italt jelenti, míg Dél-Európában leginkább a korai ebédhez isznak az emberek. A napi szintű ivás észak-déli emelkedést mutat Európában, míg a gyakori fogyasztás – azaz heti többszöri alkoholfogyasztás, de nem napi szinten – inkább Közép-Európára jellemző, ugyanakkor itt is megmutatkoznak a szokásokban tapasztalt harmonizáció jelei.

A lerészegedésig való ivás előfordulása Európában országonként változik, de Dél-Európában ritkábban fordul elő, mint a földrész többi országában. Az utóbbi időben azonban inkább a „kontrollvesztett italozást” vizsgálják, ami azt jelenti, hogy az egyén egy adott alkalommal egy bizonyos számú/mennyiségű italnál többet fogyaszt el. Természetesen sok ember nem hajlandó beszámolni arról, hogy sikerült lerészegednie és vitákra ad okot az is, hogy mennyi ideig is tart igazából az adott alkalom. A kontrollvesztett italozással kapcsolatos vizsgálatok rámutatnak, hogy a felismert északi-déli ivási szokásokhoz képest időnként kivételek is vannak, például a 15 Európai Unió ország közül kimutathatóan Svédországban a legalacsonyabb az ilyen jellegű italozás előfordulása.

Összefoglalva a 15 Európai Unió országban tapasztaltakat, a felnőtt lakosok saját bevallásuk szerint évente átlagosan ötször részegednek le, a kontrollvesztett italozás (5-nél több ital fogyasztása egy alkalommal) azonban körülbelül 17-szer fordul elő ugyanazon időszakban. Ez az Európai Unió országok polgárai esetében azt jelenti, hogy 40 millióan havonta isznak túl sokat és 100 millió embernél a kontrollvesztett italozás legalább havi alkalommal fordul elő. A 10 később csatlakozott Európai Unió

országból a fentieknél jóval kevesebb adat áll rendelkezésre, de a meglévő kutatási eredmények azt mutatják, hogy a borivás egy részének helyét átveszi a tömény szesz fogyasztása. A 15 Európai Unió országához viszonyítva ezekben az államokban ritkábban fogyasztanak szeszesített, a kontrollvesztett italozás azonban gyakrabban fordul elő.

Az adatok szerint 266 millió felnőtt napi 40 (férfi), illetve 20 (nő) grammnál nem fogyaszt több alkoholt, 58 millióan (15%) ennél többet isznak és ezek közül 20 millió ember (6%) fogyasztása meghaladja nők esetében a 40 g-ot, férfiak esetében a 60 g-ot. Ha a kutatási eredményeket nem az ivási szintek, hanem a függőség kialakulásának oldaláról vizsgáljuk, megállapítható, hogy minden évben 23 millió európai (a férfiak 5%-a és a nők 1%-a) válik alkoholfüggővé.

Michael White elméleti és gyakorlati oldalról azt a kérdést járja körül, hogy a mindennapi életben egyfolytában azt tapasztalhatjuk, hogy különféle anyagok fogyasztására bátorítanak bennünket, pedig ezek közül nem egy addiktívnek bizonyulhat. Elmondhatjuk, hogy jelen kultúránk fogyasztói kultúra, állandóan növekszik a beszerezhető anyagok száma, amelyeknek használatát azután számos körülmény befolyásolhatja. Vannak személyek, akiknek azonban az általuk fogyasztott anyagok mennyisége vagy addiktív jellege – legyenek ezek legális, illegális vagy receptre kapható szerek – problémává válhat. Ilyen esetekben a probléma a társas környezetet is érinti, amikor professzionális segítő támogatását szükséges igénybe venni. A szerző a következő kérdésekre keresi a választ. „Mi lehet az oka, hogy vannak, akik nem használnak szenvedélykeltő szereket?” „Miért van, hogy egyesek nem használnak annyi drogot?” „Mi lehet az oka, hogy egyes emberek nem viszik túlzásba az ivást?”

Magyarországi helyzetkép

A magyarországi alkohol fogyasztás mintázata is jelentősen eltér az EU legtöbb országában észlelttől. Hazánkban kiemelkedően magas az összesített alkohol-fogyasztáson belül a tömény italok formájában elfogyasztott alkohol-mennyiség, a legálisan forgalmazott alkohol tekintetében meghaladja az összes fogyasztás 30%-át. Ilyen magas arányt Magyarországon és a volt szovjet tagköztársaságokon kívül még Szlovákiában láthatunk, a legtöbb uniós tagállamban a tömény italok aránya jóval ez alatt marad.

Az Egészségügyi Világszervezet vizsgálatai szerint Magyarország az alkohol fogyasztási mintázat alapján az úgynevezett Európai „C” régióhoz tartozik. Az Európai Unió tagállamai közül csak a balti köztársaságok tartoznak ide, továbbá a szláv dominanciájú volt szovjet köztársaságok (pl. Oroszország, Ukrajna). Ezt a régiót a magas egy főre jutó alkoholfogyasztás, a tömény italok magas aránya, dominanciája az összfogyasztáson belül, a magas kockázatú ivók magas aránya és az alkoholfüggő személyek magas arányszáma jellemzi. Az EU legtöbb tagállama az úgynevezett Európai „A” régióhoz sorolható, viszonylag magas egy főre jutó fogyasztással, sör vagy bor dominanciával, a kockázatos ivás alacsonyabb arányával és az alkohol-függők alacsonyabb számával.

A magyarországi fogyasztási trendek is eltérőek az Unió más tagországaiktól. Míg például Németországban vagy Franciaországban az elmúlt évtizedben csökkent az egy főre jutó alkohol-fogyasztás, Magyarországon a kilencvenes évek közepe óta növekszik, illetve stagnál. A felmérések és a kezelő helyek adatai alapján megközelítően 900.000–1.000.000 alkoholfüggőt tartanak számon és ugyanannyi nagyivót, akik több mint 30 gramm alkoholt fogyasztanak naponta. Az évtizedek kulturális és életmódbeli változásai miatt az égetett szeszes italok fogyasztása is előtérbe került, amelyek növelik a negatív egészségügyi és szociális következményeket. Sajnos hazánkban emelkedik a női alkoholfüggők száma.

Egy másik tendencia, hogy egyre fiatalabban, akár már 10-12 évesen kezdenek el alkoholt fogyasztani a lerészegedésig, alkoholmérgezésig. Új jelenségnek tekinthető az úgynevezett virtuális italok, energia italok alkohollal együttes fogyasztása, amelyek által gyorsabban jutnak el a fogyasztók bódult állapotba.

Az alkohol egészségkárosító hatása nemcsak a májsugorodásban érhető tetten, hanem a szív- és érrendszeri, illetve a daganatos betegségek nagy számában is. Ez a felnőtt férfi lakosság 20%-át és a 15 év feletti nők 5,2%-át jelenti. A rendszeres, mértéktelen ivás szaporítja továbbá a hasnyálmirigy, a máj egyéb betegségeit is. Súlyosak a pszichés és idegrendszeri szövődmények is, mint a korai agy-érelmeszesedés, demencia, megjegyző és előhívó emlékezés zavara (Korsakow syndroma). Nagy veszély idült alkoholizmusban az öngyilkosság, pszichiátriai betegséggel együtt járó esetekben ennek veszélye még nagyobb. 2009-ben a májbetegség okozta halálozás az 5. helyen szerepel (5080 fő), leggyakoribb halál oka a rosszindulatú daganatos betegség volt. Alkoholos állapot okozta balesetek száma 2009-ben 2274 eset. (KSH)

A nők között sok a zugivó. Ez napi 1 liter bort, 3 üveg (1,5 liter) sört, vagy 2-3 deciliter tömény szeszt, azaz megközelítően napi 100 g tiszta szeszt jelent. A férfiak 43%-a sört, 41%-a bort vagy pezsgőt, 16,5% röviditalt fogyaszt. A nők 53,2%-a bort, 22,7%-a a sört, 24,1%-a a röviditalt kedveli. A nemzeti rövidital fogyasztás ezzel együtt 1985. óta csökken. A sörfogyasztás 11,2%-kal emelkedett, a borfogyasztás 12%-kal csökkent. A kontrollvesztett alkoholisták száma, akik állandó orvosi kezelést igényelnek, legalább 50–60 ezer.

Az alkoholizmus társadalmi kára igen jelentős, sokkal nagyobb, mint az alkoholdermélésből és forgalmazásból származó jövedelem. Az alkoholfüggő betegek gyógykezelése bármely betegség miatt 35%-kal többbe kerül, mint egy „átlagbetegé”. Az alkohollal való visszaélés nemcsak a beteg gyógykezelésének költségnövekedésében nyilvánul meg, hanem úgynevezett társadalmi összköltségek (szociális, gazdasági, egészségügyi költség) növekedéséhez vezet. Az alkoholizmussal összefüggő társadalmi költségek felmérései figyelembe veszik a gyakoribb morbiditást, a korai mortalitást, adminisztrációs kifizetéseket. Az alkoholbetegek várható élettartama legalább 10 évvel kevesebb, mint a nem ivóké. A kiadásokat növeli a társadalmon belüli transzferkifizetések, mint például a szociális ellátás költségei is. A bűnesetek 60-70%-a alkoholos befolyásoltságban történik, különösen az erőszakos bűncselekményeké. Egyéb gazdasági költségek, mint termelés kiesés, bűncselekmények révén igazságügyi költségek, jövedelem így adó kiesés is az alkoholbetegek teljes ellátásának költségeit növelik. Ezekből a vizsgálatokból általában kimaradnak bizonyos következmények. Ezek között vannak azok a költségek, amelyek az alkohollal visszaélők, valamint a hozzátartozók, barátai és munkatársaik által átélt fájdalomtól és szenvedéstől, az alkohollal való visszaélésnek a család stabilitását érintő hatásaiból, valamint az alkohollal való visszaélés más árucikkek és szolgáltatások, például a biztosítás, autók és alkoholmentes üdítők piacára gyakorolt másodlagos hatásaiból keletkeznek.

Eközben az alkoholdermékek fogyasztásából 2007-ben 87,6 milliárd forint jövedéki adóbevételt realizált a központi költségvetés. Ebből 44,5 milliárd forint származott az alkoholdermékek, 42,1 milliárd forint származott a sör fogyasztásából, a köztes alkoholdermékek és a pezsgő fogyasztásából adódó jövedéki adóbevétel nem haladja meg az egy milliárd forintot. Az alkoholdermékek jövedéki adóbevétele a jövedéki adóbevétel 10,5%-át tette ki 2007-ben, 59,5% az üzemanyagok és 30% a dohánytermékek jövedéki adójának aránya. Az alkoholdermékek jövedéki adóbevételenek részesedése 2001. és 2007. között nem változott lényegesen, miközben az üzemanyagok jövedéki adójának részesedése csökkent, a dohánytermékek jövedéki adójának aránya növekedett.

Az alkoholdermékek jövedéki adóbevétele 2001. és 2007. között éves átlagban 8,7%-kal növekedett, amely magasabb az üzemanyagok jövedéki adóbevételeének éves átlagos növekedésénél (7,5%) és alacsonyabb a dohánytermékek jövedéki adóbevételeének éves átlagos növekedésénél (14,6%). Az alkoholdermékeken belül a sörfogyasztásból származó jövedéki adóbevétel évente átlagosan 7,6%-kal bővült, míg az alkoholdermékek esetében 10,1%-os növekedést figyelhetünk meg 2001. és 2007. között.

2010-ben a magyar Országgyűlés megszavazta a jövedéki törvény módosítását. A jogszabály változásával a magyar emberek szabadon dönthetnek, saját gyümölcsök felhasználásáról legyen szó lekvárról

vagy pálinkáról. A szakemberek, akik naponta találkoznak függőségben szenvedő emberekkel és családjukkal, tartanak a döntés következményeitől.

Tapasztalataik szerint ritkább, ha valaki szakszerűen, mértékkel, saját magának vagy a barátainak állít elő jó minőségű italt, a valóságban rendszerint sok a káros, mérgező anyag az ellenőrizetlenül főzött szeszen. Ma nem egyszerűen a pálinkafőzés a probléma, hanem az, hogy a szenvedélybetegségek kezelésében, a betegség megelőzésében együttműködő partnernek kellene tekinteni a szakembereket. A pálinkafőzés engedélyezésének következményei jelenleg még nem beláthatók. Az idő dönti el, hogy ez a döntés a későbbiekben milyen módon befolyásolja a szenvedélybetegek számának alakulását a jelenleg felbomló szerkezetű, individualizálódott, zaklatott, feszültségekkel terhelt normáit veszített társadalomban.

A hazai ellátó rendszer bemutatása

Ma Magyarországon kezelésben, gondozásban lévő közel 30-45.000 alkoholbeteg és közel 1.000.000 becsült alkohol-függő száma azt jelzi, hogy a kezelés iránt igény csak kis részben jelentkezik. Ezen túl a kezelési igény általában súlyos egyéni és közösségi problémák felbukkanása idején jelenik meg, vagyis a kezelésbe kerülő alkohol problémás személy későn, már súlyos egyéni károkat elszenvedve és közösségi károkat okozva kerül kezelésbe.

Az egészségügyi és szociális szolgáltatások személyzete általában nem kellően érzékeny az alkohol probléma megjelenése iránt, gyakran nem rendelkezik megfelelő információval vagy készség szinten alkalmazható módszerekkel a beavatkozáshoz. Nem él a hazai ellátórendszer a korai intervenció és kezelésbevétel eszközeivel. A problémás ivók és alkoholbetegek kezelési, gondozási és rehabilitációs programjait az egészségügyi ellátórendszerben az egészségügyi alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-ellátó osztályok, a rehabilitációs profilú ellátó egységek végzik. A szociális ellátórendszerben a szociális alapellátás intézményei (családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok, pszichiátriai és szenvedélybetegek közösségi alapszolgáltatásai), a nappali ellátást nyújtó intézmények, az átmeneti elhelyezést nyújtó és a tartós bentlakásos intézmények (ápolást, gondozást nyújtó intézmények, rehabilitációs intézmények) végzik alkoholbeteg-ellátást. Fontos szerepet játszanak az ellátó rendszer mellett az alkoholbetegek önszervező csoportjai (Anonim Alkoholisták), alkohol-ellenes társadalmi szervezetek, egyházi háttérű és támogatású csoportok (Református Izsákosmentő Misszió, Katolikus Alkoholistentő Szolgálat).

Az addiktológiai gondozók mellett a pszichiátriai gondozók is szerepet vállalnak az alkoholbetegek ellátásában, 2004-ben kb. 1.500 alkoholbeteg gondozását végezték a pszichiátriai gondozók, továbbá közel 250 alkoholos pszichózisban szenvedőt láttak el. Az aktív addiktológiai fekvőbeteg-ellátó kapacitások az OEP-től származó adatok alapján csökkentek. Az OEP 2008. évi szerződés állománya szerint összesen 987 addiktológiai ágy volt az országban (beleszámítva a pszichiátriai szakmakóddal, de szövegesen addiktológiára nevesített ellátókat is). Ezek megoszlása 194 aktív ágy és 793 krónikus (rehabilitációs) ágy. A krónikus ágyakból a bentlakásos drogterápiás otthonok ágyszáma kb. 280, vagyis mintegy 500 egyéb rehabilitációs ágy áll rendelkezésre ezen a speciális intézményi körön kívül.

A szociális intézményrendszerben a közösségi addiktológiai ellátások viszonylag új szolgáltatási formának tekinthetők. A közösségi ellátások szociális törvényben definiált feltételrendszere rövid idő alatt több változáson is keresztülment. A legutóbbi változás, hogy 2009. január 1-jével a szociális alapszolgáltatások körébe tartozó közösségi ellátások, így a szenvedélybetegek közösségi ellátása és a szenvedélybetegek alacsonyküszöbű ellátása is kikerült a normatív állami finanszírozás rendszeréből. A szolgáltatások állami finanszírozása pályázati úton elnyerhető, 3 évre szóló befogadás által biztosított.

A szolgáltatások 2009. január 1-jétől nem kötelező önkormányzati feladatok. Az alacsonyküszöbű ellátások tekintetében a 30 000 fős lélekszám bizonyos tekintetben követelményként megmaradt. A szenvedélybetegek közösségi ellátása esetén nem lakosságszám, hanem minimum ellátotti létszámhoz kötött a finanszírozás. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások esetében a szenvedélybeteg közösségi ellátásánál a település létszáma a meghatározó. Jelenleg – 2010. novemberében – 72 szolgáltatás szenvedélybeteg, 82 pszichiátriai betegek közösségi ellátása és 53 alacsonyküszöbű szolgáltatás működik az országban. Címlista található: www.afsz.hu/engine.aspx?page=full_szocpol_gyermekved

Magyarországon több, különböző spirituális-ideológiai alapon szerveződő alkohol-ellenes szervezet tevékenykedik. Célrendszerük, közösségi és nyilvános szerepvállalásuk egymástól eltérő. Jelentős erőforrást képviselnek a detoxikált, gondozási programban lévő alkohol-betegek hosszú távú felépülésében, az absztinencia arány önsegítő csoportok támogatásával minden esetben magasabb, mint anélkül. Társadalmi és orvos-szakmai elfogadottságuk változó, az addiktológiai ellátók egy része a hatékony terápiais és rehabilitációs program fontos elemének tekinti az önsegítő csoportokat, sok helyen azonban az egészségügyi ellátás elutasításával találkozhatnak, ami rontja munkájuk – és a betegek absztinensként maradásának – hatékonyságát.

Az Anonim Alkoholisták (AA) ivásproblémával küzdő férfiak és nők nemzetközi szervezete. A közösség tagjai segítenek egymásnak elérni és megőrizni józanságukat. Az AA programja elsősorban az alkoholizmusból való felépülés elősegítésére megalkotott 12 lépésből áll. A közösség önfenntartó, kizárólag AA-tagok hozzájárulásaiból fedezi költségeit. Általában kidolgozott szakmai program alapján működnek, de szerveződésük teljesen önkéntes, gyakran egészségügyi és szociális szakemberek nincsenek jelen, ugyanakkor a fő szervezőerőt, csoportkohéziót a felépülőben lévő szenvedélybetegek tevékeny részvételükkel adják.

Az AA jelenleg Magyarország 47 településén működik, vidéken 79, Budapesten 28 csoportja van, jelenleg kb. 2.000 fő vesz részt a csoportokban, de ez csak becslés, mivel tagnyilvántartás az AA elvei szerint nincs. Évente kb. 500 fő lép be új betegként, az elmúlt öt évben kb. 4.000 fő vett részt AA- gyűlésen.

Az AE-klubok szervezete is országos hálózatként működik. Budapesten 10 klub aktív, vidéken kb. 70 településen vannak jelen. Az AE-klubok a gyógyuló alkoholbetegek támogatása mellett prevenciós tevékenységgel, tanácsadással, helyi közéleti szerepvállalással is foglalkoznak.

Elérhetőségük: www.anonimalkoholistak.hu

Telefon: (06 1) 251 0051, Postacím: 1536 Budapest, Pf. 258

Az egyházi kezdeményezésű szervezetek közül a Magyarországi Református Egyház Kékkereszt Egyesülete, a Katolikus Egyház Alkoholistentő Szolgálat, illetve a velük együttműködő társadalmi kezdeményezések emelkednek ki.

Elérhetőségük: www.kekkereszt.org

www.magyarurir.hu/?id=12385&m_op=view&rovat=8

Szemléleti modellek

A szenvedélybetegség krónikus és nagyon gyakori visszaesésekkel járó betegség. A visszaesésben szerepe van a kliensnek is, de szerepe van a társadalmi környezetnek is. Azokban az országokban, - így pl. az észak-európai országok - ahol jól működnek ezek a rendszerek, a visszaesés súlyossága lényegesen kedvezőbb mutatókat eredményez. Az is egyértelműen kimutatható, hogy minél több időt fordított egy szakember egy kliensre, annál jobb az eredmény.

Az emberek függőségre való örökletes hajlama egyénekenként különbözik. Egyeseknél már kis mennyiségű alkohol rövid ideig tartó fogyasztása is függést idézhet elő, míg mások esetében a betegség kialakulásához hosszabb ideig tartó, illetve nagyobb mennyiségben történő alkoholfogyasztás szükséges. Általánosságban elmondható, hogy a legtöbb ember azért jut el a függőségig, mert valamilyen komoly, megoldatlan problémája van, ha pedig valakit nem sikerül úgy támogatni, hogy megtalálja helyét a társadalomban, akkor nem lehetséges a teljes gyógyulása. A betegek nem szívesen vállalják az öngyógyító csoportokba való bekapcsolódást. Ezen a területen van kiemelkedő jelentősége a szenvedélybetegekkel foglalkozó speciális szociális szolgáltatásoknak. Ezek az ellátások a rehabilitációban és a reszocializációs folyamatokban segítik a kliensek pszichés és szociális felépülését. A fő cél, hogy a segítői folyamat végén a már kiegyensúlyozottá vált, a stresszhelyzetekre adaptívan válaszolni tudó, érett személyiségű ember képes legyen tartani az absztinenciát, illetve a kontrollált szerfogyasztást.

Jelenleg a szakmai közvélemény által 3 fő szemléleti megközelítés meghatározó a szenvedélybetegségek visszaszorításában. Ezek a következők:

- A) Kínálatcsökkentés
- B) Keresletcsökkentés
- C) Ártalomcsökkentés

A) A kínálatcsökkentés során a cél, hogy minél jobban csökkentsék a hozzáférhetőségét azoknak a szerekeknek, amelyek potenciálisan függőséget okoznak. Ezeket az intervenciókat a jog eszközeivel próbálják végrehajtani. Ezen belül is többféle gyakorlat figyelhető meg. Szaúd-Arábiában pl. halálbüntetés jár a szer fogyasztásért, míg pl. Hollandiában kontrollált körülmények között engedélyezik, de általában mindenhol korlátozzák. Volt olyan kísérlet is, hogy az alkoholt is illegálisnak nevesítették, így pl. az 1930-as évek Amerikájában. A kínálatcsökkentéshez tartozik az is, hogy a vásárlók körét korlátozzák, például 18 év alatt tilos a szeszesital fogyasztás.

A tapasztalatok szerint ezeknek a módszereknek a hatékonysága igen alacsony, ugyanakkor a költségek szempontjából ez a megközelítés a legköltségesebb. A szenvedélybetegre fordított költségek több mint 50%-át kínálatcsökkentésre (rendőrség, vám- és pénzügyőrség fenntartására stb.), míg 40%-át keresletcsökkentésre és ártalomcsökkentésre fordítják. Ezen a téren is vannak különbségek az országok között, például az Amerikai Egyesült Államokban a költségek 80%-át fordítják kínálatcsökkentésre.

B) Keresletcsökkentés esetén alapelveként az fogalmazódik meg, hogy olyan embereket kell nevelni, akiknek a későbbiekben nem lesz igényük, hogy szerhez nyúljanak vagy azt nem egészségkárosító módon fogják használni. Ezen a szemléletmódon belül kell megemlíteni a prevenciót is. Itt is nagyon sokféle elmélet született.

– **Elriasztásos modell:** Alapelve, hogy ha elmondjuk az embereknek, hogy milyen veszélyes a drog, stb., akkor megértik, hogy ezek használata rossz és nem fognak élni vele. Bizonyos területeken úgy tűnik, hogy hatékony ez a modell, pl. a dohányzás visszaszorításánál. Első lépésben a cigaretta dobozra került rá, hogy milyen veszélyeket hordoz a dohányzás (először az USA-ban.). Az eredmény minimális volt. Második lépésként a kanadaiak kitalálták, hogy minden dobozra tüdőrákban elhunyt emberek tüdeinek vagy levágott lábak, ujjak fényképeit jelenítik meg. Kanadában ez a lépés jelentős csökkenést hozott, 38%-ról 27%-ra esett vissza a fogyasztás. A módszer ellenzői azt állítják, hogy ennek következtében csak a ritkán dohányzók hagyták abba a dohányzást, az igazi kockázati csoportot a képek nem befolyásolták. Alkohol terén ez a megközelítés úgy tűnik, hogy nem működik. Az illegális drogokkal kapcsolatban az elriasztásos módszer fordítottan hat, még többen próbálják ki a szereket. Ez többek között a serdülőkori magatartással is magyarázható, hogy az ellen lázadnak, amit tiltanak.

- **Morális modell:** A szerfogyasztást, mint bűnt próbálják bemutatni és bizonyos erőteljes közösségi, vallási rendszerekbe építik bele ezeket a programokat, pl. az Iszlám országokban nem isznak alkoholt, nem is tudnak hozzájutni, az alkoholfogyasztással kapcsolatban a tilalom egyre inkább szigorodott. A baptistáknál sem jellemző a túlzott alkoholfogyasztás, de ezt ők nem azért tartják be, mert félnek a büntetéstől, hanem mert így tartják helyesnek. Önmagában a segítő közösség jelentős támogatást tud adni, így ritkábbak az ilyen csoportokban előforduló devianciák.
- **Kognitív, információátadás modell:** A modell szerint minősítés nélkül el kell magyarázni az embereknek, hogy milyen hatásúak a szerek és az egyének majd el fogják dönteni, hogy használják-e őket, saját sorsukról dönteni képes személyként kezelnek mindenkit.
- **Felvilágosító prevenciók:** Ennek a modellnek a hatékonysága közepes, de ezt a koncepciót más modellekhez kapcsolódóan használják. Fontos, hogy az információk hitelesek legyenek.
- **Effektív nevelési modell:** A modell alapelve szerint, ha olyan diákok nőnek fel, akiknek megfelelő önismeretük és alkalmazkodási képességük van, akkor boldogok lesznek, így pedig nem lesz szükségük drogokra. A modell elmélete dicséretes, ugyanakkor nagyon költséges, mert számos szakember kell hozzá, tömeges szinten pedig nem megoldható. Megoldásként mutatkozhat a rizikócsoportok feltárása és az azokra való koncentráció.
- **Egészségfejlesztési modell:** Lényege az egészség fontosságának a hangsúlyozása, amelynek tantervbe történik a beépítése. Ez azért hatékony módszer, mert megjelenik benne a rendszeresség és hosszabb ideig tart. A szenvedélybetegségeket kiváltó szerek, mint károsító tényezők kerülnek bemutatásra, nem külön prevenció, hanem egységes programként, aminek része a szenvedélybetegség. A vizsgálatok azt mutatják, hogy ez a modell ötvözve az effektív nevelési modellel a leghatékonyabb, de egyben a legköltségesebb is.
- **Kortárssegítő programok:** Minden olyan közösségben, ahová sok fiatal jár, ki kell alakítani egy olyan kortárssegítő csoportot, amely jó viszonyban áll a többiekkel, reagál a problémákra és alternatívát tud nyújtani. Ezek a csoporttagok kortárssegítő személyek képzésen vesznek részt, szupervíziora járnak.

Három, egymásra épülő prevenció modell különböztetünk meg:

- Az elsődleges prevenció a káros szerfogyasztás elterjedését igyekszik csökkenteni, vagyis a megelőzés arra irányul, hogy a betegség ne jöjjön létre.
- A másodlagos prevenció a függőségben szenvedő személyek számának csökkentését célozza meg a korai felismeréssel, gyógykezeléssel, vagyis a már megindult kórfolyamatra hat.
- A harmadlagos prevenció a szerhasználat káros hatásait próbálja mérsékelni, vagyis a rehabilitációt és a közösségbe történő reintegrációt, reszocializációt segíti elő.

C) Az ártalomcsökkentés szemlélete abból indul ki, hogy szenvedélybetegség volt, van és lesz. Az ártalomcsökkentés mindazokat a segítő megközelítésmódokat jelenti, amelyekben a szerhasználók további egészségromlását vagy önpusztítását próbálják meggátolni, hiszen nem lehet mindenkit meggyógyítani és mindig lesz egy olyan réteg, aki ebben érintett. A módszer az egyéni és a társadalmi károkat minimalizálja, az 1980-as évek elején jelent meg az AIDS terjedése folyamán. Kérdése, hogyan lehetne megakadályozni, hogy az intravénás drogozók között ne terjedjen a fertőzés? Egy angol szociális munkás kigondolta, hogy steril tűt és fecskendőket kellene biztosítani a betegeknek. Abban az időben ez elég nagy ellenszenvet váltott ki a társadalomból. Ma azonban a tűcsere program világszerte egyre inkább terjed.

Az alkoholistákkal foglalkozó szakemberek ezen tapasztalatok megismerése kapcsán új ártalomcsökkentő ellátási formák kidolgozásába kezdtek. Egyik ilyen módszer, hogy az antidepresszáns gyógyszerek szedése mellett spontán ivás csökkenést figyeltek meg. Úgy tűnik, hogy a módszer működik. Persze az alapvető cél az absztinencia, de ha erre nem képes az egyén, cél lehet a csökkentett ivás is.

Az ártalomcsökkentő ellátási formák megjelenése mellett nem feledkezhetünk meg arról, hogy a szenvedélybetegségből való felépüléshez teljes absztinenciára van szükség. A fogyasztás mérséklésére tett ígéretek ugyanis betarthatatlanok és a legkisebb mértékű fogyasztás is fenntartja a függőséget. Az absztinencia tehát az első lépés a felépüléshez vezető úton, de az absztinencia önmagában még nem tekinthető felépülésnek. A legtöbb esetben ugyanis a szerhasználattal való felhagyásra irányuló személyes döntés hosszú távon nem elegendő a józanság fenntartásához és a felépüléshez, hacsak ehhez a döntéshez nem párosul valamilyen kezelés is, pl. fekvőbeteg ellátó intézményekben történő detoxikálás, illetve ezt követően hosszú távú rehabilitációs kezelés. Sok olyan szenvedélybeteg van, aki már komolyan próbálkozott a leszokással, azonban külső segítség hiányában kudarcot vallott.

Ellátási modellek a gyakorlatban

Az alkoholbetegek gyógyításában és rehabilitációjában egyre nagyobb szerepet vállalnak az egyházak és a civil szervezetek, amelyek színesítik és gazdagítják a szenvedélybetegek pszicho-szociális szemléletű ellátási rendszerét.

Dr. Szemelyácz János által a pécsi Drogambulanciát egészségügyi keretek között szervezték meg, míg az INDIT Közalapítvány az angolszász ellátást integrált ellátási modelljével országos hírű lett.

Elérhetősége: www.indit.hu, www.orvostudakozo.hu/DrSzemelyaczJanos

Godó János írásából ismerhetjük meg a Németországból adaptált pszicho-szociális szemléletű kereten alapuló a Katolikus Karitásztól támogatott RÉV Szolgálat szakmai koncepcióját, amely az ország 8 városában működik.

Elérhetősége: www.revkaritasz.hu

Kovács Csaba tanulmánya anonim alkoholisták az Egyesült Államokból indult 12 lépésén alapuló a Félút Centrum működését mutatja be.

Elérhetősége: www.feluton.hu

A rehabilitációs intézmények által alkalmazott terápiás módszerek egyike a Portagé-modell. A Portagé a WHO által Kanadában akkreditált terápiás modell, amely hangsúlyozza az önségítés koncepcióját, a pozitív kortárshatást és a családi légkört.

A családgondozás szerepe az alkoholbetegek ellátásában

A szenvedélybetegség jelentkezése nem csak az egyén, hanem az egész család problémája is. Gyakran a tünetek megjelenése a család belső szerkezetének kifejeződése. A családi életben nem a szenvedélybeteg ember tulajdonságai a meghatározók, hanem a családtagok közötti kapcsolatok hálózata. A betegség megváltoztatja a család szerkezetét, sokszorosan befolyásolja a családon belüli szereposztást, tartósan meghatározza a kapcsolatokat és a kommunikációt. Ezért válik fontos segítői feladattá a hozzátartozók bevonása a szenvedélybetegek ellátásába.

A családdal való munka célja, hogy a szenvedélybeteggel kapcsolatos problémákat – amely miatt az egyén jelentkezett vagy küldték – a segítő közreműködésével az egyén és a hozzátartozói közösen képesek legyenek új megoldási stratégiákkal kidolgozni. Így a család képessé válik a szenvedélybetegséggel kapcsolatos feszültségeket, konfliktusokat kiváltó helyzeteket önállóan megoldani. Azt a funkciót, amelyet a családi együttélésben a szenvedélybeteg töltött be, a problémamegoldás más formájával kell helyettesíteni. A sikeres beavatkozás után a családnak képesnek kell lennie a változásokhoz és változtatáshoz szükséges lépések felismerésére és vállalására, amelyben a segítő illetve segítők támogatást adnak a családgondozás során.

A szenvedélybetegeket segítő szakemberek és szolgáltatások közreműködnek a szenvedélybetegek pszicho-szociális ellátásában. Gyakori tapasztalat, hogy nagy figyelmet fordítanak a segítők a kliensek problémáinak, a személyes célokat akadályozó tényezők feltárására és a megoldásokhoz szükséges források felderítésére. Az egyéni esetkezelés során sokszor figyelmen kívül marad, hogy a szenvedélybetegség kialakulásában és fenntartásában a családtagoknak is szerepe van.

Sok esetben a gondozási tervben szereplő célok megvalósítása azért is hiúsul meg, mert a hozzátartozó nem partner az együttműködésben és nem támogatja a gondozó és kliens közötti célok megvalósítását. A segítség folyamatában kiemelten fontossá válik, hogy a családtag(ok) is bevonásra kerüljenek együttműködő partnerként. Ezért is vált szükségessé, hogy minél nagyobb figyelmet fordítsunk a rendszerszemléletű gondolkodásra, hogy módszertani segítséget kapjanak a szenvedélybetegek ellátását végző kollégák a napi munkájukhoz.

A családkonzultációs módszert, a szociális munka során is eredményesen alkalmazzák, ami a szenvedélybetegek segítésében meghatározó szerepet játszik, és amely szemlélet és hozzá kapcsolódó módszer jól illeszkedik a függő betegek életmódjához és családdinamikai szabályszerűségeihez.

A segítő feladata a családtagokkal való kapcsolatfelvétel során

A segítőnek a klienseit és annak hozzátartozóit a közös együttműködésre kell ösztönöznie, mégpedig azzal, hogy az eljárás menetét világossá és követhetővé teszi számukra. A szenvedélybetegség miatt már amúgy is meglévő közös érdekeltséget felhasználva együttes változásra kell sarkallni a résztvevőket. Látni kell, hogy a család nemcsak érintett a szenvedélybetegség következményei miatt, hanem döntő mértékben részt vesz a betegség kialakulásában és fenntartásában is.

Winfried Huber a *Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében* című könyvében részletesen ír az alkoholizmus kialakulásáról és családdinamikai jelenségekről, illetve a rendszertani szemléletű kezelés módszereiről. A tanulmány hasznos gyakorlati ismereteket nyújt a szociális szakemberek számára, a szenvedélybetegek és családtagjainak a gondozásához, segítéséhez. Művében a következő kérdésekre keresi a választ:

- Mi a teendő abban az esetben, ha a hozzátartozó arra az álláspontra helyezkedik, hogy „nem én vagyok a beteg, hanem a másik”?
- Mi a teendő, ha a kliens zárkózik el a hozzátartozójának bevonásától azzal az indokkal, hogy nem akarja, hogy ő is jelen legyen a beszélgetés alkalmával?

Ilyen és hasonló esetekben egy őszinte és csak a lényegre szorítkozó beszélgetéssel világossá kell tenni a hozzátartozók számára, hogy mi a szerepe a segítőnek a segítség folyamatában. Hangsúlyozni kell, hogy a segítség sikere a hozzátartozók részvételétől függ, mivel az egyének segítése csak családi összefüggésben érhető el.

A szociális szakembereknek, a segítőnek a következő szempontokat kell figyelembe vennie a szenvedélybeteg családtagjainak bevonásánál.

1. A segítőnek kell eldöntenie, hogy mely családtagokat von be a segítő folyamatba.
2. A segítőnek bátorítani kell egy vagy több családtagot, hogy a közös beszélgetésen vegyen részt.
3. Nem szabad elvárni, hogy a kliens magától hozza el a hozzátartozóit. A segítőnek kell megpróbálnia, hogy a családot olyan nagy létszámban, amennyire csak lehetséges ráhangolja a találkozásra.
4. Minél rövidebb idő telik el a segítő és a kliens első találkozója és a segítő folyamat kezdete között, annál nagyobb az esélye annak, hogy a családtagokat be lehet vonni a folyamatba.
5. A segítőnek úgy kell a segítség szükségességét a családtagoknak megindokolnia, hogy ne legyen értékelő, semmiképpen sem szabad hibáztatni a családtagokat a szenvedélybetegség kialakulása miatt.
6. Döntő jelentőségű, hogy a segítő a családhoz ne vádlóként forduljon, mert csak így képes a feszültségüket és az ellenkezésüket csökkenteni és nyitottá tenni őket az együttműködés számára.
7. A családtagokat a segítő ne „kliensként” kezelje, hanem „egészséges emberként”, akiknek semmi problémája sincs. Semmilyen körülmények között nem szabad a családdal vitába bocsátkozni arról, hogy a család a probléma okozója vagy sem.

Az eddig publikált vizsgálatok és tapasztalatok azt a feltételezést támasztják alá, hogy a szülők alkoholizmusa gyermekkori magatartászavarokat okoz. Szendélybetegek gyerekeinél szignifikánsabban fordulnak elő a magatartászavarok, valamint a gyermek- és ifjúkori pszichés megbetegedések, kiváltképpen a depresszió és egyéb gyermekkori pszichés zavar. Ez ugyanakkor távolról sem jelenti azt, hogy minden gyerek szükségszerűen károsodik.

Claudia Black által részletesen bemutatásra került, hogy az alkoholista szülők gyermekeit hogyan segíthetjük, hogyan merjenek segítőhöz fordulni és minél jobban integrálódjanak a társadalomba. A tanulmány külön foglalkozik azzal is, hogy az ismerősök illetve a szakemberek milyen módon segíthetik a gyermekeket az élmények, negatív hatások feldolgozásában.

Kelemen Gábor – B. Erdős Márta tanulmányában a kodependencia, (társfüggőség) fogalmat járja körül nagy szakmai igényességgel. A kodependens, azaz társfüggő az a személy, aki életét egy szenvedélybeteg ember életéhez igazítja, így a sorsa egy szerfüggő életétől „függ”. A kodependens képtelen saját életének szervezésére és kormányzására, ehelyett egy másik ember életét igyekszik kényszeresen irányítani; ezt a törekvését azonban társadalmilag elfogadottá alakítva az aktív gondoskodás köntösébe rejti. A fogalom a 80-as évek elejétől az Egyesült Államokban a segítő szakmák egyik legnépszerűbb fogalmává, magyarázó elvévé, a terápiás gyakorlatot befolyásoló koncepcióvá vált. A szociális területen dolgozók számára elengedhetetlen, hogy a fogalmat megismerjék, és a munkájukban hasznosítsák.

Ildikó, 22 éves főiskolás lány, meséli el, ő hogyan találkozott az alkoholizmussal:

„Kis szabolcsi városból származom. Az alkoholizmus errefelé sajnos eléggé általános, szinte a családok felében előfordul alkoholfüggő családtag. Gyermekkoromtól azt látom, hogy a szomszéd jön haza a kocsmából teljesen összetört fejjel és alig tud felmászni a lépcsőn. Egy másik szomszédom szintén alkoholista, nála annival másabb a helyzet, hogy gyógyszereket is szednie kell és ez az alkohollal párosítva rémisztő dolgokra képes. Mindennaposak náluk a veszekedések, verekedések. Kb. egy hónapja az apát megverte a fia, aki emiatt másnap teljesen lerészegedett és felkötötte magát a házunk mögötti utcában egy villanyoszlopra. Az utolsó pillanatban vágta le. A „megoldás” annyi volt, hogy pár napra bevitték a pszichiátriára. Amikor kijött minden ugyanúgy folytatódott tovább, csupán egy-két napig volt józan.”

Az elmondottakból is látszik, hogy az alkohol probléma a mindennapok része és alig akad olyan ember, akinek ne lenne közvetett élménye a szenvedélybetegről. Ezeket a történeteket rezzenéstelen arccal me-

séli, pedig az emlékek igen sokkolóak. A következő részből kiderül, hogy közvetlen kapcsolata is van a saját családjában az alkohol okozta problémával.

„Sajnos a családomban is vannak alkoholisták. Édesapám amióta az eszemet tudom iszik, és anyával sokat veszekednek. Már nem lehet tudni, hogy mi volt az ok és mi az okozat. Apa nem ismeri be, hogy alkoholfüggő, ha részeg és rákérdezek, hogy ivott-e azt feleli, hogy nem. Az évek folyamán az, hogy napokig ne ivott volna csak akkor fordult elő, amikor anya egyszer kórházba került, és amikor az édesapja meghalt. Ez is csak addig tartott, amíg lezajlottak a kötelező dolgok, az ügyintézés, temetés stb. Persze, hogy ezek után berúgott, azért nem ítélem el, valószínűleg sokan így cselekednének. Nem gondolom, hogy ez lenne a megfelelő megoldás a gyász feldolgozására, de van, hogy tehetetlen az ember.

Mindezek ellenére nagyon szeretem őt, függetlenül attól, hogy tönkreteszi magát és nagyon sok konfliktust okoz a viselkedése a családon belül. Egy nagyon őszinte, érzékeny, becsületes, megbízható embernek tartom és tudom, hogy nagyon szeret minket. Ez egyébként nagyon nehéz dolog... amikor gyűlöl az ember valakit és végtelenül szereti is egyszerre.”

Érezhető a lány ambivalenciája az apja ivásával kapcsolatban, szégyelli is az apja alkoholizmusát, de közben meg is érti és sajnálja őt. Ildikó így mesél tovább az apja alkoholtól való függőségéről.

„Legutóbb húgom szalagavatójára mentem haza a párommal együtt. Leültünk és beszélgettünk. Apám kb. ötször kérdezte meg a páromat, hogy nem isznak-e egy sört. Egyértelmű volt, hogy a barátom nem szeretne inni, de apám erősködött, mivel ő akart inni. Ráparancsoltam, hogy az ünnepség végéig ne igyon. Ez elég szálnalmas dolog, valahol képmutatás is és szerintem nagyon szomorú, hogy ilyen esetekben gyerekként kell kezelnem az apámat, de egyszerűen nem tudok mit kezdeni vele. Képtelen vagyok kezelni az olyan helyzeteket, amikor részegen káromkodik semmiségekért. Egyszerűen kivonulok és feladom. Már belefáradtam ebbe, évekig próbáltam ilyenkor is beszélni vele vagy amikor éppen józan volt, meggyőzni arról, hogy beteg, de egyszerűen nem megy.”

Ez az eset jól példázza azt a helyzetet, hogy hiába akar valaki közvetlen hozzátartozóként segítő lenni, nem fog tudni segíteni. Érzelmileg annyira érintetté vált, hogy tehetetlenné válik, nem tudja kívülállóként értékelni a történéseket.

Magáról így vall:

„Mindig én voltam a jó kislány, a kitűnő tanuló, a húgomra sokat vigyáztam, ha apáék veszekedtek köztük álltam, ha kellett takarítottam stb., kifelé prezentáltam, eljátszottuk, hogy nálunk minden rendben van. Nagyszüleim vallásosak voltak és tipikus vidéki, becsületes, büszke emberek, akik nem tudtak volna szembesülni azzal, hogy a fiuk alkoholista, persze érzékeltek belőle dolgokat, de csak alkalmi ivásról tudtak, sörözés a barátokkal stb.”

A lány öntudatlanul is a jellegzetes társfüggő szerepbe kényszerül, amikor igyekszik kontroll alatt tartani az apja alkoholizmusát. Erre példa az, amikor ráparancsol az apjára, hogy ne igyon a családi ünnepség alatt, remélve, hogy így elkerülheti a környezet negatív véleményét az apjával kapcsolatban. Közben azonosíthatjuk a jellemző hős gyermeki szerepet, ami azt jelenti, hogy Ildikó igyekezett erőn felül teljesíteni és kivívni a környezete elismerését. Ilyen helyzetben gyakran maga a közvetlen környezet – pl. az iskola – nem is sejtí, hogy a gyerek milyen körülmények között él, mivel aki jól teljesít, arról nem feltételezik, hogy hátrányos helyzetű.

„Amikor édesanyám szülei, majd apa édesapja meghalt, történt némi változás. Anyáék sokkal közelebb kerültek egymáshoz, mint ahogy eddig bármikor. Biztos benne van, hogy a halálesetek után együtt elmentek a családsegítő szolgálatba és több alkalommal is beszéltek szakemberrel. Úgy éreztem, hogy ekkor mindketten megérezték, hogy szükségük van egymásra és össze kell fogniuk, ha együtt akarnak

maradni. Félretették az apró-cseprő dolgokból fakadó nézeteltéréseiket és abbamaradtak a veszekedések és apa azóta rendszeresen jár pszichológushoz. Szerintem jó hatással van rá, hogy elmondhatja a gondjait. Lehet, hogy ez nem igazi gyógyulás, de én már azt is örömmel fogadom, hogy nem jár kocsmázni, néha a családtagokkal otthon sörözik.”

Az elmondottakból látszik, hogy a családban történt krízis vagy elmélyítheti a problémákat, vagy a rendszer tagjait összekovácsolja, és így együtt igyekeznek megoldani a nehézségeket. Ez történt ebben az esetben is és nagyon fontos történés, hogy külső szakember segítségét is igénybe vették, míg a párkonzultáció után a férj igénybe vette az egyéni segítői kapcsolatot is. Ildikó utolsó mondatai alátámasztják, hogy a fiatal felnőtt lány számára is mennyire fontos, hogy a családtagok között az érzelmi kapcsolat stabil legyen, és ez biztonságot adjon számára is.

Az alkohol mértékletes élvezete hozzátartozik a társadalom mindenapjaihoz és jeles eseményeihez. A hagyományos és családi ünnepek, a társasági összejövetelek, nélkülözhetetlen kelléke. A rendszeres alkoholfogyasztás viszont hozzájárul a függőség kialakulásának esélyéhez. A kontrollvesztő alkoholfogyasztás rövid időn belül azt eredményezi, hogy az egyén a családja és a társadalom számára is terhevé válik. A társfüggőség kialakulása gyakori jelenség az alkoholfüggők családjában.

A következő esettel igyekszünk bemutatni, hogy milyen folyamat eredménye a társfüggőség kialakulása. Katalin 41 éves, egy 17 és egy 15 éves fiúgyermek anyja, aki adminisztrátorként dolgozik egy nagyvállalatnál. Így kezdte a beszélgetést a szociális munkással a szenvedélybeteg nappali ellátásában.

„Tehetetlennek érzem magam a férjem alkoholizmusával kapcsolatban. Tanácstalan vagyok, hogy mit tegyek. Magányosnak és elveszettnek érzem magam. Hogy a férjem iszik, azt már ismeretségünk első 4 hetében észrevettem. Csodálkoztam ezen, de nem tartottam tragikusnak. De egy idő után megváltozott a személyisége. Mindent sötéten látott és ingerlékeny lett. Az otthoni beszélgetésben egyre gyakrabban került szóba az alkohol. Többször tettem fel neki ezeket a kérdéseket: Miért iszol olyan sokat? Legalább ma este nem hagynád el? Egy idő után kérleltem, hogy legalább a családi összejövetelek alkalmával tartsa magát. Megvettem a sört és betettem a hűtőszekrénybe. Ha hazajövünk, akkor igyál. Ezek a kérések néha sikerrel jártak.”

A társfüggőség ott kezdődik, hogy a hozzátartozó a felelősség egyre nagyobb részét vállalja át. Ezzel a túlzott kötelességtudattal csak azt éri el, hogy partnere tovább ihat. Megakadályozza azt a krízist, amely a betegnek és a családnak lehetővé tenné a megváltozást. A beteg nem szembesül tette következményeivel. A társfüggők kapcsolatfüggők, akik saját magukat nem tartják fontosnak. Kapcsolatfüggőségükben mindent elkövetnek azért, hogy a kapcsolat fennmaradjon.

E nélkül a kapcsolat nélkül szó szerint „semminek” érzik magukat a társfüggők. Egy ilyen szimbiotikus viszonyban senki sem önálló, egyik sem bír meglenni a másik nélkül.

„Minden hibát elkövettem, amit általában a hozzátartozók elkövetnek. Vele ittam, ha két üveg bor volt otthon, az egyiket megittam, így ő nem tudott ájulásig inni. Másnap reggel az ágyba vittem neki a gyógyszert és nagyon sajnáltam őt. Mindig vigasztaltam, meghallgattam. De hol voltam én? Mikor fognak engem támogatni? Kivel tudnám a gondjaimat, bajaimat megbeszélni? Rövidesen az volt az érzésem, hogy minden teher az én vállamon van.”

A férje mindenért Katalint tette felelőssé, attól függően, hogy hogyan érezte magát. A feleség igyekezett alkalmazkodni és erőn felül igyekezett megváltozni, csak hogy megfeleljen férjének. Többszöri próbálkozás ellenére sem javult a kapcsolatuk és egyre gyakrabban veszekedtek. Ekkor gondolt elő-

ször Katalin a válásra, de ott volt a két gyerek és a közös lakás, nem akarta cserbenhagyni férjét. Ekkor döbbsent rá, hogy a társa alkoholista, ami azt jelentette számára, hogy férje beteg és segítségre van szüksége.

„Az embernek segíteni kell. Nem segít a szemrehányás, a zsarolás, az esküdözés kikényszerítése. De mit lehet tenni? Ez volt az első eset az életemben, amikor nem tudtam, mit tegyek, amikor nem tudtam megvalósítani, amit elhatároztam. Az első eset, amikor nem funkcionált, amit az eszem akart. Mindegy, hogyan viselkedem, mit vállalok, ő csak iszik. Hol többet, hol kevesebbet, néha az ájulásig, néha napokig semmit. Voltak esték, amik békességben teltek el, aztán jöttek az agresszív megnyilvánulások. Majd következtek a hosszú monológok, elmondta ugyanazt háromszor, négyszer-öttször, nem lehetett leinteni ezt követően másnap nem emlékezett semmire. A barátok engem tettek felelőssé a kialakult helyzetért, mások meg sajnáltak. Közben a hátunk mögött beszéltek rólunk. Most már felteszem magamnak a kérdést, hogy miért tettem mindezt éveken át. Egy beteg embert nem tudtam elhagyni és felelősnek éreztem magam. Be akartam bizonyítani magamnak, hogy ki tudom őt gyógyítani. Meg akartam neki mutatni, hogy rám támaszkodhat.”

Az előbbi idézetből is kitűnik, hogy a „jó” társfüggők önfeláldozóak, szenvednek anélkül, hogy ezt bevallanák. Ők azok, akik a családot összetartják, partnerük iszákosságát igyekeznek eltakarni. A társfüggők egy tarthatatlan helyzetet rögzítenek, amikor az alkoholistáról gondoskodnak, kimentik a helyzetekből és igyekeznek a családot összetartani.

Végül Katalin segítséget kért az egyik munkatársától. A kolléga meghallgatta és egy ismerős pszichiáter telefonszámát adta meg neki. Közben Katalin elkezdett tanulni autodidakta módon az alkoholizmusról és megvette a témával kapcsolatos legfontosabb könyveket. Felhívta a pszichiátert, hogy megtudja, hogy mit kell tennie a férje gyógyulása érdekében. Erre a beszélgetésre így emlékszik vissza:

„A terapeuta hangja még most is a fülemben cseng. Nem a férje szorul segítségre, hanem Ön Katalin. Először magának kell meggyógyulnia. Megadta a városban működő alkoholisták hozzátartozói csoportjának címét. Ezek után fel voltam dűlva. Természetesen ki vagyok borulva, nem is csoda ennyi év után. De én menjek csoportba? Én nem vagyok beteg, én nem vagyok alkoholista! Menjen a férjem.”

Végül elment Katalin az Al-Anon Családi Csoportba, ez az alkoholisták hozzátartozóinak és barátainak közössége, amelynek működése az Anonim Alkoholisták 12 lépésén alapul. Először nem értette, sőt kifejezetten bosszantotta, amiről beszéltek a csoportban, de lassan ő is elfogadta, hogy ő is egy alkoholistának a felesége és ebben a csoportban találkozott olyan emberekkel, akik hasonló helyzetben vannak és mégis élnek az életüket. Ennek hatására Katalin változtatott a viselkedésén. Semmi sajnálkozás, aki be tud rúgni, az tudjon reggel felkelni, semmi gyógyszer, semmi vigasztalás és semmi utólagos kikötés, mint például ha iszol, nem beszélek veled és a saját szobámba megyek.

Katalin megmondta a klinika elérhetőségét, a pszichiáter telefonszámát és írt egy levelet a férjének, amelyben világosan megírta, hogy elválik tőle, ha nem hagy fel az ivással és nem fordul szakemberhez. A beszélgetések során a férj gyakran megszarolta és azt mondta neki: „Az én sorsom az, hogy tönkremenjek. Ha nem tartasz ki mellettem és már nem szeretsz, menj el inkább.”

Katalin számára a válás gondolata szörnyű volt, de úgy gondolta, hogy a további leépülést, a férje széthullását tehetetlenül nem akarja végignézni. A határozott magatartás hatására megváltozott a helyzet. Közben az idősebb fiú elköltözött és így megszűnt egy katalizátor, eddig, ha köztünk volt valami, akkor attól kapott vigaszt és sajnálkozást. Bár az asszony még mindig aggódott, hogy józanul vagy részegen

jön-e haza, hazatalál-e vagy a rendőrség szedi össze, de az aggodalmat nem mutatta. Ez a keménység nagyon nehéz volt, de belátta, ha továbbra is következetlen lesz, akkor csak a betegségét és a szenvedését hosszabbítja meg. Másként kellett viselkednie, hogy valóban tudjon segíteni magukon.

Néhány hónappal később felkereste a férj a háziorvost, aki elvonó-kezelésre beutalta a klinika addiktológiai osztályára. Ott felkereste a szenvedélybeteg közösségi ellátás munkatársa és felajánlotta a szolgálat segítségét, amit elfogadott és jelenleg is tartja vele a kapcsolatot. Mindent egyedül intézett el a férje, amin Katalin nagyon meglepődött. Végül a férje is elment az A.A. csoportba és minden héten a mai napig is jár.

Az a kapcsolat, amit a függőség mindkét részről terhel, nem áll könnyen vissza. Mindkét félben maradt sértettség, keserűség, amit most le kell győzni. És amit a segítő ajánlott, tehát a „megbocsátani, de nem felejteni”, rettenetesen nehéz feladat. Az alkoholista új emberként kerül ki a terápiából, felszabadultak azok az energiái, amelyeket eddig az alkohol elleni küzdelem kötött le. Eközben a társfüggő szeretné visszaszerezni hatalmi pozícióit és a kapcsolat régi struktúráját fenntartani, ezért önmagáért kell valamit tennie, hogy nehogya visszaessék.

Katalin 2 év után érezte, hogy kezdi megérteni az elmúlt évek történéseit és rájött, hogy neki is ki kell gyógyulnia a társfüggőségéből. Megtanulta, hogy nemet is kell tudni mondani és el kell viselnie azt az érzést, hogy nem lehet mindig jó. Azóta igyekszik megőrizni a határait és kimondani azt, ami fáj számára. Az utolsó beszélgetésen a következőket mondta:

„Remélem, hogy velem nem történik meg, ami egy sorstársammal történt a csoportból. Miután az első férje – aki alkoholista volt – meghalt, feladott egy újsághirdetést. 30 jelentkező közül kit választott? Megint egy alkoholistát. Most már tudom, hogy mennyit érek, és nem csak azon múlik, hogy mennyire vagyok értékes, hogy megmentem a másikat. Nem gyógyultam meg teljesen, de továbbra is ezen az úton kell, haladjak. ”

Katalin esete is bizonyítja, hogy egyre nagyobb hangsúlyt kell fordítani az alkoholfüggő kliensek hozzátartozóinak a segítségére, támogatására. Meg kell teremteni, hogy legyenek lehetőségük segítséget kapni a nehéz helyzetükben. Tudnunk kell, a hozzátartozók segítése nehezebb, mint a függőkké. A beteg legalább odáig eljut, hogy így nem lehet tovább élni, valamit változtatni kell. A hozzátartozó ezzel szemben nem teszi kérdésessé a saját viselkedését és azt hiszi, ha a másik felhagy az ivással, minden automatikusan megváltozik és jó lesz.

A szenvedélybetegnek és családjának el kell sajátítania a szenvedélybetegséggel, a társfüggőség állapotával, kezeléssel és a visszaesés megelőző tervezéssel kapcsolatos ismereteket. Komplex támogatásra van szükség, ahol egyaránt szerepe van az egészségügyi és szociális ellátásnak, valamint az öngyógyító csoportoknak is.

A függőség és társfüggőség élethosszig tartó betegség. Habár tüneteik átmenetileg enyhülhetnek, teljesen megszűntetni nem lehet és különböző tényezők hatására kiújulhatnak. Ezért válik fontossá, hogy a család folyamatos támogatásban vegyen részt, a családtagok csoportterápiás és családterápiás foglalkozásokon vegyenek részt, illetve rendszeres időközönként keressék fel a szakembereket.

Reméljük, hogy minél nagyobb figyelem fordul hazánkban is a szenvedélybetegség kezelési lehetőségei felé, így egyre kevesebb egyén és család tapasztalja meg ezen betegségek és ártalmak pusztító hatásait. Bízunk benne, hogy a leírtak a gyakorlatban is használható ismereteket nyújtanak a szociális területen dolgozó szakemberek számára.

6. PSZICHIÁTRIAI BETEGEK TÁMOGATÁSA SZAKMAKÖZI EGYÜTTMŰKÖDÉSEK KERETÉBEN

Európában a különböző fokozatú és szintű mentális zavarok minden negyedik lakost érintenek és ez az arány hazánkban is érvényes. A KSH adatai szerint 2009-ben 135 pszichiátriai gondozóintézetben 18 560 fő új felnőtt beteget vettek gondozásba, a betegforgalom 1186 ezer fő volt a vizsgált évben.

Az elmúlt években az Európai Unió is számos intézkedéssel jelezte, hogy a mentális egészséget és jólétet az emberi élet egyik legfontosabb tényezőjének tekinti. Mario Maj a Pszichiátriai Világszövetség elnöke támogatja a nagy létszámú intézmények megszüntetését, ennek kapcsán a páciensek életminőségének és az ellátással való elégedettségének javulását.

Az intézmények megszüntetése önmagában nem jelenti a pszichiátriai problémával élők életminőségének javulását. A nagy kórházak és intézmények helyett az ellátás a közösségi, lelki egészségi ellátás irányába tolódik. A lakóhely a közösségben nem csupán a krónikus pszichiátriai betegséggel élők otthonául kell, hogy szolgáljon, hanem ugyanitt szükséges biztosítani az evidenciákon alapuló rehabilitációs eljárásokat és azok elérhetőségét is. A közösségi ellátórendszeren belül szükség van a szociális szolgáltatói hálózatok mellett a megfelelő háziorvosi ellátás elérhetővé tételére is. Biztosítani kell az adott régióban a településeken élő mentális betegséggel küzdők ellátásához szükséges erőforrásokat és együttes orvosi és szociális ellátásukat is. A Pszichiátriai Világszövetség szeretné átadni a tapasztalatokat azoknak az országoknak, amelyek most kezdik bevezetni és alkalmazni a pszichiátriai betegek közösségi ellátását.

A pszichiátriai ellátás magyarországi átalakításának lehetőségeiről Kurimay Tamás a Magyar Pszichiátriai Társaság elnöke, a *Lege Artis Medicinae* tudományos lapban 2010. január 20-án közölt cikkében a következőket fogalmazza meg: „A közösségi pszichiátriai modellben megtapasztalt, valamennyi szakmát érintő egyenrangú együttműködéssel használjuk azt az utat, amit előttünk már megépítettek, kapcsolódjunk hozzá és építsük tovább.”

Esetbemutató

Az alábbiakban egy esetismertetésen keresztül kerül bemutatásra az együttműködés az egészségügyi ellátórendszerrel és a szociálpolitika egyéb szereplőivel, a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában, Budapest VIII. kerületében.

Az esetet bemutató szakembert a pszichiátriai klinika egyik főorvosa kereste meg egy 36 éves nőbeteg, Katalin közösségi pszichiátriai ellátását kérve.

Röviden a következőkről tájékoztatta: a beteget három hónappal ezelőtt, akarata ellenére, veszélyeztető állapota miatt szállították a klinikára. A kliens egyedül neveli két gyermekét – a kislányt öt és nyolcévesek –, a lakáshoz egyszerre érkezett a mentőszolgálat, a gyámhatóság, a gyermekvédelmi szakember és a rendőrség. A két kislányt gyermekvédelmi intézménybe vitték, a beteget pedig a pszichiátriai klinikára, a rendőrököt azért hívták oda, mert a kliens senkinek nem nyitott ajtót, a fiait pedig három hete sem iskolába, sem óvodába nem engedte. Férjétől négy hónapja elvált, aki azonnal kiutazott az Egyesült Államokba.

A kliens jelenleg jó pszichés állapotban van, a gyógyszereket elfogadja, bár betegségbelátása még mindig csak részleges. Az utóbbi öt évben ez a harmadik klinikai kezelése, de a hospitalizáció után rendre abbahagyja a gyógyszereszedést, ebből adódik a visszaesés. A gyerekeit ideiglenes állami nevelésbe vet-

ték, a gyámhatóság pedig kezdeményezte a beteg gondnokság alá helyezését, ami azzal járna, hogy sohasem kaphatja vissza gyermekeit, akiket állítólag – téves eszméi hatására, a szomszédok szerint – ki akart dobni az ablakon.

A három hónapos pszichiátriai kezelés alatt elvéve látogatta egy baráti család és közvetlen szomszédja. Az egészségügyi személyzettel rendkívül ellenséges, ugyanakkor a rendszeres gyógyszeresedés betegségében elengedhetetlen. A főorvos a szociális alapszolgáltatástól, a pszichiátriai betegnek nyújtott közösségi ellátástól reméli az együttműködés kialakítását, a gondnokság intézményének elkerülését és a gyermekek biztonságos családi nevelését.

Az eset kapcsán az első fontos lépés az volt, hogy valamilyen kiinduló helyzetet teremtsenek a segítő munkához és motiválják Katalint az együttműködésre. Ehhez a lehetséges problémák teljes körű feltérképezésére irányuló hosszabb első interjú helyett a gyors tájékozódást követően olyan lépéseket kínáltak fel, amelyben kevés erőfeszítést kell tennie a kliensnek, miközben ez az érdekét, céljait szolgálja. A megfogalmazott rövidtávú célhoz a családi háttér híján a természetes támogató formák közül – ha van ilyen – kellett találni valakit, akire leginkább támaszkodni lehet.

Alapozva a főorvos tájékoztatására, csak az egyik szomszéd és a házaspár jöhetett számításba, akikről kiderült, három kisgyermeket nevelnek, ami a segítségnyújtásnak is gátat szab.

Amint a szakember a klienssel magára maradt, Katalin bizalmatlanul szemlélgette, majd megkérdezte, miben tudná őt segíteni. A segítő visszakérdezett, ő miben várna el segítséget (személyes célok felmérése). Természetesen – mondotta – a gyerekeit szeretné látni. A segítő megkérte, hogy tájékoztassa arról, mit tud ma róluk. Elmesélte, hogy közvetlen szomszédja nemcsak őt, hanem a két kislányt is látogatja, akiket egy budai gyermekotthonban helyeztek el, ahol nem érzik rosszul magukat, de ő is szeretne erről meggyőződni, szeretné meglátogatni őket. A klinikai szociális munkás szerint ettől a gyermekotthon igazgatója elzárkózott, miután jelen volt a kliens szakértői vizsgálatánál.

Rákérdezett, tud-e segíteni a szakember abban, hogy láthassa gyermekeit. Átadta a klinikai szociális munkás és a szomszéd elérhetőségét, és várta a pozitív választ.

A körülmények áttekintése lehetőséget teremtett arra, hogy a gondozó felmérje a kliens személyes kapcsolatait és azt a szociális hálót, amelyre támaszkodni szokott. Katalin egyikben sem bővelkedett.

A szociális munkában használatos felmérés után meghatározásra kerültek a rövidtávú célok: Fel kell venni a kapcsolatot a kliens gyermekeivel és el kell érní, hogy látogathassa őket.

A kliens által megfogalmazott célok eléréséhez, feltétlenül szükség volt a társszakmák együttműködésére, egy olyan multidiszciplináris team munkára, ahol a pszicho-szociális segítség a támogató hátterek és források bevonásával, a pszichiáter az állapot-stabilizálásával és fenntartásával járul hozzá az eredményes team-munkához. Mindez csak partnerségben képzelhető el, ahol az együttműködő társszakmák képviselői ismerik egymás szakmai mozgásterét, kompetenciáit, felelősségét és egy közös ismereti keretben képesek együtt gondolkodni. Mint ahogy a fenti példa is mutatja, ez akkor is lehetséges, ha a közösségi szolgáltatást, nem az egészségügyi ellátórendszer részeként hozták létre. Az intézményközi együttműködés fontos feltétele, az információ megosztása, amit esetünkben a kezelőorvos, a kórtörténet, és kezelés, rövid ismertetésével tett meg.

Gyakran előfordul, hogy a pszichiáter az orvosi titoktartásra való hivatkozással elhárítja az anamnézis és a terápia ismertetését, ugyanakkor a kliens hozzájárulásával, a betegségével kapcsolatos információk megoszthatók a közösségi szolgáltatóval. Segíti a konzultációt, az egészségügyi és szociális szakemberek közötti, szakmai-bizalmi kapcsolat, amely feltételezi, hogy a közösségi ellátásban koordinátori mun-

kakörben dolgozó szociális munkás, egyaránt jártas legyen a pszichiátria területén, és a szociális ellátás intézményi-és jogszabályi rendszerében.

A koordinátor megszervezte a multidiszciplinális csapatot, amelynek tagja lett – természetesen – Katalin, a szomszédasszony, a gyermekotthon igazgatója és egy munkatársa, a Gyermekjóléti Szolgálat családgondozója, a pszichiáter, a gyámhatóság előadója, az önkormányzat szociális osztályának munkatársa. A klinikai szociális munkás tájékoztatása szerint a gyermekotthon igazgatója részt vett abban a bizottságban, amely a gyerekek állami gondozásba vétele előtt az anya állapotát felmérte és ez alapján döntött úgy, hogy az asszony veszélyezteti mind saját gyermekei, mind az otthon többi lakójára. Itt volt az első esetmenedzselési feladat. A szomszédasszony együttműködőnek és segítőkésznek mutatkozott és azért látogatta fiúkat, hogy ne szokjanak el az otthonuktól, hiszen anyjuk, amíg egészséges volt, nagy szeretettel gondoskodott róluk.

Telefonos megkeresés után a szomszédasszonnal – az első támogató erőforrással – a szakember felkereste az otthon igazgatóját. A gondozó készült a beszélgetésre, mert az igazgató telefonon nagyon határozottan képviselte álláspontját, akkor, ott neki úgy kellett „menedzselnie” Katalint, hogy a legbarátságosabb légkörben meggyőzze az igazgatót arról, hogy mindannyiuk célja a gyerekek érdekeinek szem előtt tartása, amit reprezentálhat a kliens gyerekeivel való találkozási pontja. A gondozó jelezte, hogy amíg szükségét érzi az igazgató, jelen lesz a látogatásokon és a későbbiekben felkészíti kollégáit is, akik a jövőben kapcsolatban lesznek a klienssel.

Egy hét elteltével került sor a klinikai elbocsátásra, a klienssel közösen meglátogatták a gyerekeket, ez alkalommal a gyermekotthon vezetője és munkatársai meggyőződtek róla, hogy veszélyhelyzet nem áll fenn és magukra hagyták őt gyermekeivel. Eközben a gondozó pszicho-educációs eszközök igénybevételével felkészítette az otthon munkatársait. A második látogatásnál már nem igényelték a gondozó jelenlétét, a szociális munkásnak sikerült a gyermekotthon munkatársait megnyerni, ezáltal a kliens itt is támogatást kapott személyes céljai elérésében.

A pszichiátriai betegeket, családtagjaikat és gyakorta segítőiket is sújtja a társadalom előítélete, a stigmatizáció, és kirekesztés, amely napjainkig jelen van, és súlyosan érinti a beteg további sorsát. Katalin személyes céljainak elérésében, az ön- és közveszélyesség feltételezése a pszichiátriai betegről alkotott laikus kép veszélyeztette, emiatt a közösségi ellátást nyújtó szakembereknek a támogató háttérrel, és források megszerzéséhez, a környezetet is formálni kell.

Közben újabb problémával kellett szembenézni, Katalin kezelőorvosa jelezte, a gyámhatóság sürgeti a gondnokság alá helyezéséhez a szakvélemény kiadását; ha az orvos támogatja elképzelésüket, akkor megvonják a kliens láthatási jogát, ezért kérte, a gondozó vegye fel az előadóval a kapcsolatot és érje el, hogy harminc nappal hosszabbítsák meg a határidőt, hogy elegendő tapasztalat legyen arról, mennyire együttműködő a kliens. A konstruktív együttműködés jegyében a kezelőorvos felismerte, hogy a közösségi ellátásban dolgozó szociális szakember utat nyithat a Gyámhivatal, más esetekben egyéb forrásintézmények felé, és rendelkezik olyan többlettudással, ami a pszichiáter számára is hasznosítható, azaz konzultáns szerepében a közösségi koordinátor is támogatja a pszichiáter munkáját, visszajelzései, észrevételei, hozzájárulnak az egészségügyi rendszerben dolgozók döntéseinek meghozatalához.

A klinikai elbocsátás után a területi Pszichiátriai Gondozó folytatta Katalin kezelését. A pszichiátriai betegeknek nyújtott közösségi ellátásban a Pszichiátriai Gondozókkal szoros munkakapcsolatot szükséges kiépíteni, hiszen az ott dolgozók partneri szerepet töltenek be a pszicho-szociális ellátás biztosításában. Ugyanakkor a közösségi ellátást biztosító szociális szolgáltatások tehermentesítik a Pszichiátriai Gondozókat azáltal, hogy átvállalják a komplex rehabilitációs tevékenységet, így a re-szocializációs munkában a szociálismunkások tevékenysége meghatározott jelentőségű.

A következő három hónap célja:

Elérni, hogy gyermekei minden hétvégét vele tölthessenek.

A közösségi gondozó folyamatosan tájékoztatta a kezelőorvost és a gyámhatóságot, Katalin állapotáról és a gyerekekkel való kapcsolatáról. Időközben megszületett a gyámhatósági határozat is, amelyben megszüntették az eljárást Katalin gondnokság alá helyezési ügyében. A gondozó ekkor ismét esetmenedzselési szerepben lépett fel, a gyermekjóléti szolgálat munkatársát kérte meg, tegyen látogatást Katalinnál és egy környezettanulmányban ő is erősítse meg, hogy a fiatalasszony alkalmas a fiai hétvégi gondozására. A gyermekvédelmi szolgálat munkatársa kérte a lakók aláírását ahhoz, hogy alkalmasnak tartják Katalint a gyerekek nevelésére. A házban megindult a lobbizás az aláírásokért. A legellenségesebb lakótársakat együtt keresték fel, az esetmenedzser és az asszony, a későbbiekben Katalin egyedül is eredményes volt.

A három hónap alatt elért eredmények értékelése:

A gyerekek hétvégi életéről a különböző intézményekben más és más álláspontok születtek, ezért a célok elérése érdekében újabb tervet kellett kidolgozni, annál is inkább, mert Katalin egyre türelmetlenebb lett, már a stressz hatására bekövetkező visszaeséstől is tartani kellett, ezért a gondozó intézményközi esetkonferencia összehívását kezdeményezte. Az esetkonferencia eredményeképpen megszületett a határozat, Katalin péntektől vasárnap délutánig lakásán gondozza gyerekeit. Fél év múlva megszűnt az állami gondoskodás, Katalinnak már van kapcsolata a házbeliekkel, egy kis egyház közösségével, ahol szintén akadt támogatója.

Ismert tény, hogy a skizofrénia esetében teljes gyógyulás nem érhető el, a tünetmentes állapot fenntartható, a rendszeres gyógyszeres kezeléssel és a komplex pszicho-szociális támogatással. Ez az egyensúly azonban, a stressz értékű események hatására felbomlik, ennek következtében a tünetek ismét fellángolnak. Magas stressz terhelést jelentenek, azok az életesemények, amelyek negatív érzelmi tartalommal bírnak, ezáltal a pszichés egyensúly felborul, bekövetkezik az állapot rosszabbodás.

Katalint sem kerülte el a negatív érzelmi tartalommal bíró életesemény, intenzív vonzalmat érzett egy önkéntes segítő iránt, amely kritikátlan viselkedést is eredményezett, ami rossz helyzetbe hozta. Az erős érzelmek, amelynek visszautasítását Katalin nem érezte, pszichotikus tünetek megjelenését eredményezte. Ennek következtében ellenségesé vált a lakótársakkal, munkatársakkal, az egyházközösség tagjaival és kisebbik gyermeke barátjával, valamint pszichiáterével.

A közösségi ellátást biztosító multidiszciplinális teamben, a kliens változó szükségletei, és állapota határozzák meg, a team-tagok aktivitását. Katalin krízisben volt, így a pszichiáter intenzív munkájára volt szükség, mivel ellenséges lett eddigi kezelőorvosával, egy másik pszichiáter közreműködése vált szükségessé. A Pszichiátriai Gondozóval meglévő jó munkakapcsolat lehetővé tette, az általa megnevezett orvos bevonását. A kezelőorvos és a team-et vezető koordinátor esetkonzultációt tartott a Gondozó Főorvosával – ő lett az új kezelőorvos –, amelyben fontos elem volt annak elérése, hogy a krízis helyzet megoldásában is elkerüljék a klinikai kezelést, ami a gyerekei felügyeleti jogának, elvesztésével járna.

A koordinátor a közösségi munkacsoport minden tagját esetkonferenciára hívta, mivel a kríziskezelésben, a Gyerekjóléti Szolgálat családgondozójának, a pszichiáternek és a Gondozóban dolgozó szakgondozónak, a házi orvosnak, a támogató háttérrel biztosító szomszédnak és a lelkésznek az eddigiektől eltérő tevékenységére volt szükség. A közösségi munkacsoportot vezető szociális szakember ismertette a jelenlegi helyzetet, és a kompetenciák tisztázása után, a multidiszciplináris team minden tagja nyitott volt Katalin kríziskezelésére, oly módon, ami nem sérti sem a kliens, sem a gyermekei érdekeit.

Nemzetközi kitekintés

Richard Mitchell 1993-ban megjelent könyvében az Egyesült Királyságban a közösségi ellátás fejlődését írja le, a szociális munkások szemszögéből. A könyv bemutatja azokat a munkacsoportokat, amelyek a pszichiátriai betegek közösségi ellátását végzik, a csapatot a szociális munkások vezetik, a pszichiáter és a pszichológus szerepe kisebb. A betegekkel kapcsolatos bonyolult felelősségviszonyok szabályozására, a primer esetvivő kijelölését tartják megfelelőnek, aki a teamen belül felelős a kliensért. További kötelessége a munkacsoport minden tagjával együttműködni a komplex pszicho-szociális rehabilitációban, és kötelessége az állapotváltozások valamint a beteg céljai és problémái mentén a megfelelő szakemberrel a teamen belül tárgyalni.

A közösségi ellátást Nagy-Britanniában a Huddersfieldben kidolgozott krízismodell alapján nyújtják, eszerint a szolgáltatás nyújtásának kezdete a krízisekre épül, amikor a beteg és hozzátartozói az állapotromlás, a magas stressz, a konfliktushelyzetek miatt nyitottabbak a segítő kapcsolatra. A könyv címét is a fentiek határozzák meg: közösségi ellátás, krízisintervenció a gyakorlatban, ugyanakkor egyáltalán nem foglalkozik a kríziskezeléssel, csak utal a szakirodalmakra. Bemutatja viszont a közösségi ellátás kapcsolatrendszerét az adott területen, amit egyrészt a finanszírozók és a hatóságokkal kialakított kapcsolatrendszer, másrészt a lakossággal, a különböző szolgáltatásokkal, és ellátási rendszerekkel meglévő kapcsolatok oldaláról világít meg. Elénk tárja azokat a feszültségeket, amelyek a szerepek, a hatalom, az ellenőrzés kérdéskörei okoznak. A Richard Mitchell könyvében leírja, hogy az Egyesült Királyságban a területi ellátás munkacsoportokban zajlik, ezekben a pszichiáter és a klinikai pszichológus szerepe kevésbé hangsúlyos, meghatározó szerepük a szociális munkásoknak és a különböző felsőfokú végzettségű szakápolóknak-szakgondozóknak van. Ezek a csapatok sem mentesek a feszültségektől, elsősorban az eltérő szakmai attitűdök miatt.

A szerző a könyvében arról győzi meg az olvasót, hogy a beteg nem csupán pszicho-szociálisan fogyatékos, defektusokkal és patológiás tartalmakkal, küzdő személy. Őt totalitásában vizsgálja, és azt írja, hogy a közösségi ellátásra szoruló egyénnek támogatásra van szüksége, miközben saját belső erőforrásait is mozgósítja. A közösségi ellátást a szociális munka oldaláról közelíti meg, ahol a multidiszciplináris team a kliens képessé tételére „empowerment”-jére fókuszál, elsődlegesen az ellátást igénybe vevő reszocializációját, re-integrációját tartja szem előtt.

Loren Mosher és Lorenzó Burti: *Community Mental Health. A Practical Guide* c. könyvükben a közösségi ellátást, mint a krónikus pszichiátriai betegek rehabilitációs ellátásának legjobb megközelítési modelljeként írják le. Kritikusán szólnak a hagyományos pszichiátriai és szociális gondoskodás intézményeiről, ezzel szemben a közösségi ellátás problémákat, kríziseket old meg és képessé teszi a klienseket ennek megoldására, hogy az önálló életvezetésükben, és szociális kapcsolatukban támogatás nélkül is elérjék céljaikat. A közösségi ellátás különleges team-munkában valósul meg, amely az ellátási felelősségviszonyok újradefiniálását teszi szükségessé. A segítség multidiszciplináris, a pszichiáterek szerepe, főleg a krízisek kezelésében és az optimális gyógyszerelés beállításában hangsúlyos, míg a közösségi munkacsoport más tagjai az idült betegség tényét, figyelembe véve, a klienst, személyes céljainak elérésében támogatják.

A fenti elvekre alapozva az IAS-t 1997-ben Bernben alapították a Nemzetközi Soteria Munkacsoport (IAS) amelyben Loren Mosher megvalósította ötletét: pszichiátriai betegek kórházi falakon kívüli alternatív kezelési módszere lakóközösségszerű intézményben.

A Soteria koncepció fő elemei: pszicho-szociális kíséret aktív részvétellel, neuroleptikumok mennyiségének minimalizálása, miliőterápia. Loren Mosher és Luc Ciompi 2004-ben megfogalmazták a Soteria intézményekkel kapcsolatos kritériumokat:

1. *Szabályozás:* Kicsi, közösség-centrikus, nyitott, önkéntes, otthonos, nem több mint 10 férőhely, 1 férfi és 1 nőtag, akik 24-48 órás szolgálatban dolgoznak.
2. *Szociális tényezők:* Tiszteletteljes, megbízható, érthető, előrelátható, hajlékot adó, biztonságot és védelmet nyújtó, személyre szabott önérvényesítés, támogatás, szocializáció. Idővel „pótcsaládként” kell, hogy szerepeljen.
3. *Szociális környezet:* Az autonómia és személyes döntésszabadság struktúrájának megőrzése, a szükségtelen függőség kialakulásának megelőzése céljából. Kölcsönös kapcsolatok elősegítése. Minimális szerep megkülönböztetés segítő és kliens között a kapcsolatok és rugalmasság érdekében. A napi tevékenységek közös elvégzése, mint pl. takarítás, főzés, vásárlás, művészi tevékenységek, kirándulások annak érdekében, hogy az izoláció ne következzen be.
4. *Gondozó csoport:* Esetleg pszichiátriai szakember, speciálisan iskolázott és kiválasztott laikusok, egykori kliensek, akik korábbi kezelési programban részt vettek, vagy a három kombinációja. Munkamellleti képzés, rendelkezésre kell, hogy álljon néhány gondozónak.
5. *Emberek közötti tényezők:* Kapcsolatot tartani, kapcsolatba lépni a sikeres programért. A kapcsolatokat elősegíti az ideológiailag nem meghatározott gondozó, aki az elvárt pozitív lefolyást közvetíti, és a jelenlétében és a közös munkában a kliensekkel fejlődik. Semmiféle pszichiátriai zsargon használata a kliensekkel nem megengedett.
6. *Terápia:* Néhány aktivitási formát „terápiásként” kell alkalmazni. Nincs terápiás ülés, kivétel a családintervencióban. Belső problémákat közös beszélgetés segítségével, mindenki részvételével azonnal meg kell kezdeni.
7. *Gyógyszerek:* Semmilyen vagy kis adagban neuroleptikus gyógyszerelés az akut tompítóhatások megelőzése érdekében, hogy az érzelmi kifejezőképesség ne sérüljön, valamint a hosszú távú mérgezések elkerülése miatt. Benzodiazepineket lehet rövid időre alkalmazni az ébrenlét- alvás ritmusának harmonizálására.
8. *Tartózkodási idő:* Elég hosszú legyen, hogy a kapcsolatok kialakuljanak, a kiváltó okok felismerhetővé váljanak, az elfojtott és fájdalmas érzelmeket átélje és kifejezze a kliens és személyes élettörténet folyamataiba berendeződjenek.
9. *Utógondozás:* A személyes kapcsolat kliens és gondozó között továbbra is ajánlott a normális életbe való visszatérés könnyítése érdekében. A program alatt a kliens olyan kapcsolati hálózatot épít ki, ami elősegíti az integrációját a közösségbe és amit később, mint segítő tud kihasználni az azonos problémákkal küzdők részére. Ez a kapcsolati rendszer a program hosszú távú sikerének eszköze.

A Nemzetközi Sotéria Munkacsoport magyarországi képviselője a Sotéria Alapítvány.

Elérhetősége: www.soteria.hu

A *Loren Mosher* és *Lorenzó Burti*: *Community Mental Health. A Practical Guide* című könyvükben bemutatják azt a fejlődést, amin a közösségi ellátás az 1963-as *Community Mental Health Act*től napjainkig Amerikában, valamint az olaszországi fejlődést, amely Basaglia kezdeményezésétől, a reformtörvény 1978-as megjelenésén át, a mai már konszolidált helyzetig keresztülment.

Lorenzó Burti a könyv olasz szerzője, a dél-veronai közösségi elme-egészségügyi szolgálat egyik vezetője, kiáll a gyakorlat- és kliensközpontú pszicho-szociális stratégiák mellett, amelynek a multidiszcipli-

náris team minden tagja számára elfogadható, hatékony és egységes standardok szerinti alkalmazása Olaszországban is több évtizedet vett igénybe.

Jusdy Turener – Crowson: Reshaping Mental Health Servis. Implication for Britain of US experience című művében leírja azt a két évtizedes tapasztalatot, amelyet az amerikai elme-egészségügyi rendszer átalakításában, a National Institute of Mental Health vezető munkatársaként szerzett, és amelyet a brit közösségi ellátás fejlesztésében most hasznosít. A szerző megfogalmazza azokat az alapelveket, amelyek az ellátás megtervezéséhez ajánl, amit a szolgáltatások szervezésekor minden államban figyelmet érdemel.

A hat alapelv a következő:

- tisztázni kell a célokat, az ellátási szükségleteket,
- a szervezésben minden érdekelt szervezetet be kell vonni,
- a közösségi ellátás eszközrendszerének rendszerszemléletet kell képviselni,
- a reformok meghatározása után, a fejlesztést hatékony szakmai és közösségi vezetéssel kell megoldani,
- a finanszírozást úgy kell biztosítani, hogy az ösztönözze a szolgáltatókat a hatékony és minőségi ellátásra,
- szükséges a szolgáltatást igénybe vevők és szolgáltatást nyújtók visszajelzésének értékelése és a tapasztalatok felhasználása a szolgáltatás folyamatos fejlesztésében.

Jusdy Turener-Crowson a fenti alapelvek megfogalmazását több mint 20 éves amerikai és 8 éves angliai tapasztalatait figyelembe véve határozta meg, amelyek a magyar közösségi ellátás szervezésekor is érdemes szem előtt tartani. A szerzőnő kitér azokra a nehézségekre, amelyekkel a hazai ellátórendszerben dolgozók is találkozhatnak mindennapi munkájuk során, mint például a szervezeti keretek, a kompetenciák, a kommunikációs nehézségek, a minőségbiztosítás kérdései.

Magyarországon a pszichiátriai betegeknek nyújtott közösségi ellátást a jogi szabályozás, mint speciális alapszolgáltatást nevesít, ezen időpontig, rehabilitációs szolgáltatásokat csak a szakosított szociális ellátások nyújtottak. Összevetve más Európai Unió gyakorlatokkal, és tapasztalatokkal, a 10 éve jogszabályban megfogalmazott, de szolgáltatásként csak 5 éve nyújtott hazai közösségi ellátásnak még folyamatos fejlődésben lesz része a következő évtizedben is.

Bizonyosan állítható, hogy a közösségi ellátás, amelyet pszichiátriai betegeknek, komplex pszicho-szociális rehabilitációs beavatkozásként a szociális szolgáltatók saját lakókörnyezetükben nyújtanak, csak az azonos alapelvek mentén működő multidiszciplináris team-munkában, jól definiált kompetenciákkal és felelőségekkel, érheti el a pszichiátriai betegek szükségleteire reagálva az eredményes rehabilitációt.

Prevenció szinterei a szuicidum témakörében

Az öngyilkosságot motiváló tényezők összetettek. Emellett az öngyilkosság okának kutatását nehezíti, hogy a tett elkövetésének okáról az öngyilkos közvetlenül – búcsúlevél formájában – csak ritkán hagy hátra megbízható információt, ezért az esetek zömében az ok meghatározása csak a közvetlen környezet kikérdezése alapján történhet, ami leginkább feltételezésen alapulhat.

Különbség mutatkozik a kísérlettevők és a végzetes öngyilkosságot elkövetett személyeknél a feltárt okokban is. A halállal végződő öngyilkosságok között nagyobb arányban fordulnak elő betegségek – főleg pszichiátriai –, míg a kísérlettevők főleg családi viszály miatt követték el tettüket. Az öngyilkosok egészségi állapotát jellemző adatok egyértelműen igazolják, hogy a betegségek gyakorisága és az öngyilkosság elkövetése között szoros kapcsolat mutatkozik. Az öngyilkosok több mint 80%-ának volt

valamilyen maradandó, egyrészt hosszú időn keresztül fennálló, fokozatosan vagy szakaszosan rosszabbodó, másrészt a lezajlott megbetegedés után létrejött, károsodott, defekt állapotot előidéző betegsége.

A betegségek között is kiemelkedően magas százalékban szerepel a pszichiátriai megbetegedés, beleértve a súlyosabb alkoholizmust is, amely már pszichiátriai megbetegedést okoz. Ezt látszik igazolni a WHO máig is irányadó kiáltványa, amely szerint az öngyilkosságra leginkább veszélyeztetett csoportok a pszichiátriai betegek, az alkoholisták és toxikománok, a szociálisan dezorganizált rétegek, az adolescentek, a speciális foglalkozású csoportok, a szociálisan izoláltak, valamint a szétört családból származók.

A mentális problémákkal élők tízszer gyakrabban követnek el végzetes szuicidumot, mint az átlagpopulációban élők, és ehhez drasztikus módszereket választanak. A pszichiátriai betegek körében elkövetett öngyilkosságok különösen brutálisak, bizarrak és elkövetésük mögött gyakran képzelt okok, hallucinációk állnak. Legnagyobb jelentőségű ok a reménytelenség.

Fokozza az öngyilkossági veszélyt az is, hogy a pszichiátriai betegségben szenvedők izolálódnak, közülük sokan élnek magányosan, sokkal többen, mint az átlag népességben. A magány lelkiállapotában pedig a figyelem befelé fordul, a bajok eltúlozódnak, mert nincs, aki érzelmi támaszuk legyen. A magára maradt ember mindig gyámoltalanabb, mindig védtelenebb, mint az olyan ember, akit szeretők társak vesznek körül. Ez különösen akkor van így, ha tisztában van betegségével, vagy ha betegségét súlyosabbnak éli meg, mint amilyen az a valóságban.

Az alacsony önértékelésű skizofrén személyiségjegyeket mutató betegek általában másoktól függenek, igen érzékenyek mások elvárásaival szemben. Szuicid veszélyeztetettségük szempontjából igen lényeges a társadalmi környezet által nyújtott lehetőségek megvonása, mikor a személyiség belső meggyőződése saját alkalmatlanságáról a társadalom által is megerősítést nyer. Az alacsony jövedelem, a munkaképzetelenség, az esetleg még meglévő laza családi kapcsolatokkal szembeni ambivalens érzelmi megnyilvánulás, a még gyakrabban látható elszigetelődés a remény végét jelentheti.

Ha egy skizofrén beteg szuicidumot követ el és ez esetleg nem sikerül, igen nagy a valószínűsége annak, hogy megismétli, és akkor újra az előző öngyilkossági kísérletnél is tapasztalt brutális, radikális módszert követi. Az alább leírt esetben is ez történt egy fiatal skizofrén férfival, akinek közösségi ellátása a második szuicid kísérlet után indult.

Esetbemutató

Géza 1979-ben született, 2005. júniusában egyhetes pszichiátriai osztályos kezelés után ugrott ki a háziorvosi rendelő előterének ablakából, évekkel azelőtt hasonló módon akart véget vetni szenvedéseinek. Anamnézise szerint négyen vannak testvérek, ő a második gyerek, három testvére egészséges, apja, nagyapja skizofrén beteg volt, édesanyját súlyos személyiségzavarral kezelték. Apja foglalkozása újságíró, anyja óvónő, de sosem dolgozott eredeti szakmájában. Három testvére házasságot kötött, kiegyensúlyozott családi életet él, egyik sem lakik Budapesten.

Gyermekkorát a rossz lakáskörülmények, a szülei között zajló örökös veszekedések, apja időnkénti kórházi kezelése („idegkimerülései”) jellemzik. Szorgalmas, jó modorú, szófogadó gyermek volt, sem otthon, sem az iskolában nem volt vele probléma. Jó tanulmányi eredménnyel fejezte be a gimnáziumot, majd dolgozni ment – műszaki ügyintéző lett – azzal, hogy később továbbtanul. 20 éves korában apja

azzal kereste fel a területileg illetékes budapesti pszichiátriai gondozót, hogy fia viselkedése néhány hete megváltozott, nem jár dolgozni, elköltözött otthonról. A későbbi vizsgálat során a betegnél depresszív alaphangulatot és enyhe paranoid vonatkoztatásos tüneteket észlelt az orvos. A beteg ezt családi és partnerével való konfliktusának tulajdonította. Rövid pihenés és enyhe szorongásoldók adása után rendezett lett.

Még abban az évben – 1999. őszén – tanulmányokat kezdett a Bánki Donát Műszaki Főiskolán. Az első félév befejezése után fáradékony, álmatlan lett, teljesítménye hanyatlott, idegen emberek beszélgetéséből magára vonatkoztatott, üldöztetési tartalmakat hangoztatott. Ezekkel a tünetekkel került az Országos Pszichiátriai- és Neurológiai Intézetbe 21 éves korában, ahonnan egyhónapos kezelés után paranoid reakció diagnózissal bocsátották el. Főiskolai tanulmányait abbahagyta, dolgozni ment, segédmunkás lett. Időközben lakást változtattak. Az új cím szerinti ideggondozóba is rendszeresen eljárt, ahol pszichoterápiás és gyógyszeres kezelésben részesült. Gyakran kísérte édesanyja, aki hol negatív kritikával illette, hol pedig túlvédőnek mutatkozott fiával szemben. A beteg és édesanyja kapcsolatát a betegsége kezdetétől egészen anyja haláláig az ambivalens érzések határozták meg.

A túlzott érzelmi bevonódás és a gyakori kritikus megjegyzések, a negatív életesemények, a visszaeséseket megnövelik, és meghatározott szerepük van a szuicidumot megelőző krízisek kialakulásában. Brit pszichiáterek az 50-es években vizsgálatot indítottak a skizofrének kórházi kezelésből történő elbocsájtás után a releszusok gyakorisága és a lakóhely megválasztása közötti összefüggések kimutatására. Azt tapasztalták, hogy a skizofrén epizód után kórházból elbocsájtott fiatal férfiak, amennyiben családi körbe – szülők, feleség – tértek haza, jelentősen nagyobb arányban fordultak elő visszaesések, mint azoknál a személyeknél, akik kevésbé szoros családi kötelékbe vagy védett szállásra tértek vissza.

A hosszú távú követéses vizsgálat eredményeként kidolgozták és mérhetővé tették az Expressed Emotion (EE) a családtagok páciensekhez, illetve azok tüneteikhez való kifejezett érzelmi viszonyulást. (Brown és munkatársai 1972). Mindez Géza esetében is igazolódott.

Géza 2000-ben és 2001-ben ismét az OPNI-ba került, bevitele előtt súlyos szorongó állapotban volt, familiáris és emocionális konfliktusok hatására. Feszült, doxazmákat hangoztatott, családjával szemben agresszív volt. Több hónapi kezelés alatt a gondolkodás formai zavarát, a frusztrációs képesség csökkenését, a szorongási készség fokozódását észlelték, és ekkor betegségét Skizofrénia katatón típusának írták le.

2002. nyarán megházasodott, felesége édesanyjával éltek együtt, ebből számtalan konfliktus adódott. Anyósa nem fogadta el betegségét, inkább lustának, élhetetlennek nevezte és ezzel sokszor felesége is egyetértett. A beteg egyre többször volt betegállományban, gyakoriak voltak vonatkoztatásos panaszai. Felesége ellenezte a gyógyszereszedést, így a gyógyszeradagot gyakran csökkentette vagy egyáltalán nem szedte.

2003-ben kislányuk született. Egyre több konfliktus alakult ki a gyermek nevelése körül, sőt ha a gyermeknek valami baja volt, a feleség ezért a férje betegségét tette felelőssé. Géza ismét egy olyan családi légkörben élt, ahol a hozzátartozók gyakran mutatnak kritikus, ellenséges, kifejezetten büntudatkeltő magatartást. A magas EE hatására gyakorivá váltak a visszaesések, az akut tünetek lezajlása után nagyfokú szenzitivitás, koncentráció-gyengeség maradt vissza, s így eredeti munkakörét nem tudta ellátni. Házassága teljesen megromlott, 2004-ben elváltak, kislányuk a feleségénél maradt, ő pedig édesanyjához költözött, aki férje halála óta egyedül élt. Édesanyjával egyre feszültebbé vált a kapcsolata, mert az vagy „túlpólyázta”, vagy kötekedő, agresszív volt vele, ami gyakori kórházi kezeléseket eredményezett, miután a családban uralkodóvá vált az ellenségesség és a túlzott érzelmi bevonódás, amely a hos-

pitalizáció után is tovább folytatódott. 2004-ben a kórházi elbocsájtás után ismét konfliktusa volt édesanyjával, majd ezek után leugrott a második emeletről. Medence- és sarokcsonttörést szenvedett, gyógyulás után is csak bottal tudott biztonságosan közlekedni.

Egyre intenzívebb pszichoterápiás kezelést igényelt, rendszeresen kapta a tartós hatású neuroleptikumokat is. Munkát vállalni nem tudott, úgy érezte ez fokozza szorongását. Anyjával konfliktusai rendszeresek, ami nagy feszültséggel járt. Állandó partnerkeresési, kapcsolati problémái voltak. Hosszabb kapcsolatot nem sikerült kialakítania, a futó ismeretségek ellen pedig anyja ágált. 2004. júniusában, amikor depot-injekcióért jelentkezett, kezelőorvosa állapot-rosszabbodást észlelt. Viselkedése síró, agresszív volt, úgy érezte, hogy ügyeit nem tudja intézni, pénzét sem tudja beosztani. Szívtájra mutatott, hogy ott keresi a kés helyét. Szuicid veszély miatt a mentők a Gondozóból a kórházba vitték. Neuroleptikumok hatására tünetei, panaszai gyorsan rendeződtek. Három nap után a hét végét már otthon töltötte, kérésére a hatodik napon elbocsátották. Még az elbocsájtás napján jelentkezett háziorvosánál, átadta a kórházi zárójelentését és kiugrott a rendelő előterének az ablakából. A második sikertelen szuicid kísérlet után, amint csonttörései összeforrtak, pszichiátere javaslatára anyjával együtt felkeresték a közösségi ellátást biztosító szociális szolgáltatót.

Az első családi ülésre az anya Gézával közös otthonában került sor, ahol a stressz tényezők felmérése során a kliens és hozzátartozója is határozottan állították, hogy mindketten magasnak ítélik meg az otthoni stresszt, mert tapasztalatuk szerint ez mindkettőjüknél a pszichiátriai betegségük tüneteinek erősödését és gyakori krízishelyzetet okoz, ami már két esetben eredményezte Gézánál az öngyilkossági kísérletet.

A pszichiátriai betegek közösségi ellátásában kiemelt figyelmet kell fordítani a stressz kezelésre, valamint ennek oktatására, miután Zubin, és Spring 1977-ben leírták, hogy a sérülékenység talaján a stressz váltja ki a skizofrénia tüneteit. A relapsus szempontjából meghatározók az életesemények által kiváltott negatív és pozitív stressz-tényezők, mint ahogy a magas EE, és a túlzott érzelmi bevonódás.

Ahhoz, hogy a közösségi gondozó érdemben tudjon a pszicho-szociális problémákkal foglalkozni, mindenképp szükséges volt a stresszkezeléssel kezdeni a közös munkát, amelynek a hatékony kommunikáció az egyik fontos eleme. A mentális problémákkal küzdő személyt is magában foglaló családban szinte mindig jelen van a kommunikációs zavar, amelynek mérséklésére a kommunikációs tréninget alkalmazza az esetet bemutató szolgáltató.

(Szigony-útítárs a Komplex Pszicho-szociális Rehabilitációért Non-profit Kft.)

Elérhetőség: www.szigonyalapitvany.hu

A tréning során az egyértelmű közléseket, az érzelmek kifejezését megtanítják, gyakoroltatják és folyamatosan használják, illetve használatát elvárják és monitorozzák családi ülések során. Az érzelmek megfelelő kifejezése, a családtagok aktív hallgatása csökkenti a magas indulatnyilvánítást, amely már önmagában stresszcsökkentő hatású, ezáltal a relapsus veszélye is csökken.

A stressz kezelés másik fontos eszköze, a strukturált problémamegoldás, ami könnyen elsajátítható hatlépéses modell, amelyet nemcsak a pszichiátriai betegek pszicho-szociális rehabilitációjában használnak. A mindennapi stresszkeltő élethelyzetekben, a kliens stressz-tűrő és problémamegoldó-képessége segít a tünetek fellángolásának visszaszorításában. Krízisben a stresszt okozó helyzetek azonosítása, a stresszszorok felismerése segít a kliensnek és hozzátartozóinak a relapsus-prevencióban, az öngyilkosság kockázatának csökkentésében.

Az előzőekben leírtak szerint tehát a mentális betegségek az öngyilkossághoz vezető folyamatot általában meggyorsítják. Természetesen ma már korántsem vallják a szakemberek, hogy minden öngyilkos

pszichiátriai beteg, hiszen az életben maradt öngyilkosok többsége a vizsgálatok szerint semmiféle pszichés problémának a nyomát sem mutatja. Az öngyilkosok ítélőképessége többnyire az utolsó pillanatig ép minden tekintetben. Mindezt nem lehet elmondani a pszichiátriai betegségben szenvedőkről, hiszen kóros észrevevéseik vannak, ezeknek az észrevevéseknek a kórosságát felismerni nem tudják és emiatt a külvilág körülményeihez, elsősorban a társadalom feltételeihez, általában hosszabb időn át megfelelően alkalmazkodni képtelenek.

A skizofréniában az öngyilkosság fokozott veszélye tankönyvi adat a pszichiátriában. A skizofrénia kezdeti szakaszában, amikor a betegség váratlanul szakad rá az emberre és erős a megőrüléstől való félelem, gyakori az öngyilkossági kísérlet. A skizofréniában az önfenntartási ösztön csökkenhet, a beteg beszűkül, elszigetelődik. Gyakori, hogy a betegség kezdetén néha minden előjel nélkül, úgyszólván első tünetként, féktelen agresszió mutatkozik, amely kriminális cselekedeteket, motiválatlan öngyilkosságokat okozhat. Szintén gyakran fordul elő a vitális szorongás érzése, ami pánikszerű menekülésre készíti a beteget és ez ilyenkor öngyilkosságba is kergetheti. Fokozott öngyilkosság-veszélyt jelent a skizofréniában mutató depressziós tünetek gyakorisága, amelyek súlyossága szignifikáns a pszichózis súlyosságával.

Nagyon gyakori az öngyilkosság, a gyógyuló szakaszban is, amikor az ember – részben már ép tudattal – átéli, hogy betegsége milyen veszteségeket okozott neki. Ilyenkor gyakran kerülnek krízishelyzetbe, familiáris és egzisztenciális problémákkal kell szembenézniük, ami az egyébként is labilisabb lelki egyensúlyt komolyan veszélyezteti. Azt az embert, akinek egyébként is sok baja van, egy konfliktus sokkal érzékenyebben érinti, tragikusabban éli meg, még akkor is, ha nincs pszichotikus állapotban.

A sérülékenységi – stressz modell nemcsak pszichés problémákkal élők estében állja meg a helyét, hanem más szomatikus betegségek tüneteit is provokálja, ezért különösen fontos a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában stressz-kezelés, mivel komoly szerepe van a tünetek fellángolásának megakadályozásában, a krízis kialakulásának megelőzésében, ezáltal a szuicid prevencióban is.

A modern szükségletfelmérési módszerek használata a pszichiátriai betegek részére nyújtott szociális ellátásokban

A szociális munkában többféle elmélet használatos, de a legelterjedtebb, a szakmának leginkább kiindulópontját képező elméletet Abraham Maslow dolgozta ki. Ezen elmélet értelmében az emberi szükségletek között megkülönböztetünk általános és specifikus szükségleteket, ami természetesen azt jelenti, hogy vannak olyan alapvető szükségleteink, amely szükségletekkel az emberi faj minden egyede bír. Mindannyiunknak szüksége van ételre, de bizonyos fokban biztonságérzetre, valakihez való tartozásra, társas kapcsolatokra is. Az általános szükségletek további jellemzője, hogy hierarchiába rendeződve egymásra épülnek, amiből adódóan egyenesen következik, hogy amíg az alacsonyabb szinteken lévő szükségleteink tartósan, megfelelő szinten kielégítetlenek, addig magasabb szintű szükségleteink kielégítésére nem tudunk kellőképpen koncentrálni. Jelentős fokú egyéni különbségek vannak azonban abban a tekintetben, hogy ki, mit tekint elfogadható szintű szükséglet-kielégítésnek. A téma szempontjából azonban még lényegesebb, hogy általános és specifikus szükségleteink kielégítésének elvárható szintje nem csak egyéneknél különbözik, de jelentős fokban társadalmilag is meghatározott, azaz nagyban függ az adott társadalom fejlettségi fokától. A specifikus szükségletek körébe egyrészt a társadalmi fejlettségtől függő különböző szükségletek tartoznak bele, másrészt ide sorolandók az egyén testi-lelki állapotából fakadó különbségek is.

A szociális munka egyik fontos feladata az emberi szükségletek kielégítéséhez való hozzájárulás, ám a fentiek miatt fontos, hogy a beavatkozások esetén, a szociális beavatkozások sorrendiségének meg-

tározásakor vegyük figyelembe a szükségletek egymásra épülésének sorrendiségét. Mindez ismételtén azt támasztja alá, hogy számos esetben, pl. a munkanélküliségből eredő jövedelemhiány esetén, a beavatkozás a fiziológiai szükségletek kielégítéséhez szükséges támogatás megszerzésének segítségével, vagyis „tűzoltással” indul, melyet követnek azon beavatkozások, amelyek a magasabb szintű szükségletek kielégítését szolgálják.

A pszichiátriai betegek szociális ellátásában a kliens gondozási tervének kidolgozásában, és a kliens valós szükségleteinek feltérképezésében megbízható segítséget nyújt a szükségletfelmérés. Számos európai országban felismerték, hogy a mentális betegek ellátása akkor a leghatékonyabb, ha a beavatkozásokat a szükségletekre alapozva határozzák meg, a kliens aktív részvételével és a felmérés megisméltése a gondozási munka során, nyomon követi az ellátott állapotát, és alkalmas a szolgáltatók munkájának monitorozására is.

A szükségletfelmérő módszerek a nemzetközi szakirodalomban főleg a Camberwell szükségletfelmérő skálára hivatkoznak, amelyet országonként módosítottak. Az áttekintett szakirodalmak az Európai Unió tagországainak (Dánia, Finnország, Hollandia, Nagy-Britannia, Németország, Olaszország, Spanyolország, Svédország) szakemberei által a témában publikált tanulmányai, amelyekben kiemelt szerepet kapott a közösségi ellátottak szükségletfelmérése is.

Magyarországon Demetrovics Zsolt és munkatársa, Laczkó Zsuzsa készítették el a *Cambervell szükségletfelmérő skála magyar változatát*, amely huszonkét területen méri fel a pszichiátriai betegek szükségleteit.

Ezek: lakhatás, élelmezés, háztartásvezetés, ápoltság, napközbeni tevékenységek, testi egészség, pszichotikus tünetek, tájékoztatás a beteg állapotáról és kezeléséről, pszichés problémák, önvészélyesség, közveszélyesség, alkoholprobléma, gyógyszer- és drogprobléma, a társas kapcsolatok, az intim kapcsolatok, szexualitás, gyermekgondozás, az alapvető írásbeli, számolási, olvasási készségek, a telefon, a közlekedés, a pénz és a segélyek.

Letölthető: http://www.modernizacio.hu/stage_4_docs.htm

Minden egyes területen hat kérdést tesznek fel, amely lehetővé teszi a következők felmérését: az adott területen vannak-e kielégítetlen szükségletei a kliensnek, amennyiben igen a válasz, akkor arra is rákérdez, hogy a kapott segítség megfelelő-e. A második kérdés a kapott informális segítségre vonatkozik, a harmadik a formális segítséget térképezi fel, a negyedik a kérdésnél azt jelöljük, hogy mekkora segítséget igényelne a szükségletek kielégítése, a formális segítőktől. Az ötödik és hatodik kérdés célja, hogy információt kapjunk a kliens elégedettségéről az ellátással kapcsolatban, illetve mennyire tartja megfelelőnek és hatékonynak a beavatkozásokat. Különös figyelmet fordítanak a páciensek és a hivatásos gondozók által vélt szükségletek közti eltéréseknek, valamint a hozzátartozók szerepének.

A magyarországi közösségi ellátásban azonban inkább a németországi Herzogsägmühle-ben kidolgozott, *integrált szociális intézménytől átvett szükséglet-felmérési módszert használjuk*. Ez a módszer a következő területeken méri fel a páciens szükségleteit:

- mindennapi életmód (bevásárlás, étkezés),
- lakhatási feltételek (mosás, rend, pénzkezelés és anyagi, szociális, jogi ügyek intézése),
- individuális alapellátás (táplálkozás, testápolás, személyi higiénia, öltözködés),
- szociális kapcsolatokban tanúsított viszonyulás (közvetlen környezetben, hozzátartozókkal, baráti és partner kapcsolatokban),
- a kulturális és közösségi életben való részvétel (szabadidős tevékenységek, kulturális programok, szociális csoportok, munkavégzés),
- kommunikációs és problémamegoldás-stresszkezelés (asszertív viselkedés, konfliktuskezelés),

- betegséghez való viszony (betegség ismerete, szorongás, hozzátartozók stresszterhelése, veszélyeztető magatartás, önálló közlekedés),
- egészséges állapot iránti igény és egészségmegőrzés (orvosi vagy terápiás előírások betartása, speciális gondozási szükségletek).

Az adott területek kapcsán egyrészt a páciens tevékenységprofilját méri fel, tehát azt, hogy a személy ki tudja-e elégíteni szükségleteit, másrészt a segítségadás milyenségét vizsgálja.

Amint az a fentiekből kitűnik, az Európai Unió tagállamaiban leginkább elterjedt szükségletfelmérés és a Magyarországon használt módszer több ponton eltérnek egymástól. Az első fő különbséget a vizsgált területek adják: a Camberwell-féle felmérés több területre tér ki, az általunk használt módszer nem tér ki egyebek mellett az alkohol- és drogproblémákra és az alapvető írásbeli, számolási és olvasási képességekre. A másik fő különbség pedig abban áll, hogy míg a magyarországi felmérés csak a segítségadás milyenségére fókuszál, addig a Camberwell felmérés a hozzátartozók és a kliensek elégedettségét is vizsgálja a segítségnyújtást követően, valamint figyelmet fordít a páciensek és a hivatásos gondozók által vélt szükségletek közti eltérésekre is, holott a visszajelzés hozzájárulhat a segítségnyújtás sikeréhez.

Az alább felsorolt szükséglet-felmérési módszereken felül egy újabb módszer is kidolgozásra került, mely hasznosítható a közösségi ellátásban, ez pedig a narratív interjú módszere. A narratív élettörténeti interjúk során (Schütze és Rosenthal) az életrajzi elbeszélő maga strukturálja saját élettörténetének elbeszélését, ezáltal a szöveg egyszerre hordozza a felidézett múlt emlékeit és a jelen perspektíváját is. A módszer kiindulópontja az a posztmodern tapasztalat, hogy nincsenek objektív igazságok, hanem a tapasztalatoknak különböző értelmezései léteznek, amelyek a társas interakciókban alakulnak ki. A narratív segítő beszélgetés a hangsúlyt a személyes élettörténetre és annak elbeszélésére helyezi, az elbeszélés tartalma mellett annak struktúráját és nyelvi jellegzetességeit is figyelembe veszi. A szociális munkában való alkalmazást indokolja, hogy a szakember és a kliens közti bizalom kiépülése az első pillanatban megkezdődik. Mint állapotfelmérő és problémafeltáró eszköz alkalmazható a közösségi ellátásban is, mivel a konkrét probléma elhelyezhetővé válik egy tágabb élettörténetben.

A narratív interjú első szakaszában jön létre a főnarratíva, amelynek során a kliens egy indító kérdésre válaszolva elmeséli élettörténetét, pl. „Kérem, mesélje el, hogyan lett pszichiátriai beteg!”. A szakember aktív figyelemmel hallgatja a kliens történetét, kérdésekkel nem szakítja azt meg. A második szakaszban a főnarratíva során megemlített történetekre való visszakérdezésre kerül sor, azok részletesebb elmesélésére kérheti a szakember az interjú alanyát. A harmadik, opcionális szakaszban a kérdező olyan témák körbejárását kérheti, amelyek kimaradtak a beszélgetésből. Majd ezek után kerül sor a megélt, életrajzi adatok alapján és az elbeszélte élet perspektíváinak elemzésére és összevetésére.

Az említett szükséglet-felmérési módszerek alkalmazásának lehetőségét az alábbi eseten keresztül ismertetjük.

Esetismertetés

Ella hat éve kereste meg az intézményt, amikor még kórházi kezelés alatt állt. A „Miben segíthetek?” kérdésre a következőket válaszolta: Jelenleg kórházban van, ott javasolta kezelőorvosa, hogy keresse fel a szolgáltatót, biztos tudnak segíteni a problémái megoldásában. A „Miben kér segítséget?” kérdésre röviden és mimikátlan arccal válaszolta: «Szeretném a fiamat látni és négy szemközt beszélgetni vele, a későbbiekben pedig segíthetnének tanítványokat szerezni, mert a rokkant nyugdíjamat szeretném angol tanítással kiegészíteni, hogy a gyereket saját háztartásomban nevelhessem.”

A segítő kérdő tekintetét látva, bizalmatlanul szemlélgette, majd a következőket adta elő.

Nem Magyarországon született, de 16 éve él itt, eredeti hazájából elmenekült, mert rendszerellenesség miatt a hatóságok többször bevitték a fogdába, majd pszichiátriai osztályra. Ez azért történt, mert beszél három nyelvet és azt gondolták, miközben a tengerparton a külföldiekkel beszélgetett, hogy uszít a rendszer ellen, pedig csak használta, amit nyelvtanárként tanult. A pszichiátrián a harmadik beszállítása után fél évet töltött, pedig semmi baja nem volt, szándékosan idézték elő a szkizofréniát nála, hogy utána gyógyszerrel mérgezzék.

A kényszerkezelést követően szülei még két évig erőszakkal gyógyszerelték, ez elől menekült Magyarországra. Itt tudta érvényesíteni nyelvtudását, több helyen tolmácsként dolgozott, majd élettársi kapcsolatba lépett gyereke apjával. Gyógyszert nem szedett, mert nem volt semmi baja, csak miután terhes lett, akkor került kórházba, a váratlan öröm ilyen hatást gyakorolt rá. Gyógyszert továbbra sem szedett, de nem is volt szükség rá. Sajnos azonban élettársa meghalt és ez annyira sokkolta, hogy ismét beszállították a pszichiátriára, ahonnan rövid idő után elbocsátották, és ismét nem szedett gyógyszert.

Miután nem volt jó viszonya az apósáékkal, azok hat évvel ezelőtt bevitték a pszichiátriára, hogy boldognak nyilvánítsák és ők nevelhessék a gyereket. Neki semmi baja nem volt, csak erőszakkal kiváltották nála a dühöngést, az arcát bekente sárral, amire a szomszédok azt hitték, hogy amikor a fejét verte a kerti csapba, ott sérült meg, ezért mentővel bevitték a traumatológiára, onnan szállították a pszichiátriára. Mindezt az apósék tudatosan követték el, hogy megszerezzék a gyámságot a gyerek felett, őt pedig gondnokság alá helyezték, ezzel végérvényesen elveszítette a fiát.

Egy évig csak egy alkalommal karácsonykor találkoztak, majd havonta egyszer nyilvános helyen a nagypapa jelenlétében a McDonaldsban. A gyerek nem tárulkozik fel ezeken a találkozásokon, biztos azért van, mert telebeszéli a fejét, csak ocsmányságokat hallhat róla, feltétlen szüksége van arra, hogy négy szemközt találkozhasanak, csak akkor tudja meg a gyerek a valóságot. Ebben kéri a szolgáltató segítségét, amit úgy képzel el, hogy kb. még két hétig lesz kezelés alatt, utána szeretne találkozni a fiával, neki az intézmény bármelyik helyisége megfelel erre a célra. Néhány fontos telefonszám átadása után azzal távozott, hogy az elbocsátást követően jelentkezik és reménykedik, hogy addig sikerrel járunk a nagyszülőknél.

A nagyszülők nagyon elutasítók voltak, amikor a szakember megkereste őket telefonon Ella kérésével. Ezzel azonban még nagyobb együttérzést váltottak ki a kollégákban Ella iránt. Majd többszöri telefonálás és egyeztetés után sikerült elérni, hogy Ella kórházi kezelése után létrejöjjön intézményünkben fia látogatása. A negyedik találkozás alkalmával nagypapa is bent ült, amikor Ella a fiával volt. Arra hivatkozott, hogy ő a gyermek gyámja, neki ez kötelessége.

Az ötödik láthatás alkalmával a következők történtek:

A kisiú a számítógépen játszott, anyja kérdéseire igennel és nemmel válaszolt, minden spontán kommunikációt nélkülözve. Ella ezt megalégelve ráüvöltött a nagypapára, hogy menjen már ki, minek zavarja őket. Heves vita robbant ki, az esetmenedzser mediátor szerepben lépett elő, míg a másik szakember a teremből kirohanó fiút próbálta megnyugtani.

Eközben fontos információkat kapott a gyerektől, miszerint fél az anyjától, retteg azoktól a botrányoktól, amiket anyja a láthatáson kirobbantott, illetve a nagyszülők háza előtt. A kérdésre, hogy miért bizalmatlan az anyjával, elmondja, hogy azóta él a nagyszülőkkel, amikor apja halála után anyja kiborult. Az anya nem érezte jól magát és őt egy ismerősüknél kívánta elhelyezni, amíg egyedül meg-

nyugszik, de az ismerős nem volt otthon. Egy ideig kettesben várakozott anyjával, majd Ella otthagya a lépcsőházban, hogy várja meg az ismerőst. Várakozott egy ideig még, majd úgy döntött, hogy elmegy a város túlsó végére a nagyszülőkhöz, de ekkor mindössze öt éves volt. Számára ez a mai napig egy meghatározó élmény, ugyanakkor a nagyszülőknél biztonságban érzi magát és minden figyelmet, segítséget megkap. A gyámság alá helyezést valóban a nagyszülők kezdeményezték, de nincs közülük anyja kezeléséhez és nem is beszélgetnek annak betegségéről sem. Valójában ő kérte a nagypapát, hogy legyen jelen, mert fél, hiába tudja, hogy anyja nem bánthatja, mégis retteg, hogy olyan helyzet áll elő, mint azon az estén, amikor egyedül kellett megtalálnia a nagyszülők lakását.

Az Ella fiával folytatott beszélgetés megdöbbenetete a szakembert és más oldalról világította meg az első interjút.

Áttekintve a fentieket és belehelyezve a bemutatott szükséglet-felmérési technikába, látható, hogy a narratív interjú valóban olyan szelíd módszer, amelyben alapvető a személyközpontú technika használata, ugyanakkor nem teszi lehetővé a teljes körű, több szempontú információgyűjtést, valamint azt, hogy a természetes támogató személyektől is információt nyerjünk. Így ilyen esetben előfordulhat, hogy a kliens olyan célokat fogalmaz meg, amelyek elérése nem lesz örömteli minden, a célok megvalósításában közreműködő személynek, sőt, ha módjukban állna, nem működnének közre a gondozási terv megvalósításában. Ez történt Ella esetében is.

A szolgáltató által jelenleg használt szükséglet-felmérő módszer sem mellőzi a személyközpontú módszert, sőt, csak ennek használatával működik, ugyanakkor a sok szempontú felmérésnek is eleget tesz. A pszichiátriai betegeknek nyújtott közösségi ellátás, amely a gondozási terv mentén történik, szükségessé teszi több terület felmérését, amely a következő gondozási időszakban a hatékony ellátást és a komplex pszicho-szociális felmérést biztosítja.

Jó gyakorlatok a pszichiátriai betegek ellátásában a szociális szolgáltatás biztosítása során (Harmónia Klub: Élni és megélni pszichiátriai betegként)

Budapest, VIII. kerület, Szigony utca, A „Nyócker” a főváros egyik legszegényebb és legproblémásabb kerületének a sűrűje. A panelházak tövében, egy földszintes, lapos tetejű épület áll, ez ad otthont a *Harmónia Klubnak*, a Józsefvárosi Nappali Intézménynek.

Elérhetősége: www.szigonyalapitvany.hu/nappali.html

A „látogatót” a recepciós pult mögött ülő fogadja és irányítja a jövetele céljának megfelelően. Az előtérben asztalok, székek, a falon a hét napjait jelző gyékény fonatokon, a fellelhető programok sorakoznak. Az egyik asztalnál kártyáznak, a másikonál teát szürcsölgetnek, és hangos eszmecsere zajlik. A csoportszobában angolnyelvtanfolyam, az oktatóteremben munkavállalási tréning zajlik, az álláskereső klubban újságot böngésző és internetes álláskeresők a munkába álláshoz kapnak segítséget. A klubteremben egyszerre csocsóznak és televíziót néznek. Máshol ez elképzelhetetlen lenne, itt a klubtagok toleránsak egymással és elfogadják az épület adta lehetőségeket.

A Szigony-útitárs a Komplex Pszicho-szociális Rehabilitációért Non-profit Kft. a VIII. kerületi önkormányzattal kötött ellátási szerződés keretében működteti a Harmónia Klubot, folytatva a Szigony Alapítvány Közösségi Pszichiátriáért feladatát.

A kerület szociális és egészségügyi intézményeivel szoros munkakapcsolat alakult ki, ezért elsősorban az itt élőknek nyújtanak komplex pszicho-szociális segítséget. Természetesen a főváros más kerületeiből is látogatják programjaikat, hiszen Budapesten csak hat kerületben működik nappali intézmény pszichiátriai betegeknek, így nagyon nagy az igény.

A Harmónia Klubban létrehozása óta több mint 870 ember fordult meg. Jelenleg mintegy 90-en látogatják, közülük van, aki csak egy-egy foglalkozásra néz be, de akadnak olyanok is, akik egész napjukat itt töltik. Az ide érkezőknek is van valamilyen képességük, de nem merik kipróbálni az egészségesek között. Itt azonban felméri, hogy vannak hasonló problémákkal küzdő emberek, ezért biztonságba érezve magukat, nyelvórákat tartanak társaiknak vagy kézműves kört vezetnek. Ennek azért van nagy jelentősége, mert mintául szolgál a többiek számára, és megmutatja, hogy van esély a munkavállaláshoz. Erre pedig nagy szükség van, hiszen a pszichiátriai betegek a társadalom periferiájára szorulnak. A mentális betegeket a negatív előítéletek miatt a társadalom megbélyegzi, emiatt kiszorulnak a munkaerőpiacról és a közösségi részvételből. Alacsony jövedelemből, vagy jövedelem helyett segélyekből élnek, rendkívül rossz anyagi körülmények között. Jobb helyzetben vannak azok, akik hozzátartozókkal élnek, igaz itt a VIII. kerületben, a hozzátartozók is gyakran munkanélküliek vagy szociális segélyezettek. Ez meghatározza a pszichiátriai beteg életét is, hiszen nem csak a betegség, hanem a szocializációs problémák is nehezítik mindennapjaikat.

A helyzetük akkor válik még kritikusabbá, ha elveszítik támogató háttérüket, ekkor a marginalizálódott, stigmatizált egyén végleg egyedül marad, a legtöbbjüknek az önálló életvezetéshez sincs meg a kellő tapasztalata, jártassága. Gondot jelent a pénzkezelés, a nyugdíj, vagy a nyugdíjszerű ellátás már a megérkezés napján elfogy, megveszik a havi cigaretta, és kávé adagot, ha van háziállat arról is gondoskodnak, ezután már alig marad pénz a napi élelemre. Nagyon sok ellátott napi étkezését, az a néhány péksütemény biztosítja, amit a Harmónia Klubban kapnak. Minden reggel elmennek egy pékségbe, ahol összegyűjtik nekik az előző napról megmaradt termékeket, kenyeret, kiflit, zsemlét, péksüteményeket, amit kiosztanak a betegeknek.

Amiből azonban sok van, azok a kifizetetlen számlák. Igaz, hogy igénybe vehetnek különböző szociális támogatásokat, de ha nem állnának mögöttük segítők, képtelenek lennének intézni ügyeiket, elveszítik a lakbér-hozzájárulást, a díjhátralék kezelést.

Létezik egy Magyarország által is aláírt ENSZ-egyezmény, amely szerint a pszichiátriai betegek a pszichoszociálisan fogyatékosok körébe sorolandók és minden olyan támogatáshoz hozzájutnak, mint az egyéb fogyatékosok. Járna nekik tehát a fogyatékosági támogatás, melyet a hallás-, mozgás-, és látássérültek, valamint az értelmileg akadályozottak megkapnak, és ami bizony komoly segítség lenne számukra is.

A nappali intézmény munkatársai naponta szembesülnek a mentális problémákkal élők életviteli nehézségeivel, ezért arra törekcszenek, hogy „hálót adjanak, ne halat”. Ez ösztönözte arra a szolgáltatót, hogy magán munkaközvetítői irodát is működtessen, ami a megváltozott munkaképességűek, főleg a mentális problémákkal élők munka-rehabilitációját szolgálja. A program 2006. év óta működik, támogatását a szakminisztérium biztosítja. Ennek keretében komplex munka-erőpiaci szolgáltatást biztosítanak, amelynek része a meglévő készségek felmérése, a munkapszichológiai vizsgálat, a munkatanácsadás, a pályatanácsadás, az álláskereső klub igénybevétele és a munkavállalási készségfejlesztő tréning.

A tréning előnyösebben alkalmazható csoporthelyzetben, mint egyéni tanácsadásban. Előbbinél a leendő munkavállalók, többféle modellt láthatnak, az érzelmi és szociális kommunikációban sokféle variáció és árnyalat jelenik meg. Minden személynek megvan az egyéni, rá jellemző stílusa, amelyet megtanult, majd az idők során tovább csiszolt. Az érzések szocializálásához és kifejezéséhez vezető tanulási folyamat csoporthelyzetben több követésre érdemes modellt talál. Mivel az utánzásos tanulás sokkal hatásosabb, ha a modell hasonló tulajdonságokkal rendelkezik, mint a megfigyelő, ezért hasonló társ vagy a csoportvezető jelenléte megkönnyíti az új viselkedés elsajátítását. Az a kliens, aki lassabban halad, vagy viselkedési készlete hiányosabb, tanulhat a másik haladásából. Ezen kívül ismeretes az is, hogy a szociális megerősítés hatása a tanulási folyamatokra csoporthelyzetben sokkal kifejezettebb. Helyzetgyakor-

latra és problémamegoldásra épülő tréning módszerrel dolgozzák fel a témát, amely mozgósítja a résztvevők munkahelyi tapasztalatait, segít feldolgozni a foglalkoztatás során a betegség miatt ért negatív élményeket, illetve egy-egy tréningen a sikeresen elhelyezkedettek beszámolója ösztönzőleg hat a leendő munkavállalókra.

Segíti a megváltozott munkaképességű személyek munkába-állását ez év januárjától hatályos jogszabály, miszerint a húsz főnél több munkavállalót foglalkoztató cégnek kötelező, minden húsz fő után egy megváltozott munkaképességű személyt alkalmazni. Ennek ellenére mégsem egyszerű munkához jutni a mentális problémákkal élőknek.

A munka-rehabilitációs program keretében épp a fent említett jogszabály okán, munkaadói fórumot tartottak, ahová meghívták a nagy létszámú alkalmazottat foglalkoztató cégeket, ahol vélhetőleg elhelyezhetők a munkaközvetítő ügyfelei. A munkaadók elmondták, hogy félnek a nagy pszichiátriai kórképekben szenvedőktől, számukra ez egy megfoghatatlan betegség, még akkor is, ha a gyógyszerrel egyensúlyban tartott betegekkel, megbízható, szorgalmas munkatársakat kapnak. A depresszióról, a pánikbetegségről, de még a személyiségzavarban szenvedőkről is többet tudnak az emberek, más mentális betegségben szenvedőket azonban gyakran tartják agresszívnek, sőt veszélyesnek. Ezek az előítéletek komoly akadályokat jelentenek a munkavállalásban, mindez a tájékozottság hiányának a következménye. Sajnálatos, amikor a foglalkozás egészségügyi orvosnál akad el az elhelyezkedésre váró. Volt olyan kliens, aki főiskolát végzett, de az általa vágyott munkahely, egy kérészet lett volna. A munkaszerződés aláírása a foglalkozás egészségügyi orvos véleményétől függött, aki nem találta alkalmasnak. A munka tanácsadó, aki mentori feladatokat is ellát, megkereste az orvost, aki nem indokolta döntését. Miután a munkapszichológus és a pszichiáter is amellet foglalt állást, hogy az érintett alkalmas a munkakor betöltésére, az Egyenlő Bánásmód Hatósághoz fordultak. Feltételezték, hogy a stigma miatt utasították el, pedig épp a munka lenne az, ami segítené a rehabilitációban, a közösségi re-integrációban.

A Baross utcában működik az "Útitárs – Szociális, és Rehabilitációs Foglalkoztató". Felújított épületrész, hatalmas üvegajtóval, kirakatüveg méretű ablakokkal. Belépve a foglalkoztató előterébe, egy kiállítás látható, a falon rajzok, fotók, gobelinek, díszes óra, az asztalon plüss állatkák, telefontartók mobiltelefonok részére, szatyrok, pénztárcák, a vitrinekben gravírozott üvegek, kézzel készített képeslapok, dekupage technikával díszített poharak, égetett festékkel díszített bögrék. A másik falat patchwork takaró fedi, amit az egyik ellátott készített. A nőbeteg egyedül neveli két fiát. A betegsége akkor kezdődött, amikor a kicsi egy éves volt. Mint mondja „úgy hozta a sors, hogy két anyja is lehetne, (az édesapja kétszer nősült), de valójában egyik sem tudta felfogni, mennyire nehéz ezzel a betegséggel együtt élni.” A szolgáltató vezetője tartotta benne a lelket a legnehezebb időkben. Korábban adminisztrációs munkakörben dolgozott, de ezt a mostani munkáját jobban szereti. Egyedül tanult meg a géppel varrni tizenkét évesen. Szereti az alkotó munkát: „ha az ember egyénileg kreál valamit, az nagyszerű érzés” – mondja. Gyerekkorában rajztanár akart lenni, aztán másként alakult minden.

Egy másik ellátott szenvedélye a fényképezés. „Nem lettem profi fotós, volt biztos megélhetésem a gépjárműiparban. Már gyermekkoromban piszkálgattam apám fényképezőgépét, aztán a laborba is elvitt néha. Tizennégy éves voltam, amikor az öcsémmel közösen kaptunk egy fényképezőgépet. Majd később egy nagyobb összeghez jutva anyám biztatott, hogy vegyek magamnak egy komolyabb masinát. Így lett. Kora ifjúságomban elirigyeltem a nagy fotósok nimbuszát. Aztán élmények hatására születtek a képek. Mire az ember idáig eljut, vért izzad. Fotót eladni nem könnyű, így elajándékozom. Pénzt igazán nem kerestem vele soha. A Szigonyba megalakulása óta járok. 1987. óta rokkant nyugdíjas vagyok. Ma-napság amikor annyi egészséges ember vár munkára, nekem semmi esélyem. Amíg az egészséges elmegy fillérékért is dolgozni, a munkaadók nem a nehezebb megoldást választják.”

Egy másik helyiségben asztalra szerelt palackprések. Egy hatalmas asztal végén fóliahegesztő gép. Ebben a szobában a néhány bérházban összegyűjtött PET-palackokat mosás után megszabadítják a papír címkéktől és aztán laposra préselik. A fóliahegesztővel műanyag szemeteszsákok készülnek. A sarokban famunka nyomai, kirakó játékok, fából készült kisautók, vonatok lesznek.

A környékbeli lakók behozzák számukra feleslegessé vált bútorokat, amiből ellátottaik kiegészíthetik hiányos berendezéseiket. Adományként kapnak használt ruhákat, amiből a szolgáltatásaikat igénybe vevők szintén tudnak válogatni. Jelentős előrelépés ez, a Harmónia Klub 10 évvel ezelőtti induláshoz viszonyítva: a megnyitás után a környék lakói tiltakoztak az Önkormányzatnál, az intézményben ellátottak veszélyességére hivatkozva.

Felmérések szerint, minden negyedik családnak van egy mentálisan beteg tagja. A Harmónia Klub munkatársai komplex pszicho-szociális tevékenységükkel ezen családok egy részének is segítséget nyújtanak, ha sikerül pszichés problémával élő hozzátartozójukat reintegrálni.

A foglalkoztató koordinátora Beke László, aki hosszú külföldi tartózkodás után végleg visszatérve Magyarországra, véletlenül került kapcsolatba a Harmónia Klubbal. Egész életét a művészet, az oktatás, az oktatási módszertannal való foglalkozás töltötte ki, így három éve örömmel vállalta, amikor az intézményvezető felajánlotta, hogy vezessen heti két órában képzőművészeti foglalkozást. A rajzos foglalkozáson olyanok is részt vesznek, akiknek megvan a tehetsége, s főként az akarata, hogy meg tanuljon rajzolni, mások pedig ösztönösen rajzolnak, mint a gyerekek, meg az un. „primitív népek”. Ezért rokonítható az ő munkájuk a gyerekrajzokkal, valamint a primitív művészettel. Közös tulajdonság, hogy a gyerekeket, vagy az őserdőkben élő embereket nem „fertőzte meg”, nem érintette a civilizáció sokféle hatása, a betegeket pedig betegségüknél fogva nem befolyásolja semmi olyan tényező, amit a művészet fejlődése során elért, ezért a belső ösztönük, meg az érzelmeik irányítják a munkáikat. A foglalkozásokon, általában novellákat, meséket olvas fel Beke tanár úr, ezeket „illusztrálják”. Néhányszor könnyek is megcsillantak a szemekben, aztán sokszor előjönnek saját élmények a történetek megbeszélése során. Ez nagy lehetőség a fejlesztésre.

A foglalkoztatásokon felhasznált anyagokat adományból sikerül előteremteni. Nyomdától kapnak papírt, fonalat egy fonalgártótól, üveglapokat egy üveges cégtől, festékgyárból vizes bázisú festéket, öntapadós fehér fóliát. Természetesen vannak alapanyagok, aminek beszerzéséért fizetni kell, de az adományokkal megtakarított összeget a foglalkoztatottak ösztönzésére, valamint az ellátottak képességeire, kreatív ötleteire építve, a foglalkoztatási szakmai programban nem tervezett termékek előállítására fordítják.

A mentális betegségekkel való megküzdés nagyon hosszú folyamat, sok türelmet igényel, ennek a folyamatnak az egyik lépcsője a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás, amely hozzásegítheti a Harmónia Klub ellátottjait a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatáshoz.

Számtalan pozitív példa mutatja, hogy sikerülhet.

7. HAJLÉKTALAN DEVIANCIÁK, NORMASZEGŐ VISELKEDÉSEK, ÉLETSTRATÉGIÁK

Az életstratégia bizonyos életesemények jövőbeni, ésszerűsített megtervezését, ezek egymás utániségát és fontossági sorrendjét jelenti (Grolier, 1999). Az életstratégia egy eszköz, amit az egyének a társadalmi változások, kockázatok és következmények megértésére és kezelésére használnak. Ugyanakkor a közgazdászok a háztartásban meghozott döntések alapját vizsgálják, és azt próbálják megérteni, hogy a családok hogyan maximalizálják profitjukat.

A túlélési életstratégiákat elég nehéz pontosan meghatározni. Egyes szerzők (Becker, 1981.) szerint kérdéses, hogy egyáltalán empirikusan megragadható-e. Úgy gondoljuk, hogy ez lehetséges, ha arra fókuszálunk, hogy az egyének mit tesznek, és hogyan érik el céljaikat.

Tilly (1987.) szerint az életstratégiák a családtagokat és a családok „viselkedését vezérlő implicit, rejtett, burkolt szabályok” és az eszközfunkciót töltik be: a háztartás racionális kalkulációinak az eszköze.

Az életstratégiák követésében (azaz eszközként való alkalmazásában) az egyének (a háztartás tagjai közöttösen vagy a háztartásfő) előzetesen létező tudásokat és eljárásokat alkalmaznak, amikor a mindennapi élet problémáira és kihívásaira válaszolnak. Más szavakkal, az életstratégiák tanultak, szocializáltak, a közösség kulturális mintájának a részei. Amikor az egyének az életstratégiákban megfogalmazott célok érdekében cselekednek, akkor már előzetesen kidolgozott tudásokra, ismeretekre és készségekre támaszkodnak.

Az életstratégiáknak Tilly (1987.) szerint a következő komponensei, összetevői vannak:

- a kultúra által kidolgozott „recepttudások”,
- a helyzetfelismerés,
- a döntés és választás aktusa,
- a döntés alkalmazása,
- és a következmények.

Túlélési életstratégia alatt így tehát érdek révén koordinált, sikerre irányuló társadalmi cselekvést értünk, aminek magas a racionalitás-foka.

Nézzük meg a túlélési életstratégiákat a háztartások gazdasági természetén keresztül: így a túlélési életstratégiák célja a háztartások gazdasági helyzetének a megerősítésére, az erőforrások mennyiségének a maximalizálása.

Túlélési életstratégiának minősítünk minden olyan cselekvést, amit a háztartások gazdasági állapotuk javítása érdekében tesznek.

Az alábbi táblázatban a passzív és aktív életstratégia összehasonlítását szemléltetjük:

Túlélési stratégia	„Aktív”	„Passzív”
Kockázatvállalási hajlandóság	Magas, kockázatkedvelő	Alacsony, kockázatkerülő
Aspirációk célja	Helyzet javítása	Szűk értelemben vett túlélés
Tervezés időhorizontja	Rövid távú jövő, középtáv	Jelen („máról-holnapra”)

Aspiráció, számítás, vágy.

Az „aktív” életstratégiák: a rendelkezésre álló erőforrások korlátai között, és azokra támaszkodva, a háztartás átlagos helyzetének a javítását célozzák, eltérően a „passzívaktól”, amelyek inkább a szűkebb értelemben vett túlélés eszközei. A törekvés céljához szorosan kapcsolódik a tervezés időhorizontja, ami az „aktív” életstratégiák esetében a rövid távú jövőre vonatkozik, szemben a „passzívakkal”, ami csupán a szűk értelemben vett jelenre vonatkozik.

A passzív életstratégiákat leginkább az idős nyugdíjas vagy közvetlenül a nyugdíjkorhatár előtt állók háztartásaiban, illetve a sokgyermekes egyszülős családok alkalmazzák. A passzív életstratégiára jellemző cselekvések a következők például: a nyugdíjkorhatár kivárása, a civil szervezeteken keresztül folyósított és egyéb segélyekből való élés, a saját lakással kezelve bankkölcsön fejében, intézetbe, öregotthonba, vagy szélsőséges esetben börtönbe kerülés.

A megtakarítás inkább életstratégia, mint a magasabb jövedelem automatikus eredője.

1989. előtt a lehetséges életstratégiákat az akkori társadalmi rendszer szigorúan kijelölte az egyének számára, míg 1989. után az életstratégiák kidolgozásának a „kompetenciája” átkerült a magánélet szintjére, az egyének „illetékességi” körébe. 1989. előtt a rendszer mintegy „előírta”, felkínálta a lehetséges életstratégiák körét, amihez az erőforrásokat is biztosította (munkahely, lakás, szociális ellátás), cserében viszont az egyének kényszerűen felvállalták a nekik szánt passzív szerepet, és nem tanúsítottak majdnem semmiféle ellenállást a rendszerrel szemben. Az életstratégiákat, amelyeket követni „kellett” lényegében a rendszer „adta”.

A rendszer meghatározható, kiismerhető irányokba tiltott és korlátozott bizonyos egyéni boldogulási stratégiákat, de éppen a korlátozások által is meghatározta az egyének útját, mert azok éppen a rendszer kisebb ellenállásának (korlátozásának) irányába cselekedtek vagy megtanulták a rendszer kijátszásának elveit (TSZ-beli termékek „eltulajdonítása”, gyárbeli eszközök vagy anyagok felhasználása magáncélból stb.).

Mindezek az életstratégiák a szereplők számára alig jelentettek cselekvési szabadságot, hanem inkább a rendszer kijátszását éppen azért, hogy a rendszer feltételei között boldoguljanak.

A 89-es változás következtében megszűntek a rendszer által előírt pályák, az általánossá vált verseny és kockázat kontextusában az egyéneknek maguknak kell megtalálniuk a számukra legmegfelelőbb stratégiát. Így az egyéneknek immár egy dinamikus környezetben kell számukra megfelelő döntéseket hozni, „magukra maradva” a rendszer „óvó” felügyelete nélkül.

Az átalakulás következményeként a társadalmi rendszerben új szereplők, viszonyok és folyamatok jelentek meg, kerültek a felszínre. Megjelent a munkanélküliség, hajléktalanság, szegénység.

A szegénység, a nyomor minden történelmi korszakban jelen lévő jelenség, és a kezeléséhez való viszony eltérő volt. Sok helyen szegényházakat vagy dologházakat tartottak fenn, a koldusokat igyekeztek munkára nevelni, kényszeríteni, bár a legtöbb esetben természetesen nem a munkamorál hiánya vagy, a munkakerülés volt, ami valakit arra sarkallt, hogy ne dolgozzon. Sokkal inkább az, hogy elvesztette megélhetési forrását, és ha akart volna, akkor sem jutott lehetőséghez.

A munka olyan tevékenység az ember életében, amely a humánszükségletek kielégítésének adekvát, teljesen megfelelő módját és formáját képezi. Természetesen ez nem minden munkatevékenységre igaz. A mechanikus, monoton, az egyén elképzeléseinek és képességeinek nem megfelelő tevékenység esetén nem beszélhetünk önmegvalósításról, csupán szükségszerűségről, amely megfosztja a tevékenységet az

örömtől, nem adja meg a kompetencia érzését és végső soron elidegeníti a személyt a végzett tevékenységtől. Ezekben a helyzetekben a munkavégzést a „valamiből mégiscsak élni kell” motivációja tartja fenn.

Kiket veszélyeztet leginkább a *munkanélkülivé válás* veszélye? Elsősorban azokat, akiknek eddig is alacsony volt a társadalmi presztízsük, vagyis a szegényeket, romákat, állami gondozottakat, büntetett előéletűeket, nőket, fiatalokat, betegeket. Ezek azok a rétegek, amelyek származásuk, szocializációs hátrányaik, szakképzetlenségük, életkoruk, családi szerepeik miatt a munkaerőpiaci versenyhelyzetben alulmaradnak. Az egyébként is hátrányos helyzetűeknek definiált társadalmi csoportok számára a munkanélküliség hosszú távú fennállása végzetes folyamatot indít el.

A *hajléktalanság* jelensége napjaink egyik legsúlyosabb szociális, társadalmi problémája, amelynek megoldása mind a hajléktalanok, mind mások számára kilátástalannak tűnik. Kilátástalan, hisz egyelőre nemhogy ők, de a társadalom többsége sem tudja, hogy ebben a helyzetben mit kellene tennie. A hajléktalanok helyzetét csak tovább rontja, hogy kiszolgáltatottságuk, reménytelen helyzetük másoknak is feltűnik, és ezek közül egyesek ezt kihasználva követnek el ellenük bűncselekményeket. A jelenlegi hajléktalanok már a „demokrácia termékei”.

A hajléktalanság a hiányállapotok összessége (nincs rendszeres munkaviszonya, nincs hol laknia, nincs vagyona, nincs családja, nincs pénze, nincs egészsége stb.). Mindezeket az alábbiakkal egészíthetjük ki: a *hajléktalanság a tartós hiányállapotok összessége, a nélkülözések maximuma, a soktényezős folyamatok összhatásának a végeredménye. A tartós hiányállapotban megváltozik az élet, az emberek helyzete. A hajléktalan lét egyszerre jelenti a kapcsolatok elvesztését és az alapvető szükségletek egyre gyakoribb kielégítetlenségét.*

A hajléktalanoknak vannak *túlélési stratégiáik*, mert ha nem lennének, akkor életük jelentősen lerövidülne. Ahhoz, hogy a hajléktalanságot, mint állapotot túléljék, egy új stratégiát kell kidolgozniuk, vagy változtatni kell a meglévő stratégiáikon.

A többféle „túlélési technika”, a több védett zug, az alkalmi munkalehetőség, és a pénzszerzés különböző – vélt vagy valós – lehetőségei mindenesetre gondoskodnak arról, hogy a legesélytelenebb rétegek jelentős részét „fölszívja” a főváros.

Hajléktalanok vándorlásai

- A „*lánc-csavargás*”, amikor A helyszínről B helyszínre megyek, majd B helyszínről C helyszínre, és így tovább, anélkül, hogy visszatérnék korábbi létezőm pontjára. Ilyeneknek kell tartanunk a vidékről a fővárosban hajléktalanként szerencsét próbálókat.
- A „*csillag-csavargás*”, amikor A helyszínről B helyszínre megyek, de mielőtt C helyszínt érintem, azelőtt visszamegyek A helyszínre. A helyszín a stabil pontom, onnan kalandozok tovább. Ezt a stratégiát sikeresebben működteti a budapesti múlttal és valamelyest megmaradt kapcsolat rendszerrel rendelkező, mint a „lánc-csavargás” stratégiáját követő vidéki felvándorlók.

Intézményfüggők

Nem beszélhetünk egységes hajléktalan-életmódról és hajléktalan túlélési technikáról sem. A polgári társadalomtól legtávolabb a jövedelemnélküliek csaknem egynegyed résznyi (23%) csoportja vegetál. Életben maradásuk kizárólag a szociális ellátórendszeren múlik. Népkonyhák, menhelyek, étkezők, napjukat menetrendszerűre szabályozza a népkonyhák nyitási időpontja, és szinte csoportosan vonulnak menhelyről melegedőre, melegedőről népkonyhára, népkonyháról menhelyre. Útjukat a csikkzedés, „fehér üvegampullák gyűjtése” lassítja le. Bármilyen meglepő, életmódjuk legalább annyira

feszített, ha tetszik, időben strukturált, mint bármely rendszeres tevékenységet űző polgári foglalkozás képviselőjének. Ugyanakkor a legelesettebb és leginkább zárványszerű életmódot folytatóknak kell tartanunk ezt a csoportot. Mentális és fizikai állapotuk esélytelenné teszi őket ebből a körből való kitörésre, számukra egy ügyintézés, akár segélyük, nyugdíjuk elintézése esélytelen, reménytelen, hiszen aznapra ki-zárnák magukat a létfeltételeiket jelentő ellátásból. A hajléktalanok 60%-a tölti éjszakáit menhelyeken, míg 40%-a egyéb helyen tölti el. A legfontosabb a hajléktalanok számára az étkezés, jelentős hányaduk veszi igénybe a népkonyhák, a teajáratok stb. szolgáltatásait.

Guberálók

Hajléktalanok idősebb korosztályaira jellemző leginkább. A hajléktalanok közel fele (49%) guberál és/vagy koldul. Különösen a kukázás az, amelyet szervezett tevékenységként kell felfognunk. A gyűjtőterület kiválasztása, a kuka kitétele és a gyűjtőautó megérkezése közé való időzítése, a segédeszközök: mágnes, szatyrok, bot, kesztyű beszerzése, megőrzése az értékesítési lehetőségek felkutatása, működtetése, a készletek elrejtése, tárolása, szállítása már-már szakértelmet igénylő tevékenység, mesterség.

Koldulók

A hajléktalanok mintegy 10%-a koldul. A bérkoldultatás nem jellemző. Ezeket a sajátos hajléktalan-jövedelemszerzési technikákat egészíti ki a törvényesség határait jobban túllépő megélhetési bűnözés.

Dolgozók, alkalmi munkások

A fővárosi hajléktalanok több mint egynegyede dolgozik. Igaz, hogy nem dolgozzák le az öt munkanapot. Általában 3-4 napot. Elenyésző kisebbségük (7%) tud szerződéses munkaviszonyt létesíteni, túlnyomó részük alkalmi munkát végez.

Konrád György ESZMÉNYEK VÁSÁRA 1996. megjelent írásából idézünk:

„Igaz-e, hogy a személy felelős a hibás életvezetéséért, ami segítségre szorulóvá tette? Ennél fogva viselnie kell a hiba árát, a bűnhődést, ahogy az amerikai konzervatívok mondják? Igaz-e, hogy a lecsúszás akár a hajléktalanságig, mint a hanyag, nem célirányos életstratégia következménye, megérdemelt büntetés? Erre a kérdésre igennel válaszol a lakosság zöme (amely gyanakszik a hajléktalanokra, fél tőlük, és nem akarja a maga közelében látni, tűrni őket). A jó gazda erkélyén ugató ebek is kiugatják az utcából az elvert, autóból kített, gazdáját boldogtalanul kereső, csapzott kutyát.

A hajléktalanok hamar meghalnak, meleg szoba, rendes étel és orvosi ellátás híján. Az elítéltek ezt a hármat akár élethossziglan is megkapják a börtönben. A hajléktalanok nem bűnözők, de van egy kis szabadságuk, aminek megtorlásaképpen azt kapják meg, amit az elítéltek.”

Hajléktalan devianciák, normaszegő viselkedések

Fontos kérdés, hogy milyen fajtájú és súlyosságú normaszegést tekintünk deviáns viselkedésnek? Azt a normaszegő viselkedést tekintjük deviáns viselkedésnek, amely az egyén és a társadalom számára káros vagy súlyosan káros. Minden társadalmi együttélés feltétele, hogy a társadalmi közösség tagjai megtartsanak bizonyos normákat. A normák mondják meg az egyén számára, hogyan viselkedjék adott helyzetben. Ha ilyen normák nem lennének, vagy ha azokat a kérdéses közösség tagjainak jelentős része nem tartaná meg, a társadalmi együttélés lehetetlenné válna.

A hajlék nélküliek bűnügyi szempontból vagy tettesek lehetnek, vagy áldozatok. Akik elkövetők, azok általában már a hajléktalanná válásuk előtt is összetűzésbe kerültek a törvénnyel, nem hajléktalan mivoltuk miatt lettek bűnözők. Ugyanakkor természetesen akadnak köztük olyanok is, akik a társadalmon kívánnak bűncselekményeikkel elégtételt venni, mintegy feljogosítva érzik magukat az elkövetésre. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a fedél nélküliek többsége csendes, becsületes, törvénytisztelő ember.

Bűnözés

A hajléktalanok többsége úgy érzi, hogy a társadalomnak ez a legkiszolgáltatottabb, legutolsó(!) szerepe az övék, amely a kisebbség komplexusával jár együtt, hogy gyakran még az Alkotmányban biztosított alapvető emberi jogait sem hiszik érvényesnek.

A hajléktalanok közt is akadnak bűnözők, akik anyagi biztonságot keresve csapódnak bűnözőcsoportokhoz, remélve, hogy megtalálják elvesztett létalapjukat. Ugyanakkor a bűnözők is szívesen állnak össze hajléktalanokkal, kihasználva azok kiszolgáltatottságát. A hajléktalan személyek által elkövetett leggyakoribb bűncselekmények a rablás és a lopás (áruházi lopás), amelyek elsősorban az alapvető élelmiszerek megszerzésére irányulnak. A hajléktalanok kevesebb, mint 10%-a tartja fent e módon (is) magát. Míg a guberálók az átlagnál idősebbek, a lopásból élők az átlagnál fiatalabbak.

Az emberölés, emberölési kísérlet, a testi sértés elkövetői gyakran ittas állapotban, hirtelen felindulásból, vagy önvédelmi helyzetben követik el tettüket.

A hajléktalanok sérelmére elkövetett bűncselekményeknél az elkövetők az esetek többségében azért követik el a cselekményeket, mert a legyengült emberek könnyű prédának tűnnek, és valóban sokkal kevesebb ellenállásra képesek, mint egy egészséges, jobb körülmények közt élő ember. Az elkövetők sokszor csak unaloműzésből, szórakozásból kötnek bele az utcán élőkbe, esetleg elfojtott brutalitásukat, a társadalomtól, környezetüktől elszenvedett vélt vagy valós sérelmeiket kívánják megtorolni ezeken az embereken.

Alkoholfogyasztás

Az alkohol a leggyakoribb vigasz az otthontalan embereknek. Nem találják a helyüket a világban, ráadásul legtöbbjüknek volt valamilyen otthona, tudják, milyen gyereket nevelni, beülni a saját autójukba, tudják, milyen felépíteni a házat. Sokszor dolgoznak is, reggel négykor kelnek, de sajnós ahelyett, hogy spórolnának, általában elisszák. A következő felsorolásban az utolsó 3-4 csoportba lehet leginkább sorolni a hajléktalanokat:

Az alkoholhoz való viszony szerint az emberek öt csoportját lehet elkülöníteni.

(Levendel László. 1987.)

1. Absztinensek. Nem fogyasztanak soha alkoholos italt. (A hajléktalanok kis számmal vannak jelen).
2. Szociális ivók. Ők, akik mértékletesen isznak, soha nem részegednek le, de vannak köztük olyanok is, akik időnként esetleg ittassá válnak.
3. Excesszív, féltelen ivók. A potenciális alkoholbetegek csoportja. Mértéktelenek az elfogyasztott italok mennyiségében, és gyakran lerészegednek.
4. Addikcióban szenvedők. Alkoholbetegek, akik függő viszonyba kerültek az alkohollal, ha nem isznak, hiányérzetük van, vagy kifejezett elvonási tünetek vannak.
5. Krónikus alkoholbetegek. Akik már testi- szellemi károsodást szenvedtek az alkoholtól.

Öngyilkosság

Sajnos, ilyen esettel is találkozhatunk, volt olyan hajléktalan ember, aki reggel lett öngyilkos, felakasztotta magát a nadrágszíjával. Az orvosok megmentették az életét, a kórházban még élt egy hétig.

Segítés módja: egy önismereten alapuló, vállalható jövőkép és reális életstratégia közös kidolgozása. Jó, ha lakásnélküliek a hajléktalanszállókra kerülnek, de a társadalmi problémát, a lakásnélküliséget nem ez oldja meg.

Egy néhány éves hajléktalan-lét alatt, pláne az utcán töltött telek után, az emberek elvesztik azt a fajta bizalmukat, reményüket, ami arról szól, hogy egyszer még emberként, elsődleges állampolgárként vissza tudnának illeszkedni.

Magyarországon könnyű hajléktalanná válni. Sok hajléktalan valamiért ragaszkodik régi élete helyszínéhez. Az elvált apa a családi ház előtt csövezik, ahol volt felesége és gyerekeivel. Máshol a nagyszülő jut erre a sorsra. Az egyik ember, aki mindig egy panelházban húzza meg magát, valaha ott volt lakó. De miért választja magának valaki a Halászbástyát, a Budai Vár alatti kazamatákat, barlangokat, teret vagy az egyik pesti lakótelep játszóterét, ahol egyetlen kidobott franciaágyon él párjával, aki azért néha hazalátogat vidéken élő szüleihez?

A kriptalakó Molnár úr esete

Pár évvel ezelőtt az utcai szociális munka során történt az alábbi eset:

A nyolcadik kerületben folytatott az utcai szolgálat gondozást. Feladata a Kerepesi úti temető „feltérképezése” volt, bár senki nem számolt arra, hogy itt is talál a szolgálat hajléktalan embert. A legnagyobb megdöbbenésre a temető szélén az elhagyott, kezeletlen területen élt egy férfi.

Molnár úr – nevezzük így –, az egyik elhagyatott, szanált kriptá mélyedésében élt, teljesen „tisztá állapotban”. Nem volt ittas, ruhája nem volt koszos. Molnár úr negyven-ötven év körüli magányosan élő férfi. A hétköznapi „utcaképbe” tökéletesen beillett. A „borvirágos” orra, „nap szívta” arca árulkodott a korábbi életviteléről.

Bemutatkozás után szívélyesen üdvözölte a szociális munkásokat és készséggel bemutatta különleges lakhelyét. Molnár úr a kriptában lakott, a kriptá körül levő tisztáson volt a konyha, fürdőszoba, szárítógépek helyisége, nappali eszpresszó. A nyílt lángú „tűzhely” fölött a szolgafán lógott az üst, amelyben vizet melegített. Éppen ruhát mosott, télen, mínusz 14 fokban. (Mi többször is meggondolnánk, hogy így mosunk-e ki a ruháinkat és egyáltalán mossunk-e kint a szabadban).

Molnár úr a ruháit „megfőzte” majd megszáritotta. A szárítógépet a kriptá melletti két fa között kifeszített szigetelt drótt jelentette. Ezen „száradtak a ruhák”. Száritási technikája különleges volt, mert a frissen kimosott ruhái szinte azonnal a dróthoz fagytak, amit másnap egyszerűen levert a ruhákról és azután felső réteggé magára húzva lassan megszáradt.

Molnár úrnak volt ruharaktára is. Ezt is bemutatta. Ez tulajdonképpen egy káposztáshordó volt, a földbe süllyesztve. Itt tartotta a nyári „ruha kollekciját”.

A szociális munkások úgy gondolták, hogy látszólag minden rendben van Molnár úr körül, nem iszik, nincsenek barátai, egyedül él, de ez a lét nem embernek való. Sokadik látogatás alkalmával sikerült rábeszélni őt, hogy menjen be a közeli hajléktalanszállóra és ott meleg vízben meg tud tisztálkodni, kap újabb ruhákat, meleg ételt. Emberibb körülmények között tudna létezni, elindítanák a leszázalékolását stb.

Molnár úr hajléktalanszállós karrierje néhány hónapig tartott csupán, mert az itteni környezet hatására nem bírta megállni a nem ivást, alkalmi barátai könnyen rávették őt, hogy húzzon a boros flakóból. Közben kiderült, Molnár úr nem tud mértékkel inni, vagy iszik, vagy nem.

Kriptalakós életviteléhez képest lecsúszott, nem sikerült a leszázalékolását elintézni – nem jelent meg az orvosi vizsgálaton. Folyamatos magatartás problémái voltak, elmaradozott a szállóról. Egyre ritkábban jelentkezett. Majd végleg eltűnt.

Pár hónappal később hallottuk a hírt, hogy Molnár úr újra a temetőben él és köszöni, jól van.

8. SZAKIRODALOM JEGYZÉK

1. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: A demencia kórismérése, kezelése és gondozása /Pszichiátriai Szakmai Kollégium
2. Demens betegek jogsérelmei és jogvédelme – Jogvédelmi füzetek sorozat 6. szám
3. A kór, ami a korral járhat (HVG 2006.)
4. Dr. Gabányi József geriáter szakorvos CLINIQUE SAINT CHARLES a Roche sur Yon France előadása (2010. augusztus)
5. Günzburg, H.C.: Pedagógiai Analízis és Curriculum a szociális és személyi fejlődés mérésére értelmi fogyatékosoknál – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Budapest, 2000.
6. Mérei F., Szakács F.: Pszichodiagnosztika Vademecum III. – Tankönyvkiadó, Budapest, 1998.
7. Pék Gy.: A Nürnberger Alters Inventar /NAI/ magyar változata in: Czigler I.: Túl a Fiataliságon, Akadémia K, Budapest, 2000.
8. Tariska P. et al.: A szubjektív emlékezetzavar és demencia egyszerű vizsgálata. – OPNI. Budapest. 1997.
9. Tariska P.: Organikus és szimptomás mentális zavarok. in: A pszichiátria magyar kézikönyve – Medicina. Budapest. 1998.
10. Baranyai Zs.: A szellemi hanyatlás kezelésének lehetősége emlékezeti tréning segítségével. Memoria Alapítvány: Alzheimer beteg a családban sorozat, 1999.
11. Tariska P.: Alzheimer-kór. Golden Book Kiadó, Budapest, 2000.
12. Peter Anderson és Ben Baumberg Alkohol Európában Népegészségügyi perspektívából Jelentés az Európai Bizottság részére Összefoglalás Institute for Alcohol Studies, UK, 2006.
13. Berényi András: A hozzátartozók bevonása a szenvedélybetegek ellátásába protokoll (HESZE) SZMI 2006.
14. Claudia Black: A segítség lehetőségei az alkoholista szülő gyermekeinek Kézirat Mihucz Gyöngyi fordítása az „It Will Never Happen to Me! Children of Alcoholics: As Youngsters – Adolescents – Adults című könyvéből (Ballantine Books 1981.)
15. Godó János RÉV Szendélybeteg-segítő Szolgálat, koncepció, struktúra, működés
16. Kovács Csaba: A Félút Centrum szakmai programja Eger A RÉV Szendélybeteg-segítő szolgálat: koncepció, struktúra, működés
17. Dr. Szemelyácz János: A Pécs-i Drogambulancia tevékenysége
18. Kísérletek a szenvedélybetegek közösségi ellátására Magyarországon Módszertani útmutató (3 tanulmány) szerkesztette: Berényi András Forrás Lelki Segítők Egyesülete Debrecen 2006.
19. Winfried Huber: Fordulópont a szenvedélybetegek kezelésében Forrás Lelki Segítők Egyesülete, Debrecen 1998.
20. Edward Kaufman: Családi rendszerek és a szerfüggőség családterápiája. A kutatás és klinikai gyakorlat két évtizedének áttekintése (61–70.) Addiktológiai Szöveggyűjtemény HIETE Bp. 1995.
21. Kelemen Gábor – B. Erdős Márta: A kodependencia és az enabling viselkedésminták a családban és az iskolában <http://www.szocialismunka.hu/script/media.php?id=41>
22. Országos Addiktológiai Centrum: Alkohol-politika és –stratégia (tervezet) 2009.
23. Michael White: A fogyasztói kultúrának szóló kihívás. Átmeneti rítusok és elfogadó közösségek Fordította: B. Erdős Márta <http://www.szocialismunka.hu/script/media.php?id=40>
24. Péter László: Új szegények túlélési stratégiái www.adatbank.transindex.ro