

Dr. Buda Béla

A közösségi ellátás elméleti megközelítése

A közösség fogalma

Közösség elsődlegesen olyan emberi kapcsolatrendszert jelent, amelyben az emberek rendszeresen vagy gyakran érintkeznek egymással. Ismerősi viszonyban állnak, és a közösség földrajzi helyéhez, hagyományaihoz és értékeihez viszonyítva határozzák meg önmagukat. A közösség a személyiség elsődleges élettere. A közösség emberi kapcsolatait átfedőek, gyakran összetett struktúrákat képeznek. Család, rokonság, szomszédság, munkahelyi viszonyok, helyi üzletek, piacok, vallási szervezetek, közigazgatási szervek, önkormányzatok stb. alkotják a helyi közösséget. Tágabb értelemben közösségnek fogható fel minden olyan kapcsolati háló, amelyben az egyén önálló szereppel vesz részt, amely számára fontos, és amely valamilyen érték- és érdekközösségen alapul. Gyakran a tág értelemben vett közösségek ma mintegy virtualizálódtak, tagjaik kommunikációs eszközök segítségével tartják a kapcsolatot egymással.

A közösség kommunikációs rendszer, társas erőforrás, amelynek eszközeit és szolgáltatásait igénybe lehet venni, és amelyben az egyén mások számára is az erőforrások része. A közösség az egyén társadalmi integrálódásának eszköze, szociális védőháló, az önazonosság egyik pillére és önmegvalósítási terepe. Általában a szociális viselkedés színvonalának fenntartója.

A közösség minden formájának fontos eleme, ahogy a közösségi kapcsolatok interakciós és kommunikációs múltja él és felidézhető a közösség tagjainak emlékezetében, és erre mint kontextusra a kommunikációban utalni lehet.

Közösségen belül tehát a kommunikáció felgyorsul, és sok olyan jelentés hordozására képes, amely a közösségen kívüliek számára esetleg érthetetlen. A közösség tehát megkönnyíti és hatékonyá teszi tagjainak kommunikációját egymással.

A közösség dinamikus vetülete

A közösség elsősorban szereprelációkon keresztül működik. Ezek társadalmilag és kulturálisan (hagyományozottan) meghatározott viselkedési normák kölcsönös elfogadásán, ismeretén, megvalósításán alapulnak, és az emberek kommunikációját, együttműködését szabályozzák. A szerepek a nemi, életkori viselkedéstől az alkalmi találkozásig menően az élet minden szférájára vonatkoznak. Aktivitásban maradnak fenn; az aktivitás folyamatos tanulást jelent. A tanulásban fontos a társas visszajelentés a szerepelőírásoktól való eltérésekkel kapcsolatosan. Ilyen minőségben a közösség a szereprelációkon keresztül a szociális viselkedéskontroll eszköze. A közösségen belüli szociális tanulás legaktívabb a gyermekkorban és a fiatalkorban, ilyenkor fokozatosan történik a szerepek tanulása és gyakorlása. Fontos elem a szociális tanulásban a modellkövetés és azonosulás. Ennek mintáit a közösség tagjai adják. A közösség az egyén körül rétegzett elsődleges kapcsolathálózat a család és a rokonság. Ehhez szervesen kapcsolódik a baráti kör, a szomszédság, majd pedig a növekvő gyermek ill. fiatal, oktató és képző intézményei. Később munkahelyei képeznek kapcsolathálókat. A közösség hivatalos szervezete és ennek szereprelációi a közösségi viszonyok tágabb kereteit alkotják.

A szociális tanulási folyamatok összességét egyénre vonatkoztatva, az életfolyamat során azonos kapcsolatformákon és intézményeken át halad. Községi szocializáció a felnőttkorban is folyik, ha lassabban is. Erre szükség lehet közösségek változásakor ill. változásaikor. (A modern szociális fejlődés során a közösségi rendszerek gyorsan változnak.) A közösségi integráció az egyes emberek szempontjából változó és egyenetlen mértékű, változik az életfolyamattal kapcsolatosan (pl. az idősödő ember

veszít közösségi kapcsolataiból és szociális szerepeiből), sokan eltávolodnak, visszahúzódnak szerepeiktől, kapcsolataiktól, mások izolálódnak vagy közösségen kívül rekednek. A közösségi integráció alacsony mértéke gyakran együtt jár a viselkedési személyiségzavarok, pszichiátriai megbetegedések, kémiaiszor-abúzusok és függőségek keletkezésével, vagy azok oki tényezője lehet.

Az addiktológiai közösségi ellátás szemléleti kerete

Az addiktológiai közösségi ellátás krónikus szerfüggő, ritkábban viselkedési addikcióban szenvedő emberekkel foglalkozik. Számukra folyamatos gondoskodást, szakszerű pszichoszociális és viselkedési felügyeletet és folyamatos terápiás segítséget (viselkedésfejlesztő ill. magatartáskorrekciós terápiát) nyújt. Alapvető célja, hogy az idült addiktológiai betegeket (a kliensek e krónikus állapotukban betegnek tekinthetők) közösségi életkeretekben tartsa, ott biztosítsa számukra a beilleszkedés feltételeit, és elősegítse, hogy absztinensek maradjanak. Fontos távlati cél az addikciótól való megszabadulás, a gyógyulás. A közösségi ellátás központi eleme, hogy nem csupán és nem elsősorban az ellátásban részt vevő addiktológus szakemberek (addiktológusok, pszichiáterek, más orvosok, pszichológusok, szociális munkások stb.) és szociális gondozók, ill. a közösségben folyó gyógyszeres kezelés vagy csoportos fejlesztés erőire bízva a személyiség változását és a szerfüggőség leküzdését, hanem ehhez a közösség természetes kapcsolatformáit és kommunikációs folyamatait használja fel. Ennek lényege, hogy segít fenntartani mindazokat a közösségi kapcsolatokat, amelyek – általában észrevétlenül – a közösség átlagos, normálisnak mondható tagjainak lelki egyensúlyát is őrzik. Ezen túlmenően igyekszik fejleszteni ezeket, és a szerfüggő egyént megpróbálja mind több új emberi kapcsolatba és szociális csoportba bevonni. Ilyen módon az addiktológiai ellátott általános közösségi integráltsága fokozódik, és ezzel személyisége is fejlettebb működési állapotokba kerül. Megnyílik számára a változás és magatartásmódosítás útja, gyakran új, szociálisan konstruktív viselkedésformák átvételén, tanulásán át. A közösségi addiktológiai ellátásban tehát érték és cél minden természetes

emberi kapcsolat a maga kommunikációs és szereprelációs folyamataival, kölcsönhatásaival. Ezek megkönnyítik a függő személyiségnek a benne lévő emocionális komplexusok, szociálisan hátrányos motivációs állapotok és énműködési gátlások feldolgozását. Általában előrelendíthetik a megakadt én- és identitásfejlődését.

Az addiktológiai közösségi ellátásban tehát a gondoskodással és a terápiával legalább egyenrangú a közösségi reintegrálás, amelytől reszocializáció és reaktivitás várható. Ezzel elérhető közelségbe kerül, hogy a szer okozta kielégülések és belső kompenzációk helyett a társas kapcsolatokban és szereprendszerekben találja meg önmegvalósítási területeit és örömeit a személyiség. Ennek során egyensúlyi állapotainak megőrzésében tudjon támaszkodni a természetes közösségi segítségformákra.

A pszichiátriai és az addiktológiai közösségi ellátás

A közösségi ellátás szemléleti keretei, „filozófiája” ugyanaz mindkét nagy krónikus betegségcsoportnál. Mindkét esetben hosszú időn át kialakuló személyiségzavarról van szó, amely a természetes közösségekből való kiszakadás, elidegenedés állapotait hozza létre. Ezek miatt a kórfolyamatok fokozottan haladnak előre, súlyosbodnak, esetleg adekvát gyógyszeres kezelés, szakszerű ápolás ellenére is. A megbetegítő vagy kórfenntartó tényezők között mindkét betegségcsoportban szerepet játszhatnak kóros, hibás közösségi folyamatok. Általában ilyen a kirekesztés, a megbélyegzés, címkézés, stigmatizáció, kritikus stresszterhelés. A közösségi ellátás keretében ezeket a kóros kommunikációs és relációs módozatokat igyekezni kell megszüntetni és egészséges közösségi folyamatokkal helyettesíteni. Módszereiben, struktúrájában, szakmai etikájában tehát a kétféle közösségi ellátás hasonló, illetve azonos jellegű.

Lényeges különbségek adódnak a kliens lelki kórtanából és jellegzetes viselkedési sémáiból. A *közösségi pszichiátriai ellátás* kliensei főleg skrizofén betegek, általában fiatalabbak, mint az addiktológiai betegek, gyakrabban élnek működő családban és

rokonsági rendszerben. Fő életproblémájuk a kiesés a munkaerőpiacból, korábbi foglalkozásuk folytatásának ellehetetlenülése. Tüneteik általában megzavarják a természetes emberi kommunikációs és interakciós folyamatokat, és érzelmi eltávolodást, elidegenedést okoznak. A kapcsolatokban téveszmék, téves (paranoid) attribúciók keletkeznek, és általában megzavarodik a kommunikációs kölcsönösség és egyenrangúság az együttműködésekben. A közösségi ellátásban azért nagy hangsúlyt kap a munkaköri ill. foglalkozási rehabilitáció és a szociális viselkedést fejlesztő tréning. A mai gyakorlatban a közösségi ellátás során a pszichiátriai betegek esetében szükséges az antipszichotikumok rendszeres szedése és az orvosi ellenőrzés. Számítani kell tüneti fellángolásokra, visszaesésekre. A betegek viselkedésében elsődleges a gátlás, indítékhiány, érzelmi rezonanciaképtelenség. Ezt szedett gyógyszerek gyakran átmenetileg kiváltják, vagy erősítik. Az öngyilkosság veszélye az ellátásban fennáll és folyamatos figyelmet igényel.

Közösségi addiktológiai ellátásban túlnyomórészt alkoholisták részesülnek, közöttük viszonylag kevés a nő (míg a pszichiátriai közösségi ellátásban a két nem aránya közel egyforma), és a betegek idősebbek. Ma még ritka a közösségi ellátásban az idült drogfüggő vagy más viselkedési addikcióban szenvedő. Az alkoholisták sokéves, rendszerint évtizedes vagy hosszabb rendszeres szerhasználat után válnak függővé. Szociális viselkedésük sok kárt szenved, különösen szerepviselkedéseikben elégtelenek, gyakran agresszív megnyilvánulásokra hajlamosak, de legalább a legfontosabb magatartási szabályok követésére képesek. Gyakori kognitív károsodásaik ellenére gondolkodásmódjuk és kommunikációjuk konvencionális (szemben a pszichiátriai betegek tüneteivel, amelyekben bizarr közléstartalmak, megzavart gondolkodási működés és a konvenciókkal ellentétes vagy azokhoz nem illeszkedő kommunikációs módok gyakoriak). Az addiktológiai beteg tehát képes a „normális” viselkedésre, mindaddig, amíg az élettel járó megterhelések és frusztrációk elviselése, feldolgozása, megoldása helyett a szerhasználatot nem választja, és amíg a vele szembeni szerepelvárásokkal nem ütközik. A társas normák megsértésének módja hasonlít a társadalmi deviancia olyan változataihoz, amelyekben nem a képesség, hanem a szándék hiányzik.

Az addiktológiai beteg emiatt gyakran ütközik a törvényes és államigazgatási renddel, szabálysértési eljárásokba, bűnügyekbe bonyolódik, amiért rendszerint szankciókat is alkalmaznak vele szemben (a krónikus pszichiátriai betegek normasértései betegségükből erednek, és ezért a szankciók alól felmentést kapnak, ill. a normasértő motivációs állapotot gyógykezeléssel igyekeznek korrigálni). Az addiktológiai betegnek nagyobb esélye van a társadalmi reintegrációra, ha a szerhasználatot, a szerfüggés megnyilvánulásait kontrollálják. Hátrány azonban az idősebb kor és az értelmi károsodás.

A pszichiátriai közösségi ellátásban nem ennyire fontos a sok és különféle emberi kapcsolat, közösségi védőháló léte a személyiség körül. Inkább a biztonságos és erős kapcsolatok, az érzelmi támaszformák a lényegesek. Nem szabad kommunikációkkal és interakciókkal túlterhelni a betegeket, mert a segítő kapcsolatok ekkor nehezen feldolgozható stresszterhelést jelentenek. Az addiktológiai betegek számára inkább korrektív, fejlesztő kihívás minden kommunikációs és kapcsolati alkalom, csoporttagság. Számukra fontosabb a szociális tanulás. A pszichiátriai közösségi ellátásban a biztonságos viselkedési gyakorlótér a lényeges. Bizonyos kommunikációs ill. viselkedési elégtelenségeket a természetes közösségek nehezen kompenzálnak, ebben szociális készségtréning, kommunikációs tréning, pszichoedukáció kell, hogy támogassa őket. Addiktológiai esetekben a relapszus valószínűsége ugyancsak nagy, a közösségi ellátásban külön foglalkozni kell a visszaesés megelőzésével. Öngyilkossági veszély kisebb mértékű, inkább kötött élethelyzeti ill. egzisztenciális krízisállapotokhoz kapcsolódva jelenhet meg. Mind a pszichiátriai, mind pedig az addiktológiai ellátásban az öngyilkosságveszély megnövekszik, ha depressziós tünetek jelentkeznek. Pszichiátriai esetekben ezek összefügghetnek pszichofarmakológiai mellékhatásokkal, míg addiktológiai esetekben krízisreakciók vagy komorbiditás következtében állnak elő.

A két betegcsoport között a közösségi ellátásban még nagyon sok tüneti, életvezetési, viselkedési, kommunikációs stb. különbség mutatkozhat, amelyek a tapasztalt gondozók

és koordinátorok számára megismerhetők, értelmezhetők és az ellátásban kezelhetők. Ilyen módon fontos a specializálódás egyik vagy másik közösségi ellátási formára.

A tanulmány az ICsSzEM-NCsSzI Addiktológiai Szakértői Munkacsoport tevékenységének keretében készült.