

Babes Bolyai Tudományegyetem

Szociológia és Szociális Munkás Képző Kar

Szociális Munka Szak

II év

„Legjobb pia a terápia”

- avagy az alkoholizmus kezeléséről gyakorlatozó szemmel

Készítette:

Fazakas Izabela-Andrea

Jócsák Katalin-Angéla

Tartalomjegyzék:

1. Bevezető.....	3
2. Szenvedélybetegség meghatározása.....	4
3. Bonus Pastor Alapítvány bemutatása.....	4
4. Programok bemutatása.....	6
5. Statisztika.....	9
6. Személyes Tapasztalat.....	10
7. SWOT analízis.....	14
8. Összegzés.....	15
9. Felhasznált irodalom.....	16

1. Bevezető

Adott egy nő, középkorú, háztartásbeli. Férje halála után kezdett el inni. Egyedül él egy családi házban, kapcsolatai nincsenek, rokonai tőle távol élnek.

Adott egy férfi, középkorú, családos, két gyereke van. Jó munkahelye volt, és jól keresett. Aztán elkezdett inni, és lassan- lassan elvesztette a munkahelyét, a családját, státusát, önmaga becsületét. Csak egy alkoholista lett belőle.

Ilyen és hasonló történetek, események nap mint nap megtörténnek körülöttünk, és nem is sejtjük mekkora tragédia áll mögöttük. Felszállunk a buszra, vagy megyünk az úton és körülvesznek olyan emberek, akik alkoholos mámorban fekszenek a járdaszegélyen, vagy bejárnak dolgozni.

Az alkoholizmus napjaink egyik jól ismert jelenségévé, problémává vált, vagy azt is mondhatnánk, hogy Mi is kezdtünk el rá figyelni.

A gyakorlatunk során Magyarozdon, közel kerültünk az alkoholfüggőség témaköréhez, s annak gyógyításához.

A dolgozatunkban a gyakorlatunk élményeiről szeretnénk beszámolni, arról, hogy milyen körülmények között, milyen eszközökkel, milyen céllal folyik a terápiás munka.

Megosztanánk a nehézségeinket, a szakmai és személyes téren történő előrelépéseinket.

Ebben a beszámolóban nem törekszünk arra, hogy szakmai, elméleti leírásokkal meghatározzuk azokat a folyamatokat, amelyeknek tanúi lehettünk, hanem egy szubjektív, általunk inkább kedvelt formában írjuk le ezeket.

2. Szenvedélybetegség meghatározása

A szakirodalomban sokfajta meghatározás van a szenvedélybetegségekre.

De mi, a tapasztalatainkból, megfigyeléseinkből kiindulva szeretnénk egy meghatározását adni ennek, belefoglalva a tudományos megközelítéseket is.

A szenvedélybetegségek lehetnek anyaghoz (pszichoaktív szer) kötődőek, vagy nem kötődőek. Az anyaghoz kötődő szenvedélybetegségekről, s ezen belül is, az alkoholizmusra térnénk ki.

Kezdenénk, egy rövid, tudományos meghatározással:” A szerfüggőség, ami az enyhétől a súlyosig terjedhet, valamilyen kémiai anyag kényszeres használatára utal, ami a hátrányos és káros következmények ellenére sem csökken.”¹

A szenvedélybetegségeket jellemzi a tolerancianövelés, kontrollvesztés, elvonási tünetek megjelenése. A kontrollvesztés folyamatát egy kliens által megfogalmazott példán keresztül szeretnénk illusztrálni: „először úgy van, hogy én fogom a poharat, aztán egy idő után a pohár fog engem”.

A szenvedélybetegeket sajátos magatartási formák, gondolkodási minták jellemezik.

Meglepett az, hogy sokakban egy téves elképzelés él arról, hogy hogyan is zajlik egy terápia Magyarózdton. Ezt az elképzelést az a tény táplálja, hogy Romániában a megszokott kezelési módszer, az az orvosok által előírt gyógyszeres, pszichiátriai kezelés.

Azzal a céllal jönnek Magyarózdra, hogy kezeljék ki őket alkoholizmusukból, de aztán tudatosul bennük, hogy ez egy sokkal összetettebb probléma és a függőség csak a jéghegy csúcsa.

3. Bonus Pastor (Jó Pásztor) Alapítvány

17 évvel ezelőtt, az Erdélyi Református egyház kezdeményezésére elindultak a szenvedélybetegekkel történő foglalkozások: bibliaórák, elsősorban Marosvásárhelyen és Székelyudvarhelyen. Ezek alkották az erdélyi Magyar Református Egyház „Szenvedélybetegek Református Mentő Misszióját”.

Ebből fejlődött ki a Bonus Pastor Alapítvány, mely keretet, professzionalizmust adott ennek a munkának: 1994-től indítottak rövid távú terápiákat, majd sorra indultak el a

¹ Rác József in Albert-Lőrincz Enikő: Önpusztító Lázadás, 35 o

szervezetre jellemző szolgáltatások: országos találkozások, utógondozói táborok, egyéni tanácsadás, helyi támogató csoportok, prevenciós programok és 2005-től a hosszú távú terápia, Magyarozdon.

Az alapítványnak irodái vannak három városban Kolozsvár, Marosvásárhely, Udvarhely. Itt történik a kliensekkel a kapcsolatfelvétel, tanácsadás, lelki gondozás a már gyógyulófélben levőknek.

Az alapítványnak külső munkatársakkal együtt 17 alkalmazottja van: szociális munkások, pszichológusok, lelkészek, adminisztratív munkáért felelős személyek.

A Bonus Pastor Alapítvány egy civil, non-profit szervezet, melynek célja segítséget nyújtani alkohol-, drog-, nikotin-, gyógyszer-, játék- és más függőségben szenvedőknek és hozzátartozóiknak. Fő megközelítése a szenvedélybetegségek témaköréhez a következőkben rejlik: a függőség több tényező összefüggése: orvosi, pszichológiai és szellemi. A segítség (kezelés) célja megállítani a személy önpusztító viselkedését, kideríteni azokat a rejtett lelki mechanizmusokat, amelyek fenntartják a függőséget s ezekkel dolgozni. A szervezet alapelvei között tartozik az is, hogy a szabadulás nem lehetséges, csak teljes személyiségváltással: ezáltal valósulhat meg egy absztinens, teljes élet. A terápiás programok, a szellemi, vallási környezet csak útmutatás, alap a változni, gyógyulni akarónak.

Másik alapelv, hogy a szenvedélybetegség nem csak a függőre van hatással, hanem a közeli környezetére is: családtagok, közeli rokonok, barátok. Ezért fontos, a velük való munka is.

A szervezet munkáját az evangélium alapján, és a segítő szakma eszközeivel végzik.

Külön kiemelve meg szeretnénk említeni a rövidtávú program és a hosszú távú programot, a rehabot a szervezet által nyújtott szolgáltatásokból. Mindkettő program magába foglalja a csoportos terápiát, az egyéni terápiát, a keresztyén, vallási megközelítést (áhítatók).

A 12 napos rövid távú terápia alapja az áhítatók, a csoportos beszélgetések meghatározott témák alapján, a szemináriumok, melyek segítenek jobban megérteni a szenvedélybetegségek folyamatát, veszélyeztető tényezőit, a függő személyiségét, illetve az estéli közös imádkozások.

A hosszú távú terápia egy strukturáltan felépített, bentlakásos, 9 hónapig tartó kezelés. Alapja a Portage modell, az AA féle támogató csoport modell.

Egyik programnak sem alapfeltétele a vallásosság, a hit.

A gyakorlatunk során betekintést nyertünk mindkét programban. Bővebb leírásuk a következőkben lesz.

4. A Rövid Távú Program és Hosszú távú Program bemutatása

Ahogy mi láttuk

4.1 Rövid távú program

Ez egy tizenkét napot felölelő program férfi és női szenvedélybetegeknek és hozzátartozóiknak.

Ez idő alatt a résztvevők a Magyarózd-i Drogterápiás Otthonban vannak elszállásolva, közösen a hosszú terápiában résztvevőkkel.

A terápiás program csoportos foglalkozásokból, egyéni beszélgetésekből, szemináriumokból, áhítatokból és szabadult függőkkel való találkozásokból tevődik össze.

A gyógyító alap gondolata, alapelve a tudatosítás. Ráébreszteni a klienseket, hogy milyen tényezők alakították ki a szenvedélybetegséget, hogy milyen tényezők tartják fent, és egy jövőbeli kitekintés: milyen erőforrásokkal rendelkeznek, milyen lehet egy absztinens életet élni.

Múlt, jelen és jövő feltérképezése.

A reggeli áhítatok alap gondolata a 10 Parancsolat ami tovább vivődött, bontakozott ki a csoportfoglalkozásokon. Ezekben a következő témák kerültek megbeszélésre: Istennel való kapcsolat, a hit időbeni alakulása, szülőkkel való kapcsolat, társkapcsolatok, munkahelyi viszonyok.

Olyan fogalmakkal szembeni attitűdök fejeződtek ki, mint büntudat, szégyen, megbánás. Hangsúlyt kapott az érzelmek felismerése, csoportban való felvállalása.

A csoporthangulatát oldották a különböző játékok: bizalom, ismerkedés, egymásra figyelés, kommunikációfejlesztés.

Délutánonként a szemináriumok segítettek jobban megérteni a szenvedélybetegség fogalmát, hatását az egyénre és a hozzátartozókra. Elsajátíthattak ismereteket a leszokás folyamatáról, melyek az akadályozó illetve a segítő tényezők.

Az esti közös imádkozások, a szabadultak vallomás tételei egy énmegerősítő, reménytelős szereppel bírtak.

A nap folyamán az egyéni tanácsadásra, segítő beszélgetésekre került sor.

A két gyógyító alatt részt vettünk csoporttársakként és munkatársakként. A folyamat elején bemutatkozáskor elmondtuk, hogy egyetemisták vagyunk és tanulni jöttünk és nem feltétlenül

segíteni. Azáltal, hogy a csoportban személyes élményeket osztottunk meg lehetővé tette a bizalmi kapcsolat kialakítását, az önmaguk őszinte felvállalását előttünk.

Mint munkatársi szerepkörben sokat segítettek az esti megbeszélések a csoportvezetőkkel. Lehetővé vált kimondani a félelmeinket, bizonytalanságainkat, apró sikereinket, megvalósításainkat, és feltenni a kérdéseinket. Ez segített úgy a szakmai, mint a személyes fejlődésünkben.

4.2 Hosszú távú program

A hosszú távú program a Portage² filozófiájára alapszik.

A Portage modell az Amerikai Terápiás Közösségek gyakorlatából jött létre Kanadában, az 1970-es években egy magyar származású pszichológus kezdeményezésére (Dr. Vámos Péter). Azért volt szükség egy újfajta terápiás modellre, hogy megfeleljen a háborúból hazatért veterán katonák függőségének kezelésére. A Portage az Egészségügyi Világszervezet által jóváhagyott és terjesztésre ajánlott terápiás modell.

A következőkben megpróbáljuk összefoglalni az általunk tapasztalt és átélt terápiás módszert, kitérve az alapértékekre, a struktúrára, terápiás eszközökre.

Időben a terápia kilenc hónapot ölel fel. A program elkezdésének elején a kliensek minden kapcsolatot megszüntetnek a külvilággal, terápiás közösségben élnek és ezáltal lehetővé válik, hogy minden figyelmüket önmagukra fordíthassák. Ez a fajta elszakadás a külvilágtól nem mindig zajlik zökkenő mentesen, sokan nem értik ennek a célját.

A terápia alapját az a hit és bizalom képezi, hogy a szenvedélybeteg megtanulhat egy felelősségteljes, minőségi életet élni a megfelelő terápiás hatások következményeként.

A tanulás feltételezi olyan kompetenciák és készségek elsajátítását, amelyek által az egyén képes lesz egy absztinens élet kialakítására és fenntartására.

Egy személyes élményt szeretnénk ezzel kapcsolatban megjegyezni. A magyarózdai terápiás otthonban szinte szállóigévé vált az, hogy minden dolognak terápiás hatása van. Megenni a társaik által elkészített ételt, ami sokszor újra értelmezi az ehetetlen kategóriát, ez is magában rejti a személyes fejlődést.

A portage egy nagyon jól strukturált, átlátható rendszer. A dolgozatunk mellé csatoltuk egy táblázatot, mely tartalmazza a terápiás programot fázisokra és a hozzájuk tartozó tevékenységekre, fő kompetenciákra lebontva.

² Portage: az a tevékenység, amikor gázlónál megfeneklett kenu átsegítik a mélyebb vízre, ahol már magától tud úszni.

A strukturáltság a mindennapokban is megjelenik a napi 3 találkozó által.

A reggeli találkozó a következő pontokból épül fel: üzenet (Melléklet) vagy Portage filozófia (Melléklet), inspiráció, ima (Melléklet), teherletétel, haladás, szükségletek, és egy motivációs játék (ez általában Activity volt). A délelőtti munkák kiosztása is a találkozó része volt.

A találkozóon csak az szólalhatott, aki előzőleg feliratkozott az erre kijelölt táblára.

A déli találkozó a legrövidebb volt, mindhárom közül. Itt a délelőtti munkák során átélt érzéseket, a reggeli találkozóról tovább vitt gondolatokat osztották meg egymással.

Az esti találkozó az aznap megélt érzések felismerésének, kimondásának volt a helye. Ezt hivatott segíteni az érzelem lista. A találkozóon a csoport kiválaszthatta a Nap Hősét, a terápiájában elért eredményeiért, haladásáért. A nap egy pár perces elmélkedéssel, áhítattal zárult.

A délutánok folyamán szemináriumokat is tartottak a stábtagek. Itt olyan témákat érintettek, amelyek relevánsak voltak a személyes fejlődésük terén: mint például a harag kezelése, kapcsolatok helyre állítása, visszaesés megelőzés.

A Portage fontos részét képezik a terápiás eszközök is. Legfontosabb, maga a csoport, a hely, mentorok. Ezekon kívül több terápiás eszköz is volt, de most csak a legfőbbek leírására szorítkoztunk.

A következőkben szeretnénk a Portage modell olyan aspektusairól beszélni, amelyek számunkra meglepőek voltak, és bevallhatjuk, nehezen betarthatóak az ott tartózkodásunk alatt.

Az elvárt kommunikációs forma, az én közlő kommunikáció volt: minden helyzetben csak az általam megélt, kiváltott érzésekről beszélni, anélkül, hogy másokat vádolnék, hibáztatnék.

Minden találkozóon a csoporttagok visszajelezhettek, reflektálhattak az elhangzottakra. Ennek is megvolt a maga rítusa. Ezáltal lehetővé vált, hogy egymással megosszák a hasonló élményeket.

A hosszú távú terápiába való belépés előtt a stábtagek ismertették a szabályzatot. Fontos megjegyeznünk, hogy a gyakorlatunk e szakaszán nem a Drogterápiás Otthonban voltunk elszállásolva, de ennek ellenére ránk is érvényes volt az Otthon három alapszabálya³.

³ Alapszabály: Nem lehetséges: semmiféle erőszak (sem testi, ill. lelki) alkalmazása, szexuális kapcsolat kialakítása és gyakorlása, alkohol vagy kábítószer fogyasztása

A „rehabba” való belépésünk sokkal nehezebben ment, mint a rövidtávú programba való belépés. Ez valamilyen szinten érthető is volt a számunkra, mivel itt egy folyamatba kapcsolódtunk be, így nagyobb ellenállásba ütköztünk.

A megjelenésünkkel keltett érzések sokfélék voltak: félelem, düh, közöny, ugyanakkor voltak olyanok is, akik terápiás eszközként használtak bennünket a személyes gyógyulásukhoz.

A portage modell előnyét legfőképpen abban láttuk, hogy a szenvedélybetegekkel való munkának következetességet, ritmust, folyamatosságot adott. Egy olyan felnőttnek, aki eddig menekült a felelőségek elől, idővel visszaadta az önbizalmát, erejét ahhoz, hogy felelőséget vállaljon.

5. Statisztika

A Bonus Pastor Alapítványtól kapott számadatokat próbáltuk összefoglalni és kiértékelni.

5.1 Hosszú Távú Terápiás program

A hosszú távú terápiás programon résztvevő kliensekről már 2005 óta vannak adatok. Az arra vonatkozó adatok, hogy hányan absztinensek és mióta, csak megközelítő számadatok, becslések.

A Magyarozdi Drogterápiás Otthonnak összesen 130 kliense volt, ez 153 beköltözést jelent. A Táblázat1, Táblázat2, Táblázat3 ennek a 130 kliensnek az időbeni alakulását, a terápiából való ki-be lépését követi nyomon.

Azt is megnéztük, hogy inkább milyen megyéből érkeztek a kliensek (Táblázat4). Egyéb, demográfiai jellegű vagy identifikációs adatok nem álltak a rendelkezésünkre.

A kliensek szenvedélybetegségének típusa szerinti osztályozást a Táblázat5 foglalja magába. Egyáltalán nem meglepő az a tény, hogy a legtöbb kliens alkoholfüggő (100%).

Legizgalmasabb adatokat a Táblázat6. és Táblázat7 ad, akkor is, ha ezek csak megközelítő értékek. Eszerint, a kliensek közül, akik részt vettek a terápián 55.08% áll, vagyis nem fogyaszt alkoholt. Tovább lebontva, megfigyeltük azt, hogy nagy az eltérés az alkoholfogyasztás esetén azok között, akik befejezték, vagy nem fejezték be az első terápiájukat: ez az arány 80,7%- 35.3%.

Az adatok tükrében arra a következtetésre juthattunk, hogy a Portage modellre alapuló terápia eredményeket tud felmutatni. Ezek az adatok mintegy alátámasztják azt a hitet és bizodalmat, hogy létezik változás, a gyógyulás lehetséges.

5.2 Rövid Távú Terápiás Program

Ezen programokat igénybevevő kliensekről már 2000-tól vannak adatok. A Táblázat8 összesíti, hogy az évek során hány kliens volt. Ezek a számok nagyjából stagnálnak.

Egyéb adatok: a résztvevők szenvedélybetegség formája szerint a következőképpen alakul: a kliensek 75% alkoholfüggő, gyógyszer vagy drogfüggő 4%, játékfüggő 3%.

A programokon résztvevők mindegy 18% hozzátartozó.

Itt is csak becslések vannak arra vonatkozóan, hogy a kliensek hány százaléka áll. Ez a százalék körülbelül 18-22%.

6. Személyes tapasztalat

6.1 Ok

Nem volt határozott döntés, jól körvonalazódott cél és terv. Csak tenni akartunk valamit. Valamit, ami talán megmutatja, hogy nem döntöttünk rosszul, amikor azt választottuk, hogy segítő szakmában szeretnénk dolgozni. Valami, amiből tanulhattunk, tapasztalatot szerezhettünk, valahol ahol ismereteinket kipróbálhattuk élesben, és hogy „belejövünk a szakmába”. És ha már választani lehetett, akkor válasszunk nehezet is. Olyat, amitől féltünk, amivel szemben előítéleteink voltak. Sokszor kaptunk visszajelzéseket arra nézve, hogy mennyire bátor tett az, amit vállaltunk. Helyesbítenénk, inkább egy teszt volt, saját képességeink, határainknak tesztje.

Tehát az ok, hogy szenvedélybetegekkel való munka lett az első lépcsőfok, lépés a szakmai tapasztalatszerzés folyamatában, eléggé összetett, és utólag visszatekintve nyer értelmet.

6.2 Választás

A Babes Bolyai Tudományegyetem a ROSAAC ernyőszervezet partnere. Így vált lehetővé az, hogy több szenvedélybetegekkel foglalkozó alapítvány közül választhattunk, hogy hol szeretnénk gyakorlatozni. A választásunk azért esett a Bonus Pastor Alapítványra, és ezen belül a Magyarozdi Drogterápiás Otthonra, mert ez volt az egyetlen anyanyelvünkön működő intézmény, többnyire magyart beszélő kliensekkel.

6. 3 Feladataink

A gyakorlat programja a következőképpen épült fel:

24 november 9-20 között részt vettünk a Rövid Terápiás Programon

25 december 7-19 között részt vettünk a Hosszú Távú Programon, a rehabilitációs programon, a „rehabon”

26 február 8-19 között újra részt vettünk egy Rövid Terápiás Programon

27 március 15-21 újra vissza a rehabilitációs programba

Lehetőségünk adódott arra, hogy megtapasztaljuk mindkét terápiás formát, megközelítési módját annak, ahogy a szenvedélybetegekkel való munka lezajlódhat. Eleinte, mindkét formába tapasztalatlanul csöppentünk bele, minden új volt, meglepő, soha nem látott. Aztán mikor másodszor fogtunk neki ugyanannak, akkor valamelyest átláthatóbbá váltak a szabályok, értelmet nyertek a dolgok, ismertebbé vált a folyamat. Hazudnánk, ha azt állítanánk, hogy mindent láttunk, és mindent értünk. Talán az egyik legfontosabb dolog, amit magunkévá tettünk, az az, hogy a gyógyulás egy időben hosszan tartó folyamat, és Mi, csak nagyon kis szeletkéjének lehettünk tanúi.

Feladatainkat meghatározta egyrészt az oktatási intézmény, a tereptanárunk, másrészt a Magyarozdi Drogterápiás Otthon vezetője, Horváth Mária. Ezen a téren segítséget nyújtott a „feladat lap” amely alapján minden egyes hétre célokat tűztünk ki a mentorunkkal együtt. A végrehajtandó feladatok a következők voltak: egyrészt, az intézménnyel kapcsolatos információk begyűjtése, megszerzése: története, célja, ott dolgozó szakemberek, másrészt a kliensekkel való munkába történő bevonódás: részt venni az esetmegbeszéléseken, genogramot, életvonalat készíteni. Ezekon kívül részt vettünk a csoportfoglalkozásokon, szemináriumokon, egyéb, klienseknek szánt programokon.

Minden héten beszámolót kellett készítenünk az ott tartózkodásunkról.

A tennivalóink differenciálódtak, annak függvényében, hogy a RTP, vagy a rehabon voltunk.

Így az első gyakorlati periódus alatt a megfigyelés volt a cél. De ugyanúgy, mint a kliensek mi is részt vettünk a programokon.

Az első alkalom a szervezet megismeréséről, kicsit annak működéséről szólt, történetéről, céljairól, szabályairól. Hogy mit is jelent csapatban dolgozni. És hogy hogyan is

zajlik egy rövidtávú terápia.

A második alkalom mikor újra az otthonban gyakorlatoztunk teljesen más volt, mint az első alkalom mivel most a hosszú távú terápiában nyertünk betekintést. Erre a két hétre is meg volt, hogy mit szeretnénk elérni, de ezt, mint kliensek tettük. Ahhoz, hogy jobban értsük mit is jelent oda bekerülni egy kliensnek, és hogy hogyan működik a „portage” filozófiára épített program a saját bőrünkön tapasztalhattuk meg az orientációs szakaszt és az új kliens szakaszt. E periódus szakmai téren is kihívást jelentett a számunkra, mivel a legfontosabb a határaink tisztázása volt, ha egy szenvedélybeteggel dolgozunk.. Számunkra ez a két hét tanulságos volt mind abban, hogy felismerjük határainkat (itt fizikai tűrőképességre gondolva) és arra nézve, hogy jobban belássunk a „stáb” működésébe.

Harmadik alkalommal ismét a Gyógyítói munkában vettünk részt. Mivel ez már a második rövidtávú terápiánk volt nem volt olyan nagy a meglepetés a programot illetően vagy azt hogy milyen megerőltető kétheti munkát jelent is ez. Tudtuk a program alakulását, hogy mi mi után következett, ezért több mindent ki is próbálhattunk, mint például interjú, genogram, életrajz készítés. Szakmai szempontból is sokkal nagyobb kihívás volt a számunkra ez a két hét úgy egyéni szemmel, mint csapattagként. Nagyon sok visszajelzést kaptunk a munkánkkal kapcsolatban, pozitívakat és építő jelegű kritikákat egyaránt.

A negyedik, vagyis utolsó két hét, amit Ózdon eltöltöttünk szakmailag a legösszetettebb, az utolsó lépések a feladat lapunkról, ami a szeminárium megtervezéstől a megtartásig jelentett, vagy adminisztrációs feladatok is vártak ránk (fordítások, személyi lapok kitöltése) és mint "régiek" tagok az újonnan beköltözötteket orientáltuk is. A csoportba való beilleszkedésünket nehezítette a nem rég érkezett kliensek negatív hozzáállása. Így mint "újonnan" érkezeteknek ismét meg kellett küzdjünk a beilleszkedéssel, határainkkal, személyes bevonódásunkkal, ami nem mindig úgy sikerült, ahogy az a "nagykönyvben" meg van írva. Az utolsó napokban nagyon sok visszajelzést kaptunk a munkatársaktól, mint a lakóktól egyaránt, amely nem csak szakmai téren nyújtott nekünk sokat és előre lépést, hanem önismeret terén is.

6. 4 Tapasztalat

A következőkben arra próbálunk törekedni, hogy összefoglaljuk a feladataink végzése során tapasztalt nehézségeket.

Végtére is, a dilemmánkat a saját szerepünk okozta. Néha, nem tudtuk eldönteni, hogy mik vagyunk: segítők vagy segítettek, megfigyelők vagy önmegfigyelték. Visszagondolva,

mindkettő voltunk.

Az emberekkel való közvetlen kapcsolattartás soha nem könnyű. Ezt a tényt fokozta az is, hogy tudatában voltunk annak, hogy a körülöttünk levők szenvedélybetegek. Tanulmányaink során elsajátítottuk az elméleti alapokat. Ebből kiindulva, mint leendő szakemberek sokszor éreztük, hogy megbuktunk.

A személyes bevonódástól sem mentett meg minket elméleti tudásunk, forrópontok kezelése, vagy a határaink tisztázása sem történt mindig gördülékenyen. Nehézség vagy inkább gátló tényező volt a nemünk, a korunk és a szakma, amit képviseltünk, a kliensek részéről és részünkről is a velük folytatott munkában.

Különösebb nehézséget a velük való munka nem okozott. Inkább a velük való érintkezés által, mi magunk is változtunk. Változott a magunkkal hozott, mélyen gyökerező elítéltség, előítélet, hogy az alkoholisták megvetendő, szégyellnivaló tagjai a társadalomnak, le tudnának szokni, ha igazán akarnának, az a sok sztereotípiát, mely társadalmunk gondolkodását oly nagyon jellemzi azt mind magunkkal vittük. Elkezdtük hinni azt, hogy van értelme a velük való munkának, van remény a teljes rehabilitásra, persze, ha az egyén is akarja.

6. 7 Összefoglalva

Különleges érzés volt egy aktív, érdeklődő munkaközösségben részese lenni olyan emberi sorstörténeteknek, amelyeket megnézhattunk szakmai nézőpontból, átélhettünk személyes érintettséggel, és átszűrhattuk magunkkal hozott előítéleteinken, amelyek arányosan szűntek meg, váltak semmivé, ahogy nőtt a tiszteletünk azok iránt, akik vállalták önmagukat, függőségüket.

7. SWOT analízis

Erős pontok <ul style="list-style-type: none">- elzártság- van rá igény- mindenféle szenvedélybetegnek nyújt szolgáltatást- kétnyelvűség- jó munkaközösség- tapasztalat- irodák, több városban- prevenció- utógondozás, után követés- helyi támogató csoportok	Gyenge pontok <ul style="list-style-type: none">- túl hosszú (9 hónap)- elzártság- kétnyelvűség
Lehetőségek <ul style="list-style-type: none">- női rehabilitáció- rövidebb rehabilitáció- prevenció börtönökben- pénzkereseti lehetőség az Otthonban végzett munka (gyertyaöntés, egyéb)-	Veszélyek <ul style="list-style-type: none">- anyagi támogatás hiánya- túl kicsi a hely

8. Összegzés

A dolgozatunkban azt a tapasztalatot, folyamatot szeretnénk volna leírni, amit a magyarozdi Drogterápiás Otthonban szereztünk, 8 hét gyakorlat alatt.

Ezért a dolgozatban irtunk magáról az alapítványról, annak működéséről, programjairól és klienseiről. Hatékonyságát megpróbáltuk adatokkal is alátámasztani.

Ezen kívül pedig szakmai és személyes nézőpontból közelítettük meg az ott létünket.

Sok dolog, tényező átértékelődött bennünk, miután mi is „befejeztük a terápiát”. Ez a beszámoló ezeknek a letisztázódott élményeknek, véleményeknek a bemutatása.

Befejezésképpen a Portage filozófiából szeretnénk idézni, olyant, ami mindannyiunkra található:

„Azért jöttem ide, hogy magamra találjak”

9. Felhasznált irodalom

1. www.bonuspastor.ro

2. Albert Lőrincz Enikő (2004): Önpusztító lázadás, A drogfogyasztás, mint kóros viselkedésminta, Kolozsvár, Scienta Kiadó

3. Victor István (2005): A Portage program bevezetésének mentálhigiénés szempontú tapasztalatai, Semmelweis Egyetem