ALTERNATÍV TÁMOGATÁS

Interjúválogatás

A kiadványért felel:
Varga Péter

Lektorálás:
Borszéki Zsófia

Grafika:
Harsányi Tamás

Kiadja:
Hajléktalanokért Közalapítvány

1067 Budapest, Szobi u.3.
www.hajlekot.hu; http://hajlekot.hu/index.php/rsztop
telefon: +36 1 200-1002
e-mail: rsztop@rsztop.org

ISBN 978-615-01-0059-3

ALTERNATÍV TÁMOGATÁS

INTERJÚVÁLOGATÁS

Az RSZTOP-3.1.1.
„Közterületen élők számára természetbeni juttatás biztosítása”
elnevezésű projekt keretében megvalósított
Kísérő intézkedések
részprogram tapasztalatairól

•

A pszichiátria
és az addiktológia
lehetőségei
a hajléktalanellátásban

•

Dr. Tóth András – Stépán Virág

Szerkesztette:
Szücs-Varsányi Nóra

Tartalom

Előszó 7

Első interjú 8

Beszélgetés a többlépcsős, fokozatos felépülésről, gyógyulásról és ennek ellátórendszerbeli lehetőségeiről

Második interjú 15

Beszélgetés az edukáció, az információátadás jelentőségéről és a szupportálás fontosságáról

Harmadik interjú 20

Beszélgetés a felépülésközpontú addiktológia lehetőségeiről a hajléktalanellátásban

Negyedik interjú 26

Beszélgetés a csoportos terápiás eszközök lehetőségéről, bizalomépítésről, az emberi odafordulás jelentőségéről

Ötödik interjú 32

Az ügyfélbehívás nehézségeiről, a tagadásról mint
a szenvedélybetegségek sajátjáról

Hatodik interjú 41

Krízishelyzetekről, a halálról, a szakmai segítségnyújtás
és emberi odafordulás határairól

Hetedik interjú 50

Az alkoholizmusról mint betegségről, az utcán élők behívásáról, a rehabilitációs
intézmények, osztályos kezelések elérhetőségéről

Nyolcadik interjú 59

Az empatikus orvosi hozzáállásról, a többes diagnózissal terhelt ügyfelek kezelési
nehézségeiről

ELŐSZÓ

Jelen interjúválogatás a Hajléktalanokért Közalapítvány az RS TOP-3.1.1-16-2016-00001 azonosítószámú, „Közterületen élők számára természetbeni juttatás biztosítása” című, hajléktalan emberek munkanaponkénti egyszeri kiegészítő étkezését biztosító projekt részprogramjaként – 2017 és 2019 között – megvalósított, úgynevezett *Kísérő intézkedések* projektjében szolgáltatást nyújtó egészségügyi szakemberek tapasztalati interjúit tartalmazza.

A részprogram céljának teljesítése – azaz a pszichiátriai és/vagy addiktológiai problémákban érintett hajléktalan emberek kezelésbe vétele – érdekében lefolytatott pilot program részletes megvalósítási folyamat- és eredménybemutatása az *Alternatív támogatás – A pszichiátria és az addiktológia lehetőségei a hajléktalanellátásban* című tanulmányanyagban olvasható.

Az egészségügyi szakemberekkel folytatott interjúk egyik igen fontos célja a részprogram megvalósításának szerves részét képező tapasztalatgyűjtés volt, a szolgáltatást a célcsoport számára közvetlenül nyújtó szakemberek problémafelmérési és megoldási folyamatainak nyomon követése érdekében. Ennek tükrében az interjúzás – függően a program résztvevőinek kapacitásaitól – kiemelt hangsúlyt kapott a megvalósítási időszak elején és végén.

Mivel elsősorban a helyszíni szolgáltatásnyújtás mikéntjét és a szakember szakmai privilégiumait kívántuk feltérképezni, az interjúk kereteit csak néhány „vezérkérdés” alkotja, preferálva ezzel a narratív jellegű válaszadási formát.

Az interjúk kereteinek összeállítását és a beszélgetések koordinálását az RSZTOP Projektiroda *Kísérő intézkedések* koordinátora, Stépán Virág, valamint a részprogram pszichiáter szakorvos szakértője, dr. Tóth András végezte.

A financiális keretfeltételek korlátai mellett is fontosnak tartottuk ezen tapasztalatnyilatkozatok lehetőség szerinti legteljesebb bemutatását. Így azonban a 18 megvalósítási helyszínen lezajlott program szakemberei által adott interjúk közül jelenleg csak 8 beszélgetést tudunk bemutatni.

Az interjúválogatás tartalmát befolyásoló további tényező, hogy az anyagok kiválasztása során figyelmet fordítottunk arra, hogy bemutassuk a kezelésbe vételt végző szakemberek végzettség szerinti palettáját, a szakmai megközelítés sokszínűségét, a megvalósítások helyszíni és intézményi különbözőségeit, valamint a szerteágazó szakismeretek és terápiás technikák mellett is egyező szakmai megállapításokat.

ELSŐ INTERJÚ

BESZÉLGETÉS A TÖBBLÉPCSŐS, FOKOZATOS FELÉPÜLÉSRŐL, GYÓGYULÁSRÓL ÉS ENNEK ELLÁTÓRENDSZERBELI LEHETŐSÉGEIRŐL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	dr. Fórizs Éva
Együttműködő partnerszervezet neve	Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Budapest, BMSZKI Alföldi Átmeneti Szállás
Dátum	2018. február 19., a megvalósítás első 6 hónapjában

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	gyermek- és felnőttpszichiáter és addiktológus szakorvos
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 12 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés

STÉPÁN VIRÁG: Miben jelölné meg az itt végzett munka főbb szakmai tartalmát?

Dr. FÓRIZS ÉVA: Az előgondozásra helyezem a hangsúlyt szakmai munkám során. Kórházba, illetve valamely rehabilitációs intézménybe való irányíthatóság érdekében előgondozom a klienseket. Több évtizede vagyok a pályán, így próbálom az általam ismert egészségügyi rendszerbe továbbléptetni az itteni ügyfeleket is.

S. V.: Mely szakmai tevékenységre helyezte az eddigiekben a hangsúlyt (szűrés, gyógyszerelés, ügyfél-motiváció, egyéni terápia stb.)?

Dr. F. É.: Az ügyfél-motivációt emelném ki az eddigiekben lefolytatott szakmai tevékenységek közül. Próbálok egyéni terápiát folytatni, ami sok esetben előgondozást jelent, vagyis azt a munkát, amelynek során elérjük azt a pszichés és mentális állapotot az ügyfélnél, amikor alkalmassá és motiválttá válik egy kórházi vagy rehabilitációs keretek között folyó hosszabb, terápiás munkára vagy éppen egy szociális otthonba való elhelyezésre.

Sok esetben a kliensek egyfajta fantáziavilágban élnek, a szociális ellátásért való anyagi térítést például lopásnak élik meg, és a realitás számukra az, hogy a szociális intézményekben elveszik a pénzüket és a szabadságukat. Ezeket a tévképzeteket nehéz felülírni, és reális képet kialakítani, de ezen kell dolgoznunk. A tapasztalatom az, hogy nagyobb eséllyel jutnak el előgondozás után egy kórházi osztályra, majd egy rehabilitációs intézménybe a kliensek, mint anélkül. Aki sok időt tölt a hajléktalanság állapotában, az nem

tud egy lépésben javulni – ezt nem szabad szem elől tévesztenünk –, csak több lépésben, fokozatokban lehetséges ezekből az élethelyzetekből és pszichés, mentális állapotokból való felállás, fejlődés.

Szakorvosként fontosnak tartom megemlíteni a gyógyszerelés kérdését, ami problémás lehet, ha valamely ügyfél esetlegesen visszaél az ellátással. Fontos tehát tisztázni az ügyféllel, hogy gyógyszeres kezelésben részesül-e, illetve tisztázni a kollégákkal, hogy ki gyógyszereli az adott klienst, ha több orvoshoz is jár párhuzamosan. Elsődleges tehát, hogy elkerüljük a felesleges gyógyszerelést!

Van egy kialakult „feketekereskedelem" a gyógyszerek tekintetében. Egynéhány ügyfél visszaél az orvosi ellátással, nagy térítéssel felíratják a gyógyszereket, és továbbadják a „feketepiacon". Nagyon sokszor pszichiátriai gyógyszert is igényelnek a kliensek, és a politoxikománia kivédésére nagyon fontos, hogy egy helyen kapjanak gyógyszert, hogy ne tudják túladagolni azokat, vagy árulni a piacon.

S. V.: Milyen szakmai specifikumok megjelölésével írná le az itteni munka főbb vonalait?

Dr. F. É.: A szakmai specifikumok tekintetében elmondhatom, hogy nem a szűrés jellegű tevékenységre, és nem is a gyógyszerelésre helyezem a hangsúlyt a projekt keretében folytatott szakmai tevékenységem, munkám során, hanem az ügyfél-motivációra, az előgondozásra és az irányításra.

Addikciók esetén a Támasz Gondozóba irányítok, és az a tapasztalatom, hogy aztán a gondozóból az ügyfeleket tovább lehet léptetni addiktológia osztályokra. A Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI), valamint a dél-pesti kórház addiktológiai osztálya vesz át „tőlünk" hajléktalan, beteg embereket. A rehabilitációs részlegre való bekerülés pedig sok esetben a kliens kórházon belüli áthelyezését jelenti, amikor az akut addiktológiai osztályról a rehabilitációs osztályra kerül az ügyfél.

A bejárható betegutak és az irányíthatóság tekintetében megemlíteném még az Emberbarát Alapítványt és a Diófa Rehabilitációs Otthont. Ez utóbbi intézményben általában állami gondozásban felnőtt, majd hajléktalanná vált, szenvedélybeteg fiatalokat fogadnak, akiknek fizikai vagy mentális állapotuk alapján célzott segítségre van szükségük ahhoz, hogy később önállóbb, önfenntartó életet tudjanak kialakítani és élni. Ezekkel az intézményekkel folyamatos a munkakapcsolatom, és ezekre a helyekre irányítom a szenvedélybeteg hajléktalan embereket is, ha az állapotuk, élethelyzetük, előéletük szempontjából indokolt.

A rövid intézményi „felsorolásból" is kitűnik, hogy nagyban nehezíti a helyzetet az is, hogy nagyon kevés olyan ellátóintézmény van, ahol kettős vagy többes diagnózisú, hajléktalan, addiktív beteg embereket is tudnak fogadni. A projekt keretében folytatatott munkám során is „komplex", többes diagnózissal terhelt emberekkel találkozom, akik testi-lelki-pszichés és addiktológia betegségekben is szenvednek, tehát egy sokkal összetetteb problémakörrel állunk szemben, mint egy „átlagos" pszichiátriai betegség esetén. Sokszor ez a fajta „kiindulópont" már a motiválásnál, a kezelésbe vételnél is megakasztja a „gyógyító", terápiás folyamatokat.

Vegyünk példaként egy esetet. A szentgotthárdi elmeszociális otthon fogadná az egyik ügyfelemet, ha a gondozás tényét orvosilag igazolom. A beteg jelenleg eljár a rendelésre,

józan megint, de erről a szállóról is az alkoholos, drogos befolyásoltság alatt elkövetett dolgai miatt lett kitiltva. A klienst a d*él-pesti* k*órházba irányítottam, az addiktológia osztályon volt, most egyfajta utógondozást végzek vele, hogy a szentgotthárdi intézmény fogadja – tehát támogatom abban, hogy tudja tartani az irányt. Ebben az esetben, egy előgondozás és egy utógondozás is zajlik egyszerre, ami esetlegesen kifuthat egy végleges elhelyezésig.*

Általánosságban is elmondható, hogy a hajléktalan, többes diagnózissal rendelkező beteg emberek helyzetének optimalizálása – például állandó elhelyezésük egy számukra megfelelő intézménybe – sokkal nagyobb szakmai odafigyelést, emberi odafordulást, nyomon követést és támogatást igényel az adott szakembertől, mint egy „átlagos" pszichiátriai beteg esetében ez szükséges.

Sajnálatos módon a tapasztalatom az, hogy a hajléktalan emberek nehezen tartják a korlátokat, és talán ez a legnehezebb. Hiszen hiába teszünk meg szakmailag, orvosilag mindent, ha az ügyfél a legalapvetőbb dolgokat sem képes megtenni magáért, akkor ellehetetleníti, megakasztja a számára kedvező folyamatokat.

Több olyan eset volt a *Kísérő intézkedések* során is, amikor szakellátásba irányítottam az ügyfelet, aki azonban nem jelent meg az adott időpontban a szakrendelésen – ilyenkor nehéz mit tenni. Sok esetben azok az emberek, akik régóta élnek a hajléktalanellátásban, nagyon jól kiigazodnak a rendszerben, és egyszerűen tehetetlennek érzem magam. Elirányítom az ügyfelet a megfelelő ellátóhelyre, felveszem a kapcsolatot a kollégákkal, hogy megfelelően fogadják, de egyszerűen az ügyfelek nem érkeznek meg, mert vagy megijednek, vagy a pillanatnyi érdekeik, szempontjaik szerint döntenek, és nem mennek el az adott időpontra. A betegségek kezelésénél tehát van egy „önrész", amit a betegnek magának kell megtennie saját magáért, a gyógyulásáért, a helyzete javításáért – sajnos erre sok esetben nem képesek az itteni ellátottak.

Olyan eset is előfordult, hogy egy nagyvárosban élő hajléktalan embert sikerült egy vidéki intézményben elhelyezni, azonban a kliens egy idő után „visszaszökött" Pestre. Adott a kliens, aki eligazodik a városi dzsungelben, de egy barátságosabb, vidéki szállón már képtelen a boldogulásra. Az általa addig ismert ingyenkonyhát, szociális segélyrendszert, receptingyenesítési útvonalakat ott nem találja. A sajátos működés, amire a nagyvárosi hajléktalanságban „rátanult", vidéken nem működik.

Ezek a példák is jól mutatják, hogy nagyon összetettek a problémák, és sokszor a jónak tűnő megoldási tervek nem működnek az adott élethelyzetek tekintetében.

S. V.: Milyen szakmai célkitűzésekkel, hipotézisekkel kezdett neki a programnak, és milyen esetlegesen felmerülő szakmai akadályokba ütközött? Ezeket hogy tudta kezelni?

Dr. F. É.: A terápia sikeressége nagymértékben függ a terapeuta személyiségétől. Ha a kliensben elindul egyfajta bizalom kiépülése az orvos irányába, akkor nagyobb eséllyel lehet terápiába vonni, és nagyobb az esély arra is, hogy végig tudjuk vinni a terápiás folyamatokat. Ebben bíztam a program indítása előtt – hogy az ellátottak meglátják, megtapasztalják a szakmaiságomat és az emberségemet.

A nem várt akadályok ebben a projektben is az emberi tényezők. Több éve dolgozom hajléktalanokkal, de ez talán az egyik legterheltebb ügyfélkört ellátó intézmény abból a

szempontból, hogy sok a mozgáskorlátozott ügyfél és a halmozott fogyatékkal élő kliens. Ezekben az esetekben természetesen még nehezebb a motiválás.

Rendszerszinten talán a legnagyobb akadály, hogy kevés az a köztes, közbülső „lépcsőfok", ahol az ápolás megvalósulhat, kevés a szociális ellátórendszerben a lábadozó. A kórházból való távozás után az ügyfelek többségének nem áll módjában olyan helyre bekerülni, ahol egyfajta felépülés, rehabilitáció megvalósulhatna, és a gyógyulási folyamatok sokszor megszakadnak. Hiátus még a rendszerben a jobb állapotban lévő ügyfelek továbbléptetését segítő helyek alacsony száma is. Kevés például a rehabilitációs jellegű absztinensszálló is. Meglátásom szerint az ellátóintézmények, „a fokozatok", a szállások nem fednek le elég széles spektrumot a rehabilitációs és integrációs folyamatok lefolytatásához. Az egyes ellátási típusok a rendszerben nem elégségesek. Kevés vagy nincs is olyan szakosított ellátóhely, ami például a rehabilitáció felé mutatna.

A másik nehézség például annak a kérdése, hogy egy a „normál" egészségügyi rendszer adott „egysége", például egy terápiás csoport, hány hajléktalan embert bír el. Tapasztalatom, hogy ha az arány felborul, akkor az nehézséget okozhat. Ha van egy csoport, amelyben van 8-10 ember, aki relatív rendezett életet él, az elbír 3-4 kevésbé jó állapotban lévő embert, felfelé lehet még tolni a dinamikát. Baj akkor van, ha ez az arány felborul, és az egész csoport munkája ellehetetlenül.

Két iskola van. Az egyik különítve, szegregálva képzeli el a hajléktalanok egészségügyi ellátását. Ebben az esetben kérdés, hogy mi mozdítja előre az egyes klienseket, hiszen nem látnak pozitív, követendő mintázatokat. A másik esetben, a „normál" egészségügyben pedig az a tapasztalatom, hogy a szociálisan és mentálisan súlyosan terhelt hajléktalan emberek ellátása nem, vagy csak részben megoldható.

Megemlítenék még egy rendszerszintű hiányosságot, amit a női hajléktalanság esetében érzékelek. A nők még kiszolgáltatottabbak, mint férfi társaik, és maga a rendszer is kevésbé épít a nők ellátására, kevés a férőhely és a speciális ellátás.

S. V.: Beszéljünk kicsit az ügyfélkörről! Hogy látja az ügyfélkör mentális, addiktív állapotát, pszichés terheltségét?

Dr. F. É.: Gyakran valamilyen pszichiátria betegséghez társul valamilyen addikció. Ez a szálló nyitott szolgáltatásokat nyújt, és egy „általános befogadóhelyként" működik, ami azt jelenti, hogy bárki bejöhet az utcáról. Ez azt eredményezi, hogy az átlag hajléktalan emberhez képest is terheltebbek az itteni kliensek. Azt látom a kliensek többségénél, hogy a hajléktalanság sokszor nagyon súlyos pszichés traumákkal kombinálódik.

Nagy nehézség a gyökértelenség, a perspektíva hiánya, ami nehezen kezelhető problémaként jelenik meg az egyéni esetek szintjén. Általánosságban pedig előrehaladó tendencia és egyre nagyobb probléma, hogy a súlyos pszichiátriai betegek növekvő számban jelennek meg a hajléktalanellátásban.

Magas a volt állami gondozottak aránya is. A 90-es évek elején nagy arányban jelentek meg a fiatal hajléktalanok az ellátórendszerben. Az állami gondozásból való kikerülés után szinte egyből az utcára kerültek a nem családban nevelkedett fiatalok, majd a különböző ellátóhelyeken keresték a boldogulást – egy jól látható csoportot alkotva a hajléktalan emberek populációjában. A másik nagy csoportot a megszüntetett munkásszállók lakói

alkották, a harmadik csoport az elváltak csoportja volt. Ez a három „fő útvonal" volt jellemző a hajléktalansághoz vezető létállapothoz.

Az elmúlt években jól „kitapinthatóan" jelent meg a negyedik csoport, a pszichiátriai betegek csoportja. Hasonló folyamat játszódott le a pszichés betegségekkel küzdők esetében is, mint régen az állami gondozottakkal. A Lipót bezárása egyértelműen és azonnal érzékelhető volt a hajléktalanellátásban. Az intézmény bezárásával a pszichiátriai betegek pár hónap alatt megjelentek a szociális ellátás intézményeiben. Az intézményi keretek között eltelt évek során a súlyos pszichiátriai betegek többségükben hospitalizálódtak, az intézményi ellátás adott számukra valamiféle biztonságot, kiszámíthatóságot, amit most a szociális szféra ellátóhelyein kerestek.

Meglátásom szerint probléma még a „kétéves kényszerforgó" rendszere is a hajléktalanellátásban. Senkinek nem lesz két év alatt lakása, de ez a rendszer rákényszeríti a hajléktalan embereket a továbblépésre úgy, hogy valójában nincs hova menniük. Újabb és felesleges traumaként jelenik meg az életútjukban, hogy el kell hagyni a megszokott helyet, a megismert embereket. Más és más szociális munkások kerülnek melléjük, akiknek újra és újra el kell mesélniük az élettörténeteiket. Sok esetben elkezdenek paneleket gyártani, kitalált történetekkel színesíteni az életútjukat, hogy érzelmileg távolítsák a traumákat, és megélhetővé tegyék saját maguk számára is az élettörténeteiket. Eközben a valós történeteik is éppen elég borzasztóak ahhoz, hogy nagyon nehézzé váljon visszaépíteni a bizalmat mind az ellátórendszerrel, mind pedig az emberekkel szemben.

Az „én" határaik sajátosak, a „mi" határainkat pedig folyamatosan tesztelik. Hosszú idő, amíg elhiszik a szakszerűséget és az emberséget, egyáltalán azt, hogy a javukat akarom, ugyanakkor csak akkor indulhat el a közös munka, ha van egy bizalmi alap.

S. V.: Milyen specifikumokkal bír az ügyfélkör az „átlag" emberhez képest (ha megjelölhetők ilyen jellegzetességek)? Ha a hajléktalanságot mint létállapotot és pszichés traumát tekintjük, akkor milyen lehetőségek, eszközök állnak rendelkezésre a pszichiátria, addiktológia, pszichológia területén a pszichés traumák oldására és a szociális deficitek korrekciójára?

Dr. F. É.: Elég szerények az eszközeink. Általánosságban is elmondható, hogy nagyon nagy szakemberhiány van, egyszerűen kevés az orvos. A másik hatalmas gond a fentebb már jelzetteken túl, hogy nincs serdülőellátás.

Ha megnézzük a drogfüggőket, akkor azt látjuk, hogy ebben az addikcióban szenvedők szinte 100%-ban már serdülőkoruk óta droghasználók, tehát ellátásuk és felépülésük azóta nem valósul meg. A rendezetlen családi helyzetben felnövőket preventív kéne gondozni, de ez sajnos nem megoldott, és „akadálymentesen" válnak addiktív, pszichésen terhelt felnőtt emberekké. A legnagyobb probléma tehát, hogy ebben a körforgásban újratermelődik a nyomor.

Sok a második, harmadik generációs hajléktalan ember is. Ezeknek az embernek nagyon nehéz mit mondani, szinte lehetetlen motiválni őket. Ez a legnagyobb szociális deficit, ha valaki egy ilyen nehéz, sokszorosan terhelt élethelyzetbe, a hajléktalanságba, a rendezetlen családi viszonyokba „születik bele", s ezeket a mintázatokat látja és sajátítja el, majd örökíti tovább.

Rendszerszinten az átmeneti intézményeknek látom nagyon nagy hiányát, nincs lefedve az ellátás, nincs kiépítve egy lépcsőzetes ellátórendszer, amely a fokozatos felépülést, a mentális és pszichés ápolást, az állapotjavítást lehetővé tenné a többes diagnózisú terheltséggel bíró hajléktalan emberek számára. Például nincs olyan intézmény, ahova egy beállított gyógyszereléssel elhelyezhető a kliens, amíg például várakozik egy elmeszociális otthonba való bejutásra. Meglátásom szerint ez a szint hiányzik legjobban. Tragikus kísérletek voltak azok az esetek is, amikor sok év hajléktalanság után egy elmeszociális otthonba begondoztunk egy beteget, aki kis idő elteltével megszökött, mert nem bírta a többi, idősebb, demens, „nem hajléktalan" élethelyzetből érkezett beteggel való együttélést, és nem tudott beilleszkedni a „normál", szociális otthoni ellátásba.

Ha az addikciókat nézzük, akkor pedig fontos azt látnunk, hogy míg nem oldódik meg a kliens addiktológiai problémája, addig olyan, mintha lyukas zsákba öntenénk az ellátást. Az alkohol vonatkozásában megszüntették a kötelező alkoholelvonó kezelés jogi intézményét. Jelenleg például van egy fiatal betegem, aki drogos pszichózissal került hozzám. Pár droghasználat nélküli év és rendszeres gondozás után úgy gondolta, hogy ő már megérdemel egy sört. Az alkoholfogyasztás azonban ugyanolyan pszichotikus tüneteket eredményezett nála, mint az a drog indukálta pszichózis esetében történt. Mind az alkohol, mind pedig a droghasználat az ügyfelek többségénél paranoiditást, és sok esetben tévképzeteket, valamit pszichózist eredményezhet, tehát az addikciókhoz sok esetben ezek a súlyos pszichés kísérő tünetek társulnak, amelyek tovább nehezítik a kezelésbe vételt és a terápiába vonást.

A napjainkban népszerű dizájnerdrogok a hajléktalan embereket is elérték. A dizájnerdrogok megjelenésekor jól elkülöníthető szerhasználat volt megfigyelhető. Az alacsony árak és a szer jellege miatt a fiatalabbak szoktak rá, mostanra viszont egyre inkább az alkohollal való vegyes használatot látom az ügyfeleknél. Ha a droghoz jut hozzá, azt használja, ha az alkoholhoz, akkor azt. A drogok tekintetében másik nagy probléma, amely az idősebb generáció tagjait is nagymértékben érinti, hogy a sérüléseikre opiát típusú fájdalomcsillapítót, Tramadolort kapnak sok esetben az ellátottak. Ez egy kábító-fájdalomcsillapító szer opiáttartalommal, amelynek következtében sok esetben opiátfüggőség alakul ki.

Az itteni ügyfelek közül sokaknak amputálták a lábát. Ezekben az esetekben még nehezebb célt adni, és probléma az is, hogy nagyon kevés a jó példa. Nagyon fontos lenne, hogy a saját környezetükben lássanak olyan embereket, akiknek sikerül a józanság, a tisztaság és egy jobb élethelyzet elérése, és azt tudják mondani a többieknek, hogy megéri kijózanodni és felépülni.

Ami még nagyon veszélyes, hogy sokan a hajléktalanság létállapotában – a társadalmi kirekesztettség állapotában – a teljes semmittevésbe sodródnak, ami visszahat a pszichére. A foglalkoztatás viszont anyag-, emberigényes, amire sok esetben nincs financiális forrás a rendszerben, de én mégis azt gondolom, hogy a munka is hozzájárul ahhoz, hogy embernek érezzük magunkat.

S. V.: Az intézményi megvalósulás tekintetében hogy látja a szolgáltatásnyújtás bővítésének lehetőségeit? Akár továbbiakban bevonható szakemberek lehetőségét, akár újabb szakmai tevékenységeket, akár megemelt óraszámot stb.

Dr. F. É.: Részt vettem egy a közösségi pszichiátria tárgyában rendezett kongresszuson, ahol a hajléktalan emberek közösségi pszichiátriai ellátásának vonatkozásában folytatott szekció munkájába is becsatlakoztam. Ott is megerősítették a kollégák azon véleményemet, hogy nagyon fontos lenne képzéseket tartani a szociális munkásoknak és az egészségügyi dolgozóknak is, hogy egy nyelvet beszéljünk.

Az Alföldiben egy másik megnyert pályázat keretében belső továbbképzéssel egybekötött esetmegbeszélőt tartunk a szociális munkásoknak és az egészségügyi és a mentálhigiénés dolgozóknak. Csoportfoglalkozást is tartottunk Kernóczi Dórával, ahol „belsős" és „utcás" hajléktalanok is részt vesznek. Ez fontos része az előgondozásnak. Azt vettem észre, hogy ezeket az alkalmakat követően szívesebben bejönnek a kliensek az egyéni rendelésre.

S. V.: Hogy látja, milyen „eszközök", „kapacitások" hiányoznak a „szociális szférából" egészségügyi szempontból?

Dr. F. É.: Nagyon fontos lenne egy olyan „fapados hajléktalan szociális otthon" mielőbbi létrehozása, ahol a szerény jövedelmet – ami nem fedezi az ellátási költségeket – kiegészítené egy olyan normatíva, amit a származási vagy az utolsó bejelentett lakcím szerinti önkormányzat vagy a Magyar Államkincstár (MÁK) egészítene ki. Így érdekeltebbek lennének a szolgáltatók ilyen intézmények létrehozásában, ha stabil finanszírozással számolhatnának.

S. V.: A Kísérő intézkedések kapcsán mik a tapasztalatai a részprogram erősségeiről, gyengeségeiről, korlátairól?

Dr. F. É.: Azt gondolom, sok meglevő jó gyakorlat nem kap kellő figyelmet. A *Kísérő intézkedések* „pilot modell" keretében az Alföldiben előgondozott klienseket tovább tudjuk küldeni a Nyírő Gyula OPAI TÁMASZ Gondozójába és további gondozás után addiktológiai és rehabilitációs osztályokra. Ez mára már egy meglévő jó gyakorlat.

MÁSODIK INTERJÚ

BESZÉLGETÉS AZ EDUKÁCIÓ, AZ INFORMÁCIÓÁTADÁS JELENTŐSÉGÉRŐL ÉS A SZUPPORTÁLÁS FONTOSSÁGÁRÓL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	Jávorszky Eszter
Együttműködő partnerszervezet neve	Hajléktalanokért Közalapítvány
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Budapest, Szobi utcai Speciális Éjjeli Menedékhely
Dátum	2018. február 22., a megvalósítás első 6 hónapjában

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	pszichológus
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 20 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés

STÉPÁN VIRÁG: Milyen rendelési formában dolgozol itt?

JÁVORSZKY ESZTER: Egyéni rendeléseket folytatok rögzített formában. A csoportos terápia az ügyfelek behívásánál, motiválásánál egy jó eszköz lehet, de a kliensek sajnos nagyon rossz mentális állapotban vannak, így időben rövidebb és tematikájában „lágyabb”, kevésbé megterhelő csoportos „foglalkozásokat” tudnék csak elképzelni. Az egyéni rendelési alkalmaimon való egyszeri megjelenést az ügyfeleknek intézményi szinten ajánlották az őket segítő szociális munkások, így nagyon hamar beteltek az időpontjaim állandó ügyfelekkel. A heti 4 óra rendelési időben 4 ügyfél jár hozzám 50 perces időintervallumokban.

S. V.: Mire helyezted a hangsúlyt az eddigiekben a munkád során, és miért?

J. E.: Leginkább az intervencióban és az edukációban tudnám megjelölni az elvégzett szakmai tevékenység főbb tartalmi vonalait. Az eddigi rendelési alkalmakon megjelent ügyfelek többsége krízishelyzetben került hozzám, így az intervenció volt az elsődleges, majd a szupportálás és az edukáció. Az a tapasztalatom, hogy mély lélektani munkát nem lehet a kliensekkel folyatni, egyszerűen pszichésen nem bírnák el a terápiával járó lelki leterhelést. Az intervenció, szupportálás, edukáció mellett még szűrést is folytattam, demenciára és depresszióra vonatkozó tesztek felvételével.

S. V.: Hogy jellemeznéd a főbb szakmai tevékenységet, amit itt végzel?

J. E.: Azok, akik a lábadozóba bekerülnek, „mélyebb" terápia lefolytatására nem alkalmasak, így az ügyfelekkel egyfajta támogatási és megerősítési munkát tudok végezni. Próbálom tudatosítani bennük a működési mechanizmusaikat, adott helyzetre adott érzelmi és cselekvési reakcióikat. Akik jobb állapotban vannak, azok ezt jól fogadják, és kialakul egyfajta együttműködés.

A közelmúltban egyeztettem az itt praktizáló háziorvossal. Elmondása szerint elég nehézkes az együttműködés a területi ideggondozóval, így az általam elvégzett demenciára és depresszióra vonatkozó tesztek felvétele számára is nagy segítség lehet. A háziorvos hozzám tudja irányítani a klienseket a szükséges tesztek felvételére, akár egy alkalomra is.

A szűrést követően több klienst irányítottam pszichiátriai szakrendelésre. Sok ügyfél esetében azt látom, hogy nincs betegségbelátásuk. Ezekben az esetekben azon dolgozom, hogy ebben fejlődjön az adott ügyfél. Itt a közös munkának lehet egy olyan „kifutása", hogy sikerül a klienst elirányítani egy pszichiátriai szakrendelésre is. Ebből a szempontból valamiféle előgondozás is megvalósul. Ha a pszichiáterrel is kialakul egy együttműködés, akkor elérhetővé válik szükség esetén a gyógyszerelés. Ha a kliens gyógyszeres kezelésben is részesül, akkor van egyfajta visszacsatolás a pszichológiai munkára vonatkozóan, amelynek keretében tudom tájékoztatni a pácienseket a gyógyszer hatásairól, mellékhatásairól, a fellépő tünetekről, amire egy pszichiátriai szakorvosi rendelésen az időhiány miatt nem biztos, hogy lehetőség van. Az a tapasztalatom, hogy bár sok ügyfél szed gyógyszert, de nagyon kevés az ismeretanyag, a tudás a gyógyszerek működési mechanizmusairól. Ezekben az esetekben felvilágosítást tudok adni.

Sok ügyfélnél tapasztalom, hogy előzőleg már járt pszichiáterhez, csak valahogy megszakadt a kezelés, őket visszairányítom az orvosukhoz. Ha nagy a szenvedésnyomás, például alvászavarral küzd a páciens, akkor kis rásegítéssel, szupportálással elérhető, hogy orvoshoz forduljon. Az irányítás tehát jól működik, a kliensek elmennek a szakorvoshoz, és általában megkezdődik a kezelés. A Könyves Éjjeli Menedékhely és Nappali Melegedő pszichiátriai szakrendelésére, illetve a területileg illetékes ideggondozóba irányítom az ügyfeleket.

S. V.: Előzetesen volt munkatapasztalatod hajléktalan emberekkel?

J. E.: A BMSZKI több intézményében a mostanihoz hasonló munkakörben, pszichológusként dolgoztam és dolgozom. A Szobi utcai hajléktalanszálló intézményének ügyfélköre nagyon hasonlított a Kálvária Gondozóház ügyfélköréhez, csak talán még rosszabb pszichés és fizikai állapotban vannak az itteni ellátottak. A területen szerzett munkatapasztalatom alapján nem voltak olyan előzetes elképzeléseim, amelyeket ne tudtunk volna a részprogramban realizálni.

A programindítást sikeresnek mondanám, a rendelési időpontjaim hamar beteltek, és ha kis számban is (lásd a rendelkezésre álló időkeretet), de folyamatos munkát tudok végezni az ügyfelekkel. A fentebb leírt rossz pszichés, mentális és fizikai állapot, valamint az életkor miatt sok esetben azonban a mély terápiás folyamatok nem indíthatók el. Az ügyfélkör állapota nehezen javítható, de a már előzőleg kifejtett szakmai tevékenységek jól végezhetők, így kellemes csalódás ért az előzetes elképzeléseim és a megvalósítás tekintetében.

Ehhez azonban kell a plusz odafigyelés, ha kell, „utánamegyek" az ügyfélnek. Az emlékezeti funkciók alulműködése miatt ez sok esetben különösen indokolt, ők maguk is kérik, igénylik, jelzik, hogy elfelejtik a megbeszélt időpontot. Inkább az idősebb generációt sikerült behívnom, és azt tapasztalom, hogy újdonság számukra az, hogy figyelmet kapnak. Ezért az odafigyelésért hálásak nekem, ami pozitív irányba hat az együttműködési hajlandóságukra is. Hétről hétre vállalják a megjelenést és a közös munkát.

S. V.: Röviden jellemeznéd, hogy látod az ügyfélkör mentális, addiktív, pszichés terheltségét?

J. E.: A jelenlegi meglátásom szerint nagyon sok pszichiátriai beteg van az ügyfelek között. Sok a paranoid skizofrén, sok az affektív zavaros beteg, az idősebb generációnál pedig leginkább a demencia jellemző. Két idősebb hölgy járt nálam, és azt láttam, hogy a leépülésük nagyon gyors lefolyású, ezek visszafordíthatatlan folyamatok, de rendszeres terápiával lassítani lehet ezeket a folyamatokat.

S. V.: Érzékeltél ellenállást a „terápiás részvétel" kapcsán az ügyfeleknél? Ha igen, hogy próbáltad orvosolni ezt?

J. E.: Nehezíti a bevonást az a „sztereotípia", hogy „csak a bolondok járnak pszichológushoz…". Talán érdemesebb lenne ezeket az alkalmakat másképpen nevezni, kihagyni belőle a „pszichológia" kifejezést. A pszichológiai munkáról nincs tudás, nem tudják az ügyfelek, hogy egy ilyen alkalmon mi történik. Visszajelzés is jött az első alkalmak után, hogy nem erre számítottak, más volt az előzetes elképzelésük. Másrészt ijesztőnek is hat számukra, hogy valaki egy órán keresztül meghallgatja a gondolataikat, érzéseiket. A tévképzetek és a félelmek nehezítik az ügyfelek „behívását", de az a tapasztalatom, hogy a hölgyek könnyebben megszólíthatók, nyitottabbak, mint a férfiak, és jobban meg is maradnak a kezelésben.

S. V.: Volt előzetesen munkakapcsolatod az intézménnyel? Azt említetted, hogy a BMSZKI-val igen. Mesélnél egy kicsit erről?

J. E.: A BMSZKI több intézményében is dolgoztam, illetve dolgozom. Az itteni részprogramhoz hasonló tevékenységet folytatok a Vaspálya Átmeneti Szállás Váltó-házában. A Váltó-ház azokat az alkoholbeteg, hajléktalan embereket fogadja, akik elismerik alkoholproblémájukat, azon változtatni szeretnének, és vállalják a teljes szeszmentességet, valamint az intézmény rehabilitációs programját.

A Váltó-ház programja egy felépülési folyamat, amely a józanság megszerzésének és megtartásának technikáiról, valamint az alkoholbetegség ismeretanyagának elsajátításáról szól. A Váltó-házban általánosságban jobb állapotú alkohol- és drogfüggő, szenvedélybeteg emberekkel foglalkozom. A ház programjának keretében egyéni és csoportos terápiát is tartok. Arra fektetem a hangsúlyt, hogy a kliensek a szocializációban fejlődjenek, a feszültségtűrési képességük javuljon, kommunikációs készségük fejlődjön, és ezeket a fejlesztett készségeket konfliktushelyzetben, érzelmileg kitett állapotukban is tudják alkalmazni.

Amit még kiemelnék, hogy ebben a munkakörben szociális munkásokkal is foglalkozom. Egyéni szupervízióra van lehetőségük a kollégáknak, esetfeldolgozó és vezetői készségfejlesztői csoportokat is tartok. Ezek az alkalmak segítséget nyújthatnak a szociális munkásoknak abban, hogy gyakorolják a „teherletételt", a határaik tartását, új szempontokat kaphatnak a munkájuk kapcsán felmerülő érzelmek megfogalmazására, megélésére és feldolgozására. Nagy hangsúlyt fektetünk a határtartás kérdéskörére, problematikájára, a „mi a kolléga felelőssége, és mi nem", „mi az én feladatom, és mi nem" kérdéskör átbeszélésére.

S. V.: Milyen segítséget, támogatást kapsz a szociális munkásoktól a lábadozóban végzett munkád során? Mik a tapasztalataid a közös segítői munka viszonylatában?

J. E.: A program indulásakor az a gyakorlat alakult ki, hogy azok a kollégák, akik ügyeletben vannak, segítik „betölteni" a rendelési alkalmakat ügyfelekkel, ami vagy sikerült, vagy nem. Eleinte ez sok „üres járatot" eredményezett, nem tudtam ügyfelekkel kitölteni a rendelési időkeretet, aztán az állapotfelmérés, az egyszeri megjelenés „propagálásával" lettek állandó klienseim, és egyből megteltek az időpontok. Heti 4 órás egyéni rendelési időben 4 ügyféllel tudok foglalkozni 50 perces beszélgetésekkel.

S. V.: Mi a véleményed a szolgáltatásnyújtás bővítésének lehetőségeiről? Ha lehetne bővíteni a részprogram tevékenységi körét, finanszírozását, szakembergárdáját, mit javasolnál?

J. E.: A gyógyszerek finanszírozásának lehetőségét szigorúan ellenőrzött keretek között el tudnám képzelni mint szolgáltatásbővítési lehetőséget. Ha szakemberre gondolunk, és az adott telephely tekintetében gondolkodunk, akkor a pszichiáter szakorvos részprogramba történő bevonását jelölném meg mint szolgáltatásbővítési alternatívát.

Sok ügyfél olyan rossz mentális állapotban van, és olyan rossz az orientációs képessége, hogy hiába irányítom őket szakrendelésre, nem tudnak eljutni. Mozgásukban korlátozottak, problémát jelent a mobilitás, és sok az idős demens beteg is. Egy helyben praktizáló pszichiáter nagy segítséget jelentene. Vannak, akik csak kísérettel tudják megoldani a szakrendelőbe való eljutást, de arra kevés a kapacitás, hogy a szociális munkások kísérjék el a klienst. A házbeliek *(az intézményben élő többi ügyfél)* szokták kísérgetni a helybelieket, de ez nem ingyen van! Ennek biztos van valamilyen ára, ezzel kapcsolatban nincsenek illúzióim. Ezért nagy könnyebbség lenne, ha helyben is lenne egy szakember.

S. V.: Pszichológusként hogy látod, milyen „eszközök", „kapacitások" hiányoznak a „szociális szférából"? Mit tudnál elképzelni a részprogramban, ha annak tevékenységi körét bővíteni lehetne?

J. E.: Az ügyfeleken azt látom, hogy nem tudják kitölteni az idejüket, ülnek, tévét néznek, nem beszélgetnek egymással sem, a társas kapcsolataik és azok kialakítására és fenntartására irányuló képességeik leépültek. Hasznos lehetne, ha az ügyfelek idetöltését klubszerű csoportfoglalkozásokkal lehetne „színesíteni". Egy társasjátékkörrel, kereszt-

rejtvényfejtő klubbal, egy közös filmezéssel és filmről való beszélgetéssel fel lehet hívni a figyelmüket arra, hogy lehet jól, közösen eltölteni az időt. Nem egy mélyebb, tematizált, terápiás önismereti csoportra gondolok, mert sajnos a mentális állapotuk arra nem ad lehetőséget, de a könnyedebb csoportfoglalkozások jó hatással lehetnének a mentális állapotukra és a társas kapcsolataikra.

Terápiás csoportok tartását ezen a helyen nem vállalnám, túl sok a súlyos pszichiátriai beteg, és ilyen esetekben több csoportvezető jelenléte lenne szakmailag is indokolt. Eleve a „mélyebb" terápiás munka ezen a helyen kockázatos, a nagy fluktuáció miatt nehéz az ügyfél nyomon követése. Ha egészségügyileg például „utcaképesnek" nyilvánítják és elbocsátják, akkor félbeszakad a terápia, ami akár kontraproduktív is lehet.

HARMADIK INTERJÚ

BESZÉLGETÉS A FELÉPÜLÉSKÖZPONTÚ ADDIKTOLÓGIA LEHETŐSÉGEIRŐL A HAJLÉKTALANELLÁTÁSBAN

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	Kováts Tibor
Együttműködő partnerszervezet neve	Hajléktalanokért Közalapítvány
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Budapest, Szobi utcai Speciális Éjjeli Menedékhely
Dátum	2018. február 12., a megvalósítás első 6 hónapjában, a kezdeti szakaszban

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	addiktológiai konzultáns
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 20 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/ típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés és csoportos alkalmak

STÉPÁN VIRÁG: Az adatszolgáltatásból látom, hogy csoportos terápiás foglalkozásokat és egyéni alkalmakat is tartasz. Beszélnél ezekről?

KOVÁTS TIBOR: A szolgáltatásnyújtás egyéni rendelés formájában zajlik, ami ebben az esetben – a szakterület értelmében – konzultációt jelent, nem pedig terápiát. Az ügyfél-motivációt szem előtt tartva két csoportos foglalkozás is megtartásra került az egyéni rendelések mellett, de ez nem volt egyenlő a csoportos terápiával.

Két csoportos alkalom volt a programindítás óta, az első foglalkozás egyfajta bemutatkozásként értelmezhető, és a szenvedélybetegségekről, azok természetéről beszéltem informatív, edukációs jelleggel. A szerhasználatról való ismeretátadással, a viselkedési jellemzők bemutatásával és a megoldási javaslatok felvázolásával egyfajta ügyfél-motivációt is jelentett ez a foglalkozás. A második csoportos foglalkozáson az alkoholproblémát felmérő teszt, alkoholhasználati rendellenesség azonosítását segítő, a cannabisfüggőséget felmérő teszt, a kényszeres evési zavar problémát felmérő teszt, a játékszenvedélyt felmérő teszt, a drogproblémát felmérő teszt és a dohányzást felmérő teszt felvétele valósult meg 23 ügyféllel, valamint néhányan kérték a társfüggőségi teszt kitöltését és értékelését is. Név nélkül lehetett a teszteket kitölteni, jelszóval, és az egyéni konzultációs időben, négyszemközt, személyesen lehetett kérni a kiértékelést. További tervek vannak csoportos foglalkozások lefolytatására, különböző tematikával strukturálva azokat.

Az egyéni konzultációk folyamatosan, heti rendszerességgel valósulnak meg az ügyfelekkel. A csoportos alkalmakkal próbáltunk ráerősíteni az ügyfelek „megszólítására” és

a motiválásukra. Az eddigi tapasztalatom az ügyfél-motiváció tekintetében azonban az, hogy az ügyfelek egymásnak ajánlanak, saját magától nem nagyon jön be senki. Vagy ajánlás alapján jön, vagy úgy, hogy megszólítom őket, hogy üljünk le, beszélgessünk. Az elmúlt hetekben 3 asszonnyal folyt folyamatos munka, rendszeres konzultáció, ami a 4 órás rendelési időmet nagyjából ki is töltötte. Ők nagyon jól haladnak, de új ügyfelek, ahogy említettem, „maguktól" nem jönnek hozzám konzultációra, „eléjük kell menni", vagy csoportos alkalmakkal való motivációval, vagy egyénileg megszólítva őket.

S. V.: Miben jelölnéd meg a főbb szakmai vonalakat az itt végzett munka kapcsán?

K. T.: Fontosnak tartom az elvégzett addikciós szűrést, a szenvedélybetegségek kiszűrését. Megléte esetén stádiumának megállapítását is elvégeztem, azaz felmértem, milyen stádiumban tart éppen az adott kliens szenvedélybetegsége, és milyen stádiumokat ölelt fel az eddigiekben az adott addikció.

Addikciós szűrés, állapotfelmérés, motivációs és addikciós interjúk lefolytatásában tudnám röviden összegezni az eddigiekben elvégzett munkát. A szűrés vonatkozásában kiemelném az ASI-t, ami egy több szempontú, félig strukturált klinikai interjú, melynek célja az alkohol-, illetve drogfüggő személyek helyzetének feltárása hét meghatározott problématerület monitorozásával. Az interjúban vizsgált életterületek a testi, egészségügyi és a munkával kapcsolatos, az alkoholfogyasztásból és/vagy drogfogyasztásból eredő, jogi, családi, illetve társas jellegű, valamint a pszichiátriai problémák felmérésére terjednek ki.

S. V.: A hangsúly tehát az addiktológiai szempontú szűrésen, állapotfelmérésen volt?

K. T.: A szűrésen, az egyéni konzultáción és az ügyfél-motiváción volt a hangsúly. Kiemelném még az önsegítő csoportok propagálását, az ügyfelek odairányítását. Szakmailag megalapozottnak tartom az önsegítő csoportok szem előtt tartását és az ügyfelek elirányítását, hiszen eredményesen működnek a szenvedélybetegségek kezelésében egy működőképes felépülési programot biztosítva a szenvedélybetegeknek.

Az Anonim Alkoholisták (AA) és a Narcotics Anonymous önsegítő csoportok prospektusait, gyűléslistáit kiraktam a pultba, azok, akik járnak hozzám, kapnak gyűléslistát, illetve „házi feladatként" el kell menniük egy gyűlésre, és arról be kell számolniuk. Az ügyfelek azonban nem véletlenül vannak itt, sokan közülük mozgásukban korlátozottak, egészségügyi panaszokkal küzdenek, általában gyógyszerszedők, tehát behatároltak, korlátozottak a gyűlésekre való eljutás vonatkozásában is, így az önsegítő csoportok kínálta felépülési programokat csak korlátozottan tudják igénybe venni.

Az egyéni konzultációs alkalmak során azonban van lehetőségem alkalmazni olyan „módszereket" és „eszközöket", amelyekkel ezek az önsegítő közösségek „operálnak", és egyfajta felépülés-központú konzultációs munkát folytatni az itteni kliensekkel.

S. V.: Milyen előzetes tervekkel, várakozásokkal álltál neki az itteni munkának? Milyen nem várt akadályokba ütköztél? Hogy tudtad kezelni ezeket?

K. T.: A tervem alapvetően az volt, hogy addikciós tesztekkel, interjúkkal „szkennelem" az ügyfeleket, felmérem az ügyfélkör addikciós „terheltségét". A pszichiátriai, fizikai, addiktológiai, szociális felmérésekkel megvalósul egyfajta szűrés, általános állapotfelmérés. Amennyiben az ügyfél a szűrésen fennakad, és valamely szenvedélybetegségben az érintettség fennáll, akkor még mindig kérdés, hogy van-e a kliensben egyfajta belátás a szenvedélybetegséggel kapcsolatosan, illetve hajlandóság arra, hogy változtasson az életvitelén. Ha igen, akkor motivációs beszélgetésekkel el lehet indítani egyfajta felépülési úton, és támogatni a változásban közös tervezéssel, programtervekkel, életvezetési tanácsadással.

A motivációs interjú a tanácsadó, konzultáns és a kliens együttműködésén alapul. Olyan módszer, amelynek révén a konzultáns segíti a klienst abban, hogy felismerje az adott problémát, és lépéseket tegyen annak megoldására, kezelésére, orvoslására. Alapvetően a kliens orientációja történik kognitív módon, célzottan és hangsúlyosan a viselkedés megváltoztatására fókuszálva. A motivációs interjús módszer és szemlélet tapasztalataim szerint jól működik a szerhasználathoz, alkoholfüggőséghez kapcsolódó betegségbelátás kialakításánál, még azoknál az ügyfeleknél is, akik kezdetben nem képesek szembenézni függőségükkel. A motivációs interjú a felépülés további szakaszaiban is jól alkalmazható technika.

Alapvetően jellemző erre a módszerre, hogy a szakember nem mint egy autoriter vagy konfrontatív szereplő van jelen a kliens életében, hanem pozitív, bizalmi légkör megteremtését követően ajánlásokat tesz a páciensnek, akinek szabadságában áll ezeket az ajánlásokat elfogadni vagy elutasítani. Ezt a technikát próbálom én is alkalmazni, és ebben a szerepben jelen lenni az ügyfelek életében, felépülési „munkájában".

A valóság azonban az, hogy nagyon nehéz behívni a klienseket, talán ezt a motívumot tudnám megjelölni mint legnagyobb kockázatot a részprogram tekintetében. Akik viszont bejöttek konzultációra, azokkal a fent leírt lépéseket többé-kevésbé végig tudtuk vinni. Hangsúlyoznám a behívás nehézségén túl azt, hogy sok múlik a bizalmi légkör megteremtésének sikerén, a bizalomépítésen. Ennek megteremtésén kell dolgoznom, elérni azt, hogy kellő őszinteséggel tudjon a kliens megnyilvánulni a betegségével kapcsolatban. Ez a felépülés újabb sarkalatos pontja, ez az alapja mindennek, erre épülve tud csak elindulni a közös munka, a szenvedélybetegségből való felépülési folyamat, ami aztán már kiterjed az egész életvezetésre, családi, szociális kapcsolatokra stb.

S. V.: Hogy látod az ügyfélkör mentális, addiktív, pszichés terheltségét? Milyen eltéréseket mutat, ha mutat az itt megismert ügyfélkör az „átlag" emberhez képest?

K. T.: Amit eddig tapasztaltam az ügyfelek tekintetében addiktológiai szempontból, az egyrészről a fennálló szenvedélybetegség teljes tagadása, a betegség belátásának teljes hiánya – a kialakult élethelyzet tekintetében a saját felelősségüket hárítják.

Különben az itteni kliensek is járják a szenvedélybetegek „általánosnak" mondható „köreit". Bejönnek az intézménybe, itt „rendbe rakják őket" fizikailag, szomatikusan, mentálisan, és elindul egyfajta életrendezés, lesz munkahelyük, esetleg a lakhatásuk is rendeződik. Majd ezt követi a visszaesés, a viszonylagos rendezett élethelyzet újbóli lerombolása, majd kezdődik a kör elölről.

Másrészt persze vannak olyanok is, akik nem szenvedélybetegek, nincs addikciós jelleg a személyiségükben. Közülük sokuknál viszont az vettem észre, hogy egyfajta hospitalizáción estek át a hajléktalanságban eltöltött évek során. Kiválóan, professzionálisan használják, vagy sok esetben inkább kihasználják a szociális rendszert, ismerik a lehetőségeket, a szociális ellátórendszerben élik le sajnos az életüket, és nem tudnak kitörni ebből, hiába nem áll fenn pl. a függőség vagy egyéb más mentális terheltség.

A harmadik kategóriába sorolnám azokat az embereket, akiket olyan trauma ért, amit nem tudtak feldolgozni, kezelni. Valamilyen tragédia sodorta őket a hajléktalanság állapotába, és az „utcán" élés hozta el az ivást, a szerhasználatot, és újabb olyan pszichés, illetve fizikai sérüléseket, amelyek tovább lehetetlenítették az élethelyzetüket és az életük rendezésének esélyeit. Az utcán élés sok esetben magával hozza az alkohol és egyéb kémiai szerek használatát. A szerhasználatok, ha huzamosabban fennállnak, akkor kialakul vagy kialakulhat a függőség, a szenvedélybetegség annak jellemzőivel, amely tovább lehetetleníti a kliens helyzetét, és csökkenti a talpra állás esélyeit. A hölgyeknél nagy számban előfordul az utcai létezés, a túlélés velejárójaként a prostitualizálódás, amely szintén egy elég speciális terület, sajátos traumákkal és sajátos felépülési programmal, ez azonban nem az én szakterületem.

S. V.: Beszélnél egy kicsit a szakterületed szempontjából a hajléktalanság mint létállapot és pszichés trauma feloldásának lehetőségeiről? Milyen eszközöket tudsz használni a szociális deficitek korrekciójára? Milyen arányban sikerült ezeket alkalmaznod?

K. T.: Öt ember jelent meg egyéni rendelésen, ebből három ügyfelet sikerült terápiába vonni, akikkel elindult egyfajta közös munka. A terápiába vétel legfőbb akadálya a motiválás nehézsége, amit a fent leírt módon próbálok kezelni. Az eddigi munkatapasztalatom, hogy sok múlik azon, hogy hogy tudom „eladni", vonzóvá tenni a felépülést mint egyfajta életprogramot. Ez egy lassú folyamat, időbe telik, míg az a fajta bizalom kiépül, amelyben már egy hiteles képet tudok nyújtani a felépülésről mint alternatív életvitelről, és motiválni tudom a nehéz szociális helyzetben lévő klienseket a józanságra, tisztaságra.

S. V.: Volt előzetesen munkakapcsolatod az intézménnyel vagy más hasonló jellegű szociális intézménnyel?

K. T.: Nem dolgoztam még a hajléktalanellátásban. A Ferencvárosi Szociális és Gyermekjóléti Intézmények Igazgatóságának Szenvedélybetegek Nappali Intézményét (Írisz Klub) vezetem, és az ottani ügyfeleink lakhatási és rehabilitációs ügyeinek segítése kapcsán kerültem csak munkakapcsolatba szociális intézményekkel, pl. a BMSZKI Váltó-házzal. Általában azonban rehabilitációs intézményekkel, terápiás helyekkel, kórházakkal tartjuk a kapcsolatot a klienseink továbbléptetése kapcsán, a szociális ellátóhelyekkel csak érintőlegesen voltam kapcsolatban.

Az Írisz Klub alapvetően más jellegű intézmény, mint a Szobi utca. Az Íriszben elsősorban nappali ellátást nyújtunk, többségében a saját otthonukban élő szenvedélybeteg emberek részére. A szociális, egészségi és mentális állapotuknak megfelelő napi életritmust biztosító szolgáltatásnyújtással próbáljuk klienseinket támogatni a felépülésben.

Intézményünk lehetőséget ad a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére. A pszichiátriai és szenvedélybetegségek sajátja, hogy nemcsak az azzal élő egyént érinti a betegség, hanem annak családtagjaira, szűkebb, illetve tágabb környezetére is hatással van. A szolgáltatásainkat ezért úgy alakítottuk ki, hogy a nappali ellátásban a kliens környezete számára is elérhető ellátási és szolgáltatási formákat biztosítunk. Az ellátás fontos eleme a szolgáltatás preventív hatása, hiszen az egyéni szükségletekre alapozott hosszabb távú szociális és mentális gondozással, az életvitel, életvezetés segítésével, a személyiség fejlesztésével, a közösség erejével megelőzhető, hogy a problémával küzdő egyén egyre inkább izolálódjon, állapota rosszabbodjon.

S. V.: Mesélj egy kicsit a részprogram kapcsán az intézményi „betagozódásodról". Milyen munkakapcsolatot sikerült kialakítanotok és működtetnetek az itteni szociális kollégákkal?

K. T.: A konkrét kéréseimet az intézményi munkatársak készségesen teljesítették, egy-két kollégával jó munkakapcsolatot tudunk működtetni, a rendelési időpontjaimra klienseket próbálnak irányítani. Ami véleményem szerint segítené a program sikerességét és a kollégákkal való együttműködést, az az lenne, ha multidiszciplináris teameket tudnánk tartani, amin szereplőként megjelenhetnének a kliensek „esetvivő" szociális munkásai, az intézményi kezelőorvos, a pszichológus, én mint addiktológiai konzultáns. Így egy több szempontú, szakmaisággal bíró esetvitel és ügyfélsegítés valósulhatna meg, a több szakterületet megjelenítő segítők együtt gondolkodásával, konzultációjával.

S. V.: Sor került előzetes esetegyeztetésre a szociális munkással egy-egy kliens kapcsán?

K. T.: Ha előzetes tudásom van egy-egy ügyfél élettörténetéről, mentális állapotáról, akkor egy irányítottabb, konkrétumok mentén strukturáltabb kérdésfeltevéssel hatékonyabb lehet a páciens felépülési útra terelése. Ez az előzetes esetegyeztetés a másik irányba is járható út lehet, amikor az eset ismertetése után a szociális munkást segítem az ügyféllel való kommunikációjában. Meg tudom osztani vele a saját tapasztalataimat a „rosszul segítésről", hogy elkerüljük azokat a segítési formákat, amelyek a szenvedélybetegségek esetében nem viszik előre az ügyfelet.

S. V.: Milyen alternatíváit és ehhez rendelten hozadékait látnád egy esetleges szolgáltatásbővítésnek? Gondolok itt szakember, óraszám, szaktevékenység stb. beemelésére.

K. T.: Számomra addiktológiai konzultánsként úgy tűnik, hogy a munka hatékonyságát nagyban növelné plusz szakemberként mentálhigiénés szakember bevonása a programba, illetve meglátásom szerint több szociális munkásra lenne szükség.

S. V.: Milyen „eszközök", „kapacitások" hiányoznak a „szociális szférából" a szakmád szempontjából?

K. T.: Nekem az a tapasztalatom, hogy szociális munkásból sincs elég, kevés idő, energia jut az ügyfelekre. Kevés a heti 4 óra, amit itt töltök és az ügyfelekre fordítok. Ki lehetne bővíteni plusz heti egy órával a munkaidőmet, amikor a szociális munkásokkal konzultálnék, vagy az intézményi értekezleten vennék részt, valamely egyeztetési „platform" kialakításával pedig elérhetnénk egyfajta hatékonyabb együttműködést a kollégákkal, ami a hathatósabb segítést tenné lehetővé.

NEGYEDIK INTERJÚ

BESZÉLGETÉS A CSOPORTOS TERÁPIÁS ESZKÖZÖK LEHETŐSÉGÉRŐL, BIZALOMÉPÍTÉSRŐL, AZ EMBERI ODAFORDULÁS JELENTŐSÉGÉRŐL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakemberek neve	dr. Szabó Alíz, Kiss Anett
Együttműködő partnerszervezet neve	Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Hatvan, Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Dátum	2019. június 20., az interjú a programmegvalósítás 2. évében készült

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakemberek végzettsége	pszichiáter szakorvos és pszichológus
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 12-12 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés és csoportos alkalmak kettős „egészségügyi” vezetéssel

STÉPÁN VIRÁG: A hatvani helyszín a folyamatos csoportos terápiás alkalmaival unikális megvalósítónak számít, hiszen a többi helyszínen inkább az egyéni rendelési alkalmak bizonyultak működőképesnek. Hogy látjátok ezt a két terápiás formát, hogy alakult a csoport?

KISS ANETT: A programmegvalósítás kezdetén nem gondoltuk, hogy a csoport működhetne. Az intézményvezető és egyben programfelelős szociális kolléga vetette fel a csoportos „foglalkozás” ötletét. Ez egy kisebb ellátotti körrel rendelkező szálló, és kevés a terápiába vonható ügyfél.

A kezdeti időszakban azt tapasztaltuk, hogy a terápiába vont ügyfelek sem igénylik az egyéni terápiát, sok esetben hiányzik a betegségbelátás, a terápiás munka szükségességének belátása, és eredményesebbnek gondoltuk, ha csoportot alakítunk. Kb. 20 főt sikerült bevonni, és egy-egy csoportalkalmon 5-7 fős megjelenést sikerült elérnünk, tehát kisebb fluktuációban, de rendszeresen járnak a foglalkozásokra. Köztük vannak addiktológiai betegek, alkoholfüggők, organikus hangulatzavarban és kognitív zavarban szenvedők, akik valamilyen baleset vagy elszenvedett agyvérzés következtében vannak adott állapotban, és nem feltétlenül az alkohol okozta a memória és a kognitív képességek leromlását.

Korosztályt tekintve középkorúakból áll a csoport, és egy-két idősebb korúból. Egy személynek a szállón maradáshoz kötötték a csoporton való részvételt, ő egy agyvérzést szenvedett el, és az alkoholfogyasztása így igencsak önveszélyessé vált. Azóta jár a csoportra, ez kb. 3 hónapja volt, és azóta az ügyfél absztinens. Vannak tehát ilyen sikereink.

A csoportokat kettős vezetéssel visszük. Leginkább memória és kognitív képességeket fejlesztő tréningeket tartunk, és ezt próbáltuk az érzelmi, emocionális oldalt is fejlesztő gyakorlatokkal bővíteni, valamint önismereti gyakorlatokat is alkalmazni. Ez utóbbi tekintetében azonban nem voltak olyan együttműködőek a kliensek, az önfeltáró jellegű gyakorlatoknál falakba ütköztünk. Szembetűnő volt, hogy az alkohol mint probléma bagatellizálásra kerül, az alkoholfogyasztásukat olyan szokásként élik meg, ami nem olyan probléma, amivel foglalkozni kéne.

S. V.: Volt előzetes tapasztaltotok hajléktalan emberekkel végzett munkában?

K. A.: Nem volt előzetesen tapasztalatunk, kivétel a doktornő esetében a szakrendelésen megjelent ügyfelek.

S. V.: Mennyiben tér el a programban kezelt ügyfélkör az eddigi szakmai munkátok során megismert ügyfelektől? (Hozott problémák, diagnózisok; együttműködés és terápiában maradás; elvárások a kezeléssel és a kezelővel kapcsolatban, határtartás stb.)

Dr. Szabó Alíz: Teljesen más az itt megismert ügyfélkör az én munkám szempontjából. A pszichiátriai gondozóban dolgozom főállásban, és az ott, egyéni terápián megjelenő ügyfeleknél megvan az egyéni motiváció, amiért „felvállalja" az adott kliens a terápiát. Itt ez nem mondható el.

Maga a személyiségzavar, ami itt sok esetben előfordul, eleve egy nehezebben „kezelhető" betegség, és hosszabb, lassabb terápiás munkát igényel. Azokból a célkitűzésekből, amelyekkel a programba belekezdtem – betegségtudat, betegségbelátás kialakítása –, abszolút lejjebb kellett adnom. Azt vettem észre, hogy ezen klienskör esetén ezt nem is szabad erőltetni, mert rosszul érinti az itteni ügyfeleket, valamiféle támadásnak veszik.

A kliensek igényeihez kellett kicsit alakítanunk a szakmai tartalmat, mert itt más jellegű a motiváció a terápiás részvételre, mint akár a magánrendeléseken megjelenő ügyfeleknél. A betegségbelátás kialakítására, a motiváció átformálására természetesen itt is törekszünk, de más módszereket kell alkalmaznunk. Más helyen odajön a kliens a rendelésre valamely betegségbelátással, motivációval, eredményelérési szándékkal. Itt kvázi mi jöttünk ide, és ijesztőleg hatott volna, ha mint pszichiáter és pszichológus „diagnózisokat" osztogatunk, betegnek nyilvánítjuk a klienseket. Így szűrésen is, aki nem volt együttműködő, ott nem erőltettük a teszteket, a szűrés lefolytatását, viszont akit leszűrtünk, ott szinte mindenkinél megállapítható volt valamely betegség, ha más nem, személyiségzavar.

Általánosságban elmondható, hogy gyakori volt az addiktológiai probléma és a személyiségzavar, és pont ez az a terápiás tér, ahol kisebb arányban tudunk eredményeket elérni.

S. V.: Meg lehet jelölni olyan betegségtípusokat, ügyféljellemzőket, ahol a legnagyobb eséllyel várható terápiás eredmény?

K. A.: Ez egy kisebb ellátotti körrel működő szálló, így nehéz és valószínűleg torz lenne általánosságokat megállapítani ezen kis létszámú ügyfélkör ismerete alapján. Organikus hangulatzavar, kognitív zavar esetében talán, vagy ahol a személyiségzavar nem elsőd-

leges diagnózis, hanem valamely járulékos. A személyiségzavar esetében a disszociális attitűddel való viszonyulás nagyban megnehezíti a munkát. Azok az esetek is nehézkesen kezelhetők, amikor se betegségbelátás, se alkalmazkodási készség nincs az ügyfélben, és ezek a jegyek sajnos jellemzőek az itt ellátott hajléktalan emberekre.

S. V.: Voltak előzetes várakozásaitok, félelmeitek a program indulásakor azzal kapcsolatban, hogy hajléktalan páciensekkel kell foglalkozni?

Dr. Sz. A.: Hasonlóan Anetthez, én is azt tudom megfogalmazni, hogy előzetesen az volt bennem, ha elkezdünk itt dolgozni, akkor egyfajta betegségbelátást elérünk az ügyfelekkel, és tudunk motivációt kialakítani, de be kellett látnom, hogy a legjobb odaadásunk ellenére, nem biztos, hogy azt tudjuk elérni, mint egy átlag kliensnél. Félelmeim nemigen voltak.

K. A.: Nekem voltak félelmeim – az egész szituációtól. Nyilván bennem is éltek a sztereotípiák, előítéletek, mint az emberekben általában, a hajléktalanokkal kapcsolatban. A „megismeréssel" azonban ezek a félelmeim eltűntek.

S. V.: A terápiában maradást mivel lehet segíteni?

Dr. Sz. A.: Az érdeklődés felkeltésével leginkább. A csoport esetében a csoportdinamika is összetartja a klienseket, ezáltal talán a kommunikáció is változott, és többnek érzik magukat, hogy részt vesznek a foglalkozáson. Sokat jelent ezeknek az embereknek, hogyha komolyan veszik őket, megfelelő hangon szólnak hozzájuk, nem nézik le őket csak azért, mert hajléktalanok. Az emberi hozzáállás és odafigyelés tehát eszköz lehet.

S. V.: Érzékelitek a közhangulatot a szállón belül, hogy ide járni ciki vagy inkább kiváltság?

K. A.: Cikinek nem hinném, hogy tartják. A szűréseken a program indulásakor a szálló ellátottjai elfogadták, hogy elvégzünk bizonyos „vizsgálatokat", illetve akik a csoportokra járnak, azokban sincs ezzel kapcsolatosan negatív attitűd, és nem éri őket emiatt semmilyen negatív megjegyzés a többiek részéről sem.

S. V.: Szakmai értelemben lehet folyamatban gondolkodni és dolgozni a csoporton megjelenőkkel?

Dr. Sz. A.: Általánosságban véve igen, de mindig úgy indítunk, hogy az elmúlt hétnek az eseményeit röviden összegezzük. Persze a csoportrésztvevők között van, aki stagnál, de van olyan kliens, akinek az esetében számottevő változás észlelhető. Például egy kliens hónapok óta absztinens, frissítette az önéletrajzát, és most munkát keres, a másik ügyfél pedig már elkezdett takarékoskodni, hogy ki tudjon költözni a szállóról, van, akit nyugdíjaznak hamarosan, és vele is a kilépést tervezzük. Ezekről a csoporton is beszélünk természetesen.

S. V.: Mennyire sikerül az ügyfelekkel együtt a reális célok meghatározása és a cél elérése érdekében szükséges gondolkodásmód és cselekvés kialakítása?

K. A.: Sajnos sok esetben nem azt tapasztaljuk, hogy ha valaki ide bekerül, akkor mindent megtesz azért, hogy minél előbb el tudja hagyni a szállót. Van egy hatágyas kiléptető szoba elkülönítve azok számára, akiknek reálisan közeli cél, hogy elérjék az önálló lakhatást. Sajnos nincs „feltöltve" az ügyfelekkel ez a szoba. Most viszont egy csoportrésztvevő bekerült a kiléptető szobába, ezzel is próbáljuk a szociális munkásokkal együtt őt motiválni. Egyes klienseknél azonban érzékelhető az is, hogy belekényelmesednek ebbe az állapotba, illetve a felelősségvállalás, ami a szállóról az önálló lakhatásba való kerüléssel jár, nehezen vállalható számukra. Aki frissen kerül be, azon sem ezt érzékeljük, de persze, amíg idekerülnek, az is egy folyamat, veszteségek sora, amíg elveszítik a munkahelyüket, megromlanak a családi viszonyaik, és egyéb szociális kapcsolataik is felbomlanak, és mi már, úgymond, a végeredményt látjuk.

S. V.: Ezen dolgoztok tehát, hogy felkeltsétek a vágyat arra, hogy változtassanak és integrálódjanak újra?

Dr. Sz. A.: Igen, ezt próbáljuk. Az is lehet egyfajta motiváció, hogy akinek vannak családtagjai, gyermekei, azokkal felvegyék a kapcsolatot. Van, akinek elég motiváció az, hogy lássa az unokáját, de van, aki a családi kapcsolatok rendezésében megáll, megreked, mert olyan félelmek blokkolják, amiken nem tud túllépni.

S. V.: Hogy látjátok, mennyire reintegrálható az ügyfélkör? Mennyire teszi erre képessé őket a fizikális, mentális, pszichés állapotuk?

K. A.: Ezen a szállón elég sokan dolgoznak az ügyfelek közül, de akad olyan, aki nem tudja beosztani a pénzét. Van, aki elfogadja ebben a témakörben a szociális munkások segítségét, de a kliensek nem kötelezhetők arra, hogy „leadják" a fizetésüket. Meglátásunk szerint az itt tapasztaltakból kiindulva elvileg az ügyfelek egy része reintegrálható. Hozzá kell tenni azt is, hogy az országnak ezen a részén nem egyszerű munkát találni sem. Egy kliensünk esete jutott eszembe, aki elhatározta, hogy változtat az életformáján, és sikerült is absztinensnek maradnia, de hónapok óta nem talál munkát – tehát ezek a környezeti körülmények is gátló tényezők lehetnek.

S. V.: Hogyan jellemeznétek a helyszínt biztosító intézménnyel való kapcsolatot? Változott ez a program kezdete óta, és ha igen, hogyan?

K. A.: Szerintünk jó a munkakapcsolatunk. Az intézményvezetővel kommunikálunk legtöbbet, ő szokta a többi szociális kolléga meglátásait is összegezni és közvetíteni nekünk, de persze a többiekkel is érintkezünk közvetlenül – habár azt hozzá kell tenni, hogy jellemzően nagy a fluktuáció az intézményi dolgozók között. Sok munkatárs lecserélődött a program kezdete óta, de az ügyfelekről természetesen tudunk egyeztetni.

S. V.: Mely szakmai tevékenységre helyeztétek az eddigiekben a hangsúlyt a program keretein belül (szűrés, gyógyszerelés, ügyfél-motiváció, egyéni terápia stb.)?

K. A.: Általánosságban ezt a kérdést már érintettük, a doktornő mint szakorvos exponálja a betegeket, és megtörténik az anamnézis felvétele, én mint pszichológus elvégzem a teszteket. Az említett tevékenységek a program kezdeti fázisában a szűréshez és az állapotfelméréshez kapcsolódóan zajlottak le. A csoportokat pedig kettős vezetéssel visszük.

S. V.: Hogy érzitek, el tudjátok látni helyben az ügyfeleket?

Dr. Sz. A.: Amekkora az igény a pszichiátriai és pszichológiai segítségnyújtásra, azt igen, le tudjuk fedni.

S. V.: Továbbirányítást a területi ellátók felé mennyire alkalmaztok?

Dr. Sz. A.: A területi szakrendelésen dolgozom mint pszichiáter szakorvos, amely területi illetékességét tekintve Hatvan város és környező településeinek lakossági ellátását jelenti. Az intézményvezetővel a program elején egyeztettük, hogy az orvosi dokumentációk intézése és a receptfelírás a szakrendelésen marad, és nem kerül át ide a szállóra mint ellátás. Ezzel egyfajta egészségtudatosságra akarjuk késztetni a klienseket, hogy jöjjenek el a szakrendelésre, mint bármilyen más személy, tegyék ezt meg magukért. Összességében tehát a szakrendelésekre irányítunk, volt ezenkívül befekvéses irányítás is addiktológiai rehabilitációs intézménybe. Ehhez hozzá kell tenni, hogy a megyében nincs bentlakásos addiktológiai rehabilitációs intézmény, így elég messzire kell menni az ilyen jellegű ellátás igénybevételhez. Ilyen esetekben a szociális munkások segítenek az adott intézménnyel való kapcsolatfelvétel terén. Még családsegítőbe is történt irányítás, gondnokság alá helyezés ügyében.

S. V.: Arról beszéltünk, hogy addiktológiai rehabilitáció terén nincs megfelelő intézményi lefedettség a térségben. Egyéb területen is szükséges lenne a betegutak bővítése?

Dr. Sz. A.: Azt látjuk, hogy a szociális intézményi háttér sincs megfelelően kiépítve, vagy ha ki is van építve, nincs benne ember, aki dolgozna. Nyilván ezeknek a körülményeknek megvan a társadalmi oka, hogy alacsony a bérezés stb., és sajnos azt tapasztaljuk, hogy kevés az ember, aki a szociális ellátás és támogatás területén segíteni tudja a betegeket. Összességében elmondható, hogy nemcsak az egészségügyi rendszer, hanem a szociális is humánkapacitás-hiánnyal (is) küzd.

S. V.: A korábbi interjúk során is beszélgettünk arról, hogy hiányoznak a rendszerből lépcsőfokok, a hajléktalanszállóról sok esetben a következő lépcsőfok az albérlet, amely nagy ugrást jelent sokak számára. Ti ezt hogy látjátok?

K. A.: Igen, ez is problematikus. Ha kikerül a kliens a szállóról önálló lakhatásba, már nem jár vissza sem a korábbi mentorához, sem pedig hozzánk, így szociális értelemben

is elengedik az ügyfelek kezét. Nem marad olyan támogató „intézmény", ahol például egy munkahely megpályázása során segítséget kérhetne, vagy az önálló életvezetésében bármely szociális, mentális támogatást kaphatna.

S. V.: Mi volt a legnagyobb kihívás számotokra a projektben?

Dr. Sz. A.: Ahogy már említettük, az alkoholfüggőség esetén a betegségbelátás kialakítása és a motiváció az, ahol nem nagyon tudtunk eredményt elérni. Lehet, hogy egy kimondottan addiktológiai szakember más eszköztárral és más megközelítésekkel sikeresebb lenne ezen a téren. A csoportok kapcsán kihívást jelentett, hogy fenn tudjuk tartani az érdeklődést, és ehhez folyamatosan frissíteni kellett a tematikát, az eszköztárunkat, és kreatívan kellett hozzáállnunk a munkánkhoz, illetve az egyes témákat valamennyire adaptálni az itteni klientúrára. Az is elmondható, hogy az itteni klientúra érzékenyebb is az átlag betegpopulációnál, és sokszor óvatosabban kellett egyes feladatoknál fogalmazni, nehogy félreértsenek bizonyos dolgokat. Velünk szemben és egymással szemben is nagyon érzékenyek. Közben a határtartásra is nagyon kell figyelni.

S. V.: Az eddigi beszélgetések során is feljött, hogy a függőknél és a hajléktalanoknál tapasztalható egyfajta „gyerekszerep", amibe sokszor pozicionálják magukat ezek az emberek. Ez akkor itt is érzékelhető?

K. A.: Igen, ezt mi is tapasztaljuk, és a fejlődéshez, a gyerekszerep elhagyásához sok idő kell, tehát türelemre és szakmai, illetve emberi szempontból is rugalmasságra van szükség, hogy eredményeket tudjunk elérni.

S. V.: Milyen gátló tényezőket tudtok felsorolni, amik akadályozzák a munkátokat?

K. A.: Inkább talán az időjárást emelnénk ki. Tavaszi, nyári időszakban kevésbé vannak benn a szállón az ügyfelek, ez érzékelhető a terápiás alkalmakon való részvételi számon is.

S. V.: Eddigi tapasztalataitok alapján miben látjátok a program hasznát, legfőbb hozadékát?

Dr. Sz. A.: Véleményünk szerint az is hatalmas eredmény, ha pár ember előbbre tud lépni a segítségünkkel, vagy abban a két évben, amíg a program tart, tudjuk ezeket az embereket mentális irányból is segíteni, támogatni. Ugyanakkor reméljük, hogy lesz valamilyen formában folytatása ennek a programnak, mivel meglátásunk szerint a pszichiátriai, addiktológiai irányú segítségnyújtás nagyon fontos.

S. V.: Kaptok visszajelzést a szálló dolgozóitól, hogy változik a kliensek aktivitása, hozzáállása, kommunikációja, konfliktuskezelési módja stb.?

Dr. Sz. A.: Egy-egy személyre bontva szoktunk visszajelzéseket kapni a kliensek tekintetében a változásokról, hogy pl. a közösségen belül máshogy működik az adott ügyfél stb.

ÖTÖDIK INTERJÚ

AZ ÜGYFÉLBEHÍVÁS NEHÉZSÉGEIRŐL, A TAGADÁSRÓL MINT A SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK SAJÁTJÁRÓL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	Csikász Árpád
Együttműködő partnerszervezet neve	Magyar Vöröskereszt Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezete
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Miskolc, Magyar Vöröskereszt Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Szervezete
Dátum	2019. június 25., az interjú a programmegvalósítás 2. évében készült

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	mentálhigiénés egészségfejlesztő
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 12 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés és csoportos alkalmak kettős vezetéssel

STÉPÁN VIRÁG: Mióta dolgozol az intézményben?

CSIKÁSZ ÁRPÁD: Mint szociális munkás 18 éve dolgozom itt.

S. V.: A mostani program keretében azonban más a szerepköröd, hogy sikerül ezt szétválasztanod?

Cs. Á.: A két szerepkör éles szétválasztására véleményem szerint csak kiélezett helyzetekben van szükség, például amikor agresszióval találkozunk.

S. V.: Hogy történt az ügyfelek programba való behívása, terápiába vonása? Milyen motivációs eszközöket alkalmaztál, milyen akadályokba ütköztél?

Cs. Á.: A program indulásakor elkezdtünk csoportot szervezni, a szervezés eredményeként egy nyílt csoport indult. Ebből voltak lemorzsolódó tagok, illetve új emberek, akik csatlakoztak, majd pár hónap alatt állandósultak a csoporton részt vevők. A becsatlakozás is egyre nehézkesebbé vált volna az elvégzett munka, illetve az „előrehaladás” miatt. Az egyéni rendelési alkalmakra is ezekből az emberekből kerültek ki a résztvevők.

Elsőként készségfejlesztő csoportot csináltunk kettős vezetéssel, az addiktológiai konzultáns kollégával, ezt követően önsegítő jellegű csoport alakításával próbálkoztunk azok bevonásával, akikről tudtuk, hogy szenvedélybetegek.

S. V.: Mit értesz önsegítő jellegű csoporton? A 12 lépéses csoportok esetén, úgymond, van egy „forgatókönyv", ami mentén egy gyűlés lezajlik. Ennek az elemeit emeltétek át?

Cs. Á.: Nem egészen. Egy témát emeltünk be a szenvedélybetegséghez kapcsolódóan, és e köré próbáltuk szervezni a csoportkommunikációt. Egyfajta információátadást is alkalmaztunk, megpróbáltuk bemutatni az önsegítő csoportok lényegét, azt elmondani, hogy miről szólnak ezek a csoportok, illetve irányítani is próbáltuk a klienseket a helyi AA-ba (Anonim Alkoholisták). Egyfajta felkészítésként is értelmezhető volt a munkánk, aminek folyamán azt próbáltuk elérni, hogy a szenvedélybetegségben érintett kliensek elmenjenek az AA-ba, illetve hogy be tudjanak kapcsolódni ezekbe az önsegítő csoportokba. Az addiktológiai konzultáns kolléga kilépése után viszont ezt a jellegű csoportmunkát egyedül nem vittem tovább, és készségfejlesztő csoportot alakítottam. Ez utóbbit az átmeneti szállás ügyfélköréből toboroztam. Meghirdettük, de ez még sok kérdést hagyott maga után, a hirdetmény alapján nem tudták, hogy ez mit is takar valójában. Itt már működött a kliensek egymás közötti kommunikációja, akik előzőekben részt vettek a csoportunkon, azok elmondták a többieknek, hogy mire számíthatnak.

S. V.: És tudsz arról, hogy valaki a csoportfoglalkozások mentén elment volna a helyi AA-ba? Gondolom, Miskolcon is van heti pár gyűlés.

Cs. Á.: Nem, ilyenről nem tudok, de néhányan megpróbálkoztak a Minnesota-programmal. Teljesen pontosan ketten. Egy fő próbálkozott volna még beültetéssel, de ő időközben aztán meghátrált, és azóta is alkoholista életmódot folytat.

S. V.: Hogy látod, az ügyfelek hozzávetőlegesen milyen arányban alkoholbetegek?

Cs. Á.: Hát nem akarok nagy számot mondani, de én úgy látom, hogy kb. 85%-uk érintett durván.

S. V.: És hány ügyfelet sikerült behívni a csoportfoglalkozásokra, amelyek fókuszába szenvedélybetegségekhez rendelhető témák kerültek?

Cs. Á.: 5-6-7 ember látogatta a csoportokat.

S. V.: Akit sikerült bevonni a csoportba, azokat sikerült benntartani, vagy mindig cserélődtek a tagok?

Cs. Á.: Nem, akiket bevontunk, azok jártak, élvezték is. A nyári időszakban viszont a szállót is elhagyták sokan, így új tagok bevonására lett volna szükség, de ez az eleve lecsökkent ügyfélszám mellett nem sikerült.

S. V.: A „terápiába vonás" tekintetében segítenek téged a kollégák?

Cs. Á.: Igen, jeleznek nekem, illetve ha úgy adódik, a klienseknek is elmondják, hogy van ez a lehetőség. A megszokott az, hogy felém jelzik az adott kliens esetében az alkoholproblémát, és én megyek azután a klienshez, hogy beszélgessünk**.** Elmondom, hogy körülbelül mire számíthat, és aztán ha eljön, már könnyebb mondani, hogy „akkor ezt a tesztet töltsük ki…", sokan aztán meg is nyílnak, és elmondják, hogy tulajdonképpen mi a problémájuk.

A héten is volt egy hölgy, aki elmondta, hogy az egyik fiánál lakott, de a menye nem tolerálta, és el kellett jönnie. Elmondta azt is, hogy pánikbeteg, és jár a pszichiátriára. Vele például nem is kellett teszteket felvenni, a számomra szükséges és fontos információkat magától elmondta. Aztán van olyan is, aki meg mindig jönne, ha szakmailag ez nem indokolt is… De beszélgetni akar és jön.

S. V.: Ezzel sincs gond szerintem, egyfajta emberi hangnak, odafigyelésnek „helyet" biztosítani az ügyfelek életében. Az egyik addiktológiai konzultáns kolléga mondta el, hogy az ő alkalmai sok esetben pl. egy ventilációs felületként működnek az ügyfelek életében.

Cs. Á.: Igen, egyfajta feszültséglevezetés is megvalósulhat, illetve információkat is tudok adni, hogy milyen problémával hova tudnak fordulni. Most például ennek a hölgynek is mondtam, hogy nézze meg az AA-t.

S. V.: Miért, neki alkoholproblémája van?

Cs. Á.: Egyértelműen még nem tudtam megállapítani. Sok esetben ezt már látom az arcon, de kezdeti stádiumban az arcon még nem feltétlenül jelentkeznek azok a jellegzetességek, amik egyértelműsítik a betegség meglétét. Kezdeti szakaszban a kliensek is inkább tagadják és elfedik a függőségüket, szorongásos zavarokra és alvászavarra hivatkozva. Egyértelműbb a helyzet azoknál, akiknél ránézésre látom, hogy alkoholbetegek, de mondjuk tagadják, elismerik, hogy isznak, de saját meglátásuk szerint ez nem okoz nekik problémát, nem alkoholbetegek, csak hát „megisszák, amit meg kell".

S. V.: Velük ezek után még próbálkozol valamilyen betegségbelátás kialakításával, vagy ilyen esetben hagyod, míg elérik a mélypontjukat, és változik valami a belátás, a betegséggel való szembenézés terén?

Cs. Á.: Van, hogy szembesítem is őket, hogy milyen állapotban láttam őket például, de erre is megvan a válasz, hogy az nem mindig fordul elő stb., és ez nem jelenti azt, hogy alkoholisták lennének. Ha a belső motiváció nincs meg, akkor nem tudok mit csinálni.

S. V.: Kettős vezetéssel vittétek a csoportot. Ildikó felmondása után hogy alakult, folyattad még a csoportot?

Cs. Á.: Igen, folytattam, csak a létszám a nyári időszakban megfogyatkozott, és eleve ketten jobb volt vezetni a csoportot, úgyhogy szép lassan áttevődött a szakmai hangsúly az egyéni alkalmakra. Újra kellene szerveznem, de ezzel valószínűleg várok őszig.

S. V.: Esetleg filmklub a szenvedélybeteg tematikában a filmek átbeszélésével? Békésben például ez jól működik.

Cs. Á.: Őszintén szólva ezeknek az elemeknek valahol a szociális munkában is benne kéne lenniük, de erre általában nincs kapacitás. Próbálkoztak a kollégák filmklubbal – nem kimondottan szenvedélybetegséghez köthető témájú filmeket vetítettek –, de az iránt sem volt nagy érdeklődés. Olyan kevesen jöttek, hogy aztán megszűnt, mondván, nincs rá igény.

S. V.: Hogy látod, a távolmaradást mennyire indokolja a betegségbelátás hiánya? Eleve tagadásban vannak az ügyfelek a szenvedélybetegségüket illetően, vagy belátják esetleg, hogy alkoholisták, de nem ismerik a kivezető utakat?

Cs. Á.: A többségük tagadja. Ők általában az állítják, hogy nem isznak annyit, hogy az alkoholizmus lenne. Aztán vannak, akik valami olyasmit kommunikálnak, hogy tudják, hogy azok, de nekik így jó, nem is akarnak ezen változtatni. Aztán volt olyan kliensem is, aki azt mondta, hogy tudja, hogy alkoholista, azt is tudja, hogy most ebben nagyon benne van, de nem tud kijönni.

S. V.: És erre mit tudtál mondani?

Cs. Á.: Hogy próbáljon meg azokról példát venni, akik hasonló helyzetből felálltak. Azt a hölgyet pont ismerte, aki elhatározta, hogy belép a Minnesota-programba. Aztán azt mondta, hogy az elhatározása megvan, de nem tudja meglépni még, hogy terápiára menjen, amikor ezt eléri, majd felkeres. Akkor majd tudunk neki segíteni, addig nem.

S. V.: Hogy látod a klienseket, a szenvedélybetegségekhez sok esetben társul valamilyen más, pszichés betegség is?

Cs. Á.: Kísérő addikcióként sok esetben megjelenik a gyógyszerfüggőség is. Aztán a hangulatzavarok és szorongásos zavarok, amik megjelennek, de ilyen esetekben nehéz eldönteni, hogy kísérő tünetekről van-e szó, vagy többes diagnózisról beszélhetünk. Ráadásul a függőség kezdeti szakaszában sokan „takaróznak” ezekkel a tünetekkel, panaszkodnak a feszültségre, ami bennük van, arra, hogy nem tudnak aludni, ezzel is „alátámasztva és indokolva” ivási szokásaikat.

S. V.: Az alkoholfüggőség esetében mennyire látod megfordíthatónak még az állapotokat? Vannak olyan esetek, amikor a leépültségi fok mind mentálisan, mind fizikailag olyan mérvű, hogy rehabilitációról nem nagyon lehet beszélni?

Cs. Á.: Ezt nehéz megmondani. Annak vannak jobb esélyei, aki nemrég került a hajléktalanellátásba, vagy akinek még megvannak vagy felújíthatók és használhatók a családi, szociális kötelékei, illetve akiben megvan a változásra való hajlam, a hajlandóság. Ezt a változtatásra való rákényszerülést kialakíthatja külső, környezeti tényező is. Ilyen

volt az október 15. rendelet is bizonyos értelemben és bizonyos esetekben, de inkább azt mondanám, hogy ha van valamifajta lökés, ami a rögzült állapotából kizökkenti, elindulhat valami változás. Ha nincs meg ez a lökés, és egy belülről fakadó motiváció, igény sincs a változásra, akkor minden marad úgy, ahogy volt.

V.: A pszichés betegségek kapcsán nemegyszer megfogalmazódik az a vélemény, hogy ha megvan a kellő szenvedésnyomás, akkor a beteg hajlandóvá válik a megfelelő önrésszel részt vállalni a terápiás folyamatokban. A hajléktalan emberek esetében ez a nyomás – kívülről nézve nekem úgy tűnik – megvan. Hiszen hatalmas veszteségeket éltek meg ezek az emberek, az életviteli körülményeik is elég nehezek hajléktalanként – ha csak az élettereket vesszük alapul –, ez nem elég ösztönzés a változásra, változtatásra?

Cs. Á.: Az is egy álláspont e tekintetben, például a függőknél, hogy így tudják elviselni a körülményeket, hogy az alkohollal enyhítik a szenvedést, és ez az, ami kilépteti őket a valóságából, ami máskülönben igencsak nehezen viselhető el. A rendelet nyomán, akik bejöttek az utcáról, azok esetében elmondható, hogy a szenvedésnyomás nem fokozható, mégis azt kell látni, hogy 90-95% olyan masszív alkoholista, aki valószínűleg nem képes már a változtatásra. Láttad őket, ott feküdtek a befogadó szálláshelyen.

S. V.: És azok esetében, akik még nincsenek ilyen leromlott állapotban, és rendelkeznek valamilyen mozgósítható belső erőforrással, sikerül neked velük együtt olyan reális célokat megfogalmazni – illetve a klienssel megfogalmaztatni –, hogy az pozitív motiváció legyen a változtatás irányába?

Cs. Á.: Mondják ők, hogy dolgozni akarnak, hogy albérletet akarnak, de sokszor mégsem tesznek ezért semmit.

S. V.: Nem látnak kiutat? Vagy nem tudják, hogy kell nem inni? Nincsenek meg a felépüléshez szükséges eszközeik? Hogy látod, mi hiányzik?

Cs. Á.: Sok esetben nehéz ezt megmondani, néha úgy tűnik, kielégítő nekik ez a helyzet. Kimennek koldulni, megvan a napi bormennyiség, el van érve a cél... És ez ismétlődik napról napra, hónapról hónapra, ez már egy életforma sokaknál. Azt kommunikálják, hogy akarnak dolgozni például, de amikor van erre a lehetőség, akkor egy nap után már nem mennek. Persze van olyan is, aki nem munkaképes.

S. V.: Absztinens része van a szállónak, absztinensszoba például? Ez nagy könnyebbség lehet azoknak, akikkel például elkezdesz dolgozni, és megszületik bennük valamifajta elhatározás a tartós absztinencia elérése érdekében, hogy a közvetlen környezetükben nem isznak. Esetleg hozzájuk hasonlóan, a józanság elérésére törekszenek. Ha olyan emberek között maradnak viszont, akik reggeltől estig isznak, az úgy elég nagy visszahúzó erő.

Cs. Á.: Nem, nincs ilyen részlegünk, szobánk. Nagyobb terekben vannak, 15-20 ágyas szobákban, és nincs erre lehetőség. Ha a szobák szintjén ezt ki is alakítanánk, akkor is

csak az éjszakát töltenék ott. Napközben ugyanaz a környezet, ide járnak ki a kocsmába, rengetegen isznak, a közeg ugyanaz lenne.

S. V.: Milyen előzetes szakmai célokkal vágtál a programba, és mennyiben sikerült ezeket a célokat megvalósítani? Az intézményben közel 20 éve dolgozó szociális munkásként ismerted a közeget, a klienseket. Mennyire láttad reális célnak, hogy tényleges felépülési munkába tudsz kezdeni a kliensekkel, vagy mondjuk azt mondtad, hogy az ártalomcsökkentés lehet a reális szakmai cél, vagy motiválni, előgondozni kívántad az ügyfeleket egy esetleges későbbi terápiára felkészíteni őket stb.?

Cs. Á.: Inkább az ártalomcsökkentés, ami megfogalmazódott, mint előzetes célkitűzés.

S. V.: Más helyszínen sikerült a programba bevonni pszichiáter szakorvost például. Neked mennyire „jönne jól" egy szakorvosi jelenlét?

Cs. Á.: Az lenne az ideális felállás, én úgy látom. Nagyon hasznos lenne, ha a szállón lenne egy pszichiáter szakorvos is, igazából annak lenne relevanciája. Szerintem tudna eredményeket elérni, és mondjuk mellette lennének olyan segítők, mint én. Mert például a kliens, ha bekerül a pszichiátriára, ott nem ismerik, itt meglenne a segítőknél az az ügyfélismeret, ami segítené a szakorvosi kezelést. Jobban egyénre lehetne így szabni a kezelést, annak több értelmét látnám. Az én munkám kapcsán is úgy éreztem, hogy az egyéni alkalmaknak több haszna volt, mint amikor csoportoztam. Eleve jobban bevonhatók voltak az egyéni alkalmakra, és jobban megnyíltak négyszemközt, mint csoportban.

S. V.: Az egyéni alkalmaidon melyik szaktevékenységre helyezted a hangsúlyt?

Cs. Á.: Sok esetben krízisintervencióra volt szükség, megint sok esetben a szállón való létezés és az egyéb életkörülményeik miatti feszültségeik levezetésére, egyfajta ventilációra adtak lehetőséget ezek az alkalmak. Aztán pár esetben, amikor az ügyfél konkrétan akart változtatni, például az alkoholista életvitelén, akkor tudtam segíteni. A csoportban pedig szenvedélybetegség kapcsán felmerültek olyan témák, amikre addig nem is gondoltak, most pedig közösen, irányítottan feldolgozásra kerültek, gondolkodtak ezeken a dolgokon, át- és kibeszélték kerültek. Volt olyan alkalom is, amikor nagyobb hangsúly volt az érzéseken, és a csoportbeszélgetéseken érezhető volt, hogy fel tudtak szabadulni bizonyos lelki nyomások alól, vagy egyszerűen voltak olyan játékosabb foglalkozások is, amikor ideig-óráig elfelejthették, milyen helyzetben vannak. Egyszerűen csak kikapcsolódtak „egészséges" módon, nem szerek által.

S. V.: Mennyire tudtak megnyílni csoportban a kliensek? Itt nem a készségfejlesztő csoportra gondolok elsősorban, hanem amikor a szenvedélybetegség volt a fókuszban, és egyfajta önsegítő jellegű csoportmunkával próbálkoztatok?

Cs. Á.: Talán azt mondhatom, hogy az egyéni rendelési alkalmakon jobban megnyíltak az ügyfelek, elmondtak olyan dolgokat is, amit egymás előtt szégyellnek vagy nem mernek

kimondani. Ugyanakkor a csoport által talán jobban összekovácsolódtak – ha olyan szituáció adódott, amit átbeszéltünk csoporton, akkor talán nem úgy reagáltak, mint előtte. Az asszertív kommunikáció talán kicsit fejlődött egyeseknél a csoportmunka által. Összességében talán elmondható, hogy mind a csoportnak, mind az egyéni rendelési alkalmaknak volt értelme.

S. V.: Mennyire voltak fedésben az ügyfelek? Aki járt az egyéni alkalmakra, az csoportra is? Vagy másokat sikerült bevonni a csoportos foglalkozásokra, és megint másokat az egyéni alkalmakra?

Cs. Á.: Elvált a két klienskör, mások jártak csoportra, és megint mások az egyéni alkalmakra. Az pár esetben előfordult, hogy eljött valaki csoportra, és utána kérte, hogy egyénileg beszélgessünk. Másrészt az első időszakban a kolléganő (akivel a részprogram indult, és egy évig kettő szakemberrel futott) a női szárnyról hívta be a csoporttagokat, és a női kliensek hozzá jártak egyéni beszélgetésekre.

S. V.: Visszatérve a rehabilitáció témakörére, mennyire vannak munkaképes állapotban a kliensek fizikailag?

Cs. Á.: Fizikailag sokan tudnának és tudnak is dolgozni. Sokszor megesik, hogy el is mennek alkalmi munkanapokra, de hazafelé már a kocsmában kötnek ki, fizetésnapokon pedig totálkárosra isszák magukat.

S. V.: Tehát sok esetben mentálisan nem képesek a tartós munkavégzésre?

Cs. Á.: Igen, mondhatjuk így is. A közmunkaprogram által sokan lehetőséghez jutottak, hogy dolgozzanak. Nem feltétlenül tudott mindenki élni ezzel a lehetőséggel. Több csoportba voltak osztva, nyári időszakban ez leginkább kertészeti munkákat jelentett a közterületeken, de volt, aki a városgazdálkodás fatelepén fát vágott, gépet kezelt, vagy épp közutak felfestését végezte.

S. V.: Ez időszakos foglalkoztatást jelent?

Cs. Á.: Nem, ez folyamatosan van.

S. V.: És akkor az alkohol miatt elveszítik a munkahelyüket?

Cs. Á.: Volt ilyen ügyfél, nem is egy. Aztán vannak, akik alkoholbetegek ugyan, de abban a nyolc órában meg tudják állni, hogy ne igyanak, vagy ha isznak is egy felest, az nem látszik meg rajtuk, vagy éppen hogy kell nekik egy bizonyos szintű alkohol, hogy tudjanak működni. Az is megtörtént, hogy kimentek ellenőrizni őket szondával, és kiderült, hogy ittak. Az is megesett, hogy kirúgtak valakit az alkoholfogyasztása miatt, aztán egy kis idő elteltével visszavették.

S. V.: Ha esetleg valaki konkrétan az ital miatt elveszíti a munkahelyét, akkor arról te tudsz, és esetleg oda tudsz menni hozzá, hogy „hát látja, a munkahelyét, a megélhetését is elveszítette az alkohol miatt, kezdjünk ezzel a helyzettel valamit, beszélgessünk”?

Cs. Á.: Ez konkrétan hajléktalanoknak szóló közmunkaprogram, amit három szervezet csinál Miskolcon. Ebben a programban tehát gyakran megesik, hogy valaki kiesik a munkából az alkoholfogyasztás miatt. Pár hónap után ebben az esetben is visszaveszik az adott ügyfelet. Mások itt a szabályozások, az elvárások, mint egy átlagos munkahelyen.

S. V.: A beszélgetés során említetted az október 15-i rendelet érzékelhető hatását. Mesélnél erről még egy kicsit?

Cs. Á.: A város központi részein, a sétálóutcánál konkrétan mi, az utcai szociális szolgálat munkatársai rendőrökkel irányítottuk az utcán tartózkodó ügyfeleket a befogadó szálláshelyekre, és behoztuk őket a szállóhelyre. Ez a város frekventált helyein mindenhol megtörtént. Diósgyőr és a külterületek ilyen szempontból nem számítottak, de a központi részekről úgymond be kellett hozni az ügyfeleket.

S. V.: Aki így bekerült, azzal mi történt?

Cs. Á.: Nem jártak rosszul. Aki rendelet következtében került be a szállásra, általában nem is ment el. Ahogy vége lett a krízisidőszaknak, durván ezeknek az ügyfeleknek a fele nem jött vissza, de a másik felük bennmaradt.

S. V.: Milyen egészségügyi intézményekkel vagytok kapcsolatban intézményi szinten vagy akár a Kísérő intézkedések program által? Alakultak ki esetleg új munkakapcsolatok a program révén rehabokkal például?

Cs. Á.: Az intézménynek is van két egészségügyi dolgozója, két ápoló. Probléma esetén én is hozzájuk szoktam fordulni, és ők szorosabb munkakapcsolatban vannak az intézményben heti egy alkalommal háziorvosi rendelést tartó orvossal is. Leginkább ez a három ember tartja a kapcsolatot a kórházi osztályokkal is, ha erre szükség van.

S. V.: És pszichiátriai, addiktológia osztályokkal, rehabokkal van valamilyen kapcsolatotok? Hogy látod a térség lefedettségét ilyen jellegű intézményekkel? Mennyire elérhetők adott esetben a lakóitok számára ezek az ellátóhelyek? Milyen a hozzáférés – hogy látod, hajléktalan emberek hozzáférnek az addiktológiai és pszichiátriai ellátáshoz?

Cs. Á.: Ami intézményi szinten leginkább elérhető az ügyfeleink számára, az a Semmelweis-kórház és annak a pszichiátriai és addiktológiai osztálya. A pszichiátriai osztályra mi is szoktunk küldeni ügyfeleket, illetve maga a kórház is sok esetben a mi szállónkra bocsátja el a beteget, ha nincs hova mennie. Kétirányú tehát ez az „irányítás” és ez a munkakapcsolat a két intézmény között.

S. V.: Mennyire jellemző nálatok, hogy pszichiátriai betegek – akik ilyesfajta egészségügyi kezelésre és ellátásra, gondozásra szorulnának – ide kerülnek, mivel kevés a kórházi és egyéb ellátóhelyi férőhely, és nem képesek fogadni a betegeket, vagy idő előtt kényszerülnek elbocsátani őket? Sokszor a tartós bentlakásos intézmények eleve hiányoznak az egészségügyi ellátórendszerből, vagy csak nagyon kis számban tudnak helyet biztosítani az arra rászorulóknak. Nálatok e tekintetben mik a tapasztalatok?

Cs. Á.: Sok esetben előfordul az, amit említettem, hogy a kórházi kezelés után ide kerülnek a betegek. Az is megesik, hogy gondnokság alá kerülnek a pszichés állapotuk miatt, de nincs gondnok, és itt ragadnak. Ha az adott kliensnek van gondnoka, és benyújtja az igényét valamely tartós elhelyezést biztosító intézménybe, akkor pedig évekig kell várni, míg az elhelyezés ténylegesen megtörténik, olyan hosszúak a várólisták. De ez nem a hajléktalanság létállapotának szól, hanem egyszerűen nincs hely. Összességében, igen, gyakorinak mondható, hogy a pszichiátriai betegek nálunk landolnak, és huzamos ideig itt is ragadnak, mivel nem lehet továbbléptetni őket – egyrészt mert nincs az állapotuknak megfelelő intézmény vagy intézményi férőhely.

S. V.: Nálatok mennyire jellemző a dizájnerdrogok használata az ügyfélkörnél? Vagy egyáltalán a városban? Ezeknek az olcsó drogoknak a használata országszerte eltérő képet mutat, pár helyen a kollégák arról számoltak be, hogy időszakosan megjelenik az ügyfelek körében, és főként a fiatalabb generáció használja ezeket a szereket, de mivel igen olcsók, az is megesik, hogy az alkoholt váltják ki vele a függők. Itt mi a tapasztalat?

Cs. Á.: Az ügyfelek körében nem terjedt el, a városban tudok róla, hogy a mélyszegénységben élő fiataloknál nem ritka a használat, de nálunk nem, szóval nincs ilyen irányú tapasztalatom igazából. Az utcai gondozószolgálatban is dolgozom, egy ügyfél van, aki az utcán él, és mostanában tapasztaltuk, hogy dizájnerezik. Ő mondjuk pszichiátriai beteg, és emiatt is van, hogy nem igazán tudunk vele mit kezdeni – nem akar bejönni a szállóra. Ami itt hasonló a droghasználathoz, az a gyógyszerre, nyugtatóra ivás „gyakorlata”.

HATODIK INTERJÚ

KRÍZISHELYZETEKRŐL, A HALÁLRÓL, A SZAKMAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ÉS EMBERI ODAFORDULÁS HATÁRAIRÓL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	Nemesné Somlai Gitta
Együttműködő partnerszervezet neve	SZMJVÖ Kríziskezelő Központ
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Székesfehérvár, SZMJVÖ Kríziskezelő Központ
Dátum	2019. július 25., az interjú a programmegvalósítás 2. évében készült

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	pszichológus
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 10 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés és csoportos alkalmak

STÉPÁN VIRÁG: Miben összegeznéd az itt végzett munkád főbb szakmai tartalmát?

NEMESNÉ SOMLAI GITTA: Tanácsadó szakpszichológus, szupervizor vagyok, relaxáció- és meditációoktató, ha szükséges, életmód-tanácsadó terapeutaként mint természetgyógyász is „működöm”. Sokféle szaktudással igyekszem a hozzám fordulókat segíteni.

A programot egyéni rendeléssel kezdtem, régóta foglalkozom a krízishelyzetek pszichés feldolgozásának megsegítésével. A krízist kialakító esemény megértése mellett, az annak következtében kialakult pszichés állapotnak az enyhítése a cél, illetve ha szükséges, megfelelő szakellátásba irányítás.

Szeretek csoportokkal dolgozni, hiszek a csoport támogató, önsegítő erejében. Igény szerint, ha lehet, ezt a terápiás, illetve munkaformát alkalmazom. A csoport (jó) működéséhez elengedhetetlen a csoporton belüli bizalom, nemcsak a csoportvezető személye iránt, hanem egymás felé is. A program előtt is dolgoztam ebben az intézményben, akkor ún. mentálhigiénés csoportot alakítottunk, tehát volt egy „hagyománya” a csoportozásnak a lakók életében. Így, amikor a program által ismét ide kerültem, azt gondoltam, könnyen fog menni a csoport elindítása. A téli időszakban többen bennvannak a szállón, előfordul, hogy unatkoznak, szívesen fogadnak egy-egy jó beszélgetést. Csoportos interjúval felmértem a szükségleteket, melyek lennének számukra a legérdekesebb témák. Elindult a csoport, de a nyári időszakra a jó idő beköszöntével szétszéledtek az emberek, és a csoport is leépült. Ősszel megint próbálkoztam, új csoportot indítottam, de abból meg egyszerűen – és nagyon tragikus módon – kihaltak az emberek. Számos ok miatt egyre rosszabb állapotba

kerültek, míg végül a szervezetük feladta a küzdelmet. Engem is megviselt, megérintett – hat haláleset történt az évben.

S. V.: És itt mi történt, hogy ennyien…?

N. S. G.: Betegségek, alkohol, dohányzás, táplálkozási problémák, stressz stb. Az egyik fiatal férfi klienst kb. fél évig kísértem a betegségében. Ez egy nagyon szép egyéni terápia volt, a kislányát szerette volna visszakapni. Meghalt a párja és az édesanyja is, ő utcára került, a gyereke pedig nevelőszülőkhöz. Dolgozni kezdett, igyekezett rendszeresen eljárni, de nagyon rossz egészségi állapotban volt, „mindene fájt", megbetegedett. A kollégákkal kértük, feküdjön be kivizsgálásra a kórházba. Hihetetlen volt, hányszor elutasította az egészségügyi rendszer. Mire bekerült a kórházba, már túl késő volt, a tüdőrák nagyon hamar elvitte.

A hajléktalanság egy stigma, ez érezhető volt ebben az esetben is. Persze van alapja, nyilván, hogy ezek az emberek sok esetben dohányoznak, nem esznek rendesen, piálnak, rossz egészségi állapotban vannak, és itt a szállón szinte mindenkinél találunk valamilyen pszichés problémát, ha mást nem, szorongást vagy alvászavart. A régi „nagy öregek" pedig hospitalizálódtak, itt vannak huszonéve, nem lehet kigondozni őket, nem szeretnének kijutni. Megszokták a „szállós létet", ebben élnek.

A csoportban volt egy ilyen tagunk is, ő is meghalt, oszlopos tagja volt a csoportnak, ő volt a csoport lelke. Nagydarab, erős, kissé agresszív, de jó humorú, tanult ember volt. Volt egy bírósági ügye, ennek kapcsán még engem is behívtak tanúként. A lényeg, hogy megnyerte a pert, és megkapta az örökségét. És mit vett a pénzen? Egy pincét, ráadásul jó messze innen. Mondtam neki: „Sándor, ez nem lesz így jó, biztos, hogy ez jó ötlet? Ha elesik, vagy bármi történik önnel, fel sem tud onnan jönni." És képzeld, ez lett a halála. Lement a picébe, ivott, jól berúgott, eltörte a lábát, és ott halt meg. Na, nem sorolom, sok ilyen történet van.

Volt néhány jó szabály, amit igyekeztünk betartani: ventilálni, egymást meghallgatni lehet, politizálni, másikat megítélni nem lehet. Nem az volt a cél, hogy eldöntsünk vitás ügyeket, „csak" beszélgessenek, hogy gyakorolják a napi kommunikációt, az egymásra figyelést, hogy kicsit tájékozottabbak legyenek, hogy az elfogadás, a tolerancia erősödjön bennük, hogy képesek legyenek meghallgatni egymás véleményét, illetve gyakorolják az együtt gondolkodást.

Szóval a csoport megszűnténél tartottam: egy pozitív példánk is volt, egy 62 éves férfi, aki kikerült a szállóról, munkát kapott a piacon, és ott megismerkedett egy hölggyel (egymásra találtak a szerelemben), és kiköltözött a szállóról. Vele például relaxáltunk, jógáztunk sokat. Ő jó barátságban volt a Sándorral (aki a pincében meghalt), mielőtt kiköltözött, ajándékba adott neki pár könyvet. Sándor meg, mielőtt meghalt volna, nekem adta azokat a könyveket, mert tudta, hogy jógával is foglalkozom. Sokat viccelődtek: „Na, akkor megyünk jógázni? Persze, jógázunk!" Különben behoztam nekik a hangtálakat, kipróbálták, meg zenrajzokat is csináltunk, kreatív dolgokat alkottunk, mandalákat színeztünk, ragasztottunk. Filmeket is néztünk, és anekdotázni is nagyon szerettek, szívesen mesélték saját emlékeiket. Időnként szívfacsaróak voltak a történetek, máskor pedig sokat nevettünk, eközben pedig szépen mélyültek a beszélgetések. De elkezdtük elveszíteni a csoporttagokat, ezek

a halálesetek persze megviselték őket, a társaikat. Volt egy másik tagunk is, amikor kezdtük a csoportot, már nem egészen egy éve volt csak hátra a nyugdíjig, közben rendesen dolgozott (persze iddogált is), rettenetesen várta, hogy rendszeres állandó jövedelme lesz, hogy nyugdíjas lesz. Eljött a nap, nyugdíjazták, és másnap meghalt.

S. V.: Igen, ilyen esetet többet is hallottam, hogy egy nehéz sorsú ember eléri a célját, megoldódik a helyzete, és meghal…

N. S. G.: Igen, ilyen esetek vannak. De azért a háttérben itt is betegségek voltak, amik nem voltak kikezelve, meggyógyítva. Ha erre rárakódik egy ilyen élethelyzet, hogy valamilyen életcélt elér, vagy elfogy a feladat, ami fenntartotta az életét, akkor ez megtörténhet. Ezzel az esettel kezdődött el, hogy az egész csoport átment az „élet-halál" témakörön. Téma lett az egészség, a betegség, a dohányzás, az alkohol, elkezdődtek a gyászfolyamatok, és szembesültek a csoporttagok azzal, hogy meghalunk, hogy véges az életünk. „Megélték, hogy meg lehet halni", hiszen egy ment el közülük.

Úgy gondoltam, hogy egyrészt a csoportot érintő haláleset(ek), valamint az ezzel összefüggésben kialakuló pszichés „állapotok", illetve az ettől függetlenül előállt súlyosbodó élethelyzetek miatt jobb áttérni egyéni terápiára a megmaradt tagokkal. Sajnos különben tényleg állandósulni látszottak a tagokat érintő krízishelyzetek, kórházba kerülés, elvesztett munkahely stb. A munkavégzést nagyon fontosnak tartom az ellátottak életében. Az anyagiak mellett a hasznosság érzésnek nagy megtartó ereje van. Ha valami olyat tesz, aminek eredménye van, legyen az az udvar felsöprése vagy kertészkedés, jó érzéssel tölti el az embert.

A közmunkaprogram megszüntetése többeket érintett, 20 ellátottunk vett részt benne. És akkor ott van az a helyzet, hogy mit csináljanak, hogy nincs pénz, és elindulnak a lejtőn lefelé. Megint inni kezdenek, jönnek a betegségek stb. Az ilyen folyamatokban egyre rosszabb helyzetbe kerülnek, és egyre nehezebb célt adni, célokat megfogalmazni. És ahogy megyünk az életkorban előbbre, ahogy öregszenek, egyre rosszabb lesz minden.

Általában elmondható, hogy rossz egészségi állapotban vannak a hajléktalan emberek. Ha a munka, amit megszokott, amit ellátott, kikerül az életéből, az sokuk esetében azt jelenti, hogy nem marad semmi, vége. A hajléktalanszálló mint élettér általában nem egy szívderítő közeg, ingerszegények ezek a helyek, és borzasztóan monotonok tudnak lenni a hétköznapok. Másrészt, hogy a szálló működőképes legyen, bizonyos szabályokat be kell tartani és tartatni.

Szóval a csoportot nem lehetett tovább vinni, és áttértünk az egyéni rendelésekre. Nem csak ezen a telephelyen vagyok, ki szoktam menni a Kikindai utcára is, ahol fiatalok laknak, és a női szállóra is. Az egyéni tanácsadásokat fix napokon és időpontokban próbálom tartani, de ha a helyzet úgy kívánja, akkor igyekszem alkalmazkodni. A megbízhatóság mellett itt szükség van a rugalmasságra is. Az egyik helyen meghalt egy kollégánk. Két hete odahívtak, mert a Lőrintz doktornő egyik kliense, aki súlyos pszichiátriai beteg, annyira kötődött ehhez a kollégához, hogy úgy tűnt, nem fogja bírni feldolgozni az elvesztését. Ennek a hölgy kliensnek már senkije sincs, és félt, hogy a gyásza miatt kiközösíti a többi lakó. Azt gondolom, hogy talán segítség a szociális munkásoknak is, hogy van kinek telefonálni, szólni, ha egy ellátott krízisben van. 15 éve dolgozom a hajléktalanellátásban. A

jelenlegi program is hozzájárult szerintem ahhoz, hogy segítő szakemberként jelen tudunk lenni (pszichiáter, pszichológus) az egyes szállókon.

S. V.: Hogy tudsz alkalmazkodni szakmailag és emberileg a szállón lévő és az „átlagpopulációhoz" képest terheltebb, nehezebb élethelyzetekben lévő betegekhez?

N. S. G.: Igyekszem mobil lenni, és rugalmas időkerettel „működni", illetve rendszeresen konzultálunk a kollégákkal.

S. V.: Hogyan jellemeznéd a helyszínt biztosító intézménnyel való kapcsolatodat? Változott ez a program kezdete óta, és ha igen, hogyan?

N. S. G.: Előzőleg is munkakapcsolatban álltunk. Nagyra tartom az itt dolgozó kollégákat, szerintem nagyon profi team. A kapcsolatunk is nagyon jó, jól működik a kommunikáció, ami fontos.

S. V.: Tehát akkor tudtok eseteket egyeztetni, egymás „alá dolgozni"?

N. S. G.: Igen, igen. Sőt, szoktam kérni a szociális munkatárs kollégákat, illetve ők is rendszeresen kérik, hogy konzultáljunk. Együttműködésben segítjük a klienseket titoktartás mellett. Ha szükséges, meg szoktam kérdezni a kliensemet, hogy megengedi-e, hogy az adott ügy kapcsán beszéljek a szociális munkásával. A kollégákkal pedig már egy bejáratott dolog, hogy egyeztetünk. Különben a kollégák is szokták kérni, hogy egyeztessünk, ez néha úgy működik, mint egyfajta szupervízió. Ilyenkor elmondhatják azokat az érzelmi terheket, amelyekbe a segítői szakmában óhatatlanul belefut az ember. Például, ha van egy fiatal, még kevésbé tapasztalt kolléga, és esetleg szégyelli a többi kolléga előtt, hogy elbizonytalanodott egy eset kapcsán, és nem akarja, hogy hülyének nézzék, velem átbeszélheti az esetet. Vagy élesebb helyzetben, amikor egy ügyfél szerelmet vall neki, és nem tudja, hogy kezelje a szituációt. Vagy bántalmazás esetén megéli a szociális munkás, hogy átveszi az ügyfél haragját, dühét, agresszióját. Belegabalyodik érzelmileg. Ilyenkor nagy segítség lehet egy pszichológussal való beszélgetés a kollégának is. Persze mindez ebbe a programba nem fér bele….

S. V.: Több jelzés volt, hogy jó lenne, ha a szociális munkás kollégáknak is lehetne biztosítani egy ventilációs teret, illetve szupervíziós felületet… épp azok miatt az okok miatt, amiket te is említesz.

N. S. G.: Egyetértek veled.

S. V.: Egy kicsit beszéljünk még az együttműködésről. Miben tudja a te munkádat segíteni az intézmény? Van bármi, ami ezt a támogatást tovább javíthatná?

N. S. G.: Szervezési dolgokban segítenek a kollégák. Tudják, hogy mikor jövök, illetve azt is, hogy melyik kliensnek mikor van időpontja, így, ha szükséges, figyelmeztetik, hogy

el ne felejtse stb. Amikor csoport volt, kiírták a faliújságra, vagy ha valami kellett, papír, ceruza, akkor adtak, illetve az előbb átbeszélt dolgok, a szakmai egyeztetés, kommunikáció stb. Eleve az is nagyon jó itt, hogy bár külsős vagyok, elfogadtak, befogadtak. Az is segítség, hogy itt érzékelhető egy teamlégkör, hogy csapatban és csapatként dolgozunk.

S. V.: Mely szakmai tevékenységre helyezted eddigiekben a hangsúlyt a program keretein belül (szűrés, gyógyszerelés, ügyfél-motiváció, egyéni terápia stb.)?

N. S. G.: Itt akkor talán az egyéni terápiát emelném ki, illetve az ügyfél-motivációt. Itt nem csak a terápiás részvételre való motivációra gondolok. Vannak sokan, akik régóta itt élnek, őket nehéz bármerre is „mozdítani". Sok ügyfél esetében hangsúlyos az álláskeresés kapcsán a motiváció, egyfajta „pályatanácsadás", és ezzel párhuzamosan pedig az önismeret fejlesztése. Hogy megismerje önmagát, hogy milyen munka való neki, mik az erősségei, mik a gyengeségei. A veszteségek feldolgozásában való segítés is fontos, hogy „lezárjunk", elgyászoljunk dolgokat, hogy ne ugyanazokat a köröket kelljen lefutni újra és újra. Motiváció a mindennapi élet terén, hogy menjen el fogorvoshoz, hogy borotválkozzon meg, hogy keressen munkát stb. Vagy például súlyos alkoholbetegeknél az is nehéz, hogy egyáltalán legyen egy betegségbelátása, és akkor azon dolgozunk, hogy elmenjen Lőrintz doktornőhöz. Más pszichiátriai jellegű betegségeknél is van olyan eset, hogy én szívesen meghallgatom, mondok pár kedves szót, de látom, hogy neki már szakorvosi segítségre van szüksége. Különben sokuk különbséget sem tud tenni a pszichiáter és a pszichológus között, és ezen a téren maga az információátadás, egyfajta edukáció is nagy jelentőséggel bírhat.

S. V.: Eltérnek az általad alkalmazott szakmai tevékenységek, „gyakorlatok" az eddigiekben, a másutt alkalmazottaktól?

N. S. G.: Azt nem mondanám, de vannak azért hangsúlyeltolódások. Nagyobb hangsúlyt kell fektetni a megtartásra, domináns magának a meghallgatásnak a ténye is, valamint egyfajta életvezetési tanácsadás is jobban jelen van az itteni munkámban, talán erősebb igény van az iránymutatásra. Ha a klasszikus nagykönyvi definíciót vesszük alapul, akkor maga az egyéni terápiás jelleg több helyen sérül, például itt nem lehet azt a gyakoriságú megjelenésszámot sok kliens esetében elérni, mint ahogy „normális" esetben az lenni szokott. Ha havonta egyszer találkozom a beteggel, az kevés az egyéni terápia kritériumához, de magának a rendszerességnek a kialakítása sok ügyfél esetében nagy jelentőséggel bír. Egyes esetekben pedig nem is az egyéni terápia szót használnám, inkább azt mondanám, hogy a kapcsolatunknak lesz egy „terápiás tere", amiben elindul egyfajta változás, fejlődik a személyisége. Szóval van valami, aminek örülhetünk, valami elindul, valami egy picit jobb lesz, persze az még mindig kérdés, hogy miben mérjük ezeket a változásokat, hogy mit nevezünk sikernek. Az a kliens, aki a piacon munkát szerzett, akinek kapcsolata lett és kiköltözött, az egy nagyon nagy dolog... vagy az a srác, aki most Ausztriában kapott munkát. Ezek nagyszerű dolgok. Ezt kell, mozdulni kell!

S. V.: Miket tartasz a szakmai erősségeidnek?

N. S. G.: Szerintem a krízistanácsadást, az életvezetési tanácsadást (munka, karrier, szakma…) és mindent, ami egészséges életmódhoz kapcsolható: a dohányzás, alkohol vagy a játékszenvedély mint téma ha felmerül, de ez kevesebb esetben jellemző. A párkapcsolati konfliktusok is sok esetben megjelennek, és a gyászfeldolgozás. Ha lehetőség van rá, akkor beemelek természetgyógyászati elemeket is a munkámba, relaxációt, meditációt, erőforrást növelő dolgokat, mindfulness-szel is foglalkozom. Vannak olyan egyszerű és könnyen alkalmazható dolgok, mint a légzésfigyelés és légzésmeditáció, és ezek mindig „kéznél vannak". Sok dohányosnak az direkt jó, ha ezt az egyet megtanulja, hogy tudatosan oda tud figyelni a légzésére, és kicsit le tudja lassítani. Ha csak naponta egyszer-kétszer eszébe jut, vagy elalvás előtt, az már jó. Szemléli a légzését, lassít, lazít. Ez a legelemibb stresszoldó technika.

S. V.: Milyen előfeltételezésekkel kezdtél neki a programban folytatott munkának, voltak előzetes várakozásaid, félelmeid, hiedelmeid?

N. S. G.: Őszintén szólva, úgy jöttem ide, hogy lesz, ami lesz, jön, aki jön. Arra kértem az intézményi kollégákat is, hogy legyen az önkéntesség a rendelési alkalmakon való megjelenés alapja. Kivéve persze, ha valami súlyosan beszűkült, szuicid állapotról beszélünk, de ilyen, hála istennek, nem volt. Másrészt nagyon kevés óraszámban vagyok jelen, így nagyon hamar beteltek és betelnek az időpontok.

S. V.: Miben látod a program keretében végzett munka legfőbb hozadékát, eredményét?

N. S. G.: Egyrészt azt gondolom, hogy a saját személyiségem is kap ettől a munkától sok tapasztalatot, tanulási élményt. Segítségnyújtás, empátiás meghallgatás: ki lehet tenni bizonyos fájdalmakat, ventilálhat, megmoroghatja azokat a dolgokat is, amit a szociális munkásnak nem tenne, csökken a harag, szóval egyfajta zsilip-, szelepfunkcióm is van az indulatok terén. Fontos még, hogy érzékelhető, hogy azokat a lelki történéseket, amit nem akarnak elmondani, a kialakult bizalmi, biztonsági közegben elmondják. Az is hozadék, ahogy visszacsatolódnak a dolgok, gondolok itt a lakók egymás közti viszonyára. Ha itt levezeti a haragját, a dühét, akkor a szobában már lehet, hogy nem is lesz az adott ügyből konfliktus. Az, hogy elkezdenek bizonyos dolgokon gondolkodni, amin addig nem, hogy a tolerációs szintjük fejlődik.

S. V.: Tapasztalatod szerint mely szűkebb ügyfél- vagy problémakör az, ahol a leginkább lehet számítani kedvező eredményre, és melyeknél a legkevésbé?

N. S. G.: Ezen a szinten is tarka a kép. A fiataloknál lehet elérni a legtöbbet szerintem, ahol még erős a vágy arra, hogy önállósodjon, hogy szabad legyen, hogy éljen, hogy kompetens legyen a saját életében. Ugyanakkor nem mindig igaz ez sem, mert sok fiatal hajléktalan hamar hospitalizálódik vagy eleve hospitalizált, mert állami gondozásból érkezik. Megszokják, ismerik, kiismerik a rendszert, és nem akarnak kimenni, mert ez válik valahol az ismert, így valamiféle biztonságot kölcsönző közeggé, és kialakul bennük az „ez így jó nekem" felfogása.

S. V.: Ha valaki állami gondozásban nőtt fel, tehát soha nem élt családban, akkor hogy alakult volna ki az a családi minta, ami felnőttként a családalapításra, önálló életvitel kialakítására ösztönözné?

N. S. G.: Ezért is mondom, hogy számomra már az is eredmény, hogyha visz egyfajta rendszert az életébe. Ha a saját testi higiéniájára figyel, ha rendet tart a környezetében, ha rájuk nézel, és nem látod, hogy hajléktalanok, mert rendezettek. Ez itt mind-mind egy közös munka eredménye. Persze aztán vannak a nagyobb, látványosabb dolgok, ha mondjuk egy alkoholbetegnél elérjük az absztinenciát, de ez mindig teammunka eredménye. A pszichiáter, a pszichológus, a szociális munkás, a háziorvos, mindenki munkája kell hozzá, hogy ez így legyen.

A másik fontos pont szerintem a kommunikáció, a konfliktuskezelési technikák, az önkifejezés alternatív módjainak elsajátítása, hogy legyen egy másik alternatívája is a konfliktushelyzet kezelésére, és merje is azt használni. Egyfajta asszertivitás elsajátítása, vagy hogy adott helyzetben egy percre elgondolkodik, és azt mondja, azt tudja mondani, hogy „nem érdekel", hogy „nem kell mindenbe belemenni". Mivel összezártan, egy térben élnek, fokozottan érvényesül az, hogy ki mit visz bele ebbe az energetikai térbe, hogy mennyire feszültek, mennyire zizegnek. A legnehezebb talán a súlyos pszichiátriai betegek jelenléte, amikor nagyon masszív pszichiátriai és testi betegségekkel terhelt egy-egy itt élő, akinek nem ebben az ellátási formában lenne a helye, hanem valamilyen pszichiátriai rehabilitációs intézményben – mert mi nem egészségügyi ellátó vagyunk. Az a legnagyobb gond, amikor a kollégáknak mégis ilyen eseteket kell vinniük. Itt szociális szakemberek dolgoznak, nem egészségügyi végzettségűek. Olyan esetről is tudok, amikor adott klienst át lehetett volna helyezni, de maga a kliens nem akarta, mert megszokta, ismerte már ezt a közeget, és kötődött a helyhez, a kollégákhoz. Ennek lehet egy olyan oldala is, hogy ha itt vagyok, akkor egészséges vagyok, ha elkerülök egy egészségügyi, pszichiátriai ellátóba, akkor valósággá válik a betegségem.

Másik problémás pont az alkoholbetegek köre, akik rendszeresen isznak, és ha ittasak, akkor a viselkedésük is problémás. Ők hullámokban kerülnek ki, majd vissza a szállóra. A nyári időszak még kevésbé veszélyes ezen a téren, de télen fizikálisan teljesen összetörve, fagyási sérülésekkel kerülnek vissza, fájdalmakat, veszteségeket élnek meg, és jön a szembesülés, hogy ezeknek az elszenvedett károknak az ellenére sem tud józan maradni. Ezeknél az addiktológiai fókuszú problémaköröknél is egyedül marad a szociális szakma, és szociális eszközökkel nem lehet kezelni ezeket a problémákat. Komplex rehabilitációs ellátást nyújtó egészségügyi intézményekre lenne szükség.

S. V.: Milyenek a tapasztalataid a külső intézményekkel kapcsolatban az ügyfelek irányítása során? Kapcsolatfelvétel, betegirányítás lehetőségei, informál(ód)ás mindkét irányban.

N. S. G.: Nem jellemző gyakorlat nálam az irányítás, de amikor erre sor került, nehézkesen ment az ügy. Hónapokat kellett várni, illetve volt egy olyan érzésem is, hogy nem vesznek elég komolyan, mert nem vagyok orvos.

S. V.: És ebben a doktornővel nem tudtatok együttműködni, vagy nem tud ebben segíteni?

N. S. G.: De, igen, Lőrintz doktornő segít ebben, de nehézkes az irányítás így is, nehezen fogadják a betegeket. Hasonló tapasztalatunk van a munkaügyi központtal is: ha meglátják, hogy a lakcím a „Sörház tér", akkor romlanak az esélyeik. Persze mindenhol akadnak olyan munkatársak, akik nyitottabbak és segítőkészebbek. Ilyen esetekben felírjuk az adott kolléga elérhetőségeit, és megpróbáljuk más hasonló ügyben is vele felvenni a kapcsolatot.

S. V.: Szerinted van szükség az együttműködési lehetőségek, betegutak bővítésére, és ha igen, milyen módon?

N. S. G.: Teljes mértékben szükséges, de az, hogy milyen módon, az már jó kérdés. Kérdés, hogy melyik szereplő mire motivált. Már az jó lenne például, ha egy szakmaközi kerekasztal-beszélgetésre össze lehetni hozni a két szférát. Nem mindegy, ki kezdeményezi, kit hívunk meg, mely intézmények képviselőjét és milyen szinten, igazgató, igazgatóhelyettes, munkatárs stb., vagy valamilyen érzékenyítő programot szervezünk a kollégáknak, esetleg intézménylátogatást.

Sok esetben az az érzésem, hogy az egészségügyi dolgozóknak fogalmuk sincs, hogy igazából mi van egy ilyen helyen. Van a fejükben egy kép, egy elképzelés, de még nem voltak hajléktalanszállón. Nagyon hasznos lehetne egy bármilyen formában megvalósuló tájékoztató, „ismerkedős", érzékenyítő jellegű fórum kialakítása. Konferencia, „világnap" alkalmából valamilyen rendezvény, bármilyen nyílt nap vagy szakmai nap. Egy biztos, hogy beszélni kellene a problémákról, mert azzal, hogy úgy teszünk, mintha nem lennének bajok, nem vagyunk előbbre.

S. V.: Milyen új szakmai kihívások elé állított a program megvalósítása? Hogyan tudtál ezeknek megfelelni, ezekhez alkalmazkodni?

N. S. G.: Azt hiszem, végül is ezt a kérdést már megválaszoltam, a sok fájdalom, haláleset, amire nem számítottam… Az, hogy nem sikerült megfelelő munkakapcsolatot kialakítani a külső, egészségügyi intézményekkel, hogy ezen a téren mindig elakad valami… hogy a csoportozást mint terápiás eszközt el kellett engednem.

S. V.: Eddigi tapasztalataid alapján miben látod a program hasznát, legfőbb hozadékát?

N. S. G.: Erről a vonatkozásról is beszéltem már, talán még azt említeném meg, hogy magát az étkeztetést, amit ez a program is magában foglal. Fontosnak, hasznosnak tartom, bár néha van egy olyan érzésem, hogy túlgondozás folyik, legalábbis ezen a téren: túl sok mennyiségileg az étel, ami a szállókra jut ilyen vagy olyan csatornákon, inkább a minőségre kellene a hangsúlyt fektetni.

S. V.: Meg tudsz nevezni bármit, ami akadályozott a program eredményes megvalósításában?

N. S. G.: Nem konkrét akadályokról beszélnék, hanem hogy tényleg az érzékenyítés, ami fontos lenne, és talán nemcsak az egészségügyi szféra irányába, hanem „össztársadalmi" szinten. Magának a programnak is jó tenne egy „kis reklám", egy kis médiafelület például.

S. V.: Érdekes, mert ezt Lőrintz doktornő is mondta. Ez az aspektus máshol nem jött fel…

N. S. G.: Fehérváron, ha sétálsz, nem látsz hajléktalanokat, pedig vannak. Szóval hol vannak akkor ezek az emberek? Erről a programról is jó lenne publikálni, hogy tudjanak róla minél többen, hogy elinduljon a témában egyfajta kommunikáció. A másik, hogy nekünk is jó lett volna valamilyen internetes fórum, egy Facebook-csoport vagy valami, ahol meg lehetett volna osztani egymással a problémákat, ha valaki egy eset kapcsán elakad. Ezért voltak jók a konferenciák is: együtt gondolkodhattunk, hallhattuk a kollégák mindenféle esetét, tanulhattunk egymástól.

HETEDIK INTERJÚ

AZ ALKOHOLIZMUSRÓL MINT BETEGSÉGRŐL, AZ UTCÁN ÉLŐK BEHÍVÁSÁRÓL, A REHABILITÁCIÓS INTÉZMÉNYEK, OSZTÁLYOS KEZELÉSEK ELÉRHETŐSÉGÉRŐL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	Gajdos Tímea
Együttműködő partnerszervezet neve	SZKTT Humán Szolgáltató Központ
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Szolnok, SZKTT Humán Szolgáltató Központ
Dátum	2018. június 20., a megvalósítás második évében

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	addiktológiai konzultáns
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 22 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	egyéni konzultációs és csoportos terápia

STÉPÁN VIRÁG: Miben jelölnéd meg az elvégzett szakmai munka főbb vonalait?

GAJDOS TÍMEA: Felsorolásszerűen: az állapotfelmérés, tesztek felvétele és kiértékelése, a leszokási motivációs teszt, kérdőív a függőségről, Beck-féle depressziós kérdőív, alkoholfüggőség súlyosságára vonatkozó teszt felvétele. Az egyéni rendeléseken krízisintervenció, edukáció, tanácsadás, szupportív betegvezetés zajlik. Az erőforrások feltárása, cselekvési tervek kidolgozása, szakirodalom ajánlása-átbeszélése, önsegítő közösségekbe való irányítás. A csoportos alkalmakon edukációs foglalkozásokat tartok pszichiátriai és szenvedélybetegség témakörben.

A tavalyi évben a Prizma utcai telephelyünkön (nappali centrum, nem szállóhely) folytattam az egyéni ügyfélfogadást, ahol leginkább utcán élő ügyfelekkel tudtam foglalkozni, a szállókon lakókat oda nehezen lehetett behívni, számukra ez földrajzilag is nehezebben volt elérhető. Az utcán élők viszont a nyár folyamán elmaradoznak, nem keresik fel az ellátóhelyet más szolgáltatások igénybevételének céljából, így hozzám sem jártak be. Az a hely egy modernebb, nemrég felújított épület, ahol az itteninél kulturáltabb helyen folytathattam a konzultációt. A hely, a közeg pozitívan hatott az ügyfelekre, próbáltak ők is ügyelni a megjelenésükre. Ez főleg az utcán élőknél volt megfigyelhető: ápoltan és rendezetten próbáltak a szolgáltatási alkalmakon megjelenni. A jelenlegi helyen is próbálom őket erre sarkallni, így az a megoldás született, hogy a konzultáció előtt lefürödhetnek, tiszta ruhát vehetnek, ez egy kis pluszelőnyt jelent nekik – ez az ügyfélkör igényli is ezt a fajta rugalmasságot.

S. V.: Volt előzetes tapasztalatod a hajléktalan emberekkel végzett munkában?

G. T.: Igen, volt. 19 éve szociális munkásként dolgozom a hajléktalanellátásban.

S. V.: Mennyiben tér el a programban kezelt ügyfélkör az eddigi szakmai munkád során megismert ügyfelektől? (Hozott problémák, diagnózisok; együttműködés és terápiában maradás; elvárások a kezeléssel és a kezelővel kapcsolatban, határtartás stb.)

G. T.: Az ügyfélkör nem tér el, hisz hajléktalan személyekről van szó, és én a hajléktalanellátásban dolgozom mint szociális munkás közel 20 éve. A hozott problémák megközelítése viszont a programban betöltött szerepköröm révén eltér a megszokottól. Most elsősorban az addikciókkal, pszichiátriai betegségekkel foglalkozunk, nem pedig a kliensek szociális helyzetével. El kellett érnem, hogy ne szociális munkás szerepkörben tekintsenek rám a konzultációs alkalmakon, hanem mint olyan segítőre, aki a mentális, pszichés, addikciós téren segíti őket.

S. V.: Hogy látod az ügyfelek állapotát? Sok olyan ügyféllel találkozol, akiknek az esetében rehabilitációról nem lehet szó? Mennyire gyakran találkozol olyan leépültségi fokkal az alkoholbetegek esetében, ami már nem visszafordítható fizikai, szellemi és mentális állapotot eredményezett?

G. T.: Sok esetben azt látom, hogy már azzal is, hogy információt kapnak a betegségükről, előrébb vagyunk. Ezáltal másképp tudnak tekinteni önmagukra, a helyzetükre – hogy nem csak ők hibásak abban, hogy így alakult az életük. A szokások, rituálék apró trükkökkel való felülírása például nagyon hasznos lehet. Elmondom, hogy kerüljön egy útvonalat, ahol nagy eséllyel betér a kocsmába, és ezáltal három hétig mondjuk nem fogyaszt, már az is eredmény. Lehet, hogy ilyen esetekben el lehet ültetni egy gondolati magot, ami nem biztos, hogy közvetlenül akkor hozza el a „változást", de már ott van, és ki tudja, mikor érik be.

Persze sok olyan eset is van, amit kérdezel. Olyan is szép számmal előfordul, hogy pszichiátriai betegség mellé párosul valamilyen függőség, és ezekben az esetekben még nehezebb eredményt elérni. Másrészt azt szociális munkásként is tapasztaltam, hogy az állami pszichiátriai és addiktológiai ellátás olyan túlterhelt, hogy ezek az ügyfelek kevés odafigyelést kaphatnak ezeken az ellátóhelyeken. A programon belül viszont én ezt meg tudom nekik adni, másrészt fel tudom őket készíteni az osztályos kezelésre, tájékoztatni az ottani szociális munkást, hogy most tényleg komoly az elhatározás. Tehát már egy előgondozás után tudnak bekerülni esetleg egy addiktológiai osztályra, és egy előzetes kapcsolatfelvétel is megtörténik részemről az egészségügyi ellátóval. Mindezzel sokkal jobbak az ügyfél esélyei egy tényleges felépülési folyamat elindulására, rehabilitációra.

A kórháznak van addiktológiai ambuláns ellátása, az ökumenikus szeretetszolgálat működtet egy addiktológiai centrumot, illetve működik a városban AA. Fiatalok esetében még a református egyház által működtetett helyre is tudok irányítani klienseket.

Ami nehézség, hogy a közelben nincs rehabilitációs intézmény. Szegeden és Nagyszénáson van a „legközelebbi" ilyen típusú ellátó, helyben azonban nincs rehab, és ez nagy

nehézség, hogy hova tovább? A kliens pl. befekszik a kórházba, végigcsinálja a többhetes programot, és nem tudjuk hova továbbléptetni. Ekkor lényegében még csak a detoxikáláson van túl a kliens, ebből az állapotból aztán el lehetne indítani a tényleges felépülési munkát, de a folyamat sokszor ellátás híján megszakad. Ilyen esetekben annyit tudunk intézményi keretek között biztosítani, hogy átvesszük az átmeneti szállásra, ami az éjjeli menedékhelynél egy fokkal védettebb közeg és kisebb létszámú szálláshely.

Azokat az ügyfeleket, ahol nem csak addiktológiai, hanem más pszichiátriai betegség is érzékelhető, át tudom delegálni egy másik projekt keretében foglalkozatott pszichológushoz. Szoktunk egyeztetni is az egyes ügyfelekről, össze tudunk dolgozni, és ez nagyban segíti a munkát.

S. V.: Mely szakmai tevékenységre helyezted az eddigiekben a hangsúlyt a program keretein belül?

G. T.: Szűrés, ügyfél-motiváció, egyéni és csoportos terápia.

S. V.: Eltér ez a gyakorlat az eddigiekben végzett szakmai tevékenyégedtől?

G. T.: Nincs összehasonlítási alapom, mert addiktológiai konzultánsként ez az első munkalehetőségem.

S. V.: Mit tartasz szakmai erősségednek?

G. T.: Ami véleményem szerint nagy segítség lehet, az az elfogadás. Szakmai téren előnyt jelent a kompetenciahatárok ismerete, a helyi ellátórendszer ismerete és a helyi kapcsolatrendszerem.

S. V.: Milyen előfeltételezésekkel kezdtél neki a programban folytatott munkának, voltak-e előzetes várakozásaid, félelmeid, hiedelmeid?

G. T.: Addiktológiai konzultánsként még nem dolgoztam, így volt bennem ezzel kapcsolatban egy természetes izgalom, hogy hogy sikerül a tanultakat alkalmaznom. Az ügyfelek visszajelzése alapján azonban hamar megnyugodtam. Az intézményben egy pszichiáter szakorvos szupervíziót tart, amit rendszeresen igénybe tudtam venni. Ez is ad egy szakmai és érzelmi biztonságot a munkámhoz. Főleg a program indulásakor jelentett sokat, hogy megerősítést kapjak, hogy jó irányba haladok. Jelen program kapcsán nagy könnyebbséggel tudtam megélni, hogy szigorú értelemben nem kell indikátorokat teljesíteni, ez mindig pluszterhet jelent egy-egy program megvalósítása kapcsán, és ebben a „témakörben" eleve nehéz számszerűsíteni az eredményeket.

S. V.: Az addiktológiai konzultánsi „tudástárat", eszközrendszert tudtad alkalmazni szociális munkásként is, vagy abban a szerepkörben ennek nem lehetett teret adni?

G. T.: Nyilván van tere, és kell is alkalmaznom, mert jelentős számban jelenik meg a függőség mint probléma az ügyfelek vonatkozásában, de egyszerűbb és tisztább határokkal lehet dolgozni így, hogy elkülöníthettem a program által ezt a két szerepkört, feladatot. Másrészt a programban ez a fajta szaktudás, munka el van ismerve, és finanszírozásra is került.

S. V.: Miben látod a program keretében végzett munka legfőbb hozadékát, eredményét?

G. T.: Az információk átadásával viszonylag sok ügyfél belátással lett arra, hogy pl. az alkoholizmus betegség, ezt nagy eredménynek tartom.

S. V.: Tapasztalatod szerint mely szűkebb ügyfél- vagy problémakör az, ahol a leginkább számíthatsz kedvező eredményre, és melyeknél a legkevésbé?

G. T.: Amely ügyfélnél van alapból motiváció – pl. családdal, gyermekkel való kapcsolat javítása a cél –, ott könnyebb a munkát elkezdeni, és kedvezőbb eredmények is érhetőek el.

S. V.: Mik a tapasztalataid a külső intézményekkel kapcsolatban az ügyfelek irányítása során? Kapcsolatfelvétel, betegirányítás lehetőségei, informál(ód)ás mindkét irányban.

G. T.: Tapasztalatom, hogy a már ismert betegeket előítélettel fogadták sürgősségi osztályokon, pszichiátriai gondozóban az állami ellátásban. Ezt az előítéletet a Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat által működtetett addiktológiai központban nem tapasztaltam.

S. V.: A program indulása előtt volt ezekkel az intézményekkel kapcsolatod, illetve változott-e a program megvalósulása során?

G. T.: Volt helyi szintű kapcsolatom az intézményekkel. Más irányba ment el a beszélgetés, kapcsolat, amikor az addiktológia szakszavait használtam, talán jobban egy nyelvet beszéltünk.

S. V.: Szerinted van szükség az együttműködési lehetőségek, betegutak bővítésére, és ha igen, milyen módon?

G. T.: Fontos lenne, hogy a nem helyi szintű intézményekkel is legyen kapcsolat. Főleg az olyan városokban, ahol nincs a rehabilitációs ellátórendszer kiépítve.

S. V.: Milyen új szakmai kihívások elé állított téged a program megvalósítása? Hogyan tudtál ezeknek megfelelni, ezekhez alkalmazkodni?

G. T.: Az egész program egy új szakmai kihívás volt, hiszen frissen végzett addiktológiai konzultánsként kezdtem a programban. Segítség volt, hogy a Közalapítványhoz fordulhattam kérdéseimmel, illetve helyben is tudtam megerősítést kérni az említett szakemberektől, ha esetleg elakadásom volt.

S. V.: Eddigi tapasztalataid alapján miben látod a program hasznát, legfőbb hozadékát?

G. T.: Számomra a leghasznosabb az ismeretterjesztés, a fogalmak pontosítása mind a kliensek, mind a kollégák irányába. Legfőbb hozadéknak az egyes sikeres eseteket élem meg, amikor beszámolnak arról, hogy megfordult a fejükben, hogy bemennek a kocsmába, isznak valamit, de aztán beugrott az, amit itt beszéltünk. Amikor az előgondozás sikeres, és valaki befekszik az osztályra egy tényleges változtatási szándékkal, amikor felveszi valaki újra a családjával a kapcsolatot stb.

S. V.: Az intézménytől kaptál visszajelzést, hogy változást látnak azokon az ügyfeleken, akikkel dolgozol?

G. T.: Nemrég jelezték vissza az utcai gondozószolgálat munkatársai egy ügyfelem kapcsán, hogy már felismerte magán a nagyon rossz pszichés állapotot, és képes volt segítséget kérni. Ez is nagy eredmény.

S. V.: Meg tudsz nevezni bármit, ami akadályozott a program eredményes megvalósításában?

G. T.: Nem volt nyomás, hogy indikátorokat hozzunk, teljesítsünk, és ez nagy könnyebbség volt számomra.

S. V.: Mi segíthetné a programot abban, hogy az eredmények tovább növekedjenek?

G. T.: Optimálisabb lenne, ha arra is lehetne időt szakítani, hogy a kollégákkal is megosszuk a tapasztalatainkat, a munkánk menetét, hogy az egyes klienssel éppen hol tartunk. Jelenleg erre nincs elhatárolva időkeret, illetve a szociális munkások programban végzett munkájáért sem jár anyagi kompenzáció, és ami az egyeztetést illeti, mint addiktológiai konzultáns, én is a szabadidőmből áldozok erre. Sokszor csak telefonon tudok egyeztetni a szociális munkásokkal egy-egy ügyfél állapotáról, és ez mindig nehézkesebb konzultációt jelent.

Nyári időszakban a nappali melegedőt kevésbé keresik fel, viszont ide bejönnek a közelség miatt, és visszajárnak a konzultációkra. Erre nem számítottam, és pozitív visszaigazolásként tudom megélni az elvégzett munkát illetően.

Több utcán élő hajléktalan embert sikerült bevonni a programba. A közeli garázssor környékén töltik az éjszakákat, és átjönnek hozzám konzultálni. Ha nem értünk is el absztinenciát velük, és ilyen célkitűzéseket meg sem fogalmaztunk még, nagy eredménynek érzem, hogy egyáltalán érdekli őket a téma, és be lehetett őket vonni a programba. Lehet

beszélgetni velük arról, hogy ők hogy látják, az alkoholfogyasztásuk milyen negatív következményekkel jár. Ezeknek a látszólag „apró" eredményeknek is nagyon örülök. Fontos a kliensek és a magam szempontjából is, hogy részcélokat is meg tudjunk fogalmazni, és kisebb eredményeknek is tudjunk örülni.

S. V.: Ezek az ügyfelek érzékelik akkor, hogy az alkoholfogyasztásuk probléma?

G. T.: Ha arányt kellene mondanom, akkor azt tudom mondani a tapasztalataim mentén, hogy 10 ügyfélből 7 belátja, hogy neki az alkohol probléma. Közülük akad olyan, aki belátja, de azt mondja, ő nem akar ezen változtatni. Van, akivel a konzultációk folyamán viszont elindulunk egy úton, elmondom nekik, hogy ez egy betegség, és azt érzem, hogy fel-felnyílik a szemük, elgondolkoznak a hallottakon, és kisebb-nagyobb gondolkodásbeli, viselkedési, magatartási változásokat, eredményeket is elérünk a közös munka során. Végigvesszük, hogy miért lehet ez a betegség, mik lehetnek az okai stb. Az egyik általam tartott csoport is például kifejezetten edukációs jellegű volt. Végigmentünk az alkoholizmushoz kapcsolódó fogalmakon, a családi háttértényezőkön, nagyon sokan szembesültek azzal, hogy „nem csak az ő hibájuk" a kialakult függőség. Amit ezekből a „felismerésekből" még kiemelnék, hogy nem az volt érzékelhető, hogy mentegetik magukat, hanem tényleg egyfajta tudást szereztek a betegségükről.

Említettem, hogy 19 éve a hajléktalanellátásban dolgozom, de ez az első alkalom, hogy mint addiktológiai konzultáns, és nem mint szociális munkás foglalkozom hajléktalan emberekkel. Kicsit tartottam is ettől, de ennyi idő elteltével már megnyugodtam, mivel azt tapasztaltam, hogy tudom alkalmazni az egyetemen tanultakat, és tudunk eredményeket elérni az ügyfelekkel. Ha egy-egy eset kapcsán elakadok, akkor van lehetőségem az intézményben működő egyéni szupervízió keretében egy másik szakemberrel megosztani a problémát, elakadást, és ezekben az esetekben megerősítést, visszajelzést, iránymutatást is kapok. Az ügyfelektől is kapok pozitív visszajelzéseket, maga az, hogy tartják az időpontot, hogy megjelenésükben is megtisztelik ezeket az alkalmakat, pozitív visszajelzésként értékelhető.

Fontosnak tartom, hogy én is visszajelezzek nekik, hogy „értékeljem" az elhatározásukat, hogy megpróbálnak tenni magukért. Volt egy eset, amikor a kliens arra az elhatározásra jutott, hogy megpróbálja a kórházi kezelést. Egyből jöttek a kifogások, hogy honnan lesz tisztálkodószer, cigaretta a befekvéshez. Ekkor egy felajánlással éltem: ha komoly az elhatározása, akkor adomány útján megtámogatjuk a kórházi tartózkodást, és biztosítjuk a tisztasági csomagot, illetve a cigarettát. A városban vannak olyan emberek, akikkel ilyen esetekben fel tudom venni a kapcsolatot, elmondom az esetet, hogy milyen ügyben és miben kellene a támogatás, és mindig akad valaki, aki segít. Ez a történet is így zárult, a kliens a kapott adománycsomaggal végül bevonult a kórházba.

Elmondható, hogy nagy előnyt jelent számomra a „helyismeret". Egyrészt az ügyfelek ismerete, tudom az előéletüket, a történetüket, ismerem a hozott problémákat. Másrészt könnyen találok civil támogatókat egy-egy szükséges esetben.

Kezdetben az új szerepkört azonban le kellett tisztáznom velük, el kellett mondanom, hogy most nem mint szociális munkás, a lakhatási problémájukkal, iratintézéssel fogok foglalkozni. Ügyeltem arra, hogy elkülönítsem a két területet. Elkülönítettem helyileg is:

azt majd az irodában megbeszéljük, de most ebben a szobában másról beszélgetünk. Másrészt egy kék mappa is egyfajta „jelként" funkcionált, amelyben a konzultánsi papírjaimat hordom: megtanulták, ha az van nálam, akkor más minőségben vagyok jelen. Külső jelekkel elkülönítem az addiktológiai és a szociális jellegű munkavégzést, szerepeket, és az alkalmakon a beszélgetések témáját tekintve is keményen próbálom ebben a határokat tartani. Persze itt is kell egyfajta rugalmasság, ha olyan problémát hoz, amiből nem tudom kizökkenteni, kénytelen vagyok meghallgatni.

Egy a közelmúltban történt eset, amikor olyan konfliktushelyzetet hozott a kliens, melynek kapcsán kértem, hogy mondja el, mit lépett ő az őt ért verbális támadásra, és vissza tudtam csatolni, hogy egy hónappal ezelőtt mit beszéltünk meg egy hasonló eset kapcsán, milyen kommunikációs „startégiában" állapodtunk meg egy hasonló esetben. Hogy ittasan a konfliktushelyzetekbe ne menjen bele, kerülje el azokat. Fel tudta idézni az ezelőtt elhangzottakat, és már saját maga mondta ki a megoldást az adott helyzet kezelésére. Végső soron nekik ez a hely az otthonuk, ez az a „viszonylagosan" védett közeg, ahol gyakorolhatják az asszertív kommunikációt, a konfliktushelyzetek kezelését, az önérdek-érvényesítést stb. Tehát óhatatlanul megjelennek a közös együttélés konfliktusai mint beszédtémák a konzultációs alkalmakon, de sikerül a beszélgetéseket olyan irányba terelnem, ami már a probléma megoldásáról szól, és hogy hogy lehet másképpen kezelni helyzeteket, eseményeket.

Kezdetben egyfajta negatív megítélés érte azokat, akik látogatták a konzultációkat azok részéről, akik nem, de ez lassan-lassan átfordult, és pozitív előjelet kapott a dolog. Most már egyfajta kiváltságként élik meg, akik járnak hozzám, hogy járhatnak, és ezt már közvetíteni is tudják a többi lakó irányába – kis túlzással divat lett ide járni. Vannak, akiket a kíváncsiság hoz be, de nem akarnak szembesülni dolgokkal, ők nem is jönnek többet.

S. V.: Milyen konkrét, tudatos lépéseket tettél (tettetek) az alkalmakon való részvétel motiválására?

G. T.: Volt egy tájékoztató a program indulása előtt, amikor elmondtuk, hogy milyen új „szolgáltatás" vehető igénybe. Van olyan ügyfél is, akinek az esetében a szociális munkás kis túlzással előírja, presszionálja a megjelenését az alkalmakon, mert úgy ítéli meg, hogy a probléma kezelhetősége az ő kompetenciahatárain túlmutat.

A program kezdeti stádiumában volt egy olyan érzésem, hogy az intézményi munkatársak többet vártak tőlem, a programtól, de sikerült aztán ezt helyre tenni, letisztázni velük. Beszéltem nekik a konzultációs munka lényegi elemeiről, az elvárható, reális célkitűzésekről stb. A kollégák különben támogatólag lépnek fel, az intézményi esetegyeztetéseken pedig el tudom mondani egy-egy ügyfél kapcsán, hogy az addiktológiai területen milyen célt tűztünk ki a klienssel, hol tart a folyamatban most, melyek az őt leginkább veszélyeztető kockázati tényezők stb.

S. V.: Meghatározhatók olyan ügyféljellemzők, amelyek mentén kimondható, hogy nagy valószínűséggel jobb eredményeket lehet elérni majd az adott kliens állapotában?

G. T.: A fiatalok és azok az emberek, akik frissen kerültek a rendszerbe. Már az ő esetükben is azt tapasztalom, hogy nagyrészt csak az előnyöket keresik, hogy mit profitálhatnak a dologból, a valódi elszántságot sokszor nem látom. Ugyanakkor nagyon elfogadó vagyok e tekintetben is, úgy vagyok ezzel, hogy az is eredmény, hogyha aznap nem fogyaszt alkoholt, nem használ szert, és rendezetten jelenik meg az alkalmon.

S. V.: Elküldöd azokat, akik ittasan jelennek meg?

G. T.: Mindenképpen szembesítem őket az állapotukkal, és elmondom, hogy ebben az esetben az állapota miatt nem tudunk haladni. Főleg alkoholos állapotban való megjelenés jellemző, és főleg a terápia kezdeti stádiumában, amikor még nagyobb az izgalmi fok, hogy mi fog történni az alkalmon. Ezekben az esetekben a kezdeti stressz oldódásával az alkoholos állapotban való megjelenés is eltűnik. Ha kábítószer hatása alatt érkeznek, akkor elküldöm őket, alkohol esetében az állapot, az elfogyasztott mennyiség függvényében döntök.

S. V.: Mennyire jellemző különben a droghasználat az ügyfelek körében?

G. T.: A fiatal klienseknél sokszor előfordul. A városban, a szállóhoz közeli lakótelepen alakult ki egy „terjesztőközpontja" a dizájnereknek. Ezekről általánosságban elmondhatók, hogy nagyon veszélyes szerek, folyamatosan változó összetétellel, és nem ismert, vagy csak részben ismert hatásokkal és következményekkel, magas addikciós potenciállal. Ilyenkor elmondom nekik, amit tanultam, amit tudok ezekről a szerekről.

A szűrésre általánosságban nagy hangsúlyt fektettem a kezdeti időszakban, és motiváció feltárására is. Mindig tisztázom, hogy milyen szándékkal van jelen az adott kliens, az sem baj, ha ebből helyzeti előnyt szerez (két órával előbb jöhet be a szállóra), de legyen kimondva, hogy mi a motivációja a terápiás részvételének, hiszen ennek mentén jelölhetők ki a célok is.

A tavalyi évben egy edukációs jellegű és tematikájú csoportot vittem végig. Idén a tavalyi csoporton részt vevő ügyfelek miatt nem akartam, hogy ugyanaz legyen, mint amin egyszer már végigmentünk, így a szokások és hagyományok, szerepek témakörét emeltem be, és ezeken a pontokon keresztül közelítünk a központi témánkhoz. Hogy mit hozott a származási családjából, milyen mintákat, szokásokat, szerepeket, értékeket, és ezeket most hogy használja. Más kép rajzolódik ki az állami gondozásból idekerülőknél, és más-más társadalmi rétegekből érkezettek esetén is differenciált képet kapunk.

A pszichoedukációs jellegű csoportülések esetén nyitott csoportként működtünk, így cserélődtek a csoportrésztvevők. Ebben az évben az új csoport esetében idővel zárttá tettem a csoportot, mert intimebb témák kerülnek feldolgozásra. A mostani csoportrésztvevők mindegyike ugyanazon szállóról jön. Az a tapasztalatom, hogy ha egy az életterük az adott ügyfeleknek, akkor könnyebben megnyílnak. Itt tényleg elmondható, hogy sikerült egy bizalmi légkört kialakítani. Jól jelzik azok a szituációk, amikor csoport alatt bekopog valaki az ajtón, és észrevehetően megdermednek a résztvevők, hogy „istenem, be ne jöjjön valaki ide".

S. V.: Beszéljünk egy kicsit a spiritualitásról mint gyógymódról, és annak a „közegben” való alkalmazhatóságáról!

G. T.: A terápiás munka minden esetben nagyban függ a terapeuta személyiségétől, és óhatatlanul hozok ilyen attitűdöket magammal. Azt tapasztaltam, hogy nem zárkóznak el ettől. A saját, elég nehéz életeseményemről értesültek az ügyfelek, mivel Szolnok nem egy nagy város. A személyes, nehéz helyzetemhez való hozzáállást – melyben vannak spirituális elemek – hitelesen tudtam képviselni, közösen átbeszélve a dolgokat pedig az alkalmazott „eszközeimet” az ő életükben szintén „el tudtuk helyezni”. Dilemmát okozott, hogy ezt a magánéleti eseményt feltárjam-e, de mivel nem tőlem, hanem másoktól tudomást szereztek róla, illetve egymás közt beszéltek is erről, jobbnak láttam, hogyha tiszta vizet öntök a pohárba. A tapasztalatom ennek kapcsán az, hogy a történetem a hasznukra van, és tanultak belőle.

NYOLCADIK INTERJÚ

AZ EMPATIKUS ORVOSI HOZZÁÁLLÁSRÓL, A TÖBBES DIAGNÓZISSAL TERHELT ÜGYFELEK KEZELÉSI NEHÉZSÉGEIRŐL

Alapadatok	
Szolgáltatást nyújtó szakember neve	dr. Lőrintz Zsuzsanna
Együttműködő partnerszervezet neve	SZMJVÖ Kríziskezelő Központ
Szolgáltatás helyszíne, szociális intézmény neve	Székesfehérvár, SZMJVÖ Kríziskezelő Központ
Dátum	2018. július. 25., az interjú a programmegvalósítás 2. évében készült

Elvégzett szakmai tevékenység főbb vonalai	
Szakember végzettsége	pszichiáter szakorvos, pszichoterapeuta
Szolgáltatásnyújtás havi óraszáma	havi 10 óra
Szolgáltatásnyújtás „fajtája/típusa” (rögzített, mobil, egyéni rendelés, csoportos terápia)	rögzített, egyéni rendelés és női csoport

STÉPÁN VIRÁG: A személyes beszélgetések, interjúk célja, hogy a különböző helyszíneken, a sok esetben különböző végzettséggel rendelkező szakemberek megoszthassák szakmai tapasztalataikat a „rendelések” kapcsán, mind az elvégzett szakmai tevékenység, mind pedig az ügyfelek mentális állapota vonatkozásában. Hogy látja ezeket a kérdéseket?

Dr. LŐRINTZ ZSUZSANNA: Szörnyű dolgokat tapasztalok. Szomatikus betegségek, hosszú ideig tartó, végstádiumban szenvedő emberek, reménytelen helyzetek…

S. V.: Múlt héten voltam Debrecenben, és tényleg, mintha nem is egy hajléktalanszállón lettem volna, hanem egy elfekvőben. Végstádiumban lévő betegek, rákosok, stroke-osok, végtagjukat elvesztett emberek, vakok...

Dr. L. Zs.: Itt mondjuk szuperek a kollégák, és az intézmény is mutat egyfajta tagoltságot, több részleg van, ahol a különböző egészségügyi állapotban lévő emberek igényeire valamilyen szinten talán tudunk reagálni. De ez egy szociális ellátóhely, a szociális rehabilitáción van a hangsúly természetesen, nem az egészségügyin, hiszen ez az intézményi profil.

S. V.: Ha jól láttam, itt aktív korú kliensek is vannak, valamint jobb egészségügyi és mentális állapotban lévő emberek.

Dr. L. Zs.: Érzékelhető azért egy „időseltolódás”, az idősebb generáció tagjai felülreprezentáltak, a középkorúak talán kevesebben vannak, és sok a fiatal is, akik kikerülnek az állami gondozásból, és nem tudnak megkapaszkodni.

S. V.: Nagyon sokan itt csapódnak le közülük?

Dr. L. Zs.: Igen, és jellemző körükben a droghasználat, vagy eleve személyiségzavarral terheltek, és akkor könnyebben nyúlnak szerekhez is. 20-30 éves korukra kiderül, hogy olyan személyiségdeficitesek, amivel jelen társadalmi közegben nincs kilépési lehetőségük.

S. V.: Akkor ez a két réteg jelenik meg az intézményben jellemzően? Az állami gondozásból kikerült fiatalok, valamint a rossz egészségügyi és mentális állapotban lévő idősebb korúak?

Dr. L. Zs.: Igen. Az idősek között sok a stroke-os, demens beteg – ez egy elég nagy réteg –, vannak alkoholbetegek is szép számban, a fiatalabb korosztályon belül pedig a drogfüggőség a legjellemzőbb. A szenvedélybetegeknél a szorongás, a depressziós betegségek „alapként” sok esetben jelen vannak, vagy idővel társulnak a szenvedélybetegséghez.

S. V.: Mentális értelemben is tehát a többes terheltség jellemző?

Dr. L. Zs.: Sokan már dementálódtak, ezekben az esetekben nehéz bármilyen rehabilitációról beszélni – esetleg állapotfenntartást lehet végezni. De van egy jelentős réteg, akik megfoghatók, és akik hajlandók is változtatni, ők viszonylag még fiatalabb korban is vannak.

S. V.: A havi 10 óra elég kevésnek tűnik a kliensek állapotának rövid áttekintése alapján is. Az adatszolgáltatásból látom, hogy főként egyéni rendeléseket tart.

Dr. L. Zs.: Igen, illetve tavaly volt egy csoport kifejezetten nőknek, de ez már lezajlott.

S. V.: Mesélne arról, hogy ez milyen jellegű csoport volt? Kettős vezetéssel ment?

Dr. L. Zs.: Nem. Ezt egyedül csináltam. Elég nehéz volt. Nagyon nagy volt az ellenállás. Nagyon különböző emberek vannak itt egy helyre összezsúfolva. Nem igazán mertek részt venni egy olyan csoportmunka-folyamatban, ahol meg kellett volna nyílni, mert tartottak attól, hogy ha vége van a csoportnak, akkor ők ugye együtt maradnak, és zajlik az élet tovább. Bizalmatlanok voltak egymással.

Eleve sokan kilátástalan helyzetben vannak, ezt persze nagyon nehéz belátni és kimondani. Voltak páran, akik az ellátásból való kikerülés felé tudtak lépdelni, de hiába tudták megfogalmazni a céljaikat négyszemközt, az egyéni rendeléseken, csoportra ezt már nem merték behozni.

Amikor a női csoportot elindítottam, több program is futott a szállón. Elindult egy támogatott lakhatási program. A lényege, hogy bizonyos ideig segítjük a klienst abban, hogy

megkapaszkodjon, utána önálló lakhatást teremtsen magának, és fenn is tudja tartani. Különben én a városi közösségi pszichiátriai ellátás szervezője és vezetője vagyok, és több hajléktalan klienst sikerült bevonni a közösségi pszichiátriai ellátásba. Én ezt látom működőképesnek: amikor a többszörösen terhelt ügyfél (pszichiátriai, szociális) egy időben több irányból van megtámogatva.

Ez a két-három különböző program nagyon szerencsésen jött itt most össze. Ezzel lehetett kezdeni valamit. Több irányból kapták a támogatást egy időben. Van egypár beteg, akit meg lehet így „tartani". Részben a támogatott lakhatásban van benne, részben a közösségi ellátásban, és egyénileg is foglalkozunk velük. Most például van egy fiatal, roma, pszichotikus beteg, államilag gondozott, bekerült ebbe a programba – ez szuper, kíváncsi vagyok, mit fogunk tudni elérni –, és bent van a közösségi ellátásban is.

S. V.: Sokszor hallom azt, meg látom, főleg a fővárosi ellátóhelyeken, hogy elkezdődnek ezek a programok, és mindegyik teljesen hasznosnak mondható a célcsoport függvényében, de nem tudják egymást támogatni, egymásra épülni, egymás hatását erősíteni, hanem egyik a másiktól „elszigetelten" fut, és gyakorlatilag a kollégák sem tudják, melyik programban pontosan milyen munka folyik.

Dr. L. Zs.: Itt van egy személyes munkakapcsolat, és így könnyebben informálódunk. Nekem személyes kapcsolatom van az intézményvezetővel, mi dolgoztunk is együtt. Úgy bővítettük a közösségi ellátást, hogy a hajléktalanok is be tudjanak kerülni, és szerencsésen összejött a két program.

Visszatérve konkrétan a tavalyi női csoportra, az egyszer lement, de én nem erőltetem tovább, mert ez nem egy tematikus csoport volt. Lehet, hogy tematikus meseterápiát kellett volna inkább tartani, a lényeg, hogy nem sok eredményt hozott.

Tehát a tevékenységemben a hangsúlyt az egyéni rendelésekre helyeztem: vizsgálat, diagnózis, tesztek, tesztek alapján diagnosztizálás, tanácsadás, motiválás, egyéni terápia, amit folytatok. Szakorvosi véleményezés is volt többször, amikor intézményi elhelyezéshez ez kellett. A különböző diagnosztikai tesztek, mentálisállapot-felmérés, demencia alapján tudok írni egy beutalót, vagy javaslatot tenni a szociális intézménybe való elhelyezésre. Ilyen eset több volt. Vagy például tudok javaslatot tenni a leszázalékolásra is, mivel szakorvos vagyok. Kórházi beutalás is volt, sürgősségi beutalás is sajnos. Hangsúlyt fektetek még az edukációra is, ma is volt, és van egy folyamatos gondozás is, amit végzek több betegnél.

S. V.: Tehát akkor, jól értem, volt már előzetesen is munkatapasztalata hajléktalan emberekkel?

Dr. L. Zs.: Hát igazából nem, általában a hajléktalan emberek nem kerülnek el a gondozóba, legalábbis nagyon ritkán. Most nem tudom, hogy az addiktológiai szakrendelésen mennyire fordulnak elő hajléktalan kliensek, ott én nem vagyok érintett. A gondozóban és a közösségi ellátásban, ahol én dolgozom, nem találkoztam hajléktalan betegekkel, csak most, hogy bővült a közösségi ellátás, innen is jönnek betegek. Sajnos szomorú megtapasztalásom az, hogy többségében, sokszor „begyógyulnak" ide az emberek, van, aki

huszonéve itt van. Tényleg azt lehet mondani, hogy megreked ebben az élethelyzetben, gyökeret ereszt, és nem lehet mozdítani.

S. V.: Mennyiben tér el a programban kezelt ügyfélkör az eddigi szakmai munkája során megismert ügyfelektől? (Hozott problémák, diagnózisok; együttműködés és terápiában maradás; elvárások a kezeléssel és a kezelővel kapcsolatban, határtartás stb.)

Dr. L. Zs.: A diagnózisok, a jellemzően jelen lévő betegségtípusok (függőségek, ehhez sokszor kapcsolódóan depresszió, szorongásos zavarok, személyiségzavar, demencia), amiket elsoroltam, nyilván ismertek. A program indulásakor egyrészt volt egy rá(m) csodálkozás, amikor megjelentem, hogy „jé, egy pszichiáter" – de ez csodálkozás volt, és nem elutasítás. Sőt, érezhető volt az is, hogy sokan pozitívumként élték meg, hogy „most megtisztelnek engem ezzel". Persze akadt olyan is, aki elszaladt, volt, aki ugyan bejött, de aztán rövid úton kifejtette, hogy neki erre nincs szüksége, bár az utóbb említett példa csak egy-két esetben fordult elő.

S. V.: Ez is újdonság, hogy így vették a kliensek a „megjelenését"? A program bevezetése előtt tettek azért valamit előzetesen intézményi oldalról, hogy ilyen lett a „fogadtatása"? (Inkább megtiszteltetésnek érezték, hogy egy szakember fog foglalkozni velük.)

Dr. L. Zs.: Pontosan nem tudom, hogy a kollégák a program kezdete előtt hogy „harangoztak" be, de szerintem ez egy szokatlan dolog volt, ilyen még nem volt. Ami feltűnő volt a program indulásakor, hogy a pozitívumként értékelt pszichiátriai jelenlét mellé nem társult motiváció a részvételre, sőt mondhatni a motiváció teljes hiánya volt érzékelhető. Ez az, amin biztos, hogy lehet változtatni.

Ezzel összefüggésben említem meg, hogy azt tapasztalom az itteni emberek többségén, hogy nincsenek elvárásaik. Nincsen motiváció és nincsenek elvárások. Nagyon jellemző a változtatás igényének a hiánya, illetve az is előfordul, hogy amikor mondja a kliens, hogy szeretne innen kikerülni, megkérdezem, mióta van itt, és a válasz az, hogy 91-óta. „Mit tesz azért, hogy innen kikerüljön? Hányszor próbált kikerülni?" – és erre már nem tudnak válaszolni. Aztán akadnak olyanok is, akik kikerülnek, aztán visszaesnek az ellátásba, majd újra ki, és így tovább. Ez egy konkrét eset, amivel most dolgozunk, de ő reményteljes, és a közösségi programban is benne van, nagyon bizakodó vagyok.

S. V.: Ebben az esetben milyen problémák voltak, hogy több ízben visszakerült a szállóra az ügyfél?

Dr. L. Zs.: Alkoholfüggőség. Egy nagyon értelmes emberről beszélünk, akinek az addikciója mellé személyiségzavar is társul, és valószínűsítem, hogy ezek kapcsán kerül mindig vissza, mert határtartási nehézségei vannak. Belemegy dolgokba, aztán az túl sok neki, és akkor vissza. Ezzel dolgozott a közösségben, hogy ezeket a helyzeteket felismerje. Benne van a lakhatási programban és a közösségi ellátásban is.

S. V.: Itt az önismeretre kell ráerősíteni?

Dr. L. Zs.: Bizony, bizony. És ez egy tényleg érdekes eset. Anonim alkoholisták 12 lépéses programjába jár, zarándokutakon vett részt – tehát nyilván neki több vagy más kell, mint általában. De ez egy folyamat, és én nagy reményeket fűzök hozzá.

Egy ilyen folyamatban az esetfelelősöknek is nagy jelentősége van. Nagyon jó szakemberek dolgoznak az intézményben, és küldik a betegeket, csak – és ebben megint úgy gondolom, hogy volt egy kis kezdeti zavar – van, akit teljesen indokolatlanul küldenek. Nem igazán értettem, nem minden esetben ismerik fel a kollégák a betegségeket, de hát nem is ez a dolguk.

Lehet, hogy nagyobb hangsúlyt kellett volna fektetni a szűrésre, minden lakót leszűrni például, és a tesztek alapján hívni be a klienseket. Ez nem történt meg, mert csak azokat szűrtük le, akiket a szociális munkások küldtek. Tehát összességében elmondható, hogy volt indokolatlan delegálás is, de sok esetben nagyon is indokolt volt a kliens irányítása, és ott volt mellette az esetfelelőse is, hogy patronálja, a kezelési folyamatban támogassa őt. Mivel nagyon sok a pszichiátriai beteg a lakók közt, így megfelelő szaktudásra és szakmai tapasztalatra is szüksége lenne a dolgozóknak e téren. Ugyanakkor a szociális munkások nagyon leterheltek. Nehéz beiktatni egy ez irányba ható ismeretátadást, érzékenyítést az életükbe.

S. V.: Érdekes, mert valahol érzékelhető, főleg talán a fővárosban, hogy a szociális szféra kitermelt egy ilyen irányú szaktudást. Több kolléga addiktológiai konzultáns és mentálhigiéniai képzéseken vett részt. Elmondható, hogy elindult egy ilyen folyamat a szaktudás, az ismeretanyag és a megfelelő eszközrendszer eléréséért a szociális szférán belül. Ez is jelzi, amit a doktornő is hiányolt, hogy egy ilyesfajta tudás legyen meg a szociális munkásoknál.

Dr. L. Zs.: Az mindenképpen jó, mert én természetesen nem ismerem azt a százvalahány ellátottat, aki itt él. Sokan közülük nem jutnak el hozzám annak ellenére, hogy a helyszínre kerültek a rendelési alkalmak. Kitöltöm az óraszámom betegekkel, de ez kevés…

S. V.: Sikerül továbbirányítani a klienseket olyan ellátókba, ahol esetleg a terápiás folyamatok végigvihetők?

Dr. L. Zs.: Ha az ügyfélben megvan a kellő motiváció, akkor igen. Legutóbb is volt egy fiatal férfi, akit sikerült rehabra küldeni. Nem tudom, hogy aztán milyen eredménnyel járt, mert ugye kikerült a szállóról és a látókörömből. Volt, aki többször volt már hasonló helyeken az ország különböző részein. Kérte is, hogy próbáljuk meg – őt is segítettem ebben. Aztán persze próbálom az esetfelelős kollégákkal is átbeszélni az egyes ügyeket, de erre nem mindig van lehetőségünk, ugyanakkor egyes kollégákkal állandósult a telefonos konzultáció a delegált kliensek kapcsán.

S. V.: Igen, a programnak nagy hiányossága, hogy nem különít el és biztosít időt a szociális munkások és az ellátást biztosító egészségügyi szakemberek konzultációjára. Nincs egyeztetési platform, csak eseti jelleggel alakítottak ki a kollégák kommunikációs csatornákat. Pedig a szociális munkásoknál is értékes és használható tudás van, ha csak

az ügyfélismeretet nézzük, amivel a szállóra került és csak részmunkaidőben foglalkoztatott „egészségügyi” szakemberek nem rendelkeznek.

Dr. L. Zs.: Igen, igen. Kezdeményeztem azt is, hogy legyen több teammegbeszélés, amire becsatlakozhatok, de erre sajnos nem nagyon volt lehetőség. Lehet, hogy én nem voltam elég asszertív ehhez, vagy tényleg annyira elfoglaltak a kollégák. Nagyon hasznos lenne, mert egy klienssel több szakember is foglalkozik, szimultán dolgozunk egy eseten, mondjuk hárman, abból én az egyik kollégával tartom a kapcsolatot, és lehet, hogy a másik kollégával „nem egy irányba” tartunk.

S. V.: Miben tudja önt segíteni az intézmény? Van bármi, ami a munkáját intézményi részről tovább segíthetné?

Dr. L. Zs.: Eleve a helyszín, az infrastruktúra biztosítása. Ahhoz, hogy teljesíteni tudjam azokat az adminisztratív elvárásokat, amit a projekt megkövetel, az itteni informatikai hátteret kell használnom. Ki tudom nyomtatni az adatszolgáltatási dokumentumokat, van számítógép, amin dolgozom, van egy helyiség, ahol az egyéni rendelések zajlanak. Ezek a körülmények adottak.

Amin javítani lehetne, az a különböző programok átláthatósága és átjárhatósága, hogy ismertebbé váljanak ezek az elemek kollegiális szinten, hogy tudjuk, min dolgozik a másik, hogy egymás munkájára jobban rálássunk, hogy az egyes munkafolyamatok a projekteken belül egymást erősíthessék, hogy tudjunk a projektek által nyújtott lehetőségekről…

S. V.: Mely szakmai tevékenységre helyezte az eddigiekben a hangsúlyt a program keretein belül (szűrés, gyógyszerelés, ügyfél-motiváció, egyéni terápia stb.)?

Dr. L. Zs.: A szűrés minden esetben megtörténik, amikor elkerül hozzám az ügyfél. A tesztelést is nagyon hasznosnak tartom, vannak önkitöltős tesztek is, az ügyfél elviszi, kitölti – bár sokszor utána kell menni, hogy akkor hol van az a teszt, amit kitöltött.

Gyógyszerelést kevésbé alkalmazok. Egy-két depressziós beteg van, akinek antidepresszánst adok. Különben nagyon figyelek arra, hogy ha adok is gyógyszert, akkor ne azokat, amikhez hozzá is lehet szokni, amiknél addikciós potenciál van. Ha egy gyógyszer függőséget okoz, és esetleg áruba bocsátják, az nagy károkat okozhat, veszélyes is természetesen, szóval ennek nem adok esélyt. Van lehetőségem gyógyszert felírni, de ezt nagyon megfontoltan teszem. A motiváció szintén nagyon fontos, és van lehetőségem egyéni terápiára is. A motiváció kapcsán még kiemelném, hogy a szociális munkatársak motiválása, a kollégák érzékenyítése is fontos lenne.

S. V.: Eltér ez a gyakorlat az eddigiekben végzett szakmai tevékenységétől?

Dr. L. Zs.: A szakmai tevékenység tulajdonképpen ugyanaz. Azonban talán a szakorvosi rendelést végző pszichiáternek a motiválásra és a különböző pszichoszociális technikák gyakorlására nem kell ekkora hangsúlyt fektetnie, mint itt az szükséges. Mivel azonban a

közösségi pszichiátriában dolgozom, nekem benne van a tevékenységi körömben, hogy az edukáció vagy a különböző szociális rendszerekben való részvétel fontos, hogy a potenciális lehetőségeket keressük föl, hangoljuk össze, irányítsuk rá a figyelmet.

S. V.: Mennyire egészül ki / kell kiegészülnie a szakmai tevékenységnek az emberi odafordulással, odafigyeléssel? Egy kolléga egyenesen azt fogalmazta meg, hogy csekélyebb mértékben a szakmai tudás és nagyobb mértékben az emberség, amit igazából véleménye szerint nyújtani tud ezeknek az embereknek. Ezt ön, hogy éli meg?

Dr. L. Zs.: Ez mindenképpen benne van. Az empatikus hozzáállás egyértelműen szükségeltetik, és azt gondolom, hogy ebben én elég jó is vagyok. Ez nagyon sokat tud segíteni úgymond szakmailag is, mivel a kliens pontosan érzi, hogy rá figyelnek, hogy emberszámba veszem. Sokszor tisztában vagyunk mindketten (a kliens és én is) azzal, hogy mi a helyzet, de mégis azzal, hogy megfogalmazza, kimondja, megosztja a problémáit, és meghallgatja valaki, egy csomó feszültségtől megszabadul.

Sokszor az itt lakással kapcsolatos konfliktusok és problémák átbeszélése, egyfajta ventilációja, valamint a probléma és konfliktus kezelésének felvázolása történik a rendelésen. Sok a súrlódás, mert különböző emberek vannak egy helyen összezsúfolva, sok esetben pedig különböző betegségekkel terhelt emberek, tehát nemcsak a különbözőséget, hanem egymás betegségeit és annak következményeit is tolerálniuk kéne a békés együttélés érdekében. Segítő szakemberként részemről pedig nagyon fontos az előítélet-mentesség. Évtizedek óta nagyon súlyos mentális betegekkel foglalkozom, soha nem éreztem azt, hogy ő kevesebb... és van egy olyan oldala is mindennek, hogy aki igazából reménytelen, az sem reménytelen, mert tudok neki egy odafigyelést biztosítani. Fél órában odafigyel rá valaki, és ő elmondja a gondját.

Ma egy olyan kliens volt itt az előbb például, akinek féloldalnyit tett ki a kartonján a diagnózisainak felsorolása. Az idősebb korosztály annyi betegséggel küzd, annyira rossz egészségügyi, mentális állapotban van, és annyira reménytelen a kikerülés, hogy valójában az emberi törődés, amit igazából segítségül adhatok. Van egy kliensem például, aki a 90-es évek óta itt van. Itt egy biztonságos közegben van ugyan, de ha elkezdem ezt a témát feszegetni, felvillantom annak a lehetőségét, hogy merjen álmodozni, esetleg tervezni – mert vannak különböző álmai, amiből aztán lehetnek tervek – lehet, hogy azokat már meg tudja valósítani egy kis segítséggel és támogatással.

Most egy másik kliensem is eszembe jutott, szintén „be van ide szorulva” egy jó ideje. Magas intellektusú (nem mondom a foglalkozását, de egy egyetemi végzettséggel rendelkező ember), amióta hozzám jár, felvette a gyerekével a kapcsolatot, aki külföldön él. Kezdetben nem merte elmondani neki, hogy hol van, szégyellte az élethelyzetét. Aztán valahogy mégis kiderült, a gyereke megtudta, hogy hajléktalanszállón él az apja, és most hívja magához, hogy költözzön ki hozzá, de nem mer. Nem mer lépni, mozdulni, nem mer elmenni. Elképzelhető, hogy valami folyamat elindult. Ez különben az egyéni esettől eltekintve is nagyon fontos pont, a családi, rokoni kapcsolatok helyreállítása. Nagyon sok olyan esettel találkozom, hogy vannak családtagok, hozzátartozók, akikkel megszakadt a kapcsolat, és akik előtt szégyellik a jelenlegi helyzetüket, ezért inkább fel sem keresik őket.

Ezek a családi, rokoni szálak viszont potenciális lehetőségek a kilépésre, még ha idős és beteg is az illető, ezek járható utak lehetnének. Sok esetben az egyetlen lehetőség, mivel már nem aktív korúak, és az egészségügyi állapotuk is leromlott.

S. V.: Ezen a szégyenen, hogy lehet őket átsegíteni?

Dr. L. Zs.: Nincs erre egy univerzális recept. Egyéni beszélgetések vannak, amikor megpróbálom a realitások mentén megkérdőjelezni a szégyenérzet megalapozottságát – hogy a kialakult élethelyzeten, mi is a szégyellnivaló. Mert mi miatt is kerültem ide? Azért kerültem ide, mert volt egy második feleségem, aki meghalt. Annak volt három gyereke, akik aztán kiraktak engem a lakásomból, és így lettem én hajléktalan. Akkor mi ebben a szégyellnivaló?

Szóval valahogy rávezetni őket ezekre a dolgokra. Aztán van, akinél ez sikerül, van, akinél nem. Nekem kognitív viselkedésterápiás végzettségem is van, és ebből a szakirányból hozott eszközökkel, a gondolkodási sémákat és folyamatokat igyekszem velük át- és felülíratni. Áthangolni a gondolkodási sémákat, hogy máshogy tudják nézni a dolgokat. Nem biztos, hogy olyan eredményeket tudunk egy-két év alatt elérni, hogy kimegy valaki innen, de az biztos, hogy sok esetben bizonyos folyamatok elindulnak.

Visszatérve az álmokból konkrét tervek „kidolgozására" és megvalósításra, eszembe jutott az előbb egy eset, amit el akartam mondani ennek kapcsán. Van egy kliensem, aki a 90-es évek elejétől itt van. A beszélgetések nyomán elkezdett gondolkodni, hogy akkor most mit is lehetne ezzel a helyzettel kezdeni. Egyik alkalommal elmondta, hogy el tudná képzelni, hogy elmenne egy idős emberhez, ahol a lakhatásért cserébe segítene a ház körüli munkákban és amiben kell. Ez is egy lehetőség lehet, sok idős ember él egyedül és szorul segítségre, mert a családtagok külföldre költöztek, vagy csak épp messze vannak, vagy rokonok és segítség nélkül maradt. Szóval ez egy fantázia volt, amiből lehet realitás, tervezéssel és cselekvéssel ez is lehet egy lehetőség.

S. V.: Milyen előfeltételezésekkel kezdett neki a programban folytatott munkának, voltak előzetes várakozásai, félelmei, hiedelmei?

Dr. L. Zs.: Volt egy olyan érzetem, hogy nem tudják értelmezni a megjelenésemet. Mintha az lett volna a lakókban, hogy őket már leírták, velük nem foglalkozik senki, és akkor most mi ez a pszichiáter itt, mit akarnak ezzel... Aztán volt egy olyan feltételezésem, hogy nagy lesz a rendelési alkalmon való megjelenéssel szembeni elutasítás, hogy „nem vagyok én bolond" felkiáltással gyorsan rövidre zárják majd a dolgot. Ez nem így történt szerencsére, ami talán annak köszönhető, hogy itt kevésbé van jelen a stigmatizáció. Van egy olyan séma, hogy ha bejön a gondozóba, akkor ott stigmatizálva van egyből, hiszen bejött a pszichiátriára. Mivel ide én jövök, ez egy szimpla szoba, ahol fogadom őket, gyakorlatilag semmi külső jele nincs annak, hogy ez egy pszichiátriai gondozás, nincs kiírva az ajtóra, hogy pszichiáter vagyok stb., ez szerintem nagyon lényeges momentuma a programnak, hogy ilyen módon nem stigmatizáló a környezet.

Különben elmondható, hogy nem utasítják el a kezelést, a jelenlétemet elfogadják. Lehet, hogy első pillanatban nem tudták értelmezni, de lehet őket motiválni. Már akit lehet,

természetesen nem mindenkit. Indításnak ez a program nem volt rossz. Ha újrakezdhetném, talán a szűrésre nagyobb hangsúlyt fektetnék. Tulajdonképpen mindenkit le kéne szűrni, és azokra helyezni a hangsúlyt, akik a szűrésen fennakadnak, ezt követően pedig természetesen azokba fektetni az energiákat, már részben a szűrés alapján irányítottan. Akkor hatékonyabban lehetne működtetni a dolgokat, mert így nagyon gyorsan eltelt az idő.

S. V.: Miben látja a program keretében végzett munka legfőbb hozadékát, eredményét?

Dr. L. Zs.: A szűrés, ami – ha nem is minden kliens esetében, de azért nagy számban – megvalósult, szerintem jelentős hozadék. Az, hogy a kliensek sorsát egy ilyen „székből" is figyelemmel lehet kísérni, és belépni a folyamatokba, ahol ez szükséges és lehetséges. Tehát maga a pszichiátriai és addiktológiai szakemberi jelenlét az, ami fontos. Vannak egészen extrém esetek is. Most egy poszttraumás szindrómát kezeltem egy új kliensnél. Utcán lakó volt, és valaki megtámadta éjszaka. A történtek folytán kialakult egy PTSD, és annak kapcsán került el hozzám. Időben el lehet kapni, és most már folyamatban van a gondozása. A program indulásakor többször előfordult, hogy a gondozóba akartam küldeni a beteget, megírtam a beutalót, de csak nem ért oda a kliens. Nem talált oda, vagy nem akart odatalálni, ki tudja. Most, ha ez megesik, helyben megoldjuk azt, amit meg lehet.

Lefolytatott szűrések, tesztelések eredményeként megállapítható volt, hogy nagy számban van jelen a szállón lakók körében az alkoholos demencia és a stroke is, amely betegségek általában szintén életvezetési, életviteli következményként álltak be, alakultak ki. A depresszió is sok esetben diagnosztizálásra került, általában ez is következményként, kísérő tünetként, többes diagnózis elemeként.

Mindhárom diagnózis esetében nehéz az irányítás, igazából nincs hova küldeni a klienst. A szociális otthon lenne a megoldás, és ha ez nem működik, akkor itt maradnak. Ez egy „nagy lyuk" a rendszerben, és egyébként is be vannak „dugulva" a szociális intézmények, évekig elhúzódik egy-egy kliens elhelyezése, tehát gyakorlatilag nincs felvétel. Ha egyes intézményekben van is felvétel, annak olyan magas a térítési díja, hogy az itt élők többsége nem tudja finanszírozni. A szállón lakók esetében 80 000 Ft körül van az átlagnyugdíj. Ezeknek az elhelyezéseknek a havi költsége pedig átlag 140 000 Ft-nál kezdődik, tehát ezek nem járható utak az itt lakók számára. Emellett az is tapasztalható, hogy hárítják is a hajléktalanságból jövő embereket, betegeket még akkor is, hogyha lenne hely.

S. V.: Mennyire csapódnak le a hajléktalanellátásba olyan emberek, akiknek egyébként az egészségügyi ellátásban lenne a helyük?

Dr. L. Zs.: Ez abszolút mértékben érzékelhető. A háziorvosi ellátás helyben biztosított, de nem tudom, mennyien kerülnek onnan például pszichiátriára szükség esetén. Ami szinte biztos, hogy a gondozóig nem jutnak el a betegek. Pszichiátriai osztályra, esetleg akut ellátásba bekerülnek. Ha valaki bekerül például a detoxikálóba, kijózanodik, kiderül, hogy pszichiátriai problémája is van, és akkor átkerülhet az osztályra, vagy előjegyzik az addiktológiai gondozóba, de ha nincs követés, rá van bízva a dolog, és akkor mindez elég esetlegessé válik.

S. V.: Az is tapasztalat, hogy valaki alkohollal bekerül az addiktológiai osztályra, és esetleg egy terápiára is eljut, de utána nincs továbblépési lehetősége. Ugyanoda kerül vissza, ugyanabba a közegbe. Egyrészt az elért szárazsága kapcsán nem éli meg az életkörülményi változást, fejlődést, másrészt a közegnek is van egy visszahúzó ereje. A legtöbb szállón még absztinensszoba sincs, nemhogy részleg. Ilyen feltételek mellett hamar visszapörögnek az aktív függőségbe, és végeredményben csak a kudarcélmények számát növeltük.

Dr. L. Zs.: Igen, a függőségek esetén nehéz tartós sikereket elérni. Ezekben az esetekben a járulékos következmények, a pszichés betegségek sem elhanyagolhatók, amik vagy eleve megvannak, és a szerhasználattal csak felerősödnek, vagy annak következtében alakulnak ki. A szorongásos zavarok, a hangulatzavarok nehezen kezelhetők. A drog indukálta pszichózisból vagy kijön valaki, vagy benne marad. Tehát van, aki „úgy marad", nem tudunk rajta segíteni. Kialakul egy skizofrénia például, és ezen a kettős terheltségek (függőség és pszichiátriai betegség együttes jelenléte) esetén nagyon nehéz dolgunk van, az ilyen páciensek igencsak megterhelők a környezetük számára is. Ezekben az esetekben kellene a család, a szociális és az egészségügyi ellátórendszer szoros együttműködése. Ezek az esetek heroikus küzdelmek.

S. V.: Itt a dizájnerek mennyire jöttek be?

Dr. L. Zs.: A fiatalabb korosztály esetén egyértelműen megjelenik a droghasználat, ha nem is feltétlenül a dizájnerek használata. Szerintem az állami gondozásból kikerültek igencsak veszélyezett réteget képeznek ebből a szempontból, gyakran tapasztalható esetükben a masszív droghasználat. Az ilyen helyzetben lévő fiataloknál az állami gondozás, droghasználat, hajléktalan létforma együttesen nehezíti a tisztaság elérését. Régebben volt egy utánkövető rendszer az állami gondozottak esetén, mára már ez sem működik. Van egy-két civil szervezet, akik igyekeznek utánanyúlni ezeknek a fiataloknak, de ez nagyon nehéz feladat.

Ami szinte teljesen reménytelenné teszi a helyzetet, az az állapot, ha valaki az utcán él. A pszichiátriai háttere lehet akármi: függőségek, különböző pszichiátriai betegségek, skizofrénia, depresszió, amit aztán elmos az alkohol és a droghasználat, lefedi ezeket a pszichés terheltségeket, betegségeket. Volt egy fiatal pár, akik próbáltak kitörni. Bekerültek a programba, aztán nem is tudom, mi lett velük. Sokkal több az igény, mint amennyi a lehetőség, de egy programba való bekerülés lehet egyfajta presztízs is számukra, amiben aztán egyúttal meg is tudnak kapaszkodni. A probléma az viszont, hogy nincs összehangolt működése a szervezeteknek, nem épülnek egymásra a különböző programok. Az ilyen nehéz helyzetekből való felállás csak többoldalú támogatás igénybevételével lehetséges, de ha ezek az „oldalak" nem kommunikálnak, vagy nem is tudnak egymás tevékenységéről, és nem tudnak összekapcsolódni, akkor kevés esély marad. Sokan kiesnek a hálóból, vagy bele sem kerülnek. Elbújnak az utcán. Aztán a személyiségzavar is igen nehéz ügy.

S. V.: Sokan említik a személyiségzavart, segítsen kicsit, ez pontosan mi?

Dr. L. Zs.: A személyiségzavar az, amikor a személyiség különböző részei diszharmonikus fejlődésen mennek keresztül. Nem alakul ki egy összerendezett személyiségstruktúra. Ezek az emberek általában nehezen alkalmazkodnak vagy nem tudnak alkalmazkodni. Jellemző az erős szorongás vagy erős függés, aztán a szerhasználat tovább torzítja a személyiséget, sok esetben jellemző az agresszivitás is. Gyerekkorban hol látszik, hol nem. Pubertáskorban ezek beépülnek és rögzülnek a személyiségben, aztán ha ráépül a függőség, az elmossa, összemossa a különböző jegyeket, tüneteket. Az állami gondozásban nevelkedetteknél sok esetben ott van a személyiségzavar. Ha egy ilyen érzelmileg nehezített közegben nem találja meg valaki a megfelelő megküzdési módokat, stratégiákat, és nem kap megfelelő segítséget, akkor könnyen esik pszichés „torzulásokba", hogy túléljen.

Ha azt vesszük, hogy például sokan elválnak, és többségük nem lesz hajléktalan, akkor kiderül, hogy megvannak azok a megküzdési módok és stratégiák a személyiségben, amik átsegítik őket a krízisen és tovább tudnak lépni, túl tudnak lendülni a nehéz élethelyzetükön. A pszichésen terhelt ember, például egy személyiségzavarokkal küzdő személy számára viszont nem állnak rendelkezésre ezek az eszközök, és egy ilyen életesemény „elsöpri". Ezekben az esetekben sokszor nincsenek meg azok a megküzdési stratégiák, amik a felszínen tartanák.

Személyiségzavar esetén az egyén általában szubnormális. Ez a személyiségbeli eltérés, ez a deficit elég ahhoz, hogy az alkalmazkodása nehézzé váljon. Sodorhatóvá válik, befolyásolhatóvá, sok esetben függővé. Akár egy személytől is lehet függő, akár egy kapcsolattól, vagy éppen pont nem tud társas kapcsolatot létesíteni. Az is gyakori, hogy izolálódik, és ez az izoláció megint csak táptalaja lehet az alkohol-, drogfüggőség kialakulásának.

A szorongás, a depresszió és a függőségek tekintetében nagyon fontos megjegyezni, hogy az alkohol az egy könnyen hozzáférhető szorongásoldó, és aztán mire észbe kap a kliens, addigra már késő, kialakul a függőség. Holott a szorongásos és depresszív megbetegedéseket lehetne gyógyítani. Tehát itt van szerintem egy beavatkozási lehetőség, hogy ezeket felismerjük időben.

S. V.: Mik a tapasztalatai a külső intézményekkel kapcsolatban az ügyfelek irányítása kapcsán? Kapcsolatfelvétel, betegirányítás lehetőségei, informál(ód)ás mindkét irányban.

Dr. L. Zs.: Sajnos voltak hárítások, fenntartások, elutasítások. Volt olyan beteg, akit akut szuicid veszélyeztetés miatt beküldtem a kórházba. Nem mertem itt hagyni, a szociális munkások vitték be a pszichiátriára saját autóval. Később mondták, hogy visszaküldték. Kérdeztem, miért küldték vissza? Az alkoholtesztje miatt. Átküldték a detoxikálóba, és a szondázás ezt meg azt mutatta, hogy ennyi meg ennyi szint. Amikor visszahozták, itt is megszondáztatták, és más értéket kaptak. Szóval nem értem, hogy lehet az, hogy ott mérnek ikszet, és visszahozzák, végig mellette vannak, és más az érték. Sajnos nekem tehát az a tapasztalatom, hogy vannak olyan esetek, amikor érzékelhető egyfajta hárítás az egészségügyi intézmény részéről a hajléktalan embereket illetőleg, a helyzetükből kifolyólag. Ennek az alapja szerintem előítéletesség, és talán az a gondolat is meghúzódik emögött, hogy „úgysem tudok rajta segíteni", úgyis reménytelen.

S. V.: Ön szerint szükség van az együttműködési lehetőségek, betegutak bővítésére, és ha igen, milyen módon?

Dr. L. Zs.: A közösségi ellátásban hiszek, és ha a szociális szféra által működtetett, támogatott lakhatási programokkal ezek a pszichiátriai ellátási formák támogathatók, az hatékony együttműködést eredményezhet. A hajléktalanszállókon általában van háziorvosi rendelés, és bennem az is fölmerült, hogy a háziorvosi ellátás mellett lehetne egy pszichiátriai szakorvosi ellátást is biztosítani helyben. Azt tapasztalom, hogy a hajléktalan embereket a belgyógyászaton ellátják, a bőrgyógyászaton ellátják, az onkológián ellátják, de a pszichiátriai osztályon sajnos nem feltétlenül. Tehát a háziorvosi ellátás mellett lehetne egy pszichiátriai szakorvosi ellátást is biztosítani, ahogy most ebben a programban legalább átmenetileg ez megvalósul. Kísérleti jelleggel meg kellene nézni az eredményeket. De ez nem csak nekem jutott eszembe, nem csak az én véleményem, és a most futó program tapasztalata is ez. Ez biztos, hogy segítene. Rossz a hozzáférés a pszichiátriai szakellátáshoz. Nem vagy nehezen jutnak el a szakrendelésre ezek az emberek, és ha eljutnak, ott is megvannak és működnek sajnos a hárítás különböző módjai.

S. V.: Milyen új szakmai kihívások elé állította önt a program megvalósítása? Hogyan tudott ezeknek megfelelni, ezekhez alkalmazkodni?

Dr. L. Zs.: Egy olyan betegkörnek a megközelítése, akik nem szoktak hozzá ehhez az ellátási formához, jelentős és egyben nehéz is. Nagyon fontos számukra – de mindenkinek fontos egyébként, aki eleve egy reménytelen és fásult helyzetben van –, hogy odafigyelést kapnak, hogy engem érdekel a sorsuk, ez a fajta attitűd, ahogy közelítek hozzájuk. Érdekel a problémájuk, és együtt gondolkodunk a lehetőségeken – már maga ez a helyzet segít. Ez a fajta attitűd már eleve egy gyógyító tényező. Ezt tanultuk is annak idején.

S. V.: Eddigi tapasztalatai alapján miben látja a program hasznát, legfőbb hozadékát?

Dr. L. Zs.: Együttműködés, kommunikáció a két szféra között. Amennyire lehet, az ismeretek átadása. A program által kialakult egy fokozottabb kommunikáció. Megismertem olyan embereket, akik az egyes klienseknek a közvetlen szociális segítői. Van, akivel közvetlen kapcsolat van, van, akivel nem, de ez esettől is függ.

S. V.: Meg tud nevezni bármit, ami akadályozza önt a program eredményes megvalósításában?

Dr. L. Zs.: A szociális intézményt a saját leterheltsége akadályozza, és egyes esetekben nincs kapacitás, idő és lehetőség szakmai egyeztetésre. Nagyon fontosnak tartanám a segítői munka eredményesebbé tétele szempontjából, hogy valóságos teamként működjön együtt a két szféra. A másik hasonló, talán idekapcsolódó észrevételem, hogy nem tud erről a programról igazából senki, szinte csak a konkrétan benne dolgozók. Ez sem jó szerintem, valamilyen formában „reklámozni” kéne ezt a dolgot. Nem tudom, mennyire van reklámozva.

S. V.: Semennyire. A megvalósítás kapcsán egyfajta előírás, hogy a kifizetéseket csak konkrétan a hajléktalan emberek segítését megvalósító munkabérek kifizetésére lehet fordítani, közvetlenül az ügyfelekkel végzett segítői munkát lehet finanszírozni. Ezért nem tudtunk elkülöníteni időt és költségkeretet az intézményi egyeztetési alkalmakon (team, értekezlet, esetmegbeszélés stb.) való rendszeres részvételre az egészségügyi dolgozók vonatkozásában. Ez az oka annak is, hogy egyfajta irányított szakmaközi kommunikáció, tájékoztatás sem történt a programról. A hajléktalan emberekkel való munkát lehet csak finanszírozni. Ez egy pilot jellegű program volt, és a jó hír az, hogy lehetőségünk van a felszínre került hiányosságokat, a megvalósítás kezdeti szakaszában megjelenő „gyermekbetegségeket" lejegyezni, és közösen gondolkodni arról, hogy hogy lehet és hogy érdemes majd kialakítani a jövőben az ehhez hasonló programokat. Sok esetben azonban rendszerproblémákkal találkozunk, vagy olyan, egész szférákra (egészségügy és szociális) jellemző tényezőkkel, amikkel nehéz mit kezdeni: az egészségügyi ellátórendszer túlterheltsége, az orvoshiány, hogy pszichiátriai betegek a hajléktalanellátásban csapódnak le stb.

Dr. L. Zs.: Igen, és egyébként ha most általánosítani akarok, persze ez a megállapítás maga is egy előítéletesség, de tapasztalatom szerint össztársadalmi szinten elég előítéletesek vagyunk. Lehet, hogy ezen megérné változtatni, mert ennek a „szövődményei" és azoknak a kezelése igencsak költséges.

Személyi jövedelemadójának 1%-ával támogathatja
alapítványunk munkáját.

A HAJLÉKTALANOKÉRT KÖZALAPÍTVÁNY ADÓSZÁMA:

18018521-1-42