A befogadás problémái Nagyfán

A nagyfai Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézetbe az 1982. évi 41. számú tvr. értelmében az alkoholbetegek polgári és büntetőbírósági határozat alapján kerülnek. Az intézetnek az a feladata, hogy orvosi, pszichológiai, pedagógiai és szociális ráhatással, illetőleg terápiás munkavégzéssel a beutaltakat alkalmassá tegye új viszonyok létesítésére a családban, a munkahelyen és a társadalomban.

Ezen speciális feladatok ellátása szükségessé tette, hogy az egyes szakterületek egységbe fonódjanak, és mint vegyes összetételű munkacsoportok funkcionáljanak. A Munkaterápiás Alkoholelvonó Intézetben tehát az orvosi, pszichológiai, pedagógiai tevékenység egyfajta specializálódott változata működik, melynek középpontjában a torzult személyiség lehetséges korrekciója, a beutaltak reszocializációja áll.

Az intézeti kezelésnek két alapvető szakasza van: a 28 napos kórházi időszak, majd az ezt követő, minimálisan 11 hónapos munkaterápia. Egy év elteltével lehetőség van — az alkoholfüggőség oldódása esetén — az intézeti kezelés hátralevő részének felfüggesztésére, hosszabb időtartamú adaptációra.

Kórházi szakcsoportjaink együttműködésének fő célja, hogy kialakítsuk a betegségtudatot, azt a motiváltságot, mely szerint a beteg szükségesnek, és lehetségesnek tartja a gyógyulást, az életmódváltozást, tehát létrejön az úgynevezett késztetési állapot, amelynek leglényegesebb eleme a kooperációra való hajlam. Célunk továbbá, hogy a beteg megismerje betegsége alapproblémáit, az intézmény céljait, elvárásait, a terápia színtereit, valamint az AE-klubmozgalom nagyfai modelljét és az ügyintézési lehetőségeket.

Munkacsoportunk a befogadási időszak végén az átvevő osztályok számára tesz javaslatot. Ebben meghatározza a betegek személyre szabott terápiás programját, vagyis a szomatikus és pszichoterápiás programot, a terápiás munkáltatás színterét és a szabad idő eltöltésének ajánlott lehetőségeit.

Munkamódszerünk leginkább egy nyílt rendszerű pszichiátriai osztály munkamódszeréhez hasonlít. A terápiás közösség kialakítását szolgálják egyrészt a személyzeti megbeszélések, az esetmegbeszélések, a közös vizitek, a munkahelyi látogatások, másrészt a betegekkel való közvetlen foglalkozások (pl. a csoportfoglalkozások). Egy terápiás közösség létrehozása után a kórház már nem csupán a gyógyítási folyamat lokális színtere, hanem közösség, amely együtt vállalja a gyógyítás feladatát. Szakszemélyzetünk nem zárkózhat el a betegekkel való kontaktustól, sőt, segítenünk kell a beutaltakat konfliktusaik megoldásában is.

Az új betegek felvétele belgyógyászati és ideggyógyászati vizsgálatból, valamint az aktuális pszichés állapot felméréséből áll.

Ha szükséges, a gyógyszeres kezelést azonnal megkezdjük. A későbbiek során folytatódik a kivizsgálás és kiegészül a megállapított egészségkárosodás korrekciójával, a járulékos betegségek gyógyításával és a munkavégző-képesség felmérésével.

A kórházi orvos egyik fontos feladata a beteg pszichés explorációja[1]. Az anamnézis[2] alapján feltérképezhető az alkoholizmus személyiséghattere is. A személyiséget nemcsak statikus állapotában, hanem fejlődésében is megvizsgáljuk. Az autoanamnézis[3] kapcsán felvetődik a szubjektív torzítások lehetősége. Általános tapasztalat ugyanis, hogy az alkoholbeteg nem szívesen nyilatkozik őszintén, élettörténetét szépítve, torzítva adja elő. Ezt kivédendő, lehetőségeinkhez mérten heteroanamnézist[4] is felveszünk. Az általános kivizsgálással a kórházi program első szakasza lezárul. Ezután következik az elvonókúra, melyet a beteg általános állapotától teszünk függővé.

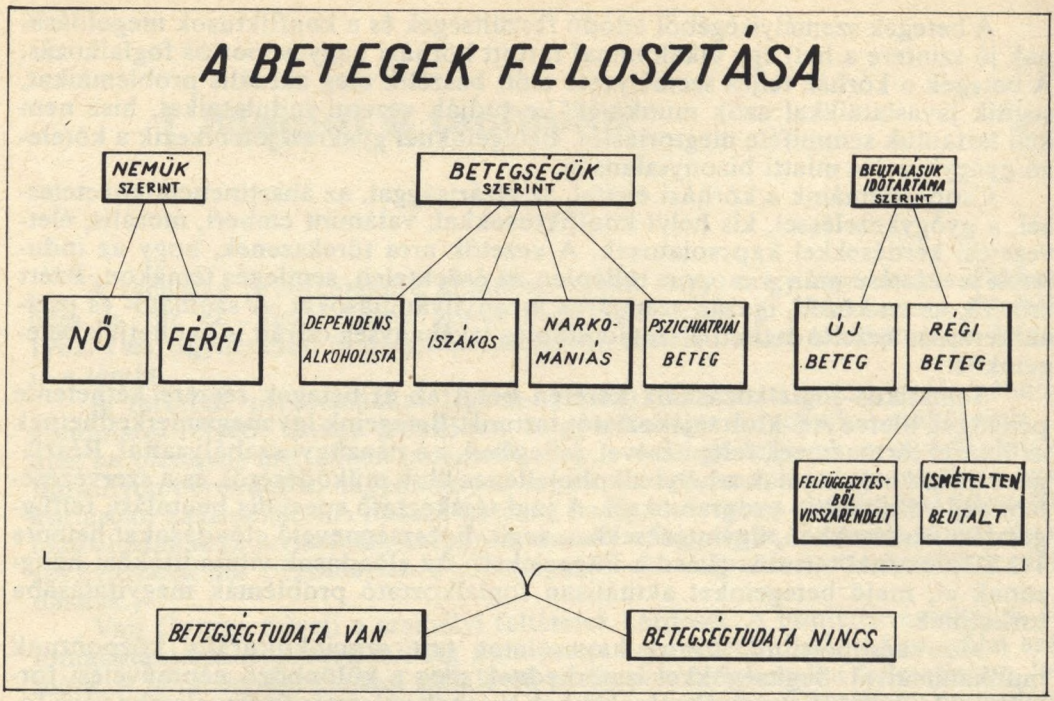
A következőkben a gyógyszeres elvonókúra nálunk leggyakrabban alkalmazott formáit ismertetjük röviden. Az úgynevezett averziós[5] kezelés a klasszikus feltételesreflex-elméletre épül. Apomorfinnal vagy emetinnel végezzük, mindkettő hányást keltő gyógyszer. Az injekció beadása, illetve a gyógyszer bevétele után a beteg elfogyaszt egy pohárral kedvelt italából, és mivel ezt hányás, illetve általános rossz közérzet kíséri, néhány kezelés után kialakul a feltételes reflex. Az esetek egy részében olyan erősen, hogy a beteg már az ital szagától is rosszul lesz. Intolerancia[6] szerként anticol, antaethyl tablettát alkalmazunk, ellenjavallat esetén pedig klion tabletta szedésére állítjuk be a beteget. Ezek a gyógyszerek gátolják a szervezetben az alkoholelbontó enzimek tevékenységét, minek következtében heves rosszullétet idéznek elő alkoholfogyasztás esetén. Mesterségesen hozzuk létre a hányási reakciót és azt az állapotot, melyben a beteg átéli a fulladás, kipirulás, az erős szívdobogás, a légszomj érzését. A kezelések befejezése után a betegek továbbra is szedik az intolerancia szerként használt gyógyszereket.

A szomatikus kezeléssel párhuzamosan pszichoterápiás tevékenységet is folytatunk. Ezen a ponton kapcsolódnak a kórház pszichológusai a gyógyító tevékenységhez. Munkánk célja a személyiség részletes megvizsgálása, úgynevezett pszichodiagnosztikai tesztekkel, explorációval, auto- és heteroanamnézissel. A vizsgálatok során többek között felszínre kerül a beutalt pszichés feszültségmegoldási módja, motivációs bázisa, viselkedésének standard formái és a kezeléshez viszonyuló attitűdje. Személyiségstruktúrájának feltérképezésére az alábbi teszteket (Rorschach, MAZI, MMPI, PFT, Szondy) használjuk. Ezekkel mérjük betegeink intellektuális színvonalát, mentális[7] hanyatlásának mértékét. Segítségükkel vázoljuk az élményfeldolgozás jellegzetességeit, a szociabilitást,[8] a kötődési, örömszerzési készséget, a feszültségtoleranciát, a viselkedés stratégiáit stb.

Betegeink rendezetlen pszichés állapotban, negatív affektív-emocionális[9] töltéssel kerülnek intézetünkbe. Tapasztalatunk szerint ezt az állapotot a betegségtudat teljes hiánya vagy csökkent mértéke, a beteg mögött hagyott zilált szociális háttér, a beutalás kényszer jellege, a relatíve hosszú ideig tartó intézeti kezelés váltja ki. Természetesen nem feledkezhetünk meg arról, hogy olyan alkoholbetegekről van szó, akik helyzetüket nagyrészt maguk okozták, illetve provokálták ki, és akik önerőből már nem képesek konfliktusaikat feloldani.

A kórházi betegforgalom, a rövid tartózkodási idő, a heterogén betegösszetétel, valamint az a cél, hogy egy személyreszabott komplex, terápiás programot indítsunk be, meghatározza számunkra az egyéni és a csoportterápiák célját, tematikáját.

[1] explorál: a beteget megvizsgálja és kikérdezi
[2] anamnézis: a betegség előzményeinek, okainak feltárása
[3] auto: szóösszetételek előtagjaként az utótagnak valamilyen önmagától való képességét jelöli
[4] hetero: szóösszetétel előtagjaként a vele összetett fogalom különféle elemekből való voltát jelöli
[5] averzió: idegenkedés, undor
[6] intolarencia: valaminek, főleg gyógyszernek a nem tűrése
[7] mentális: értelmi
[8] szociabilitás: társas érintkezésre való hajlam
[9] affektív-emocionális: indulati-érzelmi



A heterogén betegösszetétel talán részletesebb magyarázatra szorul. Noha betegeinben közös a mértéktelen alkoholfogyasztás ténye, mégis jól elkülöníthető csoportokba sorolhatjuk őket. (Lásd az ábrát!) A csoportfoglalkozásokkal a minimálisra próbáljuk csökkenteni a spontán csoportosulásokat, mivel betegeink helyzetükből és személyiségükből adódóan gyakran csapódnak agresszív társaikhoz. Célunk megismertetni és elfogadtatni, valamint gyakoroltatni az általános társadalmi normatívákat. A kiscsoportos foglalkozások pedig feszültséget oldanak fel, öngyógyító tevékenységre mozgósítanak, s így a beteg aktív részesévé válik a kezelésnek. Célunk az alkalmazkodás elősegítése és elérése. Hetente kétszer egyórás foglalkozásokkal indítjuk be a csoportokat, melyeket később a befogadó osztály pszichológusa, orvosa, nevelője visz tovább.

A 10—15 fővel működő csoportok heterogén összetétele a nem, az életkor, az IQ-eredmények, a bekerülési körülmények különbségéből adódik. A felmerülő problémák széles skálát ölelnek fel: így az alkoholizálás kialakulásának, az italozási szokásoknak, a kórházba kerülés körülményeinek, a gyógyulás lehetőségének, a családi—munkahelyi konfliktusoknak, a kezeléshez való hozzáállásnak, a kezelés utáni terveknek a kérdéseit. Természetesen az általunk kitűzött minimális célok mellett már ebben a kezdeti időszakban is beindulhat egyfajta intrapszichés[10] változás, mely alapját képezheti a végső célként kitűzött személyiségkorrekciónak.

Ahogy a beteg „tisztulni" kezd, úgy válik számára egyre traumatizálóbbá[11] az intézmény, a kórház. Deprimált[12] lesz, hisz nem tartja magát betegnek, mégis gyógyításra van kötelezve.

[10] intra: szóösszetételekben jelentése — belüli
[11] trauma: hirtelen bekövetkező, testi-lelki károsodást okozó behatás
[12] deprimál: lehangol, lever, elcsüggeszt

A betegek személyiségéből adódó feszültségek és a konfliktusok megoldásának jó színtere a heti egy alkalommal tartott kórházi nagycsoportos foglalkozás. A betegek a kórház teljes személyzete előtt beszélik meg aktuális problémáikat, segítik javaslataikkal azok munkáját. Le tudják vezetni indulataikat, hisz nem kell tartaniuk semmiféle megtorlástól. Betegeinknél gyakran jelentkezik a kötelező gyógykezelés miatti bizonytalanság.

Csoporttémáink a kórházi élettel, az elzártsággal, az absztinencia-követelésel, a gyógykezeléssel, kis helyi konfliktusokkal, valamint emberi, morális, életvezetési kérdésekkel kapcsolatosak. A vezetők arra törekszenek, hogy az indulatok levezetése után a csoport túllépjen az érdektelen, semleges témákon. Ezért erősítik az én-közeli, igazán személyes megnyilvánulásokat. A szomato- és pszichoterápiás kezelés mellett a szocioterápiás tevékenység csíráit is beültetjük betegeinkbe.

Tematikus foglalkozásaink keretén belül az új betegek részére kéthetente pénzügyi, illetve AE-klub tájékoztatót tartunk. Betegeink így megismerkedhetnek az intézet történetével, felépítésével, jellegével, s a pénzügyi szabályzattal. Részleges tájékoztatót kapnak a helyi alkoholellenes klub működéséről, és a szervezésében zajló szabadidő-programokról. A jogi tájékoztató speciális beutalási, felfüggesztési kérdésekben, ügyintézésekben segít. Egészségnevelő előadásokat hetente 1-2 alkalommal tartunk. (Lásd a Függeléket.) Az előadások vitaindítóként hangzanak el, majd betegeinket aktuálisan foglalkoztató problémák megvitatásába torkollnak.

Munkacsoportunk szoros kapcsolatot tart szociokulturális központunk munkatársaival. Segítségükkel ismerkednek meg a különböző népművelési formákkal és kulturális szolgáltatásokkal. A betegek választásait figyelembe véve fogalmazzuk meg a legmegfelelőbb szabadidő-eltöltési lehetőségeket. A kreatív és művészi foglalkozások mellett a gyógyfoglalkoztatás keretén belül történik a kötelező munkaterápiára való fokozatos előkészítés is. Ez igen fontos, mert betegeinknek csupán 40 %-a volt munkaviszonyban, a többiek alkalmi munkát végeztek rendszertelen életritmusban. A gyógyfoglalkoztatás tehát a rendszeres munkára való szoktatás első fokozata. A kórházi program végső állomása a beteg munkába állítása, lehetőség szerint a szakmájába. Munkacsoportunk az egyhónapos kórházi kezelés végén a fogadó terápiás osztály vezetésével egyetértésben körvonalazza a beteg személyre szabott szomato-, pszicho-, és szocioterápiás programját, és küldi el a beteget minimálisan 11 hónapos munkaterápiás fokozatra.

Greminger Zsuzsanna—dr. Rudisch Tibor—dr. Vasadi Anna

FÜGGELÉK

— Egészséges életmódra nevelés, káros szenvedélyek
— Alkohol—alkoholizmus, alapfogalmak, ártalmak
— Az emberi szervezet felépítése, élettani alapismeretek
— A munka és az ember
— Az egészséges személyiség (jellem, temperamentum, intellektus)
— Alkoholos magatartászavarok, jellemelfajulások
— A túlzott gyógyszerfogyasztás, narkománia
— Alkohol, alkoholbeteg, alkoholista
— Tisztálkodás, tisztaság
— A dohányzás káros hatásai
— A kávé és a tea hatása
— Alkohol, család, munkahely
— Egészséges táplálkozás, helyes táplálkozási szokások
— Alkoholizmus a jogalkalmazás területén, orvosi szemmel