

BUGARSZKI ZSOLT

A közösségi pszichiátriai ellátásról

Néhány gondolat egy új szolgáltatáshoz

Az alábbi gondolatok közzétételét az motiválta, hogy habár a szociális törvény 2003. január 31-től minden települési önkormányzat részére kötelezően előírja, mégis csak napjainkban kezdenek formálódni a *közösségi pszichiátriai ellátásként* nevesített szolgáltatások.

Írásomban néhány, a szolgáltatások kapcsán jellemzően felmerülő kérdést járok körbe, illetve az általam gyakran tapasztalt félreértések némelyikét szeretném eloszlatni, reményeim szerint némi fogódzót nyújtva ezzel a most induló szociális szolgáltatásoknak, melyek a pszichiátriai problémával

Mi is a közösségi pszichiátriai ellátás?

A szociális törvény az ún. speciális alapellátási feladatok között nevesíti a szolgáltatást, a következő szakmai tartalommal:

„65/B §

(...)

(2) A közösségi pszichiátriai ellátás keretében a pszichiátriai beteg részére lakókörnyezetében komplex segítséget kell nyújtani mindennapi életvitelében, továbbá lehetőség szerint biztosítani szükséges a meglévő képességeinek megtartását, illetve fejlesztését. A pszichiátriai beteg állapotának figyelemmel kísérése érdekében a szociális ellátást végző személy kapcsolatot tart fenn az ellátott személy háziorvosával, illetve pszichiátriai szakorvosával, valamint családjával. A pszichiátriai beteg számára segítséget kell nyújtani

- a) egészségi és pszichés állapota javításában,
- b) a mindennapi életében adódó konfliktusok feloldásában és problémái megoldásában,
- c) a szociális és mentális gondozásában,
- d) az egészségügyi ellátáshoz való hozzájuttatásában.”

(1993. évi III. törvény)

Bár ez a meghatározás nem túl részletező, mégis egyértelmű üzenetet hordoz számunkra, és tág kereteket ad ahhoz, hogy a meghatározáson belül a helyi sajátosságokhoz lehessen igazítani a részleteket.

Magyarországon kevés szociális szakember hallott ill. tanult a közösségi pszichiátria intézményrendszeréről vagy a pszicho-szociális rehabilitáció módszeréről. Talán ennek is köszönhető, hogy újra és újra bizonytalan, olykor kétkedésekkel teli kérdések merülnek fel a mibenlétével kapcsolatban. Ezeket a jellemzően felmerülő kérdéseket szeretném most körbejárni.

Hogyan lehet egészségügyi szakértelem nélkül pszichiátriai betegekkel dolgozni?

Talán érthető a kérdésben rejlő bizonytalanság, hiszen évtizedekig fel sem merült, hogy a mentális problémával küzdő emberekhez az egészségügyi ellátórendszeren kívül lévőknek is lehet köze. A szociális munkások, gondozók többnyire nem ismerik az alapvető diagnosztikus kategóriákat, az adekvát kezelési módokat, a gyógyszereket stb.

Ezen nincs mit csodálkozni ott, ahol az ellátórendszer egy olyan ideológia hatása alatt formálódott, amelyben legalább akkora hangsúllyal jelent meg annak igénye, hogy a problémákat a többségi társadalom előtt láthatatlanná tegyék, mint azé, hogyan kezeljék. A hazai pszichiátriai ellátás évtizedekig zárt falak között folyt, valahol a mindennapi életünkől nagyon távol.

Kevesen emlékeznek arra, hogy a két világháború között Magyarországon a mai napig korszerűnek tekinthető családi ápolási szolgáltatás működött a pszichiátriai betegek részére, és hogy az újonnan bevezetett módszereknek komoly hagyományaik vannak.

A közösségi pszichiátriai ellátás szociális szolgáltatás. Ahogyan azt a jogszabály rögzíti: a mindennapi életvitelben nyújtott komplex segítségről van szó. Jőmagam ezt így szoktam fogalmazni: annak ellenére, hogy valakinek pszichiátriai zavarai, tünetei, gyógyszerei vannak, van egy élete is. Lakik valahol, él valamiből, él valakivel, vagy éppen rá sem nyitják az ajtót, érez valahogy, vágyai vannak, tervei vannak, szükségletei vannak. Ezek pedig olyan dimenziók, amelyekben inkább szociális szakemberek mozognak. Orvosokat, ápolókat sok esetben arról panaszkodnak, hogy betegeknek akár az 50 százaléka is lehet olyan, aki valójában szociális indikációval foglal el kórházi férőhelyeket, vesz igénybe medikális szolgáltatást.

A nemzetközi irodalomban a hazánkban közösségi pszichiátriai ellátásnak nevezett szolgáltatást rendszerint eszménymentként (case management) említik. Ennek egyik legismertebb úttörője Leonard Stein volt, aki ACT (assertive community treatment) néven hozta létre mára klasszikusnak számító programját az Egyesült Államokban. Habár Stein pszichiáter professzor, programja az élet legalapvetőbb elemeire koncentrált (Stein, 1998). Amikor néhány évvel ezelőtt hazánkban járt, elmondta, hogy pszichiáter szakemberként gyakran olyan kérdésekkel foglalkozott, mint a bevásárlás körüli nehézségek vagy a városban való közlekedés. A megközelítés háttérében az először Zubin és Spring szerzőpáros által 1977-ben publikált, ún. vulnerabilitás stressz-elméletek állnak. Ezek értelmében a mentális problémában érintett emberekre jellemző egyfajta

érzékenység, vulnerabilitás. Az angol vagy a német nyelv előszeretettel használja a „vékonybőrű” kifejezést, amelynek sajátossága, hogy az ilyen ember nehezen küzd meg a hétköznapi élet mások számára egyébként szinte semmilyen problémát nem jelentő kihívásaival (Zubin & Spring, 1977). Ezeket Zubinék stressz-tényezőkként tartják számon, és valóban, életünk tele van olyan eseményekkel és olyan kihívásokkal, amelyek rendre próbára tesznek bennünket. Értelemszerűen azok, akik érzékenyebbek, akiknek alacsonyabb az ún. stressztűrő képességük, nehezebben bírkóznak meg az ilyen helyzetekkel.

Stein megközelítésében a legnagyobb felismerés talán az volt, hogy észrevették: a pszichotikus krízisek apró élethelyzetekből állnak össze. Meglátásuk szerint a relapszusokhoz (visszaesésekhez) nagyban hozzájárulnak a hétköznapi felgyülemelő stresszhelyzetek, és az azok mentén kialakuló folyamatos kudarcélmények, feszültségek. Ha ezeket el tudjuk kerülni, vagy legalább ritkítani tudjuk őket, akkor sikerrel megelőzhetők a visszaesések, és megakaszthatjuk az otthon és a kórház közötti ördögi körforgást, amit a magyar szakirodalom jellemzően forgóajtó-modellként ír le. Azt hiszem, gyakorlatilag erről szól a hazai közösségi pszichiátriai ellátás is. Elsősorban azt célozza meg, hogy az érintettek képesek legyenek az általuk választott közegben élni anélkül, hogy mindennapi nehézségeik miatt rendre visszakerülnének a kórházba.

Hogy ezeket a fent említett stresszhelyzeteket elkerülhessük, vagy ami még ennél is jobb, felül tudjunk kerekedni rajtuk, a legtöbb esetben nem medikális ellátásra van szükség. A bevásárlás, az adóhatóság felkeresése, az állásinterjú, vagy az első munkanap a munkahelyen, a családi civa-kodások, a közeli ismerős elvesztéséből fakadó gyász nem egészségügyi problémák. Élethelyzetek ezek, pillanatok, amelyekben jelen kell lennünk, hogy megértsük őket, és hogy segíteni tudjunk a megoldásukban.

A bevásárlás példája talán a leginkább alkalmas annak érzékeltetésére, hogy milyen hétköznapi helyzetekről van szó. A most már szinte mindenütt megtalálható nagy diszkontáruházakban, bevásárlóközpontban mindannyian gyakran járunk. Talán mások is észrevették már, hogy ezek az áruházak időközönként átrendezik a polcaikat, s felbontják a teljes, korábbi struktúrát. Ennek nagyon egyszerű oka van: ki akarnak zökkeníteni bennünket a rutinszerűen bejárt útvonalunkból. Ha csak tejet, kenyeret és a legszükségesebb élelmiszereket akarunk vásárolni, akkor ugyebár nem szükséges elsétálni a kerékpárok felé. Tudjuk, hol van, amit keresünk, és csak afelé megyünk. Gyakran így nem hat ránk a sok, egyéb csábító áru, hiába a leárazás, az akció, a színek orgiája, a biciklik csillogása.

Ha viszont rendre átrendezik az áruház szerkezetét, akkor be kell járjuk az egészet, hogy megtaláljuk, amit keresünk, és felfedező túránk alkalmával szemünk elé kerül cipő, kabát, mosópor és ezernyi más dolog, amit eredetileg eszünk ágában sem volt megvásárolni, ám most mégis a kosarunkba tesszük.

Vannak emberek közöttünk, akiket nagy szorongással tölt el, hogy kimenjenek az utcára, tülekedjenek a bevásárlókocsiért, vagy pusztán az, hogy idegen emberek között legyenek. Amúgy is szorongató élmény elmenni egy ilyen hatalmas bevásárlóközpontba, és ha a dolgokat nem ott

találjuk, ahol korábban voltak, az csak növeli a szorongást. Nem egyszerű megszólítani egy folyton sietve szaladgáló dolgozót, nehéz a kapcsolat-teremtés is. Lehet, hogy az egész annyira macerás és megterhelő, hogy jobb neki se vágni. Akkor viszont hogyan lesz kenyér otthon?

A példa talán további magyarázat nélkül megmutatta, mennyire nem medikális problémáról van szó. Még akkor sem, ha a szorongás háttérében valamilyen pszichiátriai diagnózis áll.

Mit tehet a közösségi pszichiátriai gondozó az ilyen emberek segítésére? Mit jelent az, hogy a hétköznapi életvitel segítése?

A pszicho-szociális rehabilitációban általában több módszer együttes alkalmazásáról van szó, a probléma jellegétől és a teamekben részt vevő szakemberek végzettségétől függően. Én itt alapvetően két megközelítést, a szupportív és az edukatív segítségnyújtási formákat szeretném kiemelni.

Azok az emberek, akik még közelebb vannak a megelőző pszichotikus krízishez, vagy éppen egy közelgő krízishez vannak közel, inkább igénylik a *szupportív* technikákat (a latin *supporto* = alátesz szóból). Hétköznapi nyelven fogalmazva ez azt jelenti, hogy jelen kell lennünk ezeknek az embereknek az életében, és amikor nehezebb időszakokat élnek át, mindent meg kell tennünk azért, hogy csökkenjenek a stressz-tényezőként számon tartott terhek. A szupportív technika direkt támogatást jelent, amelyet nyújthat a közösségi pszichiátriai gondozó, de bárki más is, akit az érintett bizalmába fogadott.

Ezekkel a támogató technikákkal kapcsolatban azonban tapasztalható egy jellemző félreértés. Talán mert a jogszabály (szerintem elhibázott módon) a gondozási központokhoz delegálja a közösségi pszichiátriai ellátást, sok helyen az idősellátásban meghonosodott gondozási feladatokat látják el pszichiátriai betegekkel kapcsolatban is.

Az idősellátás gondozási feladatai sok esetben a fizikális gondozás körül alakulnak. A közösségi pszichiátriai gondozónak ennél szélesebb horizontra kell kitekintenie. Véleményem szerint komoly gondokat fog még okozni, hogy összesen már három különböző jelentése van a gondozó szónak. Gondozók dolgoznak az idősellátásban, gondozókat találunk a pszichiátriai gondozókban, és most gondozók állnak munkába a közösségi pszichiátriai ellátásban. Mindhárom különböző jelentéssel bír, mások a munkakörök. Szerencsésebb lett volna a nemzetközi irodalomban meghonosodott esetmenedzser kifejezés használata, mely talán jobban utal a szolgáltatás valódi tartalmára. Ám nem ez került be a jogszabályba, így most meg kell küzdenünk az egyes kifejezések átfedéseivel.

Sajnos nagy a csábítás arra, hogy a közösségi pszichiátriai gondozó mindössze a túlterhelt gondozási központ stábját egészítse ki, átvéve az ottani módszereket. Habár minden munkába álló közösségi pszichiátriai gondozónak és koordinátornak kötelező egy tanfolyamot elvégeznie, a gondozási központok szellemisége – érthető módon – nagyban áthatja az új szolgáltatást.

A közösségi pszichiátriai gondozó automatikus beépítése az idősellátás stábjába azért sem szerencsés, mert ez a munka sok elemében más kereteket kíván. Hadd mondjak egy példát. Vannak gondozási központok, melyekben minden esetben a vezető látogatja meg először a szolgáltatás jövőbeni igénybevevőjét. Ő méri fel az igényeket, vele történik az első interjú, gyakorlatilag rajta keresztül folyik a kapcsolatfelvétel. Amikor ő úgymond „képbe kerül”, és tudja már, hogy mire van szükség, instruálja a kollégáit, akik ennek megfelelően ellátják a gondozási feladatokat.

Ez a gyakorlat működésképtelen a pszichiátriai problémával küzdő emberek esetében. Itt a kapcsolat felvétele, maguknak az igényeknek, a valós szükségleteknek a felmérése, de különösen a már ezekhez is szükséges bizalom kiépítése sok esetben hónapokat vesz igénybe. Ha mindezt a vezető teszi, akkor komoly zavart okoz a kapcsolatban egy esetleges váltás.

Tehát hiába, hogy a szupportív technikák a gondozási központok munkájához sok esetben nagyon hasonló, konkrét segítségnyújtási formákat is jelenthetnek – a közösségi pszichiátriai ellátás más megközelítést kíván. Az alábbi példa a Soteria Alapítvány Labirintus Munkacsoportjának eseteleírásaiból származik (az adatok megváltoztatásával közölve):

István 29 éves fiatalember. A diagnózis szerint skizofréniával kezelték, az eltelt, mintegy 10 évben. Kisebb-nagyobb megszakításokkal szinte folyamatosan kórházi kezelésre szorult. Munkatársainkkal a család vette fel a kapcsolatot, egy újabb kórházi kezelés idején. A kapcsolatfelvétel már az osztályon létrejött, a folyamatos látogatások sokat segítettek István bizalmának elnyeréséhez. Ezek a találkozók nem szóltak semmi másról, mint az ismerkedésről és István szükségleteinek felméréséről.

Ez a folyamat gyakran – főként ha a szakember jelenlétét eleve bizalmatlanság övezi – akár hónapokig is eltarthat.

A kórházból való kikerülést egy igen intenzív együttléti időszak követte. István akár napi ötször is hívta telefonon esetmenedzserét, a legapróbb bizonytalanság esetén is. Volt nap, hogy háromszor kellett kimenni hozzá, vagy találkozni vele a városban. Hosszú beszélgetések, közös bevásárlások, séták, a szülőkkel történő egyeztetés, hivatali ügyintéзések és mindeközben rengeteg együtt töltött idő jellemezte ezt az időszakot.

Bizonyos szempontból mondhatjuk azt, hogy a közösségi pszichiátriai ellátás irígylésre méltó szolgáltatás. Mindannyian örömmel vennénk, ha nehezebb időszakokban lenne valaki, aki mellettünk van, segít elmenni a hivatalba, közvetít a konfliktusainkban, leül velünk, és megbeszéljük a dolgainkat. A szupportív technikák ezt a jelenlétet testesítik meg.

Az intenzív időszak már hosszú napok óta tartott. A stábben kétségek merültek fel, hogy vajon meddig mehet ez így, hiszen István nem foglalhat le az idők végezetéig egy stábtagot, szinte teljes mértékben.

A szupportív megközelítésekkel kapcsolatban sokszor felmerül az a kritika, hogy függőséget váltanak ki. Mert igaz: amikor valakivel intenzíven dolgozunk, és szinte részévé válunk az életének, akkor felmerül a kétség, hogy ezt abba lehet-e majd hagyni valamikor. Olyan ez, mint amikor az ember a gyermekével van otthon. Mindenki tudja, hogy kb. hároméves korig nagyon erős a gyerek kötődése, és ilyenkor azt gondoljuk: ennek talán sosem lesz vége. Ám néhány év, és azt tapasztaljuk: már úgy kell utánuk szaladni, hogy legalább egy pusztit kapjunk tőle. Tehát nem szabad félnünk az effajta függőségtől, s hinnünk kell abban, hogy klienseink idővel a saját lábukra állnak. Az angol „recovery” kifejezés (melyet talán „felépülésnek” fordíthatnánk), magában hordozza azt a lényeges momentumot, hogy ez egy út, amit az érintett maga jár végig. Mi nem tudunk „felépíteni” valakit, a legtöbb, amit tehetünk, hogy kíséreljük ezen az úton, vigyázva a lépéseire. De mennie neki kell, és hihetünk benne, hogy menni fog.

A vitának maga István vetett véget. Kicsit több mint egy hét elteltével már napi egy találkozás is elég volt, azután ez is ritkult, s két hónap múlva István már csak hetente, kéthetente akart konzultálni, néha telefonon, néha személyesen. Szó sem volt már a korábbi függőségről.

Az edukatív technikák arra készítene fel, hogy mi magunk legyünk képesek legyűrni a nehézségeinket. Sok esetben a szó szoros értelmében oktatásról, tréningekről van szó, amelyek jelentősége abban is megmutatkozik, hogy ez a megközelítés sikeresen megbontja az orvos–beteg, szakember–beteg szerepet, és oktató–hallgató szerepre váltja azt. De itt nem a poroszos általános iskolák tanár–diák szerepeire gondolok, sokkal inkább mondjuk a nyelviskolák vagy a különböző piaci tréningek jellemző viszonyaira. Az edukatív technikákat az is vonzóvá teheti, hogy a hétköznapi ember számára ismerős keretek között alkalmazzuk őket. És valóban: sok esetben olyan módszerekről van szó, melyeket például az üzleti életben is gyakran megtalálunk. Kommunikációs tréningek, problémamegoldó, konfliktuskezelő tréningek, álláskereső tréningek rendszerek a nagy cégeknél, vagy a piaci alapon működő munkaközvetítőknél is. Ezek többnyire azt a célt tűzik ki, hogy a résztvevők képesek legyenek jobban megbirkózni problémás helyzetekkel. Ugyanez az alapgondolata a pszichiátriai betegeket megcélzó edukatív módszereknek is. Némileg sarkosan fogalmazva: a szupportív módszerek a világot teszik élhetőbbé az érintettek számára, míg az edukatív megközelítések inkább az érintetteket teszik képessé arra, hogy megfeleljenek a világ kihívásainak.

Összefoglalás

A fentiekből talán kiderül, hogy a közösségi pszichiátriai ellátás olyan szolgáltatás, amely hangsúlyosan „szociális”. Nem gyógyít meg senkit, nem a meglévő medikális ellátási formák alternatívájaként jelent meg, hanem minden elemében arra irányul, hogy a meglévő nehézségek ellenére élhetőbbé tegye az érintettek életét.

Eredményességét is leginkább ebben a dimenzióban mérhetjük. A szolgáltatástól azt várhatjuk, hogy az érintettek ritkábban kerüljenek krízishelyzetbe, és ezek következményeként kórházi osztályra, ill. hogy a többi, kiegészítő közösségi alapú szolgáltatásnak köszönhetően javuljon az érintettek helyzete, állapota az olyan, életminőséget meghatározó dimenziókban, mint amilyen a társas kapcsolatok mennyisége és minősége, a lakhatás, a munkaerő-piaci helyzet, a jövedelmi helyzet. Csak reménykedni tudok abban, hogy az elkövetkező években mind a közösségi pszichiátriai ellátás, mind pedig a további, nevesített közösségi alapú szolgáltatások intézményei országszerte létrejönnek, s a fent említett pozitív változások nem üres ígéretek maradnak csupán.

Hivatkozások

- L. Stein Alberto, B. Santos (1998): *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness* New York & London: W. W. Norton & Co. 1998.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977): Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.
1993. évi III. tv.