

1. SZEKCIÓ

Átmenet az intézményi alapú modellekből a felépülés-orientált közösségi alapú szolgáltatásokig a mentális problémák kezelése területén

BUGARSZKI ZSOLT

Bevezető

Az alábbi írás az ELTE Társadalomtudományi Kara, a Hilscher Rezső Egyesület és a CARE Europe kezdeményezés által szervezett nemzetközi konferencia négy plenáris előadásának szerkesztett és magyar nyelvre fordított változata.

Az előadások 2012. március 31-én hangoztak el Budapesten, az ELTE Társadalomtudományi Karának épületében a TAMOP-5.4.4-es program zárókonferenciáján. A program keretében számos területen curriculum-fejlesztésre került sor, többek között a sérülékeny célcsoportoknak nyújtott közösségi alapú szolgáltatások oktatása terén. Ebben a fejlesztésben az ELTE Társadalomtudományi és Gyógypedagógiai Kara működött együtt, s az alábbi előadások a fejlesztők meghívására hazánkba érkezett nemzetközi hírű szakemberek gondolatait tükrözik.

Elsőként **Jan Pfeiffer** felszólalását olvashatjuk, aki Csehországból érkezett Budapestre.

Dr. Pfeiffer pszichiáterként az elmeegészségügyi és az ehhez kapcsolódó szociális ellátórendszer reformjának elkötelezett képviselője, immár évtizedek óta. Prágában több nemzetközi elismerést is elért civil kezdeményezés köthető a nevéhez, valamint az ottani ellátórendszer reformjának kidolgozásában volt oroszlánrésze. Az utóbbi években nemzetközi szinten tevékenykedik, s az EU korábbi főbiztosa, Vladimir Spidla által az intézménytelenítés témájában életre hívott nemzetközi ad hoc munkacsoport vezetését látja el. A munkacsoport által készített jelentések, ajánlások és szakmapolitikai dokumentumok mára az EU hivatalos szakpolitikai dokumentumainak alapját képezik.

Jan Pfeiffer előadásában rendszerszinten foglalja össze a szolgáltatások reformjának főbb elemeit, különös tekintettel a nagy létszámú intézmények kitagolásának, az intézménytelenítésnek a folyamatára. Felhívja a figyelmet a térségünkben jellemző hibákra, félreértésekre és egyértelműen állást foglal a kitagolás folyamatának szükségessége mellett.

Őt **prof. Robert van Voren** előadása követi, aki a Global Initiative on Psychiatry (GIP) igazgatója, és immár három évtizedes tapasztalattal rendelkezik a kelet-európai országok és a volt szovjet tagköztársaságok pszichiátriai reformfolyamatainak támogatásában. Lendületos, szókimondó

előadása röviden összefoglalja az eltelt harminc év reformerőfeszítéseinek történetét, majd jellemző és érzékletes példákon keresztül mutatja be számunkra egy nyugat-európai donor szervezet szemszögéből, hogy miért oly kétségbeejtően és kínosan lassúak a térség intézményi reformjai. Előadása bevezet bennünket annak a szakmapolitikai folyamatnak a részleteibe, ahogy egy éledező reformmozgalom lassanként próbál rendszer-szintű változásokat elérni.

Dr. Jean-Pierre Wilken az Utrechti Alkalmazott Tudományok Egyetemének kutatási igazgatója, a Hollandiában széles körben ismert CARE rehabilitációs megközelítés egyik kidolgozója, a CARE Europe kezdeményezés alapítója. Az első két előadáshoz csatlakozva, de azokkal mégis éles kontrasztot képezve elsősorban nyugat-európai szemszögből tekinti át napjaink legfontosabb szakmai átalakulását, a hagyományos klinikai gondolkodás irányváltását a felépülés orientáltóságú szakmai megközelítések felé.

Az angol nyelvterületen recovery model néven ismert megközelítést a hazai gyakorlatnak megfelelően következetesen „felépülés modell” néven fordítottam, felismerve és elismerve ennek a fordításnak az összes hátulütőjét. A hazai szakirodalomban meglehetősen gyéren tárgyalt megközelítés rövid definícióját és értelmezését is tartalmazza az előadás, valamint olvashatunk arról a nagyon izgalmas kihívásról, amelyet a területen tevékenykedő szakemberek klinikai gondolkodásmódja és a felépülés megközelítés, elsősorban a felhasználókat középpontba helyező gondolkodásmódja közötti kapcsolat megteremtése jelent.

Dirk den Hollander, a CARE módszerének másik kidolgozója immár több mint két évtizede trénerként dolgozik Hollandiában. Elsősorban szakemberek továbbképzésével, új rehabilitációs módszerek fejlesztésével és oktatásával foglalkozik. Előadásában a felépülés modell sajátosságaira tér ki, a területen dolgozó szakemberek szemszögéből nézve. Röviden bepillantást nyerhetünk az általuk kidolgozott rehabilitációs módszer alapelveibe és annak oktatásának részleteibe.

E sorok szerzője számára az elhangzott előadások személyes történeti ívét is adják azoknak az erőfeszítéseknek, kezdeményezéseknek és gondolatoknak, amelyek körül az eltelt húsz évben a mentális egészség előmozdítását célzó rendszerek eseményei forogtak. Számomra rendkívül érdekes volt felidézni a kilencvenes évek elejétől, közepétől zajló akkor lelkes, később inkább konszolidálódott időszak eseményeit, amelyet jómagam akkoriban fiatal szakemberként az itt említett képzési programok, tréningek tanulójaként, majd később oktatójaként és az induló reform-orientált szolgáltatások, illetve azok nemzetközi hálózatának résztvevőjeként éltem át.

Jan Pfeiffer és Robert van Voren előadásai kiválóan érzékeltetik a szféra jellemző mozgásait, azokat az erőfeszítéseket, amelyek mentén egy meghatározott társadalmi és történelmi múlttal bíró térség viszonyai átalakulnak. Láthatjuk, ahogy egy alapelv, érték, alapgondolat csírájában megjelenik ebben a térségben, ahogy az egyedi kezdeményezések lassan összeállnak és húsz év alatt létrehozzák azokat a fundamentumokat, amelyeknek egyik instrumentális eredménye, hogy 2012-re Budapesten kerülhetett sor erre a rendezvényre, egy olyan felsőoktatási képzőhely

keretei között, amelyik teljes mértékben a magáévá tette a reformelképzelések szellemiségét és alapelveit.

Jean-Pierre Wilken és Dirk den Hollander előadásai mellett, hogy a szakpolitikai magaslatookról először a szakmai módszertan, majd konkrétan a hétköznapi gyakorlat szintjén is beágyazták a témát, képet adnak számunkra arról, miképpen zajlik egy szakmai építkezés egy olyan közegben, amelyben már nem egy múltbéli, ám még évtizedes távlatból is fojtogató ideológia szorításától kell megszabadulni.

Ahol a szakpolitikai viszonyokat a problémák és kezelésükre kidolgozott eszközök folyamatos mérése és monitorozása, a szakma és az érintettek tartalmi visszacsatolása alakítja, ott az energiák döntő része üdítő hatékonysággal tud hasznosulni, ott az intelligens tervezés keretei között tudatos fejlesztés zajlik az egyértelműen rögzített értékek és elvek alapján.

Egy szakma, és azon belül egy paradigmaticus megközelítés instrumentumait a szolgáltatásainak jelenléte, a benne dolgozó szakemberek szemlélete, az azt továbbörökíteni képes képzésekben való jelenlét, az állandó szakmai és szakmaközi eszmecsere és diskurzus terei, a szféra jelenségeit és fejleményeit feltárni képes kutatói kapacitások, illetve az ezeknek nyilvánosságot adó szakfolyóiratok és az adott szakma érintettjei körében elért elfogadottsága, a közvélemény előtti elismertsége és támogatottsága jelentik. Az eltelt húsz évben a mentális egészség előmozdításáért életre hívott szervezetek és szolgáltatások ezeknek a fundamentumoknak némelyikével már rendelkeznek. Látható azonban, hogy rendszerszintű változásról még most sem beszélhetünk, az előadásokban könnyed természetességgel ismertetett modellek és alapelvek térségünkben inkább kuriózumoknak vagy maroknyi szakember és aktivista naivnak tartott elképzeléseinek számítanak.

JAN PFEIFFER

A nagy létszámú intézményeken alapuló ellátási formák átalakítása Közép-Kelet-Európában

Nagyon örülök, hogy itt lehetek, és szeretném megköszönni Zsoltnak, hogy sor kerülhetett erre a rendezvényre.

Engem Jan Pfeiffernek hívnak és körülbelül harminc éve tevékenykedem a mentális problémák kezelése területén. Közép-európai vagyok. A Cseh Köztársaságból érkeztem, ahol évek óta próbálok elősegíteni az ellátórendszer reformját, és újabban egyre aktívabban dolgozom nemzetközi szintereken is. Mostani előadásomban kísérletet teszek arra, hogy összefoglaljam azokat a gondolatokat, amelyek a nagy intézmények kiváltásának szükségességét, az intézménytelenítés folyamatát hangsúlyozzák.

Az utóbbi tizenöt évben valóban komoly erőfeszítéseket tettünk arra, hogy előmozdítsuk a nagy létszámú intézmények kitagolásának ügyét, átalakítsuk az ellátórendszert Európa szerte és az intézményi alapú megoldásokat a közösségi alapú szolgáltatások váltsák fel.

A jelenlévők többsége tisztában van azzal, hogy száz-százötven évvel ezelőtt a különböző fogyatékossgal élő emberek többnyire még a közösségekben éltek, annak tagjai voltak. Azután, valamikor a 19. század elején, de volt, ahol már korábban, az ipari forradalom és a városiasodás hatására a helyi közösségek megváltoztak, funkcióikat számos esetben szociális intézmények vették át. Sok ember számára ez valójában a nagy, zárt intézményekben való elhelyezést jelentette. Ez az irány szinte töretlenül érvényesült a második világháborút követő évekig, onnantól kezdve azonban egyre erőteljesebben érvényesültek azok a kritikák, amelyek elsősorban emberi jogi és szakmai szempontból kifogásolták ezeket az intézményeket. A legtöbb nyugat-európai országban lezárult az intézmények bezárásának folyamata, és más típusú lakhatási programok kerültek előtérbe.

Az Európai Unió nemrégiben egy átfogó tanulmányt rendelt meg a tagországok intézményrendszerének vizsgálatára. Az adatok, amelyeket ismertetni fogok, amolyan minimum számoknak tekinthetők, ennél valószínűleg jóval több ember él valamilyen intézményben, Európa-szerte. Csak egy célcsoport tagjai között, a mentális problémával élő emberek között több mint 300 000 embert találunk, akik intézményben kényszerülnek élni. Az ő helyzetük sok esetben rosszabb, mint a börtönlakóké.

Az is kiderült a felmérésből, hogy huszonegy európai országban több fejlesztési forrást használtak fel az intézmények felújítására, mint azok bezárására és kiváltására.

Sok országban a kitagolás alatt azt értik, hogy a korábbi nagy intézmények helyett valamivel kisebbeket hoznak létre. Pedig a kisebb, de működésmódjukat tekintve ugyanolyan intézmények bizonyos tekintetben még több kockázatot jelentenek.

Szóval, mint arra már utaltam a nyugat-európai országokban már mindenütt elindult valamiféle kitagolási folyamat. Néhány országban már be is fejezték azt. Az új tagállamokban, elsősorban Közép- és Kelet-Európában néhány helyen a folyamat már elindult, de messze nem beszélhetünk még rendszerszintű változásokról, és főleg nem jól koordinált rendszerszintű változásokról.

Ami nagy problémát jelent, hogy sok tagállamban, mint ahogy arra fentebb utaltam, bezárják ugyan a nagy intézményeket, de azok kisebb formában újjászületnek. Általában szép, kicsi házakban, de még mindig tizenöt ember lakik együtt, és ilyenkor már sokkal nehezebb érvelni, hogy ez megint nem a megfelelő módja annak, ahogy a fogyatékos emberekkel bännünk kellene. A valódi közösségi integrációt kell elérni.

Amikor egy ilyen átalakításra sor kerül, az értelemszerűen tizenöt, húsz, harminc évre meghatározza a viszonyokat. Az intézménytelenítés keretében létrehozott szolgáltatásokat, ha azok nem megfelelőek, már nagyon nehéz ismét átalakítani.

Ez megtörtént több helyen, és éppen ezért nagyon fontos, hogy a kitagolásra szánt forrásokat – például az Európai Unió strukturális alapjainak forrásait – megfelelően használják fel a konvergencia régiókban. Ennek a szférának a jövője azon fog múlni, hogy miképpen bännak ezekkel a forrásokkal.

Vannak országok – például Olaszország –, ahol véghezvitték a kitagolást. De amikor megvizsgáljuk a részleteket, kiderül, hogy az csak bizo-

nyos csoportokra vonatkoztatva ment végbe. Lehet, hogy a nagy elmekórházakat bezárták, de az értelmi fogyatékosok még mindig nagy, zárt intézményekben élnek. Teljesen egyértelmű, hogy ez egy nagyon nehézkes folyamat, amelyet rengeteg ellenállás kísér.

Közép- és Kelet-Európában a kitagolás el sem kezdődhetett annak idején, a vasfüggöny miatt, történelmi okokból. Ezeknek az országoknak a nagy része közvetlenül vagy közvetve a Szovjetunióhoz tartozott, ahová nem értek el azok a humanisztikus és demokratikus mozgalmak, amelyek az intézménytelenítés alapját képezték. Csak a kilencvenes évek politikai változásai után kerültek felszínre azok a gondolatok, amelyek elősegítették a változásokat ezen a területen is. És azt gondolom, hogy ennek a mozgalomnak az energiája mára már sokkal nehezkesebb, mint a hatvanas, hetvenes években, amikor az intézménytelenítés Nyugat-Európában elkezdődött.

De mi a baj a nagy intézményekkel? Tanulmányok sora bizonyítja, hogy azok a jellegzetes tünetek, amelyeket az intézményben élőkön látunk, valójában nem az ő betegségük tünetei, hanem az intézményi lété. Ez egy igazi paradoxon, amikor a problémát maga a kezelés okozza. Teljesen abszurd.

És ha megnézzük, a meglévő forrásaink legnagyobb részét mi ezekre az intézményekre fordítjuk. Az olyan országokban, mint a Cseh Köztársaság, a mentális problémában érintett emberek szolgáltatásaira jutó források többsége a nagy intézményekbe áramlik. Ezeknek az intézményeknek általában igen erős lobbijük van, és számos szállal kötődnek a helyi és központi politikához.

Ha változást akarunk elérni, akkor nagyon fontos tudatában lennünk annak, hogy egyértelmű jogi szabályozást kell alkotnunk, amely alapjában kérdőjelezi meg ezeknek az intézményeknek a legitimitását. Szerintem ezt fogalmazza meg az ENSZ Fogyatékosügyi Egyezmény 19. cikke. Rengetegszer hallani olyan érvelést, amely felpuhítja a kitagolás érveit. A 19. cikk azonban kérdőjelek nélkül egyértelművé teszi, hogy ezeknek az embereknek joguk van a közösségben élni. És ez nagyon fontos.

Joguk van a teljes részvételre, a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre, azokhoz a szolgáltatásokhoz, amelyeket a lakosság bármely más tagja használ. Nem mesterséges közegeket kell teremteni, hanem az általános szolgáltatásokat kell olyanná alakítani, hogy ők is hozzáférjenek. Azzal, hogy ezt az egyezményt az Európai Unió is ratifikálta, ez a dokumentum vált a szféra első számú európai egyezményévé.

Mit kell megváltoztatnunk? Jean-Pierre beszélni fog arról, nálam sokkal részletesebben, hogy miképp alakítsuk át az intézményközpontú szolgáltatásainkat közösségi alapúvá. Az a szervezeti kultúra, amely egy nagy intézményben jelen van, az izolál a közösségtől. A lakókat összerelték erre a helyre, ahol többé nincs kontrolljuk saját életük felett. A rigid napi rutin, amelynek segítségével több száz ember életét irányítják, teljesen felülírja az egyéni szükségleteket. Egy paternalisztikus kapcsolat jön létre, ahol a személyzet a szakértő, ők döntenek mindenben és érzékelhető szakadék van a személyzet és a lakók világa között, valamint a dolgozók és a menedzsment világa között.

Meg kell szabadulnunk ettől a szemlélettől, és meg kell tanulnunk azt is, hogy miképpen segítsük ezeket az embereket a közösségi integ-

rációját. Olyan körülményeket kell teremtenünk, amelyekben a kliensek döntik el, mit akarnak valójában, kivel és hol szeretnének élni, támogatást pedig abban kell kapniuk, hogy miképpen vegyék át az ellenőrzést a saját életük felett. Ez sokkal, de sokkal nagyobb rugalmasságot kíván.

Az intézmények ehhez képest száz éve ugyanabban a rendszerben működnek. A közösség rugalmasan alakul, mindig újra és újra szervezi magát, a helyzettől függően, a benne élő emberek helyzetétől függően.

Nagyon különböző módjai vannak annak, ahogy az egyes országok végrehajtják a kitagolást. Az egyik jellemző modell, amelynek jegyében lelkes civil szervezetek elkezdnek közösségi alapú szolgáltatásokat fejleszteni, de ezt nem kíséri országos szakpolitikai döntés a nagy létszámú intézmények bezárásáról. Gyakran azt gondoljuk, hogy ha elkezdjük létrehozni a közösségi alapú szolgáltatásokat, akkor az intézmények majd automatikusan megszűnnek. Ez nem igaz. Ha nem koncentrálnunk kifejezetten a nagy intézmények bezárására, azok soha nem fognak megszűnni. Ahány ágyuk csak marad, az mind be lesz töltve, mert ezek az intézmények így működnek. Ha ezeket az intézményeket és nagy elmekórházakat nem kezdik el tudatosan bezárni, akkor egy párhuzamos rendszer jön létre, amely rengeteg pénzbe kerül majd, és később, amikor kiderül, hogy ez a rendszer nem fenntartható, valószínűleg éppen a közösségi alapú szolgáltatásokat zárják be és fejlesztik vissza.

Azok a civil szervezetek, amelyek közösségi alapú szolgáltatásokat működtetnek, rendszerint erős kritikával illetik a nagy intézményeket. A rossz körülmények miatt, például. És paradox módon ilyenkor sok helyen az történik, hogy – egyebek közt ezeknek a kritikáknak a hatására – a strukturális alapok forrásai az intézmények felé áramlanak, úgymond korszerűsítve, modernizálva azokat, míg a közösségi alapú szolgáltatásokra nem marad forrás.

Az is oka ennek, hogy sokkal kevesebb gondolkodást, kreativitást igényel egyszerűen odaadni ezeket a forrásokat a nagy intézményeknek. Szébb fürdőszobákat, akár úszómedencét építeni.

Lefolytattunk egy vizsgálatot Szlovákiában, ahol euró százmilliókat költöttek a nagy létszámú intézményekre, hogy azok szebbek, jobbak legyenek, de valójában semmiféle változás nem következett be a lakók alapviszonyaiban. Ugyanez történt Bulgáriában, ahol maga az EU fejtett ki erős nyomást, hogy ne használjanak közösségi forrásokat az ottani gyermekintézmények fejlesztésére, hanem inkább zárják be azokat. Hasonló fejlemények zajlanak Magyarországon is. Ezek példák arra, hogy euró milliókat használtak és használnak fel az eredeti célokkal ellentétes módon.

Máskor az történik, hogy ugyan egyetértenek a rendszer megreformálásának fontosságában, de azután, mondjuk egy gazdasági krízis hatására, a politikusok reflexszerűen ahhoz a területhez nyúlnak, ahol közvetlenül pénzt tudnak spórolni. Bezárják a nagy intézményeket, de ezek helyébe semmilyen fejlesztést nem végeznek a közösségben.

Előfordul az is, hogy bezárnak intézményeket, még közösségi alapú fejlesztés is folyik, ám ezt a kettőt nem hangolják össze, és az új szolgáltatásokat a megszűnt intézmény lakói nem érik el. A két fenti esetben katasztrofális következményei vannak az ilyen döntéseknek. Ellátatlan emberek jelennek meg az utcákon, növelve ezzel az a hajléktalanok

tömegét. Ez történt a hatvanas évek második felében az USA-ban vagy Olaszország déli tartományaiban.

Egy másik jellegzetes metódus, hogy az eredeti nagy intézmény körül amolyan mini intézmények jönnek létre. Megtartják a nagy intézményt is, amelyet most már lakóotthonok sora vesz körül. Az intézményt valamelyest tehermentesítik, láthatóak az előrelépések a kitagolás terén, de végül ez valójában inkább az intézmények túléléséhez járult hozzá, mintsem az érintettek valódi társadalmi integrációjához.

Minek kéne történnie? Azt hiszem, nagyon fontos, hogy a kitagolás folyamatának egy átfogó, országos programnak kell lennie. A reformfolyamat nem függhet egy tisztviselő jó szándékaitól, hogy amikor majd ő meghal, az egész folyamat vele haljon, és hogy száz évet kelljen várni egy újabb haladó gondolkodású tisztviselőre. Egy hivatalos struktúrát kell létrehozni, amely rendszerként létezik, és amelyet nem személyes karizmák tartanak életben.

Szintén nagyon fontos, hogy minden érintett szereplőt, különösen a felhasználókat, lakókat, be kell vonni ebbe a folyamatba. Nélkülük ennek az egésznek semmi értelme. Végso soron a klienseknek kell a főszerepet játszaniuk, nekik kell az őket érintő folyamatokat irányítaniuk, és azt, hogy miképpen menjen végbe a kitagolás. Az ő beleegyezésük és jelenlétük nélkül ez nem megy.

Pontos helyzetelemzésre van szükség. Kell egy erős jövőkép, amely felépülés- és befogadás-orientált, és amelyre azután egy kitagolási stratégia épül. Egy országos stratégia, amelyen belül teljesen világos, hogy kinek, mit, milyen forrásból kell elvégeznie. Ehhez technikai segítséget kell nyújtani, képzéseket, oktatási programokat kell szervezni, ami sok helyen megvan, de csak papíron, sajnos.

Modellprogramokat, pilot programokat kell kidolgozni és lebonyolítani a folyamat modellezésére. Ezernyi ilyen program létezik, de én azt is fontosnak tartom, hogy ezek kormányzati, helyi önkormányzati programok legyenek, vagy legalábbis ezeknek a szereplőknek a részvételével menjenek végbe.

Stabil elhatározás kell abban, hogy nem végeznek több fejlesztést az intézményeknél, és természetesen le kell állítani az újabb lakók felvételét.

Mindenknek a lebonyolításához előre rögzített minőségi standardokat kell felállítani a menedzsment szintjén.

A konkrét intézmények szintjén szintén pontos helyzetfelmérésre van szükség. Nem lehet egy intézményt csak úgy bezárni, fel kell mérni a szükségleteket. Ismerni kell az ott lakók konkrét szükségleteit, a meglévő forrásokat, és ezek alapján készülhet el egy kitagolási terv. Elő kell készíteni a lakók és a stáb együttműködését, és monitorozni kell a teljes folyamatot. Gondoskodni kell a megüresedő ingatlan értékesítéséről, vagy legalábbis arról, hogy ezt az épületet a jövőben ne lehessen hasonló célokra felhasználni. Sok épület egyáltalán nem alkalmas arra, hogy bármiféle humán ellátás folyjék bennük.

Amikor megnéztük, az újonnan létrejövő szolgáltatások közül mi jellemzi a jól működőket, akkor azt kaptuk, hogy ebben a régióban a közösségi alapú szolgáltatások messze nem olyan jól finanszírozottak, mint mondjuk Franciaországban vagy az Egyesült Királyságban, de a siker

záloga valójában a felépülés és befogadás iránti, erős elköteleződés. Ez az a szemléletmód, amely képes biztosítani az egyéni szükségletek érvényesülését.

A közösségben fel kell állítani az ellátások elosztásának mechanizmusát. Ha mindenkinek minden szolgáltatásból próbálunk nyújtani – ahogyan az egy nagy intézményben természetes volt –, akkor arra rá fog menni a teljes költségvetésünk. Ráadásul anélkül, hogy erre igazán szükség lenne. A nagy intézmények rendszerint úgy nyújtottak elégtelen szolgáltatásokat a végkimenetelt illetően, hogy valójában túlgondozás jellemezte őket azokban a dimenziókban, amelyekben az egyes érintettek maguk is megállták volna a helyüket, ám a tömegintézmények logikája nem tette lehetővé ezeknek az egyéni igényeknek, és képességeknek a figyelembe vételét.

A közösség keretei között azt a szolgáltatást kell nyújtani, amire valóban szükség van, és a forrásoknak oda kell vándorolniuk, ahol a szükségletek vannak. Egy másik sajátossága a közösségi alapú ellátási formáknak, hogy azok magát a közösséget támogatják, és nem pusztán ellátást nyújtanak az érintetteknek a közösségben.

El kell választani ráadásul ezt az ellátást a lakhatástól, mert ha ezek együtt vannak, akkor itt szinte biztos, hogy ismét egy intézmény fog létrejönni, vagy legalábbis annak viszonyai kelnek életre.

Rendszerszintű alapelv az is, hogy nekünk kell a szolgáltatásokat a kliensekhez eljuttatnunk, nem pedig az érintetteket kell kiemelni, hogy nekik szolgáltatást tudjunk nyújtani. A kliensek helyben maradnak, az általuk választott helyen, és meglévő szükségleteik, igényeik kielégítésében kell támogatnunk őket, az ő iránymutatásaik szerint. Még egy akut fázisban is, amennyiben megfelelő közösségi alapú szolgáltatásaink vannak, nincs szükségünk túl sok akut ágyra elmekeórházakban, vagy azokat nagyon rövid ideig veszik igénybe.

Mindez akkor biztosítható a leginkább, ha a források azokba az irányokba vándorolnak, amelyeket a kliensek szükségletei határoznak meg. Ennek általában számos akadálya van. Sokan ezernyi kérdést szegeznek nekem, amikor erről beszélek. Mi van, ha a lakók nem akarják elhagyni az intézményt? Vagy ha a közösség nem fogadja be őket? Ám amikor valójában megnézzük, hogyan zajlottak a már sikeres kitagolási folyamatok, akkor azt látjuk, hogy ezek a félelmek alaptalanok. A siker záloga az, hogy miképpen viszik véghez ezt a folyamatot. Ha valóban komoly elhatározás és folyamatos odafigyelés kíséri, ha a fentebb említett alapelvek érvényesülnek és van egy vezérfonal, akkor a kitagolás végrehajtható.

A költségek. Alapvetően tudjuk, hogy amikor az intézeti ellátás költségeit összehasonlítjuk a közösségi alapú szolgáltatások költségeivel, akkor ez utóbbiak egyáltalán nem drágábbak. Sőt, akár olcsóbbak is lehetnek, de az átalakítás költségei hatalmasak.

Újabban számos dolog történik az Európai Bizottság szintjén. Az általam vezetett ad hoc szakértői csoport számos erőfeszítést tett annak érdekében, hogy alakuljon az Unió tisztviselőinek kitagolással kapcsolatos gondolkodása. Ez a folyamat részben sikeresen lezajlott.

Elkészült a kitagolás európai stratégiája, az Emberi Jogok Főbiztosa számos konferenciát és projektet szervez a témában, a strukturális alapok forrásokat különítették el az átalakítás finanszírozására, amely felhasz-

nálásával kapcsolatban a korábbiaknál szigorúbb szabályozások készülnek. Azt hiszem fontos, hogy az egyes tagállamok létrehozzák a maguk kitagolással foglalkozó hálózatát, amelyek a fenti alapelvek mentén működnek. Egy ilyen jól felépített struktúrába tudnak úgy érkezni az európai uniós források, hogy azok a céloknak megfelelően hasznosuljanak.

ROBERT VAN VOREN

**A mentális egészség előmozdítását szolgáló
ellátórendszer reformja Kelet-Európában és a volt szovjet
tagköztársaságokban**

Mielőtt elkezdem az előadásomat, talán egy pár szó a Global Initiative on Psychiatry (GIP) kezdeményezéséről. A szervezetet 1980-ban alapították. Az első tíz év fontos küzdelmekkel telt. Azért küzdöttünk, hogy a pszichiátria ne legyen politikai visszaélések területe a kommunista országokban. A kilencvenes évek elejétől a körülmények megváltoztak, és tevékenységünk egyre inkább arra fókuszált, hogy a közép-kelet-európai országok és a volt szovjet tagköztársaságok pszichiátriai reformját előmozdítsuk.

Mostanra a kezdeményezésünk globálissá vált és Európán kívül is, Afrikában nyolc országban, Srí Lankán, Indonéziában, Laoszban és Vietnámban is dolgozunk. A szervezet mostanra egy átfogó szövetséggé nőtte ki magát, irodákat működtetünk Hollandiában, Litvániában, Bulgáriában, Grúziában. Van képviselőnk az Egyesült Királyságban és az USA-ban is.

A továbbiakban azokról a tapasztalatokról beszélek, amelyeket az eltelt húsz évben szereztünk a térség pszichiátriai reformjának előmozdítása terén.

Amikor 1990-ben az ellátórendszer reformjával kezdtünk el foglalkozni, elsősorban a korábbi Szovjetunióra koncentráltunk. Mindenhol nagy zárt intézményeket találtunk, amelyekben szörnyű viszonyok uralkodtak. Az emberi jogok folyamatosan sérültek, rég meghaladott szemlélettel zajlott a kezelés, és olyan szituációkat találtunk, amelyek érzelmileg még így visszatekintve is nagyon megindítóak. Fontos megjegyezni, hogy az Orosz Föderáció területén, minél keletebbre megyünk, máig számos intézményt találunk hasonló kondíciókkal. Nemcsak a lakhatási körülmények iszonyúak, de a kezelés alapelvei is a korabeli intézményes pszichiátria viszonyait örökítik tovább. Szó sincs közösségi alapú ellátásokról, ismeretlen az önsegítés fogalma, nincsenek felhasználói mozgalmak, de még pszichoterápia sincs, amit annak idején burzsoá tudományként bélyegeztek meg.

Azt mondhatjuk, hogy ezeken a helyeken akkoriban nem volt semmi kapocs a kórházak, intézmények és a társadalom között. Nem létezett civil szektor. A terület egyetlen társadalmi szervezete a kilencvenes évek elején a Szovjetunióban a pszichiáterek és neurológusok országos egyesülete volt, amely ezer szállal kötődött az akkori Egészségügyi Miniszté-

riumhoz. El lehet képzelni, mennyiben volt ez nem-kormányzati szervezet.

Tevékenységünket azzal kezdtük a régióban, hogy humanitárius küldeményeket juttattunk el a térségbe. Ez amolyan pszichológiai gesztus volt, azt akarjuk üzeni ezzel, hogy létezik egy világ a falakon kívül is, amelyiket érdeklí, hogy mi folyik ezeken a helyeken.

Kamionok indultak, sőt, az ukrán légiertől egy repülőgépet is kaptunk, amelyen Hollandiából kórházi eszközöket szállítottunk a régióba, hogy javítsuk a szolgáltatások körülményeit.

Persze az történt, hogy az adományaink nagy része eltűnt kézen-közön. Eladták a feketepiacon. Amit csináltunk, az egyáltalán nem segített a körülmények átalakításán, de pszichológiailag talán annyit jelentett, hogy sokan érzékelték, itt lassan ajtók és ablakok nyílnak meg.

A nagy áttörésre 1993-ban került sor. Mindenki segítséget várt a Nyugattól anélkül, hogy érzékelték volna, hogy talán a szomszédos országokban is vannak már olyan szakemberek, akiknek lett volna mit megosztaniuk. Szerettük volna ezeket a lakatokat is leverní, és létrehoztuk az ún. reformerek hálózatát, amelynek keretén belül számos térségbeli szakembert hoztunk össze. Rendezvényeket szerveztünk, nemzetközi konferenciáink voltak.

Nem sokkal később többek között Jean-Pierrel gondolkodtunk azon, hogyan lehetne oktatási programokat is szervezni a térség reformfolyamatainak előmozdítására. Jan Pfeiffer is része volt ennek már annak idején.

Volt egy nagy első találkozója ennek a hálózatnak Pozsonyban, egy nagy színházban. Talán dupla akkora teremben, mint ez a konferencia terem. Egy hatalmas, kerek asztalt ültünk körbe, mert az alapötlet az volt, hogy legyen ez majd egy kerekasztal-megbeszélés. Annyian voltunk, és akkora volt ez az asztal, hogy alig láttunk el az egyik végéből a másikig. Rengeteg dolog indult útjára akkoriban. Pilot projektek különböző országokban, kórházak és szolgáltatások átalakítása, civil szervezetek jöttek létre, szolgáltatásokat kezdtek fejleszteni, szakmai szervezetek jelentek meg, megerősödtek az olyan modern segítő szakmák, mint a szociális munka, megjelentek a korszerű foglalkoztatási programok, az önszorgító csoportok és a hozzájuk tartozó szerveződések. A felhasználói kezdeményezések előretörése az egyik legnehezebb feladat ezekben az országokban. A mentális problémákat hatalmas stigmatizáció kíséri.

Sor került szakmapolitikai fejlesztésekre, számos emberi jogi szemléletű szakmai riport és jelentés látott napvilágot, stigmatizáció ellenes kampányok indultak, de mindezek együtt sem vezettek a valódi strukturális változásokhoz.

Még tíz évvel később is azt tapasztaltuk, hogy a megnyitott pilot projektjeink megrekedtek ezen a szinten. Át kellett értékelnünk ezeket, és később már csak akkor indítottunk ilyen projekteket, ha azokat a kormányzat átvette és tovább működtette a saját erejéből. Mert magától ez soha nem történt meg.

Számos program indult a pszicho-szociális rehabilitáció területén, támogatott foglalkoztatás, védett lakhatás, és ami a mi specialitásunk volt, az a forenzikus pszichátria és a börtönpszichiátria. Ez a kérdés minden

országban a legbonyolultabb kérdések egyike, ami egy zárt szektor, és általában sajátos embereket találunk itt. Mindkét oldalon.

Vilniusban indítottunk például egy projektet. Volt ott egy geriátriai osztály, amelyet leromboltak. Egy fából készült épületben volt a régi hely, az új épületet a Litván Kormány és a Holland Külügyminisztérium finanszírozta. Számos új kezdeményezést vezetünk be ebben az új intézményben, hogy új szemléletet honosítsunk meg az országban.

Kísérletet tettünk például az ACT (Assertive Community Treatment) meghonosítására, de elbukott, mert ütközött a módszer a helyi jogi szabályozással. De a geriátriai osztály és a pszicho-szociális rehabilitációs osztály egészen kinőtte magát, már oktatási központként is működött, ahova az ország minden szegletéből jöttek. Betegönkormányzat alakult, az egész kezdeményezés nagyon betegközpontú volt. De mindez azonnal bezárt, amint a mi projektünk véget ért.

Rá kellett jönnünk, hogy ha a rendszert meg akarjuk változtatni a minisztereket, döntéshozókat kell lecserélni, vagy legalábbis megváltoztatni.

Litvániában készült egy stratégiai terv a mentális egészség előmozdítására 2006-ban, amelyet ugyan mára sok elemében felhigítottak, de főbb vonásai megmaradtak. Grúziában még érvényben van az a szakmapolitikai koncepció, amelynek kidolgozásában mi is részt vettünk. Tehát az ezen a szinten alkalmazott beavatkozások inkább hatnak a teljes ellátórendszer megváltoztatására. Tapasztaljuk ugyanakkor, hogy amint egy új adminisztráció kerül hatalomra, ahogy ez nemrég Grúziában is történt, akár egyes tisztviselők, miniszterek is felülírhatnak, átírhatnak teljes szakmapolitikai folyamatokat. Nincsenek szilárd rendszerek, rögzített alapelvek, a dolgok hirtelen akár az ellenkező irányba tudnak változni, örökké résen kell lenni.

Az évek során az is látható azonban, hogy a mentális egészség kérdése egyre inkább nemzetközi szintekre emelkedik. 1990-ben nem sokakat érdekelt ez a terület. Donorok, politikusok nem sok figyelmet szenteltek a szférának, források soha nem jutottak ide. Valamikor a kilencvenes évek végén változott ez meg, amikor az Európai Unió bevonódott a területen. Ma már az ENSZ Fogymunkaügyi Egyezménye tekinthető a leginkább befolyásoló nemzetközi tényezőnek. Ezenkívül aktív szereplő a WHO, amelyik mára kitüntetett figyelemmel viseltetik a szféra iránt. Ez a nemzetközi aktivitás általában érzékelhető nyomást fejt ki a helyi kormányok irányába.

Már akár optimisták is lehetnénk, de éppen ebben az időszakban következett be a pénzügyi krízis, ami katasztrofálisan érintette a szolgáltatási szektort és annak finanszírozását. Ennek a krízisnek a most zajló második hulláma még rosszabb. Már nemcsak az olyan, nem-kormányzati szervezetek érintettek, mint a miénk, hanem például a WHO genfi központjából is elbocsátottak 1000 embert, ami azt jelenti, hogy minden harmadik embernek felmondtak a cégnél.

Ha megnézzük a jelenlegi helyzetet, az egykor a volt Szovjetunió befolyása alá tartozó országokban azt látjuk, hogy a reformfolyamatok megakadtak. Ennek oka részben a krízis, de az is, hogy tíz ország csatlakozott az Unióhoz és áramlanak a jól képzett szakemberek Norvégiába, Dániába, Angliába, Írországra, Hollandiába. Ennek katasztrofális a

hatása. Éppen azok az emberek mennek el, akikre a reformoknak nagy szüksége lenne. Számos olyan, korábbi tréning programunk volt, amelynek résztvevői mára egytől egyig külföldön dolgoznak. Teljes kórházi személyzet. És nem lehet otthon tartani őket, a fizetések tízszer akkorák, és a kereslet nagy.

Az egyetlen, fizetőképes szereplő a gyógyszeripar maradt a területen. Már rég ők finanszíroznak minden képzést, tankönyveket, szakmai utakat. A gyógyszerkísérletekért olykor 100 eurót fizetnek a térség orvosainak bevont páciensekként. Egy orvos, akinek akár csak öt páciense van a kísérletre, így havonta 500 eurót is megkap, ami sok helyen duplája annak, amelyet eredetileg fizetésként keres.

Oroszországban idén január elsejétől megtiltották a gyógyszerkísérleteket a pszichiátriai kórházakban. Az ott dolgozó orvosok elveszítették bevételi forrásaikat, most pánikban vannak, mert nem tudnak megélni az alapfizetésükből. Akármilyen is történik majd megoldásként ez az egész a kórház központú, biológiai pszichiátriát erősíti.

A stigmatizáció maig hatalmas probléma a térségben. Az emberek nem akarnak mentális problémával élő ember közelében élni. Pár éve készült egy felmérés Litvániában, aminek az lett az eredménye, hogy a lakosság 95 százaléka intézetbe zárva a városon kívül akarta látni az ilyen embereket. Nem találni olyan politikai pártot, amely belevenné a mentális problémával élő embereket a programjába, mert attól félnek, hogy ezzel szavazatokat veszítenének. A kormányon lévő szereplők hasonló okokból nem cselekszenek és a szektor lobbijereje hagyományosan nagyon rossz.

Ha a jövőbe tekintünk, azt hiszem a legnagyobb kihívás, amivel szemben kell néznünk, az az attitűd. Nagyon szép tervek vannak, még szép törvényeket is találni. De ha az emberek gondolkodása a jelenségről ugyanaz marad, semmi sem fog változni.

Az oktatás nagyon fontos, de nem a gyógyszergyárak oktatása. Nagyon fontos a generációváltás is. Az idősebb szakmai generáció nem érdekelt semmiféle változásban, mert fenyegetve érzi a pozícióját. Mindent meg fognak tenni azért, hogy pozíciójukban maradjanak. Fontosak lennének a publikációk is, de nem azok a publikációk, amelyek egekbe dicsérnek egy készítményt, és ugyanannak a folyóiratnak a következő oldalán a gyártó hirdetése olvasható. Ki lenne hajlandó befektetni tisztességes szakmai folyóiratokba a térségben?

A bérek kérdése is nagyon fontos. Ha a szférában dolgozó szakemberek nem kapnak normális béreket, el fognak menni és soha többé nem jönnek vissza. Számos kutatás készült a témában, amelyekben külföldre távozott kelet-európai szakembereket kérdeztek meg. 80 százalékuk úgy nyilatkozott, hogy nem tervezi a hazatérést. Ezek az emberek elveszték a térség számára, és most nagyon hiányoznak onnan.

A másik terület, amely rendszeresen alulértékelt a térségben az a kutatás, az empirikus vizsgálatok területe a szociális és egészségügyi szférában. Itt is voltak erőfeszítések, amelyek azonban rendszerint projektek szintjén maradtak, nem épültek be a térség országainak szakmapolitikai tervező folyamatába. Eredmények, számok, adatok nélkül nem lehet érvelni sem, és ha nem gyűjtjük össze a szféra tapasztalatait, akkor valójában minnek az alapján alakulnak annak viszonyai?

Vannak helyek, ahol a teljes közösségi alapú szférát nemzetközi pro-

jektek működtetik. Épülnek szép szolgáltató központok, lakóotthonok, folynak rövid kutatások, oktatási programok. 2 évig. Aztán amikor a projekt véget ér, a program automatikusan megszűnik, senki nem veszi át azokat.

Talán sok negatív dolgot mondtam. Azért érzékelhető az eltelt húsz évben nagyon sok pozitív változás. Mégis arra szerettem volna felhívni a figyelmet, hogy sokkal több is történhetett volna; az ellátórendszer reformja a fenti akadályok, korlátok mentén nagyon lassan halad, időről időre megáll, majd kicsit nekilendül.

JEAN-PIERRE WILKEN

**Az ellátórendszer átalakítása Nyugat-Európában.
Átmenet az intézményi alapú klinikai ellátásoktól
a felépülés orientált megközelítésekbe**

Ma új kifejezést tanultam Jantól. DI a deinstitutionalizáció kifejezés rövidítésére. Ha megfordítjuk a betűket, úgy is lehet érteni ID, azaz ideák, ötletek. Hát erre nagy szükségünk van az intézménytelenítés során. De az ID jelenti azt is, hogy „Identity Documents”, ami sok országban van, és azt hiszem az identity (identitás) számunkra is egy fontos szó. Ami most történik, az az, hogy megpróbálunk új identitást adni az ellátórendszerünknek, éppen úgy, ahogy a felépülés folyamatában a kliensek is új identitást keresnek maguknak. Szóval érdekes játszani ezekkel a szavakkal.

Előadásomban szeretném néhány elemét kiemelni azoknak az irányoknak, amelyek felé az ellátórendszerünk – Nyugat-Európában is – elmozdulni látszanak. A tradicionális ellátási keretektől a felépülés-orientált modellek felé.

Először beszélnék a tradicionális ellátási formákról, majd az új megközelítésekre fókuszálok, amelyeket a felépülés modell, a részvétel és a társadalmi befogadás gondolata jellemez. Ahogy Jan előadásában is hallhattuk, a hagyományos ellátórendszerekben a hangsúlyok a medikális ellátásra kerülnek. Ezek a rendszerek az intézményi megoldásokon keresztül az érintettek kirekesztéséhez vezetnek, és alapvetően a szakembereket helyezik középpontba.

Ehhez képest az új szolgáltatói formák a társas közegre, a közösségi integrációra fektetik a hangsúlyt, azokra a közösségekre, amelyekben az érintettek élnek, és amelyeket meg kell erősíteni ahhoz, hogy ez a közösségi lét fenntartható legyen. Azt hiszem, az eltelt évtized egyik leginkább ígéretes fejleménye az, hogy az ellátásban a hangsúlyok a szakemberekről átkerülnek az érintettek saját tapasztalataira.

Azt gondolom, hogy mindezek nem pusztán szavak, hanem az új szolgáltatók alapvetései. Annak megállapítása, hogy milyen egy jó szolgáltató, az nem lehet máshol, mint annak igénybevevőinél. Amelyet a felhasználók valóban segítségnek és hasznosnak találnak, csak az lehet segítség. És nemcsak az eredmények számítanak, hanem magának a segítség szubjektív megélésének a folyamata is számít, például a segítő

szakemberekkel kiépített kapcsolat minősége. És ez a kapcsolat akkor jó, ha az érintettek azt számukra gyümölcsözőként élik meg.

Tehát a felhasználók azok, akik végsősoron meg tudják mondani, mi a számukra jó, hasznos szolgáltatás és azt, hogy amelyet mi szakemberek nyújtunk – és én 35 éve vagyok ebben a szakmában –, az vajon bármilyen módon a segítségükre van-e.

Látok ebben pozitív fejleményeket és Hollandiában a saját megközelítésünkben megpróbáltuk ötvözni a szakmai segítségnyújtást a felépülés modell szemléletével.

A WHO meghatározásai az egészségről teljes mértékben átalakultak az utóbbi húsz évben. Ma már a puszta biológiai definíció átadta a helyét egy komplex fogalomnak, aminek számos különböző dimenziója van. Ennek a biológiai faktorok továbbra is részei, de az olyan emberi és társas viszonyok is a részévé váltak, mint az életminőség, a társas kapcsolatok, a társadalmi befogadás dimenziói.

Ezek az új dimenziók az egyéni, individuális faktorok mellett a társas összefüggéseket, a közösség, sőt, a társadalom szerepét is hangsúlyozzák a problémák kialakulásában. Ha az elmeegógyintézetekre vagy a nagy létszámú szociális intézményekre úgy tekintünk, mint amelyek a társadalmunk részei, sőt termékei, akkor Jan előadásának ismeretében azonnal életre kelnek ezek a társadalmi dimenziók.

Mindezek alapján azt gondolom, hogy a korszerű szolgáltatásoknak és rehabilitációs megközelítéseknek ezeket a társas és társadalmi viszonyokat is meg kell célozniuk. Elő kell segíteniük az érintettek saját felépülését, lehetővé kell tenni, hogy teljes, értelmes életük legyen, aktív társadalmi szerepekben találjuk őket, a közösség tagjaiként. Ehhez sok esetben nem is a kliensekkel kell dolgoznunk, hanem a közgondolkodást kell átalakítanunk, értékeket kell közvetítenünk.

Szomorú módon sok helyen inkább egyfajta kirekesztés zajlik, mintsem társadalmi befogadásról beszélhetnénk. Kirekesztés, és nemcsak mentális problémák vagy értelmi fogyatékosok miatt, hanem etnikai, kulturális alapon is. Ez hatalmas kihívás számunkra, azok számára, akik mindközben olyan átfogó megközelítésekben gondolkodunk és dolgozunk, amelyek mindegyik dimenzióban igyekeznek előmozdítani mindnyájunk jó(l)létét.

Ha nyugat-európai perspektívából tekintem, hogy melyek a felépülés támogatásának az akadályai, akkor számos gátló tényezőt találok. Itt is jelen vannak azok az intézményi ellenállások, amelyekről Jan beszélt az előadásában. Talán annyival könnyebb a helyzet a nyugati, azon belül is inkább az északi országokban, hogy nálunk már megszilárdulni látszódnak azok a rendszerek, amelyek valamifajta hatékonyságon, kiszámíthatóságon alapulnak. Az ilyen rendszerekben dolgozó szakemberek persze általában nem túl boldogak attól, hogy minden elköltött fillérrel el kell számolni, hogy számos adminisztratív és dokumentációs kötelezettség kíséri a munkájukat.

Ezzel együtt még mindig nagy különbségeket találunk Nyugat-Európán belül is. Jelen vannak ebben a térségben is a tradicionális intézményi alapú megoldási formák, hiányoznak azok a korszerű ismeretek, amelyeket mondjuk a felépülés modellben találunk, a hangsúly még mindig elsősorban a kizárólagos döntéshozó helyzetben lévő szakembereken

van, a szolgáltatások igénybevevőit valójában nem veszik komolyan, nemhogy még a felépülési folyamat középpontjába helyeznék őket.

Fontosak a politikai és gazdasági faktorok is. A gazdasági krízis a jómódú országokat is érinti. Hollandiában 90 milliárd eurós megszorító csomagot jelentett be a kormány, ami jelentős mértékben érinti az elmeegészségügyi szférát és a szociális ellátásokat.

Ezek az intézkedések lassan a jóléti modell lebontásához vezetnek. Érzékelhető, hogy több forrás áramol a biztonsági intézkedésekre, a kontrollra és ellenőrzésre. Börtönök épülnek, fejlesztik a rendőrséget, miközben lefaragnak a szociális kiadásokból.

Ugyanakkor, öröndetes módon, láthatóan jelen vannak olyan mozgalmak egész Európában, amelyek a felépülés és társadalmi befogadás modellje alapján gondolkodnak. Együttműködések születnek, konferenciák szerveződnek. 2005-ben tartottuk első nagy konferenciánkat Prágában, vagy azt megelőzően 2001 szeptemberében volt az egyik első nagyon fontos konferencia Londonban a felépülés modellről, amely mára rendszeressé vált. A legutóbbi rendezvényre 2012 márciusában került sor. Tavaly hasonló rendezvényen vehettem részt Olaszországban is. Ezek nagyon fontosak, láthatóan megállíthatatlanul terjed ez az új szolgáltatási szemlélet.

Számos új publikáció jelenik meg a felépülés modell témájában. Judy Chamerlain klasszikus publikációja a kilencvenes évek közepéről, Daniel Fisher munkái, a Bostoni pszichiátriai rehabilitációs központ kutatásai. Jőmagam nemrég publikáltam egy könyvet a modellről, amelyben a szolgáltatások igénybevevőinek megnyilatkozásaiból igyekeztem rekonstruálni a felépülés modell alapelveit.

Azok számára, akiknek újdonság ez a modell, pár szót róla. A mai napig leggyakrabban Bill Antony 1993-as definícióját használjuk:

„A felépülés egy mélyen személyes, egyedi folyama, amelynek során átalakulnak az egyén attitűdjei, értékei, érzései, céljai, készségei és/vagy szerepei. A felépülés annak módja, hogy éljünk kielégítő, reményteli és teljes életet mindazon körülmények ellenére, amelyet a mentális problémák jelenléte jelent. A folyamat magában foglalja új életcélok keresését, új jelentéseket keres, melyek messze túlmutatnak a mentális probléma katasztrofális következményein.”¹

Ha megnézzük, hogy ezeket a szavakat mennyiben igazolják vissza a kutatási eredmények, akkor három fő dimenziót emelhetünk ki, melyek hozzájárulnak a sikeres felépüléshez:

– Egy új én-identitás keresése, amelynek során a korábbi traumákat új nézőpontból lehet feldolgozni, és amelyben kiemelődhetnek az újra felismert erősségek.

– Az a tanulási folyamat, amelynek során az egyén számára világossá válik, melyek az ő érzékenységei, milyen területen sérülékeny.

– A harmadik lépcsőfok pedig annak folyamata, ahogyan sor kerül a társas kapcsolatok újjáépítésére, a közösségi (re)integrációra.

¹ http://thecareeurope.com/care_europe_news/28/Developments+in+Western+Europe+with+regard+to+transition+from+traditional+to+recovery-oriented+care

Két ága, két különböző megközelítése látszik kibontakozni a felépülés modellnek. Az egyik amolyan klinikai koncepció, a szó szakmai, hagyományos értelmezéséhez áll közelebb. A fogalom maga azonban a felhasználói mozgalmak keretei között született, és ez az eredeti megközelítés inkább azt a személyes utat hangsúlyozza, ami az érintettek saját tapasztalataira épít leginkább.

Azt hiszem, a szakmai programok, a szakemberek által működtetett segítő szolgáltatások többsége a klinikai felépülés alapján építkezik. Érezhető, hogy ezekben a modellekben a hangsúly a gondozáson, az ellátáson van, amolyan védő-óvó jelleggel. Pedig a felépülés modell eredeti jelentése inkább a részvételre utal, az állampolgárság, a közösségi tagság koncepciójára. Az egyik nagy kihívás az, hogy miképpen tudjuk a szolgáltatásaink hangsúlyait ebbe az irányba átalakítani.

A különbséget a két megközelítés között úgy tudnám érzékeltetni, hogy egy kliens esetében, aki mentális problémákban érintett, a felépülésnek az a célja, hogy minden klinikai ismeretünket bevessük annak érdekében, hogy az megszabaduljon zavaró tüneteitől. Pszichiáterek, terapeuták, esetenedzserék vizsgálják, hogy mi is a probléma, megállapítanak egy diagnózist, és ehhez megtalálják a szükséges kezelési módokat, felállítanak egy kezelési tervet és így tovább.

Mindez a felépülés modell a felhasználó szemszögéből nézve úgy néz ki, hogy az érintettek saját tapasztalataira építve abból indul ki, hogy lehet élni normális életet a tüneteken túl, vagy azok ellenére. Ez a koncepció szorosan kötődik a történetek jelentéssel való felruházásához és azoknak az erősségeknek a megkereséséhez, ahonnan tovább lehet lépni. Ebben a megközelítésben is megjelenik minden, ami a klinikai megközelítésekben jelen van, lehet szerepe a gyógyszereknek, a kezelésnek, a terápiának, de sokkal tágabb horizontra tekint. A folyamat középpontjában maga az érintett áll, az ő fejlődése, tanulása, azoknak a dolgoknak a megtalálása fontos, amelyek birtokában tovább alakíthatja életét vagy új életet kezdhet. Sokkal inkább öngyógyítás ez, mintsem a szakemberek sikere. Inkább szól az újjáépített önképről és önbizalomról, új szerepek találásáról, új identitásról.

Olyan ez, mint két külön világ, és számunkra a kihívás az, miképpen tudjuk ezt a két világot közelíteni egymáshoz. Mert nem arról van szó, hogy a klinikai tudás rossz tudás lenne. Szükségünk van a szakmai ismeretekre és a tudományos eredményekre. A kihívás az, hogy miképpen kössük össze ezeket az elsődleges, legfontosabb forrással, azzal a tudással és tapasztalattal, amely a felhasználóktól érkezik, és amely az érintettek saját élményeiből táplálkozik.

A kettő közötti határokat át kell lépniünk, de ez még várat magára. Sok párbeszédre van szükség az érintettek, a szakemberek, vagy nagyobb léptékben teamek, szervezetek, egész szolgáltatások, ellátórendszerek között. És mindeközben meg kell változtatnunk azokat a módokat, ahogyan most dolgozunk a területen.

DIRK DEN HOLLANDER

A hatalom elismerése, az elismerés hatalma

Pár szót talán a címről: a hatalom elismerése, az elismerés hatalma. Ha van valami, amit megtanultunk az elmúlt években az az, hogy a legjobb kérdés, amelyet feltehetsz a kliensednek, így hangzik: „Hogy voltál képes megbirkózni azzal a sok nehézséggel és szörnyűséggel, amin keresztül mentél?”

A klienseink számára nagyon jó érzés azt hallani, hogy az emberek körülöttük felismerik, mekkora nehézségeik voltak, és mégis milyen erősek voltak, hogy túl tudtak lendülni mindezen. Ennek felismerése vezetett bennünket arra a következtetésre, hogy nemcsak a kliensek saját életük feletti hatalmának elismerése fontos, hanem önmagában már az elismerés is nagyon sokat jelent.

Újabbban ebben az irányban fejlesztjük a módszereinket. Valóban az erősségekre, a meglévő képességekre koncentrálnunk, és az elismerés, úgy általában, egy nagyon fontos eleme ennek.

Megpróbálom összefoglalni tehát, hogy amit egy tréning alkalmával megtanulhatunk, az nem pusztán egy módszertan, hanem egyben egy szemléletmód is. A szakemberek tipikusnak nevezhető szemléletmódja ezen a területen, legalábbis ahogyan például engem képeztek, az az, hogy a kliensemnek minden, számomra érthetetlen cselekedetét, amilyen gyorsan csak lehet, kapcsoljuk össze a diagnózisával.

Szóval, ha én valami furcsa dolgot csinállok, te azt fogod mondani:

„Nézd, ez itt Dirk den Hollander. Személyiségzavara van, és azért csinálja ezt. Ilyen dolgokat szoktak a személyiségzavarral küzdő emberek csinálni.”

Talán nem a leggyakoribb módja ennek érzékeltetéséhez, de elmondok egy történetet, amelyet talán már hallottatok, a híres Watzlawicktól. Ő egyszer bement egy hotelbe, és bemutatkozott a recepciósnak: „A nevem Watzlawick (*my name is Watzlawick*)”. De a recepció félreértette őt, mintha ezt mondta volna: „A nevem nem szláv (*my name is not Slavic*)”. A recepció azonnal magyarázkodni kezdett, hogy ő nem is állított ilyet. Erre Watzlawick kicsit felemelve a hangját, meg akarta erősíteni, hogy de bizony, az ő neve Watzlawick, mire a recepció, ragaszkodva a félreértéséhez, szintén felemelte a hangját, hogy ő nem mondott ilyet.

Watzlawick rendszerint azt szokta érzékeltetni ezzel az anekdotával, hogy minden ember, nemcsak szakemberek, két, jellegzetes módon magyarázza meg, ha valamilyen, a számára érthetetlen viselkedéssel találkozik. Az egyik magyarázat az, hogy ez az ember őrült. Tehát amit csinál, vagyis a viselkedése az elmeállapotával áll összefüggésben. A másik lehetséges magyarázat, hogy szórakozik velem, ugrat vagy egyszerűen pimasz, gonosz személyiség.

Ilyen magyarázatok kreálására azután nekünk a pszichiátria eszköztárában számos kategória áll rendelkezésünkre. A képzésünk során arra tanítanak bennünket, hogy az összes ilyen különös viselkedésre megtaláljuk a megfelelő diagnosztikus kategóriát. Rátaláljunk a betegség logikájára. Ennek eredménye lesz az, hogy másképpen kezdünk nézni ezekre az emberekre és a viselkedésükre, mert amikor valami nagyon másnak

tekintesz embereket, akkor értelemszerűen valami nagyon mást is fogsz látni.

A korábbi előadások egyikében Jean-Pierre már említette, hogy az általunk kidolgozott CARE módszer a felépülés modell támogató megközelítését veszi alapul. Most ennek pár speciális aspektusáról szeretnék beszélni.

Először is a felépülés modellről. Ez nem pusztán azt fejezi ki, hogy megszabadulunk az összes tünetünktől. Sokkal inkább arról van szó, hogy akár a tüneteink ellenére, hogyan élhetünk teljes életet, hogyan lehet annak új értelmet és célt adni. Ez sokszor évekbe telik. Olykor évtizedekbe, amikor az ember új célokat és értelmet talál, új identitásra lel, amelyben ismét kompetens ember lehet, annak minden negatív aspektusával akár. A legtöbben ezt képtelenek egyedül, magukban véghezvinni. Ha valami oknál fogva, mi szakemberek is bekerülünk a képbe, a mi dolgunk az, hogy segítsük, támogassuk ezt a folyamatot, hogy a kliensünk rátaláljon a saját útjára, arra az új identitásra, amelyben kidomborodnak az erősségei, és új célokat, s általában új értelmet talál az életének.

Az életminőségről szoktunk beszélni, de ezt mindig úgy kell érteni, hogy a kliens nézőpontjából, az ő preferenciái szerint értelmezett életminőségről van szó.

Sok szakember azt gondolja, hogy neki fel kell ruháznia mindenféle készségekkel a kliensét. Ezek persze fontosak lehetnek. Néha azok, néha nem. Mert a készségek csak annyiban fontosak, amennyiben azok fontosak a kliensünk számára. A szakember számára annak a nézőpontnak kell fontosnak lennie, amely felől a kliense tekint a saját életére, és ami a számára örömet, megelégedést okoz. Ennek felismeréséhez és megismeréséhez van szükségünk arra, hogy kapcsolat legyen közöttünk, és ennek a kapcsolatnak keretében támogatjuk a kliensünket.

Ennek megfelelően három alapelve van a CARE megközelítésnek. A módszer egyrészt a jelenlét alapul. Ez olyan dolgokat jelent, hogy például nagyon hétköznapi nyelvet használunk, az egyszerű, hétköznapi holland nyelvet. Azért vagyunk itt, hogy megértsük egymást, és ez akkor fog sikerülni, ha egy nyelvet beszélünk. A jelenlét alapelve ugyanakkor feltételez valamifajta kölcsönös normalitást is. Mi, szakemberek is éppen olyanok vagyunk, mint a klienseink. Vannak erősségeink, gyengeségeink, emberek vagyunk mi is. Elbukunk sokszor, aztán újra felállunk. Megint csak nagyon jó dolog azt látni a klienseink részéről, hogy mi, szakemberek, egyáltalán nem vagyunk tökéletesek, mi is tanulhatunk még valamit az élettől, mi is boldogságra, vagy mondjuk egy állásra vágyunk, amikor éppen nincs. És amikor van, azt annak köszönhetem, hogy engem is sokan támogatnak az életben.

Szóval ez a jelenlét, ez a támogatás nagyon fontos a kliensek felépülésében, és az a nyitottság, amely képes arra, hogy mindennek középpontjába a klienst és az ő világát, az ő nézőpontját tegyük.

A szünet előtt az egyik workshopon nagyon érdekes beszélgetés kerekedett. Arról volt szó, hogy amikor a kliensünk mondjuk egy hajléktalanszállón él és azt mondja: „én boldog vagyok itt”, akkor vajon mi, szakemberek is elégedettek lehetünk-e. Vagy azt mondjuk, hogy ez egy amolyan megküzdési stratégia, a kliensünk valószínűleg nagyon nehéz időszakon

ment keresztül, hogy egy ilyen környezetet már kielégítőnek talál. Lehet ez boldogság? Jelentheti ez azt, hogy nekünk akkor már semmi dolgunk nincs? Vagy még rengeteg dolgunk van, hogy újabb perspektívákat mutassunk kliensünknek?

Ezek olyan kérdések, amelyekre senki nem tud jó válaszokat adni, mert nincs egy objektív vezérfonal arra, mit is jelent az életminőség. Nyitva kell tartanunk tehát az elménket, kíváncsinak kell lennünk, hogy minden eshetőséget meg tudjunk vizsgálni, és azt akár el is tudjuk fogadni. Szóval ez inkább egy folyamatos párbeszéd során derül ki.

Néhányan azt mondták nekem, hogy talán nem a boldogság a legjobb szó, amit itt használni kéne. De én azt gondolom, hogy felépülés modell igenis nagyon összekötődik a boldogsággal. Hogy mi tesz egy embert boldoggá, azt én igenis tudni akarom, ha valóban az a dolgom, hogy támogassam az ő felépülését. És az is a dolgom, hogy az erősségekre koncentráljak.

Az erősségekre való koncentráció a másik alapelve ennek a módszernek. Számos kutatás világított rá, hogy a felépülés egyik kulcskérdése, hogy a kliensek felismerjék ismét, hogy vannak dolgok, amelyekben jók, vannak, amelyek az ő erősségeik. Ha csak képtelen emberként tudsz magadra tekinteni, akinek az élete kizárólag kudarcból áll, minden szétesett, akkor a kivezető út ott kezdődik, ahol felismered, hogy vannak még erősségeid. Hogy te is jó vagy valamiben.

A klienseinknek gyakran szükségük van másokra, hogy segítsenek felismerni mindezt, és ez a megközelítés nagyon fontos része a mi módszerünknek, amelyet szisztematikusan alkalmazunk is.

Az egyik legfontosabb ilyen erősség, amelyről ma itt beszélni akarok, az érintettek saját tapasztalata. Mindaz, amit a kliens magáról, az életéről gondol és tud. Azok a megoldási módjai, amelyek korábban működtek, és amelyek nem. Ezeknek a korábbi tapasztalatoknak a meghallgatása az elsődleges feladatunk, amikor segíteni próbálunk valakinek.

Több típusa van az erősségeknél. Például az alaptulajdonságaimból áll össze az, aki én valójában vagyok. Ezekkel az alaptulajdonságokkal születtem. Mindenki, aki ismer, az tud az én alaptulajdonságaimról, az ismeri végső soron a személyemet. Szóval ezeknek a velünk született tulajdonságoknak a megléte nagyon alapvető erősségünk. Ezek nagyon egyszerű dolgok lehetnek, nem kell mindig bonyolult sémákban gondolkodni. Például ha látunk valakit, aki mindig előékenyen kávéval tölt egy beszélgetés alkalmával a másikkal, akkor elmondhatom: „te egy segítőkész ember vagy”. Olykor, akinek ezt mondd, meglepődik, hogy erre felhívtad a figyelmét, mert valahogy a mi klienseink már rég elfelejtették, melyek is valójában az ő saját tulajdonságaik, saját erősségeik.

Amikor megkérdezzük valakit, hogy mit gondol, hogy melyek ezek az alaperősségeink, a legtöbb ember olyanokat válaszol, hogy a tehetség vagy a készségek. És ezek persze nagyon fontosak. De számos alkalommal rejtve maradnak a tehetségek és a készségek, és bár léteznek, az emberek mégis csupa kudarcként élik át, ami történik velük. Szóval az a képesség is nélkülözhetetlen, hogy tudjunk észrevenni dolgokat a klienseinkben, hogy más nézőpontokat keressünk, ha aztán már mást is akarunk látni bennük.

Az is érdekes, hogy erősségként foghatunk fel meglévő vágyakat,

kívánságokat, aspirációkat. Mert ha valakinek már legalább vágyai, kíválmái vannak, az már önmagában egy előrelépés. Erre sosem szabad azzal válaszolni, hogy „és ez reális?“, „ez tényleg elérhető a számodra?“. Az első válaszunk talán inkább egy megerősítés lehetne, hogy „nagyszerű, hogy vannak vágyaid“. És még ha ezek a vágyak olyan kockázatosnak is tűnnek, mondjuk ha valaki azt mondja, hogy ő Budapest főpolgármestere szeretne lenni, akkor sem érdemes azzal reagálni, hogy kétségbe vonjuk a teljesítése lehetőségét, vagy felhívjuk a figyelmét az állás már foglalt mivoltára. Jobban tesszük, ha inkább megpróbáljuk megragadni a meglévő motivációt, és azt az energiát, ami ebben a kívánságban megjelenik.

Egy másik, alapvető erőssége valakinek az a támogatás, amelyet a környezetétől kap. Ez eleinte a legbelsőbb kört jelenti. A családot, a barátokat. Ez a legalapvetőbb támogatás körülöttünk. De erősség lehet az is, ha már van valamilyen szélesebb támogatói kör körülöttem, mondjuk szakmai támogatás, szakemberek támogatása.

Szóval, amikor a CARE modellben felmérjük az erősségeket, akkor ezeket mind figyelembe vesszük. Ha szerencsénk van, már egy csomó, akár szakmai támogatás körbeveszi a kliensünket, ami segítséget jelent számára a felépülésben. De a magam részéről az érintett saját tapasztalatát tartom a leginkább releváns erősségnek, olyannak, amelyből kiindulva nekünk haladnunk kell a munkánkban.

Néhány általános megjegyzés a módszerről. Egy ismert holland filozófus azt mondja: „az egyszerű nem ugyanaz, mint a könnyű“. Ezt nagyon fontos felismerni, mert úgy tűnik, ez egy paradoxon. Rendszerint könnyen el lehet magyarázni valakinek az erősség modell vagy a felépülés modell alapelveit, de annak megvalósítása inkább bonyolult. Hollandiában számos olyan szakembert találni, aki a sajátjaként emleget bizonyos normákat és értékeket, amelyekről elmondhatjuk, hogy nagyon felépülés-orientáltak, de ugyanakkor számos olyan szokása és munkamódszere van, ami ennek teljesen ellentmond.

Szóval, amikor azt mondják, hogy „igen Mr. den Hollander, én teljesen egyetértek veled“, akkor, amikor konkrét helyzetbe kerülnek, akkor valójában nehezen tudják alkalmazni mindazt, amivel pedig állítólag egyetértenek.

Amikor a CARE módszereit tanítjuk, mivel magát a módszert is nagymértékben befolyásolta az erősség modell, egy nagyon egyszerű, könnyen kezelhető tool-kít segítségével adjuk át. Általában arra fektetjük a hangsúlyt, hogy egy segítő kapcsolat elején az a megközelítés érvényesüljön, amit az erősségek felmérésén és a jelenlét hangsúlyozásán keresztül az előbbieken elmondtam.

És ha ez sikerül, akkor általában nagyon pozitív visszajelzéseket szoktunk kapni arról, hogy jól működött, a kliensek azonnal megértik, miről van szó. Ez, azt hiszem, nagyon fontos. Ennek én nagyon örülök, mert habár szakmailag ezek bonyolult modellek, de ha az alapelveik viszonylag hamar érvényesíthetőek és akár gyors sikerélménnyel járnak, akkor a szakemberek is szeretni fogják.

Szóval a munka kezdetében az erősségekre, a lehetőségekre és a kliensek saját tapasztalataira építünk. És itt a kezdeten van a hangsúly, mert

később persze más dimenziók is előkerülnek, amelyekről később fogok beszélni.

Ha valami oknál fogva az erősségek nem működnek, akkor más dolgokat is előtérbe helyezhetünk. Ez egy közös út tulajdonképpen, amelyen együtt haladunk, és hamarosan ezen az úton mégiscsak meglévő erősségekkel vagy felbukkanó lehetőségekkel fogunk találkozni. Mintha rőzsét gyűjtenénk az erdei úton.

A CARE módszere nagyon sok helyzetben alkalmazható. Különböző szituációkban vannak tapasztalataink, különböző kliensekkel, az odaforulás különböző intenzitásai mellett.

Még egy megjegyzést szeretnék tenni arról, hogy ebben a kapcsolatban nincs folyamatos cselekvéskényszer. Olykor az a dolgunk, hogy ne tegyünk semmit, vagy éppen egyszerűen nem tudunk mit tenni. Egy dolog biztos, semmi sem marad változatlan örökké. Többször elmondom a tréningek alatt, hogy „ha nem teszel semmit, tedd azt a legjobb tudásod szerint – mert nem tenni semmit, az nem semmittevés”. Ez az én tanácsom.

A módszer kidolgozása során számos eszközt fejlesztettünk ki, amelyeket ebben az előadásban nem tudok részleteiben ismertetni, de amelyek egy metaforával talán leírhatóak. Olyan ez, mint egy fiókos szekrény. A felső fiókban két-három nagyon fontos dolog van – mint a kliens személyes profilja (az általa fontosnak tartott dolgok összessége) és az általa választott út. És van egy vezérfonal is, hogy melyik fiókban mit találsz. De nem szabad erre a tool-kitre úgy tekinteni, mintha ez lenne maga a módszer. Velünk is megtörténik néha, hogy annyira büszkék vagyunk, amiért van egy ilyen, jól kidolgozott eszközünk, de valójában nem ezen dolgozunk, hanem elővesszük, amikor úgy tűnik, szükségünk van rá.

Azt hiszem, maga a CARE szó egy jó kifejezés. Hollandra fordítva nem hangzik ilyen jól, beletellett egy időbe, míg a szakemberek között meghonosodott a nyolcvanas évek közepén, a kilencvenes években.

Kezdetektől fogva hangsúlyoztunk más irányokat is. A környezet, a szociális és fizikai környezet jelentőségét. Vagy a kliensek érzékenységének, vulnerabilitásának figyelembe vételét. A kliens érzékenységének figyelembevétele nem automatikusan része a kezelésnek, nem egyenlő azzal. Amikor valakinek az érzékenységgel dolgozunk, akkor abban nyújtunk segítséget, hogy miképpen kezelje ezt az érzékenységet. A legújabb kutatások és többek között a CARE módszerének kutatása is azt mutatja, hogy az érintettek kifejezetten igénylik a saját felépülésük elősegítéséhez az egészséges, támogató környezetet és támogatást abban, miképpen birkózzanak meg a saját érzékenységükkel, sérülékenységükkel.

A tapasztalatunk azt mutatja, hogy a CARE módszer jól kombinálható más megközelítésekkel is. A világszerte ismert ACT (assertive community treatment) modell létezik Hollandiában is, egy rugalmasabb formában. Ez egy alapvetően team munkára épülő módszer, aminek az elemeit egészen jól lehet kombinálni a CARE megközelítéssel.

Összességében, az én megítélésem szerint a kliens játssza a fő szerepet a felépülésben és a szakemberek ennek a szerepnek a támogatásában játszanak főszerpet. Szóval a kérdés nem az, „miképpen kapcsolódik a felépülés a kezeléshez?”, hanem sokkal inkább az „miképpen segíti elő

a kezelés a felépülés folyamatát?” Pontosan így tekintünk a CARE módszerre is a magunk részéről; a megközelítés támogatni igyekszik a felépülés folyamatát, olyan meglévő vagy megszerzhető erősségekre kíván építeni, amelyek lehetővé teszik azt.

A módszert sikerrel alkalmaztuk a legkülönbözőbb szakmai közegekben. Pszichiátriai osztályokon, védett lakhatási programokban, tartós bentlakást nyújtó intézményekben, vagy sok tapasztalatunk van hajléktalan emberekkel is, vagy a szenvedélybeteg ellátásban, illetve idősekkel. Mindegyik kicsit más, de az alapelvek ugyanazok.

Amikor tréningeket tartunk, akkor az igazi tanulás nem a tanteremben történik. A részt vevő szakemberek többsége a saját praxisában tanul, s a tréning csak hozzájárul ahhoz, hogy ez a tanulás bekövetkezzen. Ez egy sajátos kör, amikor a megszerzett ismereteket alkalmazni próbálsz a gyakorlatban, a megszerzett tapasztalatokra pedig mondjuk egy coaching vagy szupervízió keretében tudsz reflektálni, a saját személyes fejlődési céljaidnak megfelelően. Ilyen körök létrehozása mindig a célunk, ahol a valódi tanulás nem az ehhez hasonló tantermekben történik.

A mi tréningjeink úgy néznek ki, hogy a tréning és coaching elemek folyamatosan váltakoznak. Először egy formális tréninggel kezdünk, amelynek gyakorlati alkalmazása után három coaching alkalom következik a tapasztalatok feldolgozására. Ezt ismét egy tréning követi, amelyet megint három coaching alkalom követ. Mint látható, ebből a tréning inkább a kisebb rész a folyamatban, a gyakorlati alkalmazás és annak coaching keretében zajló feldolgozása a hangsúlyosabb.