



SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG

**AZ AGRESSZIÓKEZELÉS
KÉSZSÉGGKOMPONENSEI
A PSZICHIÁTRIAI- ÉS SZENVEDÉLYBETEG
SZEMÉLYEK ELLÁTÁSBAN**

AZ AGRESSZIÓKEZELÉS KÉSZSÉGGKOMPONENSEI A PSZICHIÁTRIAI- ÉS SZENVEDÉLYBETEG SZEMÉLYEK ELLÁTÁSBAN

HALLGATÓI TANANYAG

Szerző

Dr. Koczka Klára

Dr. Csákvári Judit

Az idegen nyelvű szakirodalom fordításában és a szöveggondozásban közreműködött

Katona Dóra

Seres Ildikó

**EFOP-3.8.2-16-2016-00001 Szociális humán erőforrás fejlesztése
kiemelt projekt**

**Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával,
az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.**

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A kiadvány a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 számú

**Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt keretében
készült**

Előzmény: TÁMOP-5.4.10-12/1-2012-0001 Szociális képzések rendszerének
modernizációja kiemelt projekt keretében elkészült tananyag

szerző: Gelsei Bernadett

cím: Megoldásközpontú agressziókezelés a pszichiátriai és szenvedélybetegeknél

Kiadja Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

1132 Budapest, Visegrádi utca 49.

Telefon: +36 1 769 1704

www.szgyf.gov.hu

Felelős kiadó Bátorfi Zsolt főigazgató

Budapest, 2017

Tartalom

1 Agresszió és agressziókezelés téma a pszichiátriai ellátási területen	6
1.1 Az agresszió jelensége, kezelése különféle nézőpontok, szemléleti keretek mentén.....	6
1.2 Gyakorlatok az agressziókezelésben a pszichiátriai ellátási területen	16
1.3 Készségtanulás a szenvedéscsökkentés érdekében	20
2 Az agressziókezelés jelentős tartalmi komponensei	23
2.1 Készség-kölcsönhatás	23
2.2 Figyelem, tudatos jelenlét	27
2.3 Érzelemszabályozás	29
2.4 Feszültségkezelés.....	32
2.5 Interakciók	36
3 Hatékony agressziókezelés az esetmunkában	43
4 Felhasznált irodalom.....	48

1 Agresszió és agressziókezelés téma a pszichiátriai ellátási területen

Összefoglalás

A fejezetben bemutatásra kerül az agresszió elméleti háttere és az agresszióelméletek, valamint az agresszió fontosabb megnyilvánulási formái. A szenvedélybetegség és a személyiségzavar részletesebb megismerése után betekintést nyújtunk néhány terápiás módszerbe.

Cél

A fejezetben bemutatott témák segítséget adnak ahhoz, hogy a későbbiekben megfelelő szakmai kifejezésekkel és kontextusba helyezetten foglalkozzunk az agresszió kérdésével a pszichiátriai és a szenvedélybeteg ellátása körében.

Kulcsszavak

agresszió, szenvedélybetegség, személyiségzavar, kognitív terápia, viselkedésterápia, személyközpontú pszichoterápia, megoldásközpontú megközelítés, csoportok, dialektikus viselkedésterápia

Tanulást segítő kérdések

Mi az agresszió?

Milyen agresszióelméletet ismer, annak mi a jellemzője?

Mi a személyiségzavarok három fő típusa?

Mi a szerhasználat zavara?

Mi a szerfüggőség kockázati tényezője?

Milyen tevékenység végezhető szocioterápiás foglalkoztatás keretein belül?

Mi a készségfejlesztés?

Milyen készségeket céloz meg a dialektikus viselkedésterápia?

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Haller J. (2005): *Miért agresszív az ember?* Budapest, Osiris Kiadó

1.1 Az agresszió jelensége, kezelése különféle nézőpontok, szemléleti keretek mentén

A düh és az agresszivitás természetes emberi jelenségek, melyek mindannyiunk életében jelen vannak. Előfordulhat azonban, hogy valaki nem tudja kontrollálni az indulatait és agresszív viselkedésével (lelki vagy fizikai) kárt okoz magának vagy másoknak. A pszichiátriai betegséggel élők, illetve a szenvedélybetegtek tekintetében tünet lehet az agresszió. Segítő szakemberként szükséges megismernünk az agresszió jelenségét és az agressziókezelés lehetőségeit, hiszen csak így tudunk megfelelő segítséget adni a hozzánk fordulóknak és megőrizni saját egészségünket is.

A hétköznapi életben mindannyian találkozunk már agresszív személlyel, és talán felmerült bennünk a kérdés, hogy mit lehetne tenni, hogyan tudnánk a helyzetet jobban megoldani?

Az agresszió a latin *agressio* szóból ered, jelentése: *támadás*. A szótár szerint: „erőszakos, támadó, verbális vagy fizikai akció egy másik személy ellen.” (Noll - Székely, 2004, 23. o.) Egyfajta antiszociális magatartásnak tekintjük, jellemzően negatív képeket kapcsolunk hozzá. Ide sorolható minden olyan viselkedésforma, amelynek célja a károkozás. Legjellemzőbb formájában az agresszor másnak okoz kárt, verbális vagy fizikai agresszióval él. Előfordul, hogy az agresszió olyan kóros mértéket ölt, ami betegség tünete vagy kísérőjelensége, melyet fontos elkülönítenünk a hétköznapi megjelenő, szituációfüggő dühösségtől, dominanciától vagy erőszaktól.

Az agresszió elméleti háttere, agresszióelméletek

A természet- és társadalomtudományi agressziókutatásban folyamatosan alakul a definíció, és a fogalomban benne foglalt viselkedésformák meghatározása. A meghatározás nehézsége abból is következik, hogy az agresszió nem egy bizonyos típusú, könnyen meghatározható paraméterekkel jól leírható viselkedés, hanem nagy formai sokféleséget mutató gyűjtőkategória. Az agresszió definiálása több szinten megragadható (többek között pszichológiai-pszichiátriai és etológiai, biológiai megközelítésben). Az etológiai-evolúciós szempontú definíció alapján, Gooldenough és Wallace (2001) az agresszió adaptív készség elemét emelte ki, amely a korlátozott erőforrások megszerzése érdekében nélkülözhetetlen. (Gooldenough et al., 2001). A pszichiátriai agresszió fogalom az előzőtől különbözik, eszerint „*az agresszivitás olyan erőteljes, célirányos akció, mely verbális vagy fizikai formában a düh és harag érzésének motoros megfelelőjének tekinthető.*” (Kaplan - Sadock, 1998, 281. o.) Ebben a megfogalmazásban nem szerepel a cselekvés tárgya, ugyanakkor a definíció különböző belső állapotokhoz köti az agresszív viselkedési formákat.

Témánkat tekintve ki kell emelnünk egy fontos dimenziót, az egyén hozzáállását, hiszen ami az egyik ember számára heves vita, a másik számára már lehet agresszív viselkedés. Ezért az átfogó tudományos definíció hiánya mellett a mindennapi életben megjelenő egységes definíció hiányára is szükséges felhívni a figyelmet.

Csányi Vilmos, neves etológus, biológus, biokémikus Etológia (1994) c. tankönyvében összefoglalta az agresszív viselkedéstípusokat. Leírása alapján, az állatvilágra vonatkoztatva, különböztetett meg több agressziófajtát. Többek között a területvédő agressziót, a tulajdon- és birtokvédelmi agressziót, a kívülállókkal, betolakodókkal szembeni agressziót, a hatalmi rangsorban betöltött helyért folyó agressziót, a frusztrációs, határkitapogató, autoagressziót vagy a normatív, erkölcsi elv érvényesítő agressziót.

Mindennapi szakmai gyakorlatunkban talán már találkoztunk is olyan klienssel, aki megpróbálta a személyes területét vagy a tulajdonát védeni, új ügyfélként került konfliktusba vagy nem tudott az adott helyzetben megfelelő válaszreakciót adni, ezért a helyzet súlyosabb konfliktussá, agresszivitássá fajult. Fontos látnunk, hogy az intézményünkben, környezetünkben megjelenő agresszív viselkedések mögött mindig vannak más tényezők is, mint az éppen aktuális verekedés, kiabálás vagy esetleg nagyobb mértékű fizikai támadás. Segítői munkánkat hatékonyabbá tudjuk tenni, ha felismerjük és odafigyelünk ezekre a jelekre és az elsődleges feladatellátást követően arra is szánunk néhány percet, hogy megvizsgáljuk az agresszív cselekmények mögött meghúzódó tényeket, eseményeket.

Az alábbi táblázatban Tóth Péter (2007) összefoglalt néhány, az agresszió szakirodalmában megjelent kategorizálási kísérletet. Mint látható, negyvenöt éve élénk vita folyik a típusok számáról, a meghatározás szempontjairól és az egyes kategóriák érvényességéről.

1. táblázat. Az agresszió lehetséges típusai
(forrás: Tóth, 2007)

Szerző(k)	Agressziókatóriák
Buss (1961)	(1) fizikai, ill. verbális; (2) közvetlen, ill. közvetett; (3) aktív, ill. passzív
Lagerspetz et al. (1988)	(1) fizikai – közvetlen, (2) verbális – közvetlen, (3) közvetett vagy kapcsolati agresszió
Crick et al. (1997)	(1) nyílt, (2) kapcsolati vagy relációs agresszió
Moyer (1967)	(1) predátor, (2) hímek közötti, (3) territoriális, (3) anyai, (4) instrumentális, (5) szexuális, (6) félelem indukálta, (7) ingerültség kiváltotta agresszió
Moyer (1973)	(1) kiváltó inger jellege, (2) viselkedést kísérő vagy nélkülöző emóciók, (3) az agresszor neme, (4) neurofiziológiai mechanizmus
Wilson (1976)	(1) territoriális, (2) dominancia, (3) szexuális, (4) szülői fegyelmező, (5) anyai elválasztó, (6) morális, (7) ragadozó, (8) ragadozó elleni agresszió
Archer (1988)	(1) kompetitív, (2) védelmi, (3) szülői agresszió
Pulkkinen (1987)	(1) közvetlen, ill. közvetett, (2) védekező, ill. támadó agresszió
Feshbach (1964)	(1) instrumentális vagy eszközjellegű, (2) emocionális vagy ellenséges agresszió
Dodge et al. (1990)	(1) nem provokált vagy proaktív agresszió, (2) provokált vagy reaktív agresszió
Weinshenker és Siegel (2002)	(1) indulati védelem, (2) predátor támadás
Zillmann (1974)	(1) bosszúság (düh) motiválta, (2) indíték motiválta agresszió (1) megtorló vagy ellenséges, (2) proaktív, (3) reaktív agresszió
Zillmann (1979)	(1) támadó, (2) védekező, (3) megtorló, (4) kiprovokált, (5) provokáció nélküli, (6) bosszúság (düh) motiválta, (7) indíték motiválta, (8) szankcionáló, (9) elfogadott, (10) jogosult agresszió
Tedeschi és Felson (1994)	kényszerítő erő (az agresszió fogalma helyett) mások ellenőrzése, (2) az igazságosság fenntartása, (3) a társas identitás megvédése
Feshbach (1971) és Rule (1974)	(1) egyén motiválta, (2) társas motiváltságú, (3) emocionális vagy ellenséges agresszió
Berkowitz (1993)	(1) tudatos, (2) tudattalan vagy impulzív agresszió
Berkowitz (1994)	(1) instrumentális, ill. emocionális, (2) fizikális, ill. verbális, (3) közvetett, ill. közvetlen, (4) ellenőrzött, előre tervezett, ill. impulzív agresszió
Galtung (1975)	(1) strukturális (közvetett), ill. személyes (perszonális), (2) fizikai és pszichológiai, (3) tárggyal (célpont) rendelkező, ill. tárgy nélküli, (4) manifesztálódó, ill. látens, (5) szándékos, ill. nem szándékos erőszak
Infante (1987)	kommunikációs agresszió = (1) verbális agresszió, (2) vita
Schott (1971)	(1) tervezett vagy nem tervezett, (2) elképzelt vagy valóságos, (3) a szelfre irányuló vagy másik személyre irányuló agresszió
Toch (1969)	(1) státuszörző vagy státuszvédő agresszió
Wolfgang és Ferracuti (1967); Berkowitz (1978)	(1) normatív és expresszív agresszió

Fontos látunk, hogy a többféle elméleti megközelítés, különböző tényezőkkel magyarázza az agresszív viselkedést. Ahogyan az orvosi pszichológia tankönyv összefoglalja, több elméletet is megkülönböztethetünk. „A biológiai kiindulású elméletek többsége genetikai (neurokémiai, endokrinológiai) tényezőkkel magyarázza az agresszív cselekvést, ezért módosításukat általában biológiai kezeléssel (gyógyszer, műtét) képzelel el. Az agy kutatás eredményeinek felhasználásával járulnak hozzá az agresszív viselkedés megértéséhez, magyarázatához. Ezek az agressziót agyfiziológiai, neurokémiai, genetikai, endokrinológiai adottságokkal próbálják magyarázni. Először Delgado (1995) demonstrálta állatoknál az agy elektródos ingerlésével, hogy bizonyos területek ingerlésével dühreakciót, illetve nyugodt viselkedést lehet kiváltani.

A szociológiai kiindulású megközelítések túlnyomóan társadalmi és kulturális hatásokban keresik a jelenség magyarázatát, ezért a változtatási lehetőséget a szűkebb és tágabb társadalmi környezet formálásától várják.

A pszichológiai elméletek több fajtája is magyarázatot keresett erre a viselkedésre:

Pszichoanalitikus megközelítések a velünk született ösztönök feltételezésére támaszkodnak, és ezért nézetük szerint szinte elkerülhetetlen az agresszió, de levezethető, szublimálható különféle társadalmilag elfogadható magatartásformákkal. Fő fogalma az elfojtás, melynek lényege, hogy az agresszív erőket visszaszorítjuk a tudatalattiba, ennek következménye, hogy neurotikus tüneteket produkálunk. Szerintük ugyanazok az alapösztönök vezérelnek minket, mint az állatokat. Az agressziót, mint frusztráció által kiváltott drive-ot tekinti.

A frusztrációs hipotézis értelmében az agresszív viselkedés lehet velünk született vagy tanult, de a törekvések, célok útjában álló külső vagy belső akadályok, a célok megghiúsulása facilitálják az agresszív-impulzív viselkedést.

A viselkedés-lélektani felfogás szerint az agresszív viselkedést a nevelési hatások, megerősítések, megfigyelések útján tanuljuk, ezért meg is változtatható a kiváltó helyzetek, megerősítések megfelelő módosításával, kontrolljával. Az elmélet a modellek szerepét hangsúlyozza a specifikus viselkedések és az érzelmi válaszok átvételében. Elveti az agresszió ösztönként vagy frusztráció eredményezte hajtóerőként való felfogását, ehelyett azt állítja, hogy bármely más tanult válaszhoz hasonló.

A kognitív elmélet talaján álló szakemberek szerint az egyén céljának megghiúsulása frusztrációhoz vezet, mely vagy regressziós állapotot eredményez vagy agresszív viselkedést. Az elmélet képviselői szerint az agresszív viselkedés a helyzetekre vonatkozó információfeldolgozás és minősítés komplex folyamatának eredménye, ezért a gondolatok átstrukturálásában, alternatív cselekvési stratégiák keresésében látják a megoldást.

Az ösztönelméletek felfogása szerint a velünk született, spontán, agresszív viselkedés szinte elkerülhetetlen. A megjelenő agresszivitást elvezetni, kanalizálni, szublimálni kell (például mozgással, szakmai tevékenységgel, művészeti tevékenységgel, küzdősportokkal).” (Berghammer - Kopp, 2009, in Gelsei, 22-23. o.)

Az agresszióelméletek sokszínűek, sok szempontból értelmezik a cselekvést. Egy-egy fogalom mélyebb átgondolása, a szakirodalom tanulmányozása segítséget adhat a fogalom lényegének megismerésében, ezáltal hozzásegíthet az agresszióra adott hatékonyabb reakciók kialakításához. A teljesség igénye nélkül, a fenti kategóriákból a leggyakoribbat vizsgáljunk meg részletesebben.

Ezt a korai felosztás Arnold Buss (1961) amerikai pszichológus nevéhez fűződik. Az agresszió meghatározása érdekében három kétpólusú szempontot állított fel:

- (1) fizikai vagy verbális
- (2) közvetlen vagy közvetett
- (3) aktív vagy passzív.

Fizikai agresszió során a támadó és az áldozat között fizikális érintkezés következik be, amely a megtámadott sérülésével és/vagy fájdalom okozásával jár. A verbális agresszió nyelvi kifejezések által történik, és alapvetően pszichológiai fájdalom, sérülés, presztízs- és státuszvesztés lehet a szándékolt következménye.

A közvetlen agresszió a megtámadott felé irányul, és az agresszor személyesen neki szánja (ez lehet fizikai fájdalomkeltés vagy akár lelki sérelemkeltés is). A közvetett agresszió több magatartásmódot is

takarhat. Lehet egyrészt olyan magatartás, mely a szenvedő fél számára fontos dolgok vagy személyek megtámadása, de ide tartozik minden olyan magatartás, amiben manipuláció segítségével érik el a másik személy testi, lelki sérelmét.

Aktív vagy passzív agresszióról beszélhetünk attól függően, hogy az agresszor valamit aktívan tesz vagy valamit egyszerűen nem tesz, vagy akadályt gördít a másik elé és így éri el, hogy kárt okozzon az áldozatának (Tóth, 2007).

Agresszív cselekményt a fenti kategóriák szerint is le tudunk írni:

- Ha valakit megütnék, akkor aktív-fizikai-közvetlen agresszió történt.
- Ha valakit szóban sértegetnek, akkor aktív-verbális-közvetlen agresszióról beszélünk.
- Ha nem válaszolok, ellenállok a kérdezőnek, akkor az passzív-verbális-közvetett agresszió a részemről.
- Ha megállok az ajtóban, nem mozdulok, amikor más ki szeretne menni, akkor passzív-verbális-közvetlen agressziót alkalmazok.

Ezeket a kategóriákat tovább bővíthetjük, a már megismert egyéb kategóriákkal (tervezett vagy nem tervezett, elképzelt vagy valóságos, önmagára irányuló vagy másik személyre irányuló agresszió, tudatos vagy tudattalan/impulzív agresszió), ezáltal szakmai nyelven is pontos leírást tudunk adni a megtörtént eseményről.

Saját klienscsoportjainkban nagy arányban jelenhet meg az agresszió, mint tünet. Ezért fontos, hogy a megtörtént eseményt szakszerűen, pontosan tudjuk azonosítani, dokumentálni és későbbi helyzetekre fel tudjunk készülni.

Minden személyben megvannak az agresszió gyökerei. Fontos látnunk, hogy az evolúció szempontjából hasznos és fontos tulajdonság volt az agresszió, és mind a mai napig jelen van mindenki életében. A kérdés az, hogy hol húzzuk meg a határt, a domináns és az agresszív viselkedés között.

Láthatjuk, hogy az agresszivitás önmagában nem kóros, de előfordulhatnak olyan tényezők, melyek a személyiség negatív, tartós jellemzőit (ellenségesség, szorongás, alacsony önértékelés) helyezik előtérbe és a személyiségben megjelenik az agresszió, másokat sértő, szándékos formája, a károkozás. Ezt már nem tekinthetjük normatívnak. Előfordulhat, hogy az agresszivitás-impulzivitás átmeneti, a személyre csak aktuálisan jellemző reakciómód vagy egy olyan fokú zavar, mely tünetként értelmezhető.

Több szakma képviselői eltérő állásponton vannak az agresszivitás velünk született, ösztönszerű vagy tanult eredetére vonatkozóan. Az öröklött hajlam mellett azonban meg kell említeni azokat a környezeti tényezőket, amelyek az agresszió kialakulását még inkább elősegítik (a gyermekkorban átélt fizikai vagy lelki bántalmazás, elhanyagolás). Az agresszió esetében az öröklött és a szerzett tulajdonságok minden bizonnyal kapcsolatban állnak egymással.

Az agresszió megnyilvánulási formái

A könnyebb áttekinthetőség érdekében érdemes csoportosítanunk az agresszió megnyilvánulási formáit. A társadalomban élő emberek közösségi létből származó erkölcsi értékrendje szerint, közös célokért, a közösség vagy a közösségben élő egyén érdekében elfogadja, kívánja, elvárja az erőszakot (például katonaság, rendőrség, háború, egyéb formalizált és legitim agresszió). A proszociális (közösségért végzett erőszak) megnyilvánulás társadalmilag elfogadott. Ugyanakkor a társadalom azt is kinyilváníthatja, mit nem fogad el, mit tart antiszociálisnak. Ezt üldözi, elutasítja, közösségellenesnek nyilvánítja, mely ellen akár (bizonyos mértékű, szabályozott keretekben megjelenő) agressziót elfogad.

Az előző fejezetben ismertetett kategóriák mellett az agresszió megnyilvánulása az egyén belső motivációja, célja alapján lehet

- instrumentális, ez esetben ez eszköz valamilyen cél megvalósításáért (például cigaretta megszerzéséért), vagy
- egy negatív mozzanatot pozitívnak tüntet fel: pedagógiai agresszió, a szeretet erőszaka, diszkrimináció, forradalom. Illetve

- lehet a belső motiváció, cél egy indulati készítés, mely arra készíti az agresszort, hogy fájdalmat okozzon (nincs pénze cigarettára, de másnak van, ez dühöt és frusztrációt okozhat) vagy a célja a nyílt erőszak okozása: lincselés, lázadás, vandalizmus, pogrom.

Etológiai elméletek talaján az agresszió lehet

- támadó (fajon belüli: hímek között, fajok között: zsákmányoló) vagy
- védekező (területvédő, utóvédő, önvédelmi).

Az agresszió irányát tekintve több magatartásmódot különíthetünk el. Egyrészt, az agresszió irányulhat befelé, ez az agresszor cselekedete önmaga ellen, ilyenkor **autoagresszió**ról beszélünk. Ennek megjelenési formája a szuicid kísérlettől az önsértő- és öncsonkító magatartásmódokon át, öngyilkosságig terjedhetnek.

Másrészt az agresszió irányulhat kifelé, ilyenkor **heteroagresszió**ról beszélünk. Ez megnyilvánulhat más személy ellen irányuló agresszióban. A heteroagresszió is széles skálán jelentkezhet: másnak okozott kellemetlenségek, fenyegetés, kín, fájdalom, szélsőséges formájában a szadizmus.

Egyes pszichiátriai betegségeknek vezető tünete, más mentális zavaroknak rész tünete az impulzuskontroll zavara, mely az agresszió megnyilvánulási formája is lehet.

Az agresszió egyik speciális formája a **rongálás**. A BTK. 371.§ (1) alapján, aki idegen vagyontárgy megsemmisítésével vagy megrongálásával kárt okoz, az rongálását követ el. A rongálás miatti kár, hátrány mértéke határozza meg, hogy szabálysértésről vagy bűntettéről beszélünk. Bizonyos pszichiátriai kórképek jellemző tünete, hogy semmibe veszik, megsértik mások jogait, ezáltal a viselkedés büntetőjogi kategóriákban is értelmezhető. Ezek az utóbb említett viselkedésformák a személyiségen belüli hiányos önkontrollnak és hiányos önszabályozás megnyilvánulásai, amelyek gyakran tünetek és pszichopatológiai jelenségek nagyobb komplexusába ágyazottan jelentkeznek, így személyiségzavarok vagy számos pszichiátriai kórkép keretében mutatkoznak meg.

Előfordul, hogy a személyre tartósan ellenséges, negativisztikus, támadó, szembenálló viselkedés jellemző, amely egyértelműen meghaladja az elfogadható, általános mértéket, ezt **oppozíciónak** nevezzük. „Viselkedészavar esetén gyermekkorban az életkorának megfelelőől eltérő, a környezet elvárásától nagymértékben különböző megnyilvánulásokról van szó. Jellemző viselkedések: ismételt hazudozás, lopás, iskolakerülés, gyakori elszökés otthonról, emberekkel, állatokkal való durva bánásmód, mások tulajdonának rombolása, gyakori és súlyos indulatkitörések, szófogadatlanság, ellenkezés, fenyegető viselkedés. A viselkedésbeli problémák a felnőttkorra is áthúzódhatnak, és valamilyen felnőttkori magatartászavar alakul ki. Emellett gyakori, hogy szenvedélybetegség is társul a klinikai képhez. A viselkedészavarok érzelmi problémákkal is szövődhetnek, hangulatzavar, szorongás, kényszerek, fóbiák társulhatnak az alapproblémák mellé.” (Dinya, 2009)

A **diszrupció** leginkább talán bomlasztó viselkedésként fordítható magyarra, melynek során mások tevékenységét, együttműködését próbálja megzavarni, megakadályozni a személy.

Az agresszív viselkedés jellemző aspektusa a destruktivitás. A **destrukció** forrásai lehetnek kapcsolati szinten a fizikai, lelki elhanyagolás, a durva, megalázó, méltánytalan bánásmód, a bántalmazás vagy az érzelmi kihasználás. Megjelenhet egzisztenciális forrás alapján, a megélt válság (válás, baleset, betegség, szeretett személy halála) hatására. Mértéke függ a kiszolgáltatottság fokától, a sérelmek intenzitásától. A destrukció következménye, hogy aki rossz bánásmódot szenvedett el, feljogosítva érzi magát arra, hogy mások számára is kellemetlenséget okozzon, melyet rendszerint agresszív viselkedéssel ér el.

Az agresszió megnyilvánulási formái sorszínűek, ugyanakkor fontos felismerni, hogy számos tényező szerepet játszhat a kóros agresszió kialakulásában:

- Családi szerepviszonyok
- Alá-fölérendeltség, döntési kultúra

- Médiahatás (tv, rádió, újság, internet)
- Kortársak szerepe
- Befolyásos személyek a környezetben
- Határok és korlátok a környezetben
- Fizikai és mentális betegség.

Az agresszió és a különféle pszichiátriai betegségek kapcsolata

Minden arra irányuló törekvésünk, hogy diagnózisokat állítsunk fel, csoportosítsuk a tüneteket, csak leegyszerűsítése, információsűrítése a tapasztaltaknak. Erre azonban szükség van, mivel a lényeg kiemelése, és az egyedi, esetleges vonások tudatos mellőzése teszi lehetővé a kommunikációt erről a jelenségről, és teret ad egyfajta közös nyelv kialakításának, mely segíti a szakmai munkát, az oktatást, kutatást, az ismeretek azonosíthatóságát. Mindehhez természetesen megfelelő módszertan szükséges. Hipotézisek, melyeket felállíthatunk, és melyeket tudományos módszerrel megerősítenek, vagy megcáfolnak.

A különféle mentális zavaroknak egymástól eltérő sajátosságai vannak, más a megjelenési formájuk, eltérők a tüneteik, eltérő a lefolyásuk, más és más a családi, rokon halmozódásuk. A ma használt kezelési formák egyáltalán nem univerzálisak, sokkal inkább nevezhetők specifikusnak. Klasszifikáció nélkül nehéz lenne a szakmai nyelvet használni, korszerű kezelési módokat egységesen alkalmazni, ismét elszigeteltség lenne jellemző az orvoslásban. A régi klasszifikáció kritikája természetesen nem volt minden ok nélküli, mivel sokszor spekulációra épült. De idővel létrejött a megfelelő módszertan a rendszerezés kialakításához.

A hazánkban ma használatos osztályozási rendszerek a BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása, a WHO osztályozási rendszere, hamarosan érkezik a 11. változat) és a DSM-5 (Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve). A rendszerek áttekinthetőségük és pontosságuk miatt jól alkalmazhatóak a mindennapi gyakorlatban. Tananyagunkban azonban nem az orvosi klasszifikáció kritériumait, hanem inkább a betegség jellemzőit emeljük ki a személyiségzavarok és a szenvedélybetegség alaposabb megismerése céljából.

Szerhasználat, szerfüggőség

A DSM-5 (2013) önálló csoportként kezeli a szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok problémakörét. Tíz különböző szercsoport tartozik ide (alkohol, cannabis, koffein, hallucinogének, inhalánsok, opioidok, szedatívumok, hipnotikumok és anxiolitikumok, stimulánsok, nikotin valamint egyéb). Közös vonásuk, hogy túlzott mennyiségű bevétele (a mennyiség szerfüggő) aktiválja az agyi jutalmazó rendszert, mely a normális tevékenységek elhanyagolását eredményezheti.

A szerrel kapcsolatos zavarok két csoportja a szer használati zavarok és a szer kiváltotta zavarok.

A szer használatával kapcsolatos zavarok esetében a jelenlegi osztályozás során az addikció kifejezést már nem alkalmazzuk, helyette a kevésbé pejoratív, semlegesebb hangzású **szerhasználat-zavar** kifejezést használjuk, megjelölve a konkrét szer nevét (alkoholhasználat-zavar). A szerhasználat dependenciát (függést) okoz, mely az enyhétől a nagyon súlyosig terjedhet, az egyes szerek esetében különböző kritériumok mentén lehet eldönteni a probléma meglétét vagy hiányát. A probléma a toxikológián illetve pszichoterápiás-, pszichiátriai ambulanciákon, osztályokon jellemzőbb.

A szerhasználat kiválthat **intoxikációt, megvonással kapcsolatos zavarokat** és a **használat következtében előálló egyéb mentális zavart** (depressziót, szorongást, pszichózist). A szociális szféra pszichiátriai ellátási területén leginkább ezzel a második csoporttal találkozunk.

Szenvedélybetegség

A szenvedélybetegség a klasszikus pszichiátria fogalma, a DSM-5, ahogy utaltunk rá, már nem használja, de a vonatkozó ismeretek áttekintése szükséges.

„Szenvedélybetegségnek nevezzük azokat a kórképeket, amelyek az állapotot befolyásoló, szenvedélykeltő anyagok túlzó vagy tartós használatával kapcsolatosak. A szenvedély valamely szer fogyasztására irányuló ellenállhatatlan késztetés, amely minden más törekvést megelőz, és maga alá gyűr. A fogyasztásra ösztökélő belső hiányállapotot sóvárgásnak (craving) nevezzük.” (Tringer, 1999, 262. o.)

A szenvedélybetegség esetében is felismerhető, hogy akár a szenvedély tárgyának megvonása, akár az azzal élés okozhat agresszív viselkedést. Az előbbi esetben a frusztráció, az utóbbi esetben a szerhasználat okozta mámor, gátlások felszabadulása hozzák felszínre ezt a magatartást.

A szenvedélybetegségek kialakulásának több mechanizmusa is ismert. Biokémiai vonatkozásban elsődlegesen a szerek okozta függőséget szükséges kiemelni. A szer stimulálhatja az agy „jutalmazó struktúráit” és ezáltal olyan érzetet okoz, mely a későbbiekben pszichológiai függéshez vezet. Mindemellett a szerek beindíthatnak olyan kompenzációs mechanizmusokat is, melyek hatására a szerhatás ismétlődésekor az elsődleges következmény egyre kisebb (tolerancia), mellyel párhuzamosan intenzívebb a kompenzációs reakció (sóvárgás, negatív érzelmi állapot, hiánytünetek súlyosbodása).

A pszichológiai mechanizmusok vonatkozásában a pozitív megerősítést szükséges kiemelni, az elsődlegesen a szer használatakor jelentkező eufóriát, de a későbbiekben az elviselhetetlen hiánytüneteket. Az alkohol vagy drog hatására a személyiség megváltozik, elveszíti kapcsolatát a realitással, a feszültségek oldódnak, de a konfliktusokat jobban keresővé is válhat a személy. Mivel ez az állapot oldja az önképben rejlő, szenvedést okozó torzulásokat, igen gyakran társul a szenvedélybetegség önképzavarral járó állapotokhoz (személyiségzavarhoz).

A szenvedélybetegség szociális vonatkozását jeleníti meg a szocializáció harmóniájának megtörése (munkanélküliség, jelentősebb anyagi veszteség, kilátástalannak ítélt élethelyzet), amit az egyén nem tud orvosolni, ezáltal fordul a szenvedély tárgyához illetve az őt ebben megerősítő közeghez.

A KSH Magyar Statisztikai Évkönyv 2013-as adatai szerint, Magyarországon hozzávetőleg 390 000 alkoholistá élt, az addiktológiai gondozókban 12 413 személyt kezeltek. A felnőtt lakosságon belül a nagyivók aránya öt százalék körüli (legmagasabb arányban középkorú férfiak), emellett a nők közül minden századik, a férfiak esetében minden tizenkettedik a mértékletességet meghaladónan fogyaszt alkoholt. Szintén a KSH adatai alapján 2013-as év folyamán megjelent első alkalommal drogot fogyasztó új beteg 5 883 fő volt, az év folyamán pedig 16 016 főt kezeltek illegális drogok miatt.

A szerfüggőség kialakulásához alapvetően három tényező szükséges. Elsődlegesen maga a szer, emellett a személyiség, továbbá a szociális környezet.

A folyamat szakaszait nehéz egymástól elkülöníteni, mivel egymásba folyhatnak, de alapvetően négy szakaszt különböztethetünk meg:

1. „szerhasználat: valamely, az agy kémiai homeosztázisát módosító szer fogyasztása
2. visszaélés (abusus): a szerek túlzott mértékű vagy tartós fogyasztása
3. függőség (dependentia): a szer hiánya vagy a megszokott adag jelentős csökkenése hiánytüneteket (megvonási tüneteket) idéz elő, amelyek az egyént a szer ismételt bevitelére késztetik
4. szenvedély (addictio): az egyén életvitelét a szenvedélykeltő anyag megszerzésére és a fogyasztásra irányuló tevékenységek határozzák meg.” (Tringer, 1999, 265. o.)

Ez a négyes csoportosítás a szerhasználat súlyossági spektruma, a jelen szóhasználatban már szerhasználatként utalunk mind a négy szakaszára.

A szenvedélybetegség nagyon súlyos következményekkel járó betegség. Ezért érdemes odafigyelnünk a kockázati tényezőkre is, melyek lehetnek a személy biológiai vagy környezeti tényezőkből fakadó sérülékenysége (genetikai hajlamosíthatóság, modell jelenléte, szerek által kiváltott közvetlen hatások megerősítő szerepe) és a szerek könnyű elérhetősége, mely az alkohol esetében egyértelműen arányosságot mutat a fogyasztás mértékével, a drogok esetében is beszélhetünk könnyű elérhetőségről, emellett a büntetőjog csak csekélymértékű visszaszorító erővel rendelkezik és hatékonysága is vitatott. Mindemellett fontos szerepet játszanak a környezeti hatások (stresszes életmód, ha az egyén a

környezet felől el nem fogadást él meg, ezzel párhuzamosan találhat megerősítést a szubkultúrában), de megjelenhetnek egyéb járulékos tényezők (munkahelyi környezet megerősítő közege, az egyén számára nehezen feldolgozható életesemények) is melyek elősegítik a szenvedélybetegség kialakulását.

Személyiségzavarok

A személyiségzavar kifejezés gyűjtőfogalom, igyekszik értéksemleges és kevésbé pejoratív maradni.

A személyiségzavar elnevezés arra a sajátosságra utal, hogy bár a környezet érzékeli a személy rossz alkalmazkodását, de a beteg többnyire nem. Jellemző, hogy a megszokottól eltér a beteg érzékelése, érzelmi reagálása önmaga vagy mások irányába. A személyiségzavarok a normál személyiségvonások szélsőséges megnyilvánulásai, melynek következményei az érzelmi élet, a szociális beilleszkedés és az indulati kontroll területén jelentkeznek.

A DSM-5 szerint a személyiségzavarok három csoportra, azokon belül további diagnosztikus kategóriákra és dimenziókra oszthatók.

Az első főcsoportba olyan betegségcsoportok tartoznak („A” csoport), mint a paranoid személyiségzavar, skizoid vagy a szkizotípiás személyiségzavar. A második, „B” csoportba tartozik az antiszociális személyiségzavar, a borderline személyiségzavar, a hisztrionikus személyiségzavar és a narcisztikus személyiségzavar. Az ebbe a csoportba tartozó betegségtípusok közös tulajdonsága, hogy a betegségben érintett személy feltűnő, viselkedése dramatikus, ugyanakkor önértékelése csökkent vagy labilis. Tünetként gyakran megjelenik az agresszivitás-impulzivitás. A harmadik, a „C” csoporthoz tartoznak a szorongó (elkerülő) személyiségzavar, a függő (dependens) vagy a kényszeres személyiségzavar illetve egyéb személyiségzavarok: depresszív, passzív-agresszív, szenzitív, hipertim vagy irritábilis személyiségzavarok. Ezekre a típusokra jellemző, hogy nem epizodikusan visszatérő tüneti jellemzőkkel találkozhatunk, hanem az egyénre tartósan jellemző (gyakran már a kamaszkortól állandósult) tünetekkel, melyek mellett negatív vagy bizonytalan önkép jellemző.

Az agresszió pszichopatológiai és intervenciós modelljei

A szenvedélybetegségek és a személyiségzavarok többsége kezelést igénylő állapot. A biológiai terápiák mellett egyik lehetséges mód a **pszichoterápia**, melynek során például viselkedésterápiát, kognitív terápiát, pszichodinamikus vagy személyközpontú terápiát lehet igénybe venni. Léteznek hangsúlyosabban rendszerszemléletű terápiás lehetőségek, mint például a megoldásközpontú terápia, vagy a családterápia, melyek segítenek az egyén és a család számára új megküzdési stratégiát kialakítani.

A pszichoterápia a segítő kapcsolatok egyike, amelynek eszköze a közvetlen kommunikáció. A pszichoterápiás módszerek között nincs egységes osztályozási rendszer, több mint kettőszáz módszer létezik. Példaként bemutatunk néhányat, melyek hagyományosan a pszichoterápiás iskolák kiindulópontjai voltak és jelenleg is elterjedtek.

- Clarkin – Fonagy – Gabbard (2012) leírása szerint a **pszichodinamikus terápia** egyfajta feltáró terápia, mely lehet hosszú időtartamú (legalább két évig tartó) vagy rövid, amely nem igényli a terapeuta állandó bevonását. A terápia célja, hogy a kliens segítséget kapjon abban, hogy identitásának egy része megváltozzon, megérthesse, hogy a múlt hogyan hat a jelen élethelyzetre.
- „A **viselkedésterápia** a tanuláselméletekre épül. Alaptétele, hogy a különböző viselkedésformák – így a nemkívánatos, kóros viselkedés kialakulásában is döntő szerepük van a tapasztalatoknak és a tanulásnak. A korábban semleges helyzetek, ingerek és egy szorongásos reakció véletlenszerű (időbeli vagy térbeli) egybeesése során rögzül a helyzetre adott válasz. A megtanult válasz az idő során már nemcsak az adott helyzet, ill. inger jelenlétekor jelentkezik, hanem sok hasonló ingerre is kiterjedhet” (Polgár, 2013). A segítő kapcsolat jellemzője, hogy speciális, szakszerű kommunikáció segítségével kialakul egy tanulási folyamat, melynek alapvető formái: a verbális kondicionálás, a dekondicionálás, implicit tapasztalatszerzés, diszkriminatív tanulás, modelltanulás, fiziológiai hatások (Semmelweis Egyetem).

- „A **kognitív viselkedésterápiás megközelítés** lényege, hogy az emberek szemléletmódja és hiedelmei alapvetően meghatározzák az érzelmi reakcióikat és a viselkedésüket. Ez azt jelenti, hogy ugyanannak az eseménynek különböző jelentése lehet az egyes emberek számára... A különböző pszichés megbetegedések esetén zavart szenved az információfeldolgozás, és így az események és történések torzult, félreértelmezett jelentést nyernek. Ennek következményeként alakulnak ki a különböző negatív érzelmi állapotok...A kognitív-viselkedésterapeuták abban segítik pácienseiket, hogy felismerjék és megváltoztassák hibás, torzított gondolkodási folyamataikat... A torzítások és félreértelmezések azonosítása, korrekciója és realisabb helyzetértelmezés kialakítása a pszichés problémák jelentős csökkenéséhez, klinikai javuláshoz vezet.” (Semmelweis Egyetem)
- „A Carl Rogers (1902-1987) nevével fémjelzett **személyközpontú pszichoterápia** alaphipotézise az, hogy minden emberben önmaga megértésének és pozitív irányú változásának, növekedésének hatalmas tartalékai rejlenek. Véleménye szerint a legtöbb pszichés szenvedés mélyén a személynek önmagával kapcsolatos problémái állnak, gyakran önmagát nem képes realisan látni...A személyközpontú pszichoterápiának három fő jellemzője van:
 - Empátiás megértés, vagyis a terapeuta igyekszik megérteni a kliens világát, úgy ahogy a kliens azt átéli.
 - Feltétel nélküli elfogadás, azaz a segítő nem valamilyen általa elképzelt ideál felé próbálja vezetni a klienst, hanem elfogadja olyannak, amilyen.
 - Kongruencia (őszinteség, hitelesség), azaz a terapeuta nem egy szerepet vállal fel, hanem egész lényével, személyesen van jelen a kapcsolatban.

A pszichoterápiás kutatások szerint ez a három feltétel alapvetően fontos ahhoz, hogy a pszichés problémákat, lelki szenvedést átélő szorongó, depressziós személyeknél elinduljon a gyógyulás folyamata. Ennek során megtapasztalhatják, hogy ők is szerethető, elfogadható emberek, amely tapasztalat elősegíti a belső egyensúly, harmónia kialakulását.” (Semmelweis Egyetem)

Az előzőekben bemutatott terápiák mellett vannak más megközelítések is, melyek közül a megoldásközpontú terápiát emeljük ki.

A **megoldásközpontú terápia** központjában az egyén és a környezet kontextusa áll. Míg a hagyományos módszer a homeosztatiszikus egyensúly fenntartására fókuszál, addig a megoldásközpontú terápia a változási folyamatot elkerülhetetlennek és állandóan előfordulónak tartja. Alapelve, hogy:

- Könnyebb ismételni a már sikeres magatartási mintákat, mint megpróbálni leállítani vagy megváltoztatni a meglévő problémás viselkedést.
- A terápia alatt a megoldások keresésére kell fektetni a hangsúlyt.
- Minél több olyan gondolatot, érzést, viselkedésformát ismertessünk meg, amelyek új minőséget jelentenek.
- A legfontosabb elv, hogy mindig van változás, és ez reményforrássul szolgál a páciensnek.
- A terapeuta a résztvevőt arra ösztönzi, hogy együtt egy új történetet alkossanak.
- A meglévő nehézségeket nem tárgyalják túl, de lehetőséget kell adni a páciensnek arra, hogy elmondja saját magyarázatait. (George – Iveson – Ratner, 1990)

A fenti módszerek mindegyike alkalmas arra, hogy megfelelő szakember segítségével a kliens képes legyen tenni az állapot javulásáért. A kulcsszó az egyén akaratán van, hiszen anélkül egyetlen módszer, egyetlen segítő sem lehet eredményes.

Az egyéni terápiák mellett csoportos terápiát is igénybe vehet a kliens. A fentebb ismertetett pszichoterápiás módszerek megvalósulhatnak csoportos formában is. „Csoport-pszichoterápiáról akkor beszélünk, ha az – más pszichoterápiákhoz hasonlóan - fő/vezető terápiaként kerül alkalmazásra, megfelelő indikáció és terápiás szerződés alapján.” (Szőnyi - Szalvedy, 2009, 560. o.) Az egyéni pszichoterápiához képest a csoportban nagy hangsúlyt kap a helyszín (megfelelő nagyságú szoba, elrendezés, kényelmes székek) illetve a csoportszabályok (hiányzások, terápiák időpontja) és a

csoportszerződés (elvárások, szabályok). „A többszemélyes helyzet számos terápiás hatással bír, nevezhetjük ezeket a csoport pszichoterápiák nem specifikus hatótényezőinek. Yalom szerint a gyógyító tényezők: információközlés, remény sugalmazása, egyetemlegesség, altruizmus, az elsődleges családcsoport kollektív megisméltése, a szocializációs technikák kialakítása, utánozó viselkedés, interperszonális tanulás, csoport összetartozás, katarzisz.” (Szőnyi - Szalvedy, 2009, 562. o.)

Magyarországon önálló módszerként elsődlegesen az **analitikus csoport és a pszichodráma csoport** terjedt el leginkább. A csoportanalízis elméletében a jungi gondolatokra, a rendszerelméletre, alaklélektanra és az antropológiára támaszkodik.

„A J. L. Moreno által létrehozott pszichodráma módszer specifikuma, hogy eljuttassa, dramatizálja az élményt, és a cselekvés megidézésével idézzen fel a homályba került indítékokat (Merei és Mts 1987).

Az analitikus megközelítéssel ellentétben a cselekvést és a benne megjelenő katarzist és a kreativitást hangsúlyozza. Kulcsfogalmihoz tartozik a spontaneitás és a realitástöbblet. A terápiás elrendezés része a színpad és a nézőtér. Az ülések hármastagozódásúak: bemelegítés, játék, megbeszélés. A módszer jól használható neurotikusoknál, pszichotikusoknál és pszichoszomatikus megbetegedések esetén is.” (Szőnyi - Szalvedy, 2009, 563-4. o.)

Más pszichoterápiás irányzatoknak része, de nem önálló módszere a **csoport** (jungii analízis, individuálpszichológia, személyközpontú terápia). Egyre inkább elterjedt módszerek a **gestalt terápia**, illetve a **mozgás- és táncterápiák**.

„A Gestalt elmélet alapja, hogy mindig az egész természete határozza meg a részfolyamatokat: a személy, az organizmus is csak egészként képes működni... A terápia célja az elveszett egyensúly helyreállítása, az elkerülő magatartás és a valódi motivációk tudatosításával, az organizmus és a környezet közötti normál kapcsolati minták helyreállítása a patológiás formák helyett. Cél a szelf, illetve a múltbeli, befejezetlen cselekvések befejezetté tétele.” (Pintér, 2009, 565-6. o.)

A táncterápia, vagy táncos mozgásterápia az érzelmek, észlelés, társas kapcsolatok és a viselkedés javítását célozza meg. A táncterápia a mozgás és az érzelmek kapcsolataira épül, amelynek alapvető célja, hogy egészséges egyensúlyt és teljességérzést nyújtson.

A táncterápia több területen eredményesen alkalmazható, de elsődlegesen a stressz csökkentésére alkalmas. Eredményeket mutattak ki többek között autizmus esetén, ahol a terapeuta szenzomotoros kapcsolatot alakít ki, biztosítja az elfogadás érzését és segít tágítani az értelem határait, növeli az érettség szintjét, vagy mentális problémák esetén, mivel javítja a testről alkotott képet, a társas kapcsolatok kialakítását megkönnyíti, és fejleszti a motoros és a kommunikációs készséget.

1.2 Gyakorlatok az agressziókezelésben a pszichiátriai ellátási területen

Korai felismerés koncepció

Az agresszió **korai felismerésének koncepciója** azon a feltevésen alapul, miszerint a kliens viselkedésének agresszióba fordulása mindig egyénre jellemző módon történik, de rekonstruálható, csakúgy, mint az aláírás. Ha egyszer rekonstruálásra kerül, akkor ez az „aláírás” használható az viselkedésromlás korai jeleinek felismerésére, az erőszakos viselkedés megelőzhetővé válik. A korai felismerés koncepcióját Fluttert (2011) munkája alapján foglaljuk össze.

A korai felismerést a viselkedésromlás felől lehet megközelíteni. Különösen nagy figyelmet szükséges fordítani az egyén erőszakos viselkedésének társas- és interperszonális faktoraira. Ebből a perspektívából, a gondolatok, érzések és a kliens viselkedése jelezhetik az agresszió kezdőpontját és a figyelmeztető jelek korai felismerése segíthet a viselkedésromlás megelőzésében. A hangsúly a kliens és a segítő kockázatkezelési stratégiákat alkalmazó együttműködésén van. A korai felismerés modellje révén a szereplők fokozatosan összehangolhatják az erőszakos viselkedésről alkotott nézőpontjukat. A korai felismerés megközelítés fontossága abban rejlik, hogy a korai beavatkozást kibővíti azzal, hogy a klienst képessé teszi saját viselkedésének kontrollálására. A korai felismerés nagy gyakorlati jelentősége, hogy lehetővé teszi az agressziót csökkentését a korai figyelmeztető jelek észrevételével segítve a klienst.

A szakemberek nap mint nap foglalkoznak agressziókontroll-problémás kliensekkel. A pszichiátriai betegek érzéseinek vagy igényeinek figyelmen kívül hagyása, frusztrációjuk, haragjuk gyakran eredményez erőszakos viselkedést. A segítők fontos szerepet játszanak az erőszakos viselkedés kezelésében, leszerelésében valamint, az agresszív impulzusok kézben tartásához szükséges önszabályozási készségek megtanításában.

Az erőszakos viselkedéssel kapcsolatos kockázatértékelés kutatása nemzetközi viszonylatban már a hetvenes évektől kezdve jelen van. Eredetileg a beteg "veszélyességének" értékelése állt a középpontban. A kilencvenes években a veszélyesség elmélete helyett a kockázatértékelés került a kutatások homlokterébe. Kockázatértékelési eszközöket fejlesztettek ki az agresszív viselkedés megfigyelésére a betegápolási gyakorlatban. A gondozói-segítói kockázatértékelés azon a feltételezésen alapszik, miszerint az erőszakos viselkedés kezdetén a szakemberek megfigyelési pozícióban is vannak és rögzíthetik a rövid időn belül megjelenő erőszakot jósoló jeleket.

Függetlenül a különböző agresszív viselkedési- és gondozási felfogásoktól, a kutatások kimutatták, hogy az erőszakos viselkedés a személyes és személyközi faktorok komplex interakciójának rendszerében gyökerezik. A magyarázatok szerint a társadalmi környezet különösen fontos tényező, gyakran a mentális betegség jellemzői nincsenek közvetlen kapcsolatban az agresszív cselekménnyel, sokkal inkább számít az általános feszültségszint, az intézményre jellemző kommunikációs stílus, az értelmes elfoglaltság mennyisége, a személyes tér megléte.

Alapvetésnek tekinthető, hogy az egyéni érzékelést és reakciót befolyásolja a személyiség, az élettapasztalatok és az interperszonális képességek. Az úgy nevezett alapvető vélekedések báziszerepet játszanak az eseményekre adott válaszokban. Az események észlelését és az alapvető vélekedéseket összekötő láncolat, forgatókönyvként kezelhető viselkedésben nyilvánul meg. A különféle pszichiátriai zavarban érintett kliensek forgatókönyve a téves alapvető vélekedések következtében intenzívebben kapcsolódhat a düh, megalázottság, védekezés, támadás témaköréhez.

Az a férfi beteg, akinek alapvető vélekedése, hogy "senkiben nem lehet megbízni", és "mindenki ellenem van", amikor megkérlik, hogy tegye rendbe a környezetét azonnal azt gondolhatja, hogy „*Miért piszkál ez engem?*” Ezekhez a gondolatokhoz a düh és visszautasítás érzése kapcsolódik, a harag, az elégtelen interperszonális készségek kiabálást és fenyegetőzést eredményeznek: „*Ha tovább panaszkodsz a tisztaság miatt, kaphatsz valami sokkal rosszabb elpanaszolnivalót!*” Ennek a kliensnek a viselkedése valószínűleg téves, ellenséges alapvető vélekedéseken alapul. Az agressziócsökkentés érdekében fontos felülvizsgálni viselkedési forgatókönyvét is.

Leghatékonyabban a harag kezdeti szakaszában észlelt érzésekre, hiedelmekre fókuszálva lehet az agresszív incidens kezdőpontját pontosan meghatározni, körülírni. Ha csak a dühös reakciókra összpontosul a figyelem, a viselkedés megítélése háttérbe szoríthatja az agresszió és az agressziókontrollra tett erőfeszítések korai jeleinek megfigyelését. Kliensek is megerősítették, hogy a legfontosabb agressziókezelési technika a korai beavatkozás, mely az erőszak korai figyelmeztető jeleinek érzékelését jelenti, nem pedig az incidens alatt tapasztalt aktuális agresszív válaszok elemzését.

Amikor a kliensek limitált mennyiségű stresszt tapasztalnak, általában képesek a csalódással, konfrontációval megbirkózni és erőfeszítéseket tenni stabilitásuk megőrzésére. Ahogyan emelkedik a stressz szintje, még lehetséges mások (szakemberek, szociális munkások) segítségével a további együttműködés. Az agresszió kezelése szempontjából létfontosságú beavatkozás a viselkedésromlás korai fázisában ajánlott. Amikor a korai figyelmeztető jeleket észlelik és alkalmazzák a különböző beavatkozási stratégiákat, az erőszak megjelenése még mindig elkerülhető, az egyensúly még helyreállítható. Ha nem történik meg a beavatkozás, valószínűleg agresszív incidens alakul ki, és bizonyos körülmények között tekintélyes időt és befektetett energiát, akár klinikai kezelést is igényel a visszatérés az alapállapothoz.

A súlyos incidensek hatásos megelőzésére fejlesztették ki a korai felismerés módszerét. A kockázatkezelési módszer legfőbb jellemzője, hogy az agresszió korai figyelmeztető jeleit helyezi középpontjába. A napi gyakorlat során - megfelelő figyelemmel - a jelek felismerhetők. Ez a módszer

segít ráhangolódni az erőszak kockázatának becslésére és annak kezelésére. A kifejlesztett protokoll a korai felismerés négy fázisát írja le:

1. A módszer ismertetése a klienssel, elvárások (teendők) magyarázata.
2. A segítő, a kliens és a társak felkérése az adott kliensre jellemző fő figyelmeztető jelek összegyűjtésére, majd a korai észlelési tervbe (korai jeleken alapuló visszaesést megelőző terv) illesztésére.
3. A kliensek megtanulják viselkedésüket megfigyelni, annak érdekében, hogy a korai figyelmeztető jeleket észrevegyék.
4. A korai figyelmeztető jelek észlelésekor javasolt megelőző lépések fölvezetése.

Tehát a korai felismerés modelljének fő célja, hogy a kliensek tudatosságot és rálátást szerezzenek saját erőszakos viselkedésük kezdőpontjára. A klienseknek először meg kell tanulniuk saját reakcióik felismerését és meghatározni a reakciók bázisát jelentő alapvető vélekedéseket. Mindez a korai észlelési terv elkészítése révén történik meg, mely alapvetően egy, a korábbi erőszakos incidensekhez kötődő érzelem-, alapvető vélekedés- és viselkedésválasz-gyűjtemény.

Csoporttípusok

A pszichoterápiákat akár egyéni, akár csoportos formában magasan képzett, két szakvizsgával rendelkező klinikai pszichológus vagy szakorvos végezheti. Mivel nehezen elérhető szolgáltatás és sok esetben a kliens, ha szeretné, akkor sem tud hozzájutni, érdemes az egyéb csoporttípusokra is kitérnünk. A társadalomban is hasznosak a különböző terápiás - a rehabilitáció és a javult állapot fenntartását célzó - **önsegítő csoportok**. Az önsegítő csoportok a kölcsönös segítségre és egy speciális cél elérésére alakult önkéntes kiscsoportos struktúrák. A csoporttagokat általában összeköti az azonos élethelyzet, fő céljuk egymás kölcsönös segítése, egy közös szükséglet kielégítése, közös egészségkárosodás, vagy probléma leküzdése.

Intézményi gyakorlatban ismertek a foglalkoztatás által elért eredmények.

- Ezek legegyszerűbb formáiban lehetnek **szocioterápiás foglalkoztatás** keretein belüli kisebb munkák (kerti, takarítói, karbantartói) segítése a kliensek által. Jellemzően ezek a munkák néhány óra elfoglaltságot jelentenek, melyekért az intézmény munkaterápiás jutalmat tud fizetni.
- Ennél magasabb fokú készségekkel bírnak azok a kliensek, akik (jellemzően intézményi helyszínen) **fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás** vagy (külső foglalkoztatónál) **védett foglalkoztatás** keretében dolgoznak.

„A **szocioterápia** fogalmát sokan meghatározták. A Sillamy-féle Pszichológiai Lexikon a következőképpen fogalmaz: a szocioterápia olyan módszerek összessége, amely célja egy adott személy érzelmi, viselkedési zavarainak megszüntetése, annak a (természetes vagy mesterséges) társadalmi csoportnak a tagjaival létesített emberi kapcsolatainak értelmes felhasználásával, melyhez tartozik. Mások - így Horváth Szabolcs és Szegei Márton (1993) – a következőket mondják: A szocioterápia a humán tevékenységek teljes skáláját felölelő, a társas kapcsolatok dinamikájára céltudatosan építő, azon gyógyító és rehabilitív módszerek összessége, melyek kreatív megvalósítás és szociális tanulás útján fejtik ki hatásukat.

Egyszerűen fogalmazva: pszichiátriai betegségek okozta kiesett funkciók visszaépítése egy rehabilitációs program keretében a szocioterápia eszközeivel történik, s ezen eszköztár összessége lehetővé teszi a társadalmi érintkezés minden válfajának, vagyis a család, a barátok, a munka és a szórakozás területén tanúsítandó viselkedési minták legszélesebb skálájának újratanulását, és a megtanultak alkalmazását a társadalmi visszailleszkedés érdekében.” (Kosza, 2009, 611. o.)

A kliensek a kórházi kezelés során, illetve egyes szociális intézményekben is elérhetik a szocioterápiás foglalkoztatást. Ennek keretében művészeti és sporttevékenységek végezhetőek. Kettős hatással rendelkeznek, egyrészt a rehabilitációs vagy gondozási terv részeként ezekkel a módszerekkel tervszerű gyógyítási vagy gondozási folyamatok valósíthatóak meg, másrészt a kliensek megtanulják ezeket a módszereket, melyeket a későbbiekben akár önállóan, aktívan - a kórházi kezelést követően, vagy

intézményi keretek között újabb csoportok választásával, nagyobb megmértetés vállalásával például versenyeken való részvétellel - folytathatnak, akár a szórakozás szerves részeként.

A **művészeti tevékenységek** közül érdemes kiemelni a **zeneterápiát**, mely a szabadidő eltöltésének és akár a készségfejlesztésnek is az egyik legértékesebb módja. A zene a nonverbális kommunikáció eszközeivel segíthet. Kivitelezési módja szerint megkülönböztethetünk aktív zenélést (éneklés, hangszeres játékot), receptív zenehallgatást és a zene kombinált alkalmazását.

Bár az egyes intézményekben megvalósul a zenehallgatás vagy a hangszeres játék, a mély zeneterápia tudományterület, melyhez képzett zeneterapeuta szükséges. Például a Bálint Árpád által alkalmazott élményközpontú zeneterápia célja a zenei élmény segítségével a kliens érzelmi megmozgatása. Bálint Árpád szerint minden művészeti élmény középpontjában az öröm áll és minden örömmézés terápiás jellegű. A zene alkalmazása történhet festéssel kombinálva, ezáltal két művészeti ág jelenik meg és hat az érzelmekre. „Stern munkássága révén a szelf szerveződésének négy szintje különíthető el: a felbukkanó szelférzet, szelfmag érzet, a szubjektív szelférzet szintje és a verbális szelférzet szintje. A pszichotikus tünetek oka elsősorban a szelfmag érzet szintjének szélsőséges torzulása és a szubjektív szelférzetek határhelyzeti problémái. Azt találták, hogy a különböző zenei élmények a szelf-élményeket befolyásolják és ezáltal hatnak a pszichotikus tünetekre. Stern több helyen is figyelmeztet, hogy a preverbális szelférzetek kifejezésére a zene, a tánc vagy az absztrakt festészet alkalmas igazán.” (Kosza, 2009, 611. o.)

A zene mellett az irodalom is többféle szórakozási és fejlődési lehetőséget biztosít. A **biblioterápia** jelenthet színjátszást, bábjátékot, irodalmi költészetet vagy akár művek olvasását is. Az olvasás lehet egyéni, illetve csoportos (felolvasás), továbbá elvezethet más területekre is: versírás vagy színjátszás. A szerepekkel való azonosulás segítséget adhat a probléma megoldáshoz, a csoportélmény segíthet interperszonális kapcsolatok kialakulásában, gyakran a kliensek érzelmei kerülnek megfogalmazásra a szerepekben eljátszott karakterek segítségével, de alapkészségek elsajátításában (egymás észlelése, figyelem összpontosítás, memória, ritmus, tájékozódás, tolerancia) is segítséget adhat.

A pszichiátriai gyógyításban régóta alkalmazott módszer a **képzőművészet** is, hiszen a belső lelki tartalmak a nonverbális képzőművészet eszközeivel egyesek számára sokkal könnyebben kifejezhetőek. Több vizsgálat is történt képzőművészeti tartalmak tekintetében (Kosza, 2009, 617. o.), melyek bemutatják az alkotások és aktuális lelki és fizikai állapotok közötti összefüggést. Természetesen a **testedzés** sem maradhat ki a foglalkozások közül, melyek legegyszerűbb módja egyes szociális intézmények napi öt perc torna programja, de lehetnek alkalomszerű sportesemények is (intézmények közötti versenyek). „A sportban, mozgásban is kifejezésre jutnak érzelmek, mivel levezetik az agresszivitást. A legfőbb cél, hogy a mozgás által jöjjön létre érzelmi kommunikáció és az óhajtott megfelelő viszonyulás a környező világhoz, társadalomhoz. A rendszeres sportolás erkölcsi tulajdonságokat is fejleszt, mert kitartásra, állhatatosságra nevel.” (Szőnyi – Szalvedy, 618. o.) A sport mellett a táncban is érzelmek jutnak kifejezésre, ezért alkalmas terápiás célok, készségfejlesztési célok elérésére. Néhány intézményben már elérhetőek a táncterápiák illetve tánc csoportok. Ezekben a csoportokban a zene és a ritmus segítségével fejleszthetők az egyes készségek, erősödhetnek az interperszonális kapcsolatok és szórakozási, kapcsolódási lehetőségként is szolgálnak.

Fontos arról is szót ejtenünk, hogy a terápiás rendszer működtetéséhez speciális, a szakembereket segítő csoportok tartoznak (sajnos anyagi okok miatt kevés helyen kivitelezhetőek). Ilyenek az **osztályos nagycsoport közösségi fórum** melynek „működéséhez elengedhetetlen, hogy mind a betegek, mind a személyzet tagjai – beleértve a vezetőket - vegyenek részt rajta.” (Szőnyi - Szalvedy, 564. o.) A **személyzeti csoport** (teamszupervízió) segítséget adhat a segítők számára a beállítódások összehangolására, konfliktusok átdolgozására, a munkatársak mentálhigiénés „karbantartására”. Emellett lehetőség adódhat **esetmegbeszélő csoportban** részt venni illetve **pszichoterápiás esetmegbeszélő csoportban** (Bálint csoportban) beszélni a klienshez kapcsolódó érzéseinkről, benyomásainkról.

Fókuszcsoportos interjú

A nemzetközi gyakorlatban az erőszak- és agressziókezelési fejlesztésekben gyakran alkalmazott módszer a fókuszcsoport (Littlechild, 2015), melynek során a problémában érintettek körében (kliensek) gyűjtenek hasznosítható információkat. Az alábbi témák a fókuszcsoportos interjú tartalmi csomópontjai lehetnek, melyek mentén a tapasztalatok és lehetőségek feltárhatók:

- erőszak megtapasztalása szemtanúként
- erőszak megtapasztalása áldozatként
- kontrollálhatatlan düh, harag átélése
- segítségforrások agresszív incidens közben
- agressziót erősítő tényezők
- agresszió megelőzés hatékonyságának fokozása
- agresszív viselkedés kezelése
- az agresszió kialakulásának megállítása
- jó példák az erőszak kezelésére.

Az egyes témák csoportos átgondolása, a tapasztalat megosztása minden érintett számára hasznos lehet. A kliensek kiemelik, hogy mennyire fontos ezekről beszélni, lényeges módszereket tanulni mind a kliensek, mind a szakemberek oldaláról annak érdekében, hogy minimalizálódjon az erőszak és az agresszió a pszichiátriai ellátási területen.

1.3 Készségtanulás a szenvedéscsökkentés érdekében

A készségfejlesztés többféle módszeren alapuló tanulás, melynek eredményeként képessé válunk rugalmasabban alkalmazkodni a változó környezethez és hatékonyabban változást elérni környezetünkben. Mindannyian fejlesztjük személyes és szakmai készségeinket a hatékonyságnövelés érdekében. Szakemberek és kliensek egyaránt célul tűzhetik ki a készségtanulást, hiszen bármelyik oldalról avatkozunk is be a rendszerbe, az képes változást előidézni a szenvedéscsökkentés érdekében. A készségfejlesztés viselkedésterápiás módszer, mely az operáns kondicionálás és a szociális tanulás elméletén alapul. „A (pszichiátriai) rehabilitáció legalapvetőbb technikája, a szkizofréniával élő betegeknél bizonyítékokon alapuló, közepesen hatékony módszer. Strukturált tanuláson alapul, amelynek során először a megcélzott viselkedést kisebb egységekre bontják, és az adott viselkedésegységet didaktikus instrukciókkal, szükség esetén előjátézzal (modellezéssel), gyakorlással és ismétléssel, korrekatív visszacsatolással, pozitív megerősítéssel, házi feladattal (természetes helyzetben való gyakorlással) tanítják meg... A készségek, amiket tanítunk leggyakrabban a munkával, emberi kapcsolatokkal, önellátással kapcsolatosak, de lehetnek szociális viselkedésre vonatkozóak (asszertivitás, szociális kompetencia) ill. a gyógyszereszedéssel kapcsolatos compliance-t is megcélozhatják.” (Harangozó - Bodrogi, 2009, 590. o.)

A készségtanulás az egész élettartam folyamán lehetséges, mivel nagyon egyszerű elemi formától az összetett bonyolult viselkedéseken keresztül változatos készségek megtanulására van mód, azt lehet mondani, hogy minden élethelyzetben meg lehet találni azt a szükséges készséget, aminek megtanulásával, esetenként talán kicsi, de mégis jelentős változást lehet elérni.

A szenvedélybetegség relapszusokkal és remissziókkal jellemezhető. Ezért kiemelt szerepe van a visszaesést megelőző beavatkozásoknak. Az addikcióra jellemző, hogy a visszaesést erős belső kényszer irányítja. „Triggereknek nevezzük az addikció fennmaradásában, a kémiai szerek kényszeres keresésében és használatában a szer fogyasztásával összefüggő ingereket.” (Harangozó - Bodrogi, 2009, 591. o.) Egy kezelés során a beteggel és szerencsés esetben a családdal közösen összegyűjtik a szerhasználathoz vezető triggereket, és kidolgozzák azokat a viselkedési stratégiákat, melyek a tünetek jelentkezésekor alkalmazhatók.

„Szenvedélybetegeknél a relapszusokat általában megelőzik olyan tünetek, melyekből a közelgő relapszusokra lehet következtetni. Ezek a tünetek egyénenként rendkívül változóak, azonban ugyanannál az egyénnél általában ugyanazok a tünetek előznek meg minden relapszust.

A leggyakrabban használt stratégiák korai figyelmeztető tünetek esetén szenvedélybetegnél:

- beszélgetés kezdeményezése családtaggal/baráttal
- relaxáció
- séta/futás/úszás/kerékpározás
- fizikai munka
- zenehallgatás
- film (mozi, videó)
- a kezelőszemélyzet (team) megkeresése...

Magas kockázatú helyzetekben a visszaesés kockázatának mértéke az egyén megbirkózási stratégiáitól, úgynevezett coping mechanizmusaitól függ. Ezekben az esetekben olyan stratégiákat, készségeket kell megtanítani, amelyek elősegítik, hogy a páciens megbirkózzék a mindennapi élethelyzetekkel gyakran együtt járó csábító tényezőkkel.” (Harangozó - Bodrogi, 2009, 591-592. o.)

Az ingerkontroll mellett a vágycsökkentésre is szükséges kitekintenünk, mivel a visszaesésben a sóvárgás és az azzal való megküzdés kiemelten fontos tényezők. A gyógykezelés során olyan technikákat tanítanak a klienseknek, melyek erős sóvárgás esetén alkalmazhatóak. Ilyenek például az előny-hátrány elemzés vagy az emlékeztető kártyák használata.

Speciális módszer a **dialektikus viselkedésterápia (Dialectical Behavior Therapy, DBT)**, amely egyfajta kognitív viselkedésterápia. Az egyéni pszichoterápiát és csoportos pszichoszociális készségfejlesztést kombináló módszert Marsha M. Linehan amerikai pszichológus dolgozta ki.

Ez a módszer a hiányos vagy sérült készségeket négy készségblokkban kívánja fejleszteni. Szakembereknek ezt a terápiát a Magyar Viselkedéstudományi és Kognitív Terápiás Egyesület által szervezett pszichoterapeuta vagy - ami relevánsabb a szociális szféra szakemberei számára - kognitív-viselkedésterápiás konzulensi képzésen lehet részletesen megismerni. A módszert alkalmazzák már többek között a Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztályon és a Nap-Kör Mentálhigiénés Alapítványnál is.

A DBT elemei hagyományosan: az egyéni terápia, készségfejlesztés és a szupervízió. Ennek keretében csoportos készségfejlesztő terápia mellett a kliensek egyéni terápiában is részt vesznek. A két munkamód párhuzamos alkalmazása nagyon újszerű. A csoportban történik a készségek fejlesztése, gyakorlása. A DBT szupervízió eleme a csoportterapeutákat segíti, és rendszeres lehetőséget teremt arra, hogy egy szakmai vezető segítségével megbeszélhessék a csoportvezetéssel kapcsolatos problémákat, nehézségeket, kérdéseket.

Az első blokkban meditációs technikákból átvett gyakorlatok adnak segítséget a belső élmények tudatosítására, ítéletmentes megfigyeléssel, melyek segítenek az érzelmek megfigyelésében. A tudatos belső figyelem segíti az erős és a hirtelen változó érzelmi állapotok elfogadását.

A második blokkban a társas kommunikációra helyezik a hangsúlyt. Fontos meghatározni, hogy mit szeretne a kliens elérni, milyen változás jelent számára eredményt.

A harmadik blokkban is fontos készségek, gyakorlatok kerülnek megismerésre, az érzelmi sérülékenység csökkentésére, a kompetens cselekvés kialakítása érdekében. A pozitív érzelmek fokozása és az aktuális érzellel ellentétes cselekvés az egyik fő újdonsága a terápiás módszernek.

A negyedik blokkban az érzelmi szenvedés elviselésének készsége valamint a kríziskezelés képességének javítását kívánják elérni. A cél, hogy a megfelelő készségek elsajátítása után a kliens a romboló viselkedésformákat elkerülje és képes legyen elviselni a későbbiekben előforduló frusztráló helyzeteket. A Linehan által kifejlesztett módszer eredetileg a borderline személyiségzavar kezeléséhez ad segítséget, de az utóbbi tizenöt évben több más célcsoport számára is kifejlesztették a DBT adaptált változatait. Ez a módszer - a hatékony gyógyszeres kezelés mellett (ha szükséges) - nagymértékben javítja az egyén készségeit, megoldási stratégiáit.

A közösségi életben való részvétel és a vágyott életcélok követése megfelelő készségeket igényel. Míg a gyógyszeres és biológiai kezelések célja a tünetek kontrollálása, a készségek fejlesztése elősegítheti a személyes hatékonyságot, az önálló és felelősségteljes élet elérését. „A mentális betegségek okozta korlátozottságból való felépülés akkor történik meg, amikor a páciens megszerzi azokat a készségeket és támogatásokat, amelyek birtokában saját kezébe kerül az élete irányítása, felelősséget vállal önmagáért, méltósággal kezd élni és élete kielégülést okoz és értelmet nyer.” (Lieberman, 2010, 271. o.)

Megfelelő szakmai segítség mellett a kliens a készségeik fejlesztése során megéli a sikert és a hatékonyságot, eredményesség esetén pozitív visszajelzéseket kap a környezettől és megerősíti a tanult viselkedésmintákat.

2 Az agressziókezelés jelentős tartalmi komponensei

Összefoglalás

A fejezetben bemutatjuk az agressziókezelés tartalmi komponenseit. Az agresszív viselkedés hátterében olyan készségek, illetve készséghiányok láncolata áll, melyet a segítőknek látniuk, felismerniük és a megfelelő kompetencia elsajátításával fejleszteniük lehetséges. A bemeneti működés faktora, az emocionális működés faktora, a késztetések és impulzusok faktora mellett a viselkedéses kimenet faktorainak főbb jellegzetességeit írjuk le.

Cél

A készségek kölcsönhatásának megismerése, a figyelem, tudatos jelenlét, az érzelemszabályozás, a feszültségkezelés és az interakciók mögött meghúzódó készségek felismerése és fejlesztési lehetőségek bemutatása.

Kulcsszavak

készség-kölcsönhatás, készségfejlesztés, figyelem, tudatos jelenlét, érzelemszabályozás, feszültségkezelés, interakció, interperszonális hatékonyság

Tanulást segítő kérdések

Mi a készség? Mi a szociális készség?

Mi befolyásolja a szociális készségek elsajátításának eredményességét?

Hogyan csoportosíthatók a személyes és a szociális kompetenciák Daniel Goleman szerint?

Mi a mindfulness? Milyen készségek segítik a tudatos jelenlétet?

Milyen funkciói vannak az érzelmeknek?

Milyen szakaszai vannak Wilhelm Reich szerint az emóció, az érzelem szabályozásának?

Milyen feszültségtűrési készségeket ismer?

Mitől sikeres egy interakció?

Milyen készségek segítik az interperszonális hatékonyságot?

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Zakárné Horváth I. (2003): *Készségek, képességek, kompetenciák fejlesztése*. Módszertani füzetek. Budapest, Modinfo Kft.

Linehan, M. M. (2011): *Készségfejlesztő gyakorlatok a borderline személyiségzavar kezeléséhez*. Budapest, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió

Goleman, D. (1997): *Érzelmi intelligencia*. Budapest, Háttér Kiadó

Goleman, D. (2008): *Társas intelligencia: az emberi kapcsolatok új tudománya*. Budapest, Nyitott Könyvműhely

2.1 Készség-kölcsönhatás

Az értelmező kéziszótár szerint a készség: „egy tevékenység gyakori ismétlődése révén ténylegesen automatizálódó, majd a cselekvés során tudatos felidézés nélkül működő képesség.” (Pusztai, 2013, 112. o.) A társadalmi életben való részvétel interperszonális és szociális készségek sorát igényli. „A szociális készségek mindazok a viselkedések, amelyekkel érzelmeinket és szükségleteinket olyan módon közöljük másokkal, amely lehetővé teszi számunkra, hogy eligazodjunk a mindennapi életben és elérjük a személyes céljainkat... Mivel a legtöbb jelentős személyes szükséglet és cél az emberi kapcsolatok világához kötődik, a szociális készségek fejlesztése az a közvetlen eszköz, amely képessé teszi a mentálisan korlátozott embereket, hogy kielégítőbb és jobb minőségű életet élhessenek. A készségek

aszerint változhatnak, hogy milyen a helyzet, hogy mik az egyes emberek céljai az adott helyzetben, milyen szociális normák és elvárások vannak hatással rájuk, és milyen az egymással interakcióban álló emberek kapcsolata.” (Lieberman, 2010, 197. o.) Lieberman kiegészítve hozzá kell fűznünk, korántsem kizárólag a mentális nehézségekkel küzdő emberek számára jelent a készségtanulás lehetőséget egy jobb minőségű életre, ahogy erről a korábbi fejezetben már szót ejtettünk. Minden ember számára nagy jelentősége van annak, hogy képes az élete során új készségek megtanulására. Jelen munkában az agressziókezeléshez szükséges - szakembereknek és klienseknek egyaránt hasznos - készségekre helyezük a hangsúlyt.

Nincs egyetlen kizárólagos eljárás a készségek fejlesztésére, mivel legtöbbször egyéni igényekre való reagálásról van szó. Az alkalmazott személyes és szociális készségek aszerint változhatnak, hogy milyen az adott helyzet, mi az adott cél, mennyire vagyunk jártasak a készségek terén, milyen szociális normák és elvárások befolyásolják és milyen interperszonális kapcsolataink vannak. Minél gazdagabb és jobb szintű a készségrepertoárunk, annál valószínűbb, hogy a megfelelő készséget a megfelelő módon alkalmazzuk, amely növeli hatékonyságunkat és társas elfogadottságunkat. Ezért kiemelten fontos a szociális készségek fejlesztése a pszichoszociális hátránnyal élők, illetve a szenvedélybeteg körében.

Néhány mentális beteg segítséget kap a környezetétől ezen készségek elsajátításában (megfelelő szerepmoделleket talál a családi és baráti körben), de a legtöbb súlyos mentális betegnek a kognitív és egyéb premorbid károsodása nem teszi lehetővé ezt a modeltanulást. „Az olyan betegség, mint a szkizofrénia, kitörése után a páciensek új nehézségekbe is ütköznek a szociális kommunikációban, Ennek okai a másoktól való tartós szociális és érzelmi visszavonulásban keresendők, illetve a betegség negatív tüneteiben, a gyakorolás hiányában, illetve a verbális tanulás és memória, munkamemória, a kölcsönösség, szociális percepció és a végrehajtó készségek deficitjében... A pszichiátriai tünetekben és kognitív hanyatlásban szenvedő páciensek a szociális készségeket szisztematikus, tervezett, strukturált tréningeken tudják elsajátítani az emberi viselkedés alapelveire támaszkodva.” (Lieberman, 2010, 199. o.) Amennyiben eredményes szociális találkozásról van szó, számos speciális szociális készségnek kell megfelelően működnie. A jó készségekkel rendelkező személy, az adott helyzethez igazítja a kommunikációját. Az agresszív viselkedés megjelenése gyakran nem csak egy készség hiányát jelenti, hanem készség hiányok szoros kölcsönhatását. Amennyiben olyan helyzetről van szó, amelyben akár agresszió is megjelenhet, több készséget is jól kell alkalmazni. Ezek a beszélgetés kezdeményezésének készsége, a vélemény, a támogatás, az érzelmek kimutatása és kérése, információ kérése, információ adása, kérések kifejezése és teljesítése, érzelmek kifejezése és elfogadása. A felsorolt készségek bármelyikének hiánya vagy nem megfelelő használata okozhat agresszív viselkedést.

Szakmai gyakorlatunkban is találkozhattunk már olyan klienssel, aki nem tudta jól kifejezni az érzéseit, illetve nem tudta elfogadni másokét. Aki ilyen nehézséggel küzd, gyakran frusztrálódik, hiszen egyik alapvető készségünk, hogy a verbális kommunikációhoz igazodik a nonverbális- és metakommunikációnk. Aki tehát elvesz ezek között a jelek között, igen nehéz helyzetben találja magát. Amennyiben ez sorozatosan ismétlődő jelenség az életében, agresszív viselkedést okozhat.

„A szociális kommunikációt és a szociális készségeket az információfeldolgozás három szakaszára lehet felosztani, amelyek közül mindegyiknek megvannak a specifikus jellemzői:

- a szociális percepcióra, vagyis az információ befogadására,
- a szociális problémamegoldásra és döntéshozatalra, vagyis az információ feldolgozására,
- és az önkifejezésre, azaz az információ kibocsátására.” (Lieberman, 2010, 201. o.)

Lieberman (2010) szerint minden szakasznak megvannak a nehézségei, ezért bárhol sérülhet, torzulhat a kommunikáció, mely akár agresszív viselkedés megjelenéséhez is vezethet. Az információ megfelelő befogadása pszichoszociális hátránnyal élő illetve szenvedélybeteg klienseinknél nehézségekbe ütközhet, hiszen akiknél a figyelem fenntartása és összpontosítása zavart szenved, illetve betegségének tüneteiben akadályozzák, nehezen tudja jól megítélni mások közléseinek tartalmát, minőségét. A szociális percepció fejlesztése ezért esetünkben kiemelten fontos terület.

A második szakasz az előzőre épül, hiszen válaszreakció az adott helyzethez igazodik. Ehhez az szükséges, hogy a számos adható válasz közül azt válasszuk ki, amelyik a legnagyobb eséllyel kecsegtet célunk eléréséhez. Az agressziót választó személy esetében akár az is előfordulhat, hogy már az első lépésnél rosszul fogadta be az információt, ezért válaszreakciója agresszív, de előfordulhat, hogy bár az információt megfelelően fogadta be, arra nem tud megfelelő választ adni, ezért viselkedése impulzív válik.

Természetesen a harmadik szakaszban is megjelenhet az agresszió, amikor az önkifejező készség hatékony használatára lenne szükség, de a kommunikáció stílusa, szavainak megválasztása nem teszi lehetővé a személyes hatékonyságot. A szociális készségek önkifejezési szakaszának komponenseit Liberman további három elemre bontotta:

1. verbális komponens, a beszéd tartalma,
2. nonverbális, azaz a kinetika, arckifejezések, testtartás, proxemika, interperszonális távolság és az arckifejezések, illetve
3. paralingvisztikus komponens, amely az intonáció, a hangszín, a beszéd eredje, tempója, a válasz látenciaideje, folyékonyosság, a beszélő szerepének változtatása a társalgásban.

A szociális készségek elsajátításának eredményessége egyénenként változó, hiszen nagymértékben vannak jelen személyes tényezők (mentális zavarok tünetei, gyógyszerek mellékhatásai, szociális szerepek összetettsége, személyiségzavarok vonásai, pszichoaktív szerhasználat) illetve környezeti tényezők mellett (családi közeg, szociális stresszorok, stigma, elszigetelődés) akár szolgáltatások (gyógyszerelés, terápiás szövetség) megléte vagy hiánya is. A készségek azonban fejleszthetők, ezáltal a kapcsolatok változtathatóak, megfelelő reakciómód kerülhet elsajátításra. Az agresszív viselkedés helyett új készséget tanuló egyén számára is szükséges a lépések betartása és készségfejlesztő módszerek elsajátítása.

A készségfejlesztés Linehan (2011) megközelítésében is három részelemre bontható:

1. készségtanulás (instrukciók, modellezés)
2. a készségek megerősítése (viselkedési próbák vagy helyzetgyakorlatok, visszajelzés)
3. a készségek generalizálása (házi feladatok, helyzetek közötti hasonlóságok és próbák megbeszélése).

A készségek elsajátítását célzó eljárások célja, hogy a készség hiányok megszűnjenek, a készség komponensek beépülésre kerüljenek. Amikor készségfejlesztésről beszélünk, érdemes felmérni, hogy ki milyen készségekkel rendelkezik. Emellett fontos, hogy a klienst hozzásegítsük ahhoz, hogy kitűzze önmaga számára a célt (mi a készségfejlesztés célja). Sokan szenvednek a készségek hiányától, de egyben félnek is a változástól, illetve a korábbi negatív tapasztalatok (környezet negatív visszajelzései, kudarcok, félelem az érzések kimondásától, sebezhetőségtől) megakadályozzák, hogy gyakorolják a tanult készségeket.

A készségek megtanulása után, a készségek megerősítése a cél, melyet gyakorlással lehet elérni. Több betegség esetén, mint a pszichiátriai- vagy a szenvedélybetegség esetén is megjelenik az a fajta passzív magatartás, ami megnehezíti a cél tartását, a készség gyakorolását. Erre a problémára a klienst körülvevő személyes és szakmai környezet kiemelten szükséges, hogy odafigyeljen, és különböző technikákkal segítse a klienst, hogy a gyakorlást ne adja fel. Eszközei lehetnek a szituációs játékok, a kívánt válasz elképzelése, hatékony állítások megfogalmazása önmagáról, viselkedéspróbák szimulált vagy valódi helyzetben.

A viselkedés kialakításának leghatékonyabb módja - terápiás helyzetben belül és kívül - a megerősítés. A pszichiátriai- vagy a szenvedélybeteg személy nagyon gyakran megéli, hogy negatívan állnak hozzá, készség hiányát motivációja hiányának tudják be, viselkedését önsorsrontásnak, önbüntető stratégiáit figyelemfelhívásnak ítélik. Ezért nagyon fontos a pozitív megerősítő stratégia, melyről részletesebben a 2.4 Feszültségkezelés című fejezetben beszélünk.

A készségek megtanulása, begyakorlása után a készségek elmélyítése a cél, melyet új helyzetekben való önálló alkalmazással lehet leghatékonyabban elérni. Az agresszív viselkedésmintát mutató

személynél, amennyiben pszichiátriai vagy szenvedélybetegség is áll a háttérben, a készségek megtanulása, a régiék elengedése nem egyszerű feladat.

Mindemellett a környezet felkészítése is elengedhetetlen, hogy a hatékony és ne a maladaptív viselkedést erősítsék meg a későbbiekben, illetve segítsék a klienst, ha a korábbi (önbüntető) viselkedése jeleit ismerik fel.

Daniel Goleman (1997) modellje szerint a személyes és szociális kompetenciák öt fő csoportba sorolhatók:

1. éntudatosság (önismeret, önértékelés, önbizalom)
2. önszabályozás (önkontroll, alkalmazkodás)
3. empátia (mások megértése, szükségleteinek felismerése, érzelmi feszültségek észlelése)
4. motiváció (kezdemenyezőkészség, optimizmus, elköteleződés, teljesítményösztönzés)
5. társas készségek (befolyásolás, kommunikáció, konfliktuskezelés, irányítás, kapcsolatépítés, együttműködés)

Stephens (1992) szerint a szociális kompetencia összetevői:

1. a személyközi viselkedés (konfliktuskezelés, aszertivitás, figyelemfelkeltés, viselkedési és játékszabályok betartása)
2. feladattal kapcsolatos viselkedés (kommunikáció, aktivitás, együttműködés)
3. önmagunkkal szembeni viselkedés (következmények vállalása, etikus viselkedés, érzelmek kifejezése, önellfogadás, felelősségvállalás)
4. környezeti viselkedés (társas viselkedés, környezet megóvása)

A szociális kompetencia fejlesztése terén (szak)pszichológusok egyéni- és csoportterápiája mellett a segítő szakemberek más eszközzel is nyújthatnak segítséget a készségek fejlesztésében.

Ennek egyikformája a modellnyújtás. A kívánt viselkedés bemutatásával elérhető, hogy új megoldási stratégiával találkozzon a kliens. (Ez akár heves vita közben is alkalmazható, amely a későbbiekben akár hivatkozási alapul is szolgálhat az eset megbeszélésekor).

A modellnyújtás mellett, illetve önállóan is használható módszerek a segítő beszélgetés, amellyel fejleszhető a szociális problémamegoldó készség. A beszélgetés során fontos kitérni a probléma azonosítására és több megoldásmódra is. Segíthet, ha a probléma összes megoldásmódját sikerül feltérképezni, és azok következményeiről részletes beszélgetést lehet folytatni. A mérlegelés igen hasznos, mivel a későbbiekben is vissza lehet térni a megállapított előnyökre és hátrányokra. Amikor több lehetséges megoldás közül a kliens kiválasztja a számára legkedvezőbbet, ismét fel lehet sorakoztatni pro és kontra érveket, melyek megerősítik vagy átalakítják a választást. Ekkor rátérhetünk a szükséges erőforrások feltérképezésére (anyagi források, más személyek segítsége) és amennyiben ekkor ütközünk olyan akadályba, amelyet nem tudunk kiküszöbölni, új alternatívát választva haladunk tovább.

Lieberman (2010) a bomlasztó vagy agresszív viselkedés megváltoztatására felhasználta a kommunikációs készségek fejlesztését, az interakciók tanítását. A bemutatott modellben, nagy hangsúlyt fektetett arra, hogy a szabályokat áthágó klienssel szemben pozitív érzelmek is kerüljenek kimutatásra a segítő részéről. Amennyiben volt pozitív előrelépés a korábbi konfliktuskezeléséhez képest, akkor dicsérettel jelezzük vissza a magatartás változását. A megerősítés mellett azonban fontos arról is beszélni, hogy legutóbb milyen volt az agresszív viselkedés, illetve mi a megfelelő magatartásmód a hasonló helyzetekben. Szükséges arra is rávilágítani, hogy a nem megfelelő viselkedésnek milyen következményei vannak. Nagy előrelépést jelent, ha a kliens felismeri a történeteket és átlátja annak következményeit. Amennyiben a kliens nyitott, gyakorolható az a helyzet, amelyben a konfliktus felmerült és bízthatjuk arra, hogy az agresszió helyett más alternatívákat alkalmazzon. Nagyon fontos a megerősítés a gyakorlás során is.

A készségek fejlesztésére, a későbbi nehéz helyzetekben más megoldásmód választásának ösztönzésére szolgálnak a történetek egyszerű megbeszélése is. Amennyiben a kliensnek a segítővel bizalmi kapcsolata van, sokkal könnyebben elfogadja a visszajelzéseket, illetve azokat a stratégiákat, amelyeket ez a segítő kínál. Nem minden segítőnek egyforma az összes klienshez a viszonya, és így van ez a kliensek esetében is, nem minden segítővel állnak bizalmi kapcsolatban. Intézményi gyakorlatban is láthattuk már, hogy egy-egy nehéz helyzetben egy másik kollégá visszajelzését, reakcióját a kliens jobban fogadja. Érdemes ezt az erőforrást is felhasználni és szükség esetén a helyzet megbeszélését arra a kollégára bízni, akivel a kapcsolat bizalmi.

Természetesen más módszerek, modellek, mint például a problémamegoldó modell vagy az asszertivitás tréning nagyon hasznos lehet a problémák megoldására, új készségek elsajátítására. Ezen módszerek elsajátítása hosszabb folyamat, mely túlmutat tananyagunk keretein.

2.2 Figyelem, tudatos jelenlét

A figyelem nagyon fontos akár a készségek elsajátítása, akár a helyzet felismerés folyamatában, mind a kliens, mind pedig a segítő számára. A figyelem fókuszálása a jelen történéseire segíti megérteni a helyzetek különböző összetevőit. A tudatos jelenlét (mindfulness) vagy más meditációs, relaxációs készségek elsajátítása fontos szerepet tölt be az agressziókezelésben. Az impulzusok, váltások gyors felismerése révén az agresszió hatékonyabban kezelhető. Ezért fontos, hogy a segítő és a kliens is megfigyelje az érzéseket, késztetéseket, a testi történéseket és kialakuljon egy éber figyelmi működés. Ezáltal elérhető, hogy a lehető leggyorsabban reagáljunk az agresszív viselkedésre, illetve az érintett is felismerje az izgalmi állapot jeleit, elviselje az ezzel járó szenvedést, megbízzon a saját tapasztalataiban, a tanult technikákban és érzelmi kommunikációt alakítson ki (ld. a korábban ismertetett korai felismerés koncepciót).

A mindfulness és a meditáció nem azonos fogalmak, az előbbi egy kognitív gyakorlat, az utóbbi inkább több módszer összefoglaló neve. A leginkább közös bennük, hogy a fókusz a jelen pillanatra helyeződik. A különböző technikák elsajátítása nem célja ennek a tananyagnak, ehelyett a tudatos jelenlét gyakorlatára helyezzük a hangsúlyt, mely a figyelem egy különleges módja, melyben tudatosan és ítéletmentesen a jelen pillanatra koncentrálnunk. A tudatos jelenlét Ruby Wax (2016) szerint egy speciális figyelmi állapot, mely egészségvédő hatással is bír. A múlton való rágódást, a jövővel kapcsolatos aggodalmaskodást kizárja, csak a jelenre koncentrálnunk. Nem a gondolatok tartalmát próbálja megváltoztatni, mint például a kognitív terápia, hanem a gondolatainkhoz való viszonyt alakítja át. Fontos megállapítása, hogy a gondolat csak egy gondolat, ami jön-megy, de nem azonos önmagunkkal. Azt, hogy hogyan érezzük magunkat, mennyire vagyunk hatékonyak és cselekvőkészek, befolyásolja az éppen aktuális gondolatunkhoz való viszonyunk. Ha a gondolat negatív és mi abszolút igazságként tekintünk rá, hajlamosabbak leszünk rosszul érezni magunkat. De ha képesek vagyunk a negatív gondolathoz való viszonyunkat megváltoztatni, „csak egy gondolat”-nak tekinteni, ami jött és majd elmegy; felismerjük, hogy jó és rossz gondolataink egyaránt szoktak lenni és végül mindegyik elmúlik, akkor képessé válunk hatékonyságunk, kiegyensúlyozottságunk megőrzésére függetlenül attól, hogy éppen kellemes vagy kínzó gondolataink vannak.

A tudatos jelenlét módszer segít abban, hogy képesek legyünk jobban figyelni arra, amiben éppen vagyunk, amit épp csinálunk, mert ha koncentrálni tudunk, a kritikus gondolatok elhalkulnak. Hányszor hallottuk, hogy figyeljünk jobban oda, miközben rendkívül nehéz odafigyelni, hiszen ha néhány másodpercig sikerül is a figyelmünket összpontosítani, az rövid idő után elkalandozik. A tudatos jelenlét során nem csak a külső dolgokra kell figyelniünk, hanem önmagunkra is. A szokásos önostorozó, minősítő ítéletek nélkül kell(ene) szemlélni a gondolatainkat. Mint minden készségfejlesztés, ezek is gyakorlást igényelnek. Leghatékonyabb módja, ha részt veszünk hat- vagy nyolchetes mindfulness tanfolyamon, de ha erre nincs mód, kellő rendszerességgel saját magunk is fejleszthetjük magunkat. „A tudatos jelenlét gyakorlásával pontosabban érzékeljük a testünket, hiszen figyelmünk önmagunk felé fordul. Ezt a képalkotó eljárások is bizonyítják, hiszen a tudatos jelenlét gyakorlatok végzése közben a

szürkeállomány aktivitása megnövekszik a temporo-parietális területen, ahol a testészlelésünk zajlik. Mindez különösen hasznos lehet a borderline személyiségzavarban, valamint az evészavarban vagy a különféle függőségben szenvedők terápiája során. A tudatos jelenlét intenzívebb paraszimpatikus tevékenység és csökkent szimpatikus tevékenység társul, ami alacsonyabb pulzusszámot és vérnyomást, lassabb légzést és kisebb izomfeszültséget eredményez... Ha megtanuljuk a tudatos jelenléttel szabályozni az érzelmeinket, akkor a primitívebb reakciókat a magasabb agyi funkciók felé terelhetjük.” (Wax, 2016, 82-83. o.)

A hathetes tudatos jelenlét tanfolyamon minden hétnek más-más célja van. Ruby Wax felosztása szerint az első hét a figyelemről és a felébredésről szól. Gyakorlatokon keresztül mutatja be, hogy mennyi mindent végzünk nap, mint nap automatikusan (teafőzés, evés, tusolás), és rávilágít arra, hogy hogyan tudunk tudatosabbá válni. A második héten már gyakorlatokon keresztül lehet elsajátítani, hogy egy-egy légzőgyakorlat, vagy a testünk megfigyelése mennyire összehangolja a cselekvő és a létező elmét. A negyedik hét a tudatos mozgásról szól, az ötödik a tudatos gondolatokról. A hatodik héten az előző hetek összefoglalása történik.

Jelen tananyag keretében nem áll módunkban a technika részleteire kitérni, de néhány elemét saját munkánkban is hasznosíthatjuk.

Amikor nehéz helyzet előtt állunk, esetleg korábbi tapasztalatunkból tudjuk, hogy agresszív válaszreakcióra számíthatunk, érdemes lelkileg is felkészülnünk. Amennyiben ismerünk légzőgyakorlatokat, segítségükkel, amennyiben nem, kellemes emlék felidézésével tudjuk elérni, hogy ne a félelmeink irányítsanak minket. A tudatos jelenlét segít abban, hogy az agresszívan viselkedő személy dühöngései helyett más tényezőkre fordítsuk a figyelmet. Ruby Wax a mindfulness technikák között mutatja be, hogy amikor egy dühöngő személlyel találja magát szemben, akkor nem a tartalmi mondanivalóra, hanem egy-egy kommunikációs elemre (magas-alacsony hangok, erős-gyenge hangok) vagy testrésze koncentrálnak. Ezzel a viselkedéssel társas intelligenciát gyakorolhatunk és elkerülhetjük, hogy a tartalmi mondanivalóban megjelenő sértések bántsanak minket, illetve elkerülhető, hogy a megtorlás, visszavágás, robbanás legyen a válaszreakciónk.

Segítőként is nehézséget jelenthet, hogy válasz-impulzivitásunkat visszafogjuk, amikor olyan személlyel találkozunk, aki verbális agresszióval támad minket. Ilyenkor amellet, hogy tudatosítjuk magunkban, hogy a kliensünk készséghiánya, betegsége, egyéb problémái miatt lép fel támadólag, és valószínűleg nem a személyünkkel van problémája, csak indulatai miatt nem tudja megfelelően kifejezni magát, önmagunkat is szükséges megnyugtani. Segítséget jelenthet, hogy megfigyeljük a klienst ebben az állapotában. Például, ha a szemére koncentrálnak, mit látunk benne, vagy a habzó száj, fröcsögő beszéd melyik témánál jelent meg.

Marsha M. Linehan (2011) készségfejlesztési gyakorlatok kézikönyvében „mit” és „hogyan” készségekre osztotta fel a tudatos jelenléthez kapcsolódó készségeket.

Leírása szerint a „mit” készségek közé tartozik a megfigyelés, a leírás és a részvétel.

- A megfigyelés során figyelünk az eseményekre, érzésekre, vagy viselkedéses válaszokra, de bizonyos távolságból, hiszen nem célunk azok megítélése.
- A leírás során megfogalmazzuk a viselkedésünket, tapasztalatunkat, környezeti eseményeket, de észre kell vennünk, hogy ahogyan értelmezzük az eseményeket, az nem feltétlenül azonos azzal, ahogyan értelmeztük az eseményt.
- A harmadik megnevezett készség a részvétel, mely segíti megélni azt, hogy egy-egy helyzetben tudatosan és ítéletmentesen legyünk jelen.

Egyes pszichiátriai betegséggel élőknel jellemző, hogy mind magukat, mind másokat szélsőségesen pozitív (idealizálás), vagy negatív (leértékelés) módon értékeljenek. Ezzel az a probléma, hogy egy „értékesnek” ítélt dologból, bármikor „értéktelen” válhat, holott inkább a viselkedés és az események következményeire kellene fókuszálnunk. Ez utóbbi esetben ugyanis nincs stigmatizáció, nincs ítékezés, hanem csak azok a tények jelennek meg, melyekre a későbbiekben lehet építkezni.

Szakmai életünkben fontos, hogy a megfigyelés, a leírás és a részvétel készségeink magas fokú legyen. Fontos, hogy munkák során éberek legyünk és kerüljük a címkézést. Sok esetben segíthet, ha

megpróbálunk az adott helyzetre reflektálni, visszajelzést adni. (Válaszlehetőség: *Megértem, hogy rosszul esett... Szörnyű érzés lehet.*)

Linehan a „hogyan” készségek közé sorolja

- az ítélkezésmentes hozzáállást
- hogy egyszerre egy dologra figyelve legyünk jelen, illetve
- a hatékonyságot.

A viselkedészavarral élők esetében is gyakori, hogy a gondolatokat („*azt gondolom, hogy engem nem szeretnek*”), összekeverik a ténnyel („*engem nem szeretnek*”). A segítő célja lehet, hogy rávilágítson arra, hogy ezeket a tévedéseket a megfigyeléssel és annak pontos, ítélkezésmentes leírásával, tudatosításával lehet orvosolni.

A jelenlétre figyelés csak úgy valósulhat meg, ha a figyelmünket nem hagyjuk szétforgácsolódni, hanem egyszerre egy dologra figyelünk. Ehhez a figyelem irányítására van szükség, mely sok kliensünk számára nagy kihívást jelentő feladat. Sokunk figyelmét gyakran elterelik a múltra vonatkozó képek, aggodalmak, melyek aztán ítélkezést hoznak a leírásba.

A hatékonyság azt jelenti, hogy alkalmazzuk a készségeinket. A szenvedélybeteg, illetve a pszichiátriai betegséggel élők jellemzője, hogy nehezen mondanak le arról, hogy egy adott pillanatban igazuk legyen, ez által frusztrációt élnek meg, ami agresszióhoz vezethet. Ez összefügg azzal is, hogy nehéz számukra megítélni, hogy megbízhatnak-e saját érzékelésükben, döntésükben. Ezt az együttműködés készségének a gyakorlásával lehet feloldani, mely elősegíti a helyzetekben való megegyezéssel a hatékonyságot.

Mindennapi munkánk során a „mit” és a „hogyan” készségekre koncentrálnak illetve a tudatos jelenlét technikáját alaposabban megismerve elérhetjük, hogy egy-egy impulzív reakció móddal élő személy esetén megérthessük a helyzetek többféle összetevőjét és könnyebben elkerülhessük saját magunk bevonódását. A tudatos jelenlét segíthet a helyzetek gyors felismerésében, az itt és a most fókuszálásban, testi történések, gondolatok, érzések és késztetések monitorozásában, az éber figyelmi működés kialakításában. Ezen készségek használata modellként is szolgál klienseink számára.

2.3 Érzelemszabályozás

Az érzelmek felismerése és kifejezése a mindennapi életvezetés fontos komponense. Az érzelmek kifejezése az adott érzelem kommunikációját szolgálja, mely egy igen összetett folyamat. Az érzelmeink kifejezését tükrözi a verbális-, a nonverbális nyelvezetünk és metakommunikációnk is.

Az érzelmek kifejezését az öröklött tényezők mellett kulturális, szociális és egyéni tényezők is befolyásolhatják. Az érzelmek kifejezése során az ember az intra- és interperszonális térben megélt jelenségekhez való viszonya tükröződik különböző csatornákon. Fontos jeleket közvetít a testbeszéd, a hang vagy a mimika is. Az érzések és az érzelmek listája kétszáznál is több elemből áll. Az érzések minél pontosabb felismerése kiemelkedő jelentőségű annak megítélésben, hogy mások milyen érzelmi állapotban vannak, hozzánk hogyan viszonyulnak. Amennyiben ez téves, úgy téves következtetéseket vonhatunk le, ami nem helyénvaló társas viselkedéshez vezethet.

Az emberi arc az érzelmek egyik legfontosabb kifejezője, hiszen a megjelenő érzelmek fontos kommunikációs funkciót töltenek be. Paul Ekman amerikai pszichológus úgy véli, hogy bár sokféle kultúra létezik, vannak bizonyos arckifejezések, melyek minden ember számára ugyanazt az érzelmi állapotot tükrözik. Kísérletei bizonyították, hogy hét alapvető érzelem a világ minden táján egyetemes, ezek az öröm, a harag, a meglepetés, az undor, a szomorúság, a félelem és a megvetés. Bizonyos érzelmek az alapérzelmeknek a kombinációjából állnak, vagy annak fokozatai.

„Az arcon megjelenő érzelmek felismerése komplex pszichológiai és neurobiológiai folyamatok eredménye, melyeket a legkülönbözőbb csoportokon vizsgáltak, az újszülöttektől kezdve a pszichiátriai betegekig, kiterjesztve ezt, akár nem humán fajokra is... A modern funkcionális agyi képalkotó eljárásokkal (PET, fMRI) készült kutatási eredmények alapján több olyan agyi struktúrát és mechanizmust azonosítottak, amelyek alapvető szerepet játszanak az egyes érzelmek észlelésében. Mindezek mellett a

csökkent érzelmi arcfelismerési képességet több pszichiátriai kórképben (például szkizofrénia, depresszió) és degeneratív idegrendszeri megbetegedésnél (például Huntington-kór, Parkinson-kór) is dokumentálták.” (Rózsa et al., 2012, 230. o.)

Az ókori sztoikus filozófusok szerint a jó élet alapja az érzelmek feletti kontroll. Az érzelmek kifejezés megjelenési formája az érzelmek intenzitásától függ, emellett az érzelmeknek jelentős szerepük van a társas érintkezésben. Ezért nagyon fontos készség az érzelmek kifejezése és az érzelmek kifejezésének a megértése, azaz az érzelmek kommunikációja.

Az érzelmeknek több funkciója van (Oatley – Jenkins, 2001 alapján):

- kommunikációs szerep
- viselkedés-szabályozásban betöltött szerep
- a kedvezőbb cselekvés kiválasztásában betöltött szerep
- a viselkedés fenntartásában és kitartásban
- célok elérésében betöltött szerep
- a motiváció elősegítésében betöltött funkció.

Az agressziókezelés elképzelhetetlen az érzelmi működés szabályozásához szükséges készségek fejlesztése nélkül. Bizonyos pszichiátriai betegségek esetén gyakori, hogy az érzelmek intenzívek és labilisak, ezért komoly segítséget az jelenthet az érintetteknek, ha megtanulják szabályozni az érzelmeiket.

A környezet visszautasítása miatt kialakulhat a kliensben az az attitűd, mely önmagát is okolja a készséghiányért, illetve a környezettől kapott reakciókból megerősíteni látja, hogy a többieknek volt igazuk vele szemben, hiszen újra és újra belecsúszik a negatív szituációkba, hiába kezdte esetleg már felismerni a jeleket. Ezért az érzelemszabályozási készségek elsajátítása csak a saját érzelmek elfogadásával együtt biztosíthat eredményt. Az elméleti kiindulópont az, hogy az elsődleges érzelmekre adott másodlagos reakciók (intenzív szégyenérzet, düh) azok, melyeken változtatni szükséges. Maguk az elsődleges érzelmek gyakran adaptívak és megfelelnek a helyzetnek, ugyanakkor a helyzetre adott válasz nem elfogadható egy intenzív agresszió esetén.

Linehan (2011) nyomán a specifikus érzelemszabályozási készségek közül elsődlegesen az érzelmek felismerését és megnevezését szükséges megemlítenünk. Ebben hatalmas segítséget jelent, ha képesek vagyunk megfigyelni és leírni az érzelmet kiváltó eseményt, annak értelmezését, az érzelmmel járó fenomenológiai élményt, beléértve a fiziológiai reakciókat, az érzelmet kifejező viselkedést és az érzellem egyéb funkciókra utólagosan gyakorolt hatását.

Az érzelmi viselkedés megváltoztatása nagyon nehéz feladat, fontos felismernünk azokat a tényezőket, amelyek ezt akadályozzák. Ezért külső szakember tud hatékonyan segíteni, mivel nem a megszokott válaszreakciót erősíti, hanem a valóban megfelelő válaszreakció esetén ad megerősítést.

Stressz hatására mindenki hajlamosabb emocionálisan reagálni. Ezért a szükséges érzelmi viselkedésbeli készségek elsajátításához ajánlott egyfajta megszokottság érzést adó napi rutin kialakítása (étkezési szokásokban, alvási szokásokban, egészségesebb életmód megcélzása), mivel ezen tevékenységek elősegítik a pozitív élmények megélését, a hatékonyság és a kompetenciaérzését valamint csökkentik az érzelmi sérülékenységet. Elismert tény, hogy érzelmvezérelt állapotban minden ember percepciója torzul, de ez nem jelenti azt, hogy maguk az érzelmek torzult észlelés eredményeként jönnek létre. Ezért az érzelmek szabályozásának fontos módja, hogy lehetőség szerint kontrolláljuk a kiváltó eseményeket és tudatosak legyünk az érzelmek lefutásában is.

„Mind saját tudatosságunkhoz, mind mások tudatállapotának kiismeréséhez fontos tisztában lennünk azzal a folyamattal, ahogyan az emóciók keresztüláramlanak testünkön és tudatunkon. Wilhelm Reich munkája alapján, az emóció áramlása a keletkezéstől a megszűnésig öt fázist érint. Az áramlás stádiumai:

- töltés,
- feszültség,
- kisülés,

- ellazulás,
- rugalmasság.” (Kohlrieser, 1987, 235. o.)

George Kohlrieser (1987) szerint személyünkben valamilyen formában mindig jelen van az érzélem. Kiemelten fontos készség, a megfelelő reagálás, önszabályozás érdekében az érzéseink folyamatos nyomon követése. A töltés állapotából a feszültég állapotába való kerülésnek számos jele figyelhető meg. Például a harag esetében a nyakizmok megfeszülése, állkapocs összeszorulása, szív-tájéki fájdalom keletkezhet. Amikor agresszív személlyel kommunikálunk, fontos, hogy a verbális kommunikációval szabályozzuk a töltés és a feszültség szintjét. A kisülés, egyfajta elengedést jelent, azaz érzelmi energia valamilyen beszéd, cselekvés, tevékenység révén kikerül a testből. A mellkasi nyomás sírással, kiabálással feloldható. A kisülés létfontosságú. Megnyilvánulása lehet enyhe illetve heves, illetve részleges vagy teljes. „A sikeres érzélemkisülés legjobb kimenetele az ellazulás, amikor a lélek és a test egésze ellazul, az eredménye a megnyugvás, és alacsonyabb arosual-szint, ami elengedhetetlen az egyén egészsége szempontjából.” (Kohlrieser, 1987, 235. o.) A ciklust a rugalmasság zárja, amely egyfajta szabályozott ellazultság.

„Gyakorlatilag teljesen lehetetlen, hogy az emberek teljesen elrejtsek, hogy hogyan érznek... Ha bármely érzelmet gátlással blokkolunk, az kihat az összes többire. Olyan ez, mint a folyó: ha a folyó áramlását valami feltartóztatja, az kihat az egész áramlásra. Ezt a tényt gyakran – helytelenül - figyelmen kívül hagyjuk. Úgy kerülhetjük el, hogy érzelmeink túszává váljunk, hogy tudatosítjuk őket. Tudatosság nélkül szinte reménytelen, hogy sikeresen szabályozzuk őket. Másodsorban képesnek kell lennünk pontosan észlelni a másik személy tudatállapotát és annak megfelelően reagálni... Érzelmi töltet nélkül nincs erőszak, nincs agresszió. Némelyek esetében belső töltésről van szó, és az erősödő érzélem kiolvasható az arcrángásból, az ujjak dörzsöléséből, vagy más felajzott viselkedésből. A nyugtalanság az érzélem legfontosabb jele, amelyet bárkinek, aki potenciális erőszakkal szembesül, figyelemmel kell kísélnie, mivel ez azt jelzi, ami a felszín alatt lappang, és esetleg robbanással fenyeget. A legveszélyesebb emberek azok, akik belső töltetüket elrejtik és szinte semmi jelét nem mutatják, hogy belsőjükben kitörni készül a vulkán.” (Kohlrieser, 1987, 239-240. o.)

Kritikus helyzetben, az érzelmeik megfékezéséhez az agresszorral szemben, amennyiben a másik félhez valamilyen szinten eljut a kommunikációnk, három eszközt célszerű felhasználni.

1. Az első, hogy választási lehetőséget kínálunk, amely abban segít, hogy elmozdítja a figyelmet a beszűkült álláspontról.
2. A második, hogy új perspektívát kínálunk. Ez abban segíthet, hogy a kliens új szempontból tekintszen a szituációra, illetve az érzelmeik lecsillapodhassanak.
3. A harmadik, hogy adjunk magunknak időt. Mivel minimális az esély, hogy a másik szavába vágva, erősebben kiabálva hatást tudunk gyakorolni, az agresszor mondanója közlésekor a megfigyelése mellett időt kaphatunk saját kommunikációnkra való felkészülésre.

Amikor a kritikus helyzet nem megoldható, minél előbb érdemes munkatársainktól segítséget kérni, vagy azt elérni, hogy a kliens ne azonnali megoldást várjon, hanem várja meg az illetékes személy (gondnok, vezető) megérkezését.

Az érzelmeik kezelése - legyen szó sajátunkról vagy másokéről - nehézségekkel járhat. Az érzelmeink természetes válaszreakciók, melyekkel önmagunkat védjük. Amennyiben felismerjük, hogy mi történik bennünk és körülöttünk, sokkal nagyobb eséllyel tudjuk konstruktív és pozitív módon kezelni őket.

Az érzelmeik kezelésének két szélsőséges módja: az érzelmeik elnyomása és az érzelmeik impulzív levezetése nem elfogadható módja az érzelmeik kezelésének. Thomas Schmidt (2014) utal arra, hogy a két szélsőséges állapot között található az érzelmeik pozitív kezelésének ideális esete. Szerinte az érzelmeik erős befolyással vannak az gondolkodásunkra és a cselekedeteinkre. „Ha például azoknak a kísérleti személyeknek, akik félnek a kígyóktól, képeket mutatunk ezekről a csúszómászókról, akkor mindannyiuknál felfedezhetünk olyan pszichológiai félelemreakciókat, mint például az izzadás, annak ellenére, hogy meg vannak győződve arról, hogy semmilyen félelmet nem érznek.” (Schmidt, 2014, 261. o.)

Mivel az önészlelés az érzelmi intelligencia fontos tényezője, kiemelten fontos, hogy azokat megfelelően kezeljük, ne nyomjuk el őket. Az önészlelés hiánya, nem megfelelőse okozhat problémát szenvedélybetegséggel vagy pszichoszociális hátránnyal élő személy esetében is. Amennyiben a kliensünk életét hallucinációk nehezítik, nem lehet biztos abban, hogy az észlelése mennyire valóságos. A legnehezebben irányítható érzelem a düh. A dühöt gyakran az váltja ki, hogy magunkat vagy érdekeinket veszélyben érezzük. „Az agyban egyrészt a limbikus rendszer, másrészt az adrenalin kiadásának következtében az idegrendszer erősen aktiválódik. Az erős fiziológiás aktiválás következtében már a könnyebb kiváltó ok is gondoskodik arról, hogy az ember hevesen reagáljon csekély bosszúságokra is.” (Schmidt, 2014, 261. o.) Kiemelten fontos hangsúlyt fektetni észlelésinkre, az eredmények értékelésére, ezáltal kialakítható a kontroll és az irányítás. Kliensünket segíthetjük azzal, hogy észlelésében támogatást adunk (mit lát jól, mit nem), illetve segítői munkánkat erősíthetjük azzal, ha a személyt és a helyzetet különválasztva kezeljük. „Ha az értékelés megváltozik, az érzések is megváltoznak.” (Schmidt, 2014, 264. o.) Az érzéseinket leginkább kommunikáció útján tudjuk kifejezni, és amennyiben meg tudjuk fogalmazni őket, már kevésbé érezzük a kiszolgáltatottságot, a távolságba helyezés biztonságot nyújthat. Ez egyaránt igaz a kliensek és a segítőik kommunikációjára is. A segítő munkáját hatékonyabbá teheti az empátia illetve az a képesség, hogy mások érzelmeivel bánni tudunk. Az érzelmek kezelésében ezért az érzelmi intelligenciának igen nagy szerepe van.

2.4 Feszültségkezelés

A pszichoszociális hátránnyal élők esetében a legtöbb kezelési mód a szenvedést okozó események valamint a körülmények megváltoztatásra törekszik és kisebb hangsúly kerül a szenvedés elfogadására, az érzelem megélésére vagy az értelmének a keresésére. Az emberek, a média és a környezet hatására már-már teljesen elhiszik, hogy az élet attól tökéletes, ahogyan a közösségi médiában az ismerőseik posztolják, vagy ahogyan a népszerű sorozatokban a jó barátok mindig kitartanak egymás mellett, netán ha bizonyos márkájú ruházati cikkel rendelkezünk, bizonyos kávé iszunk, magunkhoz vonzhatjuk a világ legsármosabb férfit, legcsinosabb nőjét.

A frusztráció a mindennapi szóhasználatban is elterjedt pszichológiai szakkifejezés. Az értelmező szótár szerinti (Finály, 2002) jelentése: csalódás, hiedelemben, várakozásban. Amikor a mi életünk nem olyan csodálatos, mint a szociális médiában posztoló volt osztálytársunké, mi is megélhetünk ilyen élményt, de számtalan más ok is létrehozhatja. Joggal mondhatjuk, hogy a frusztráció életünk része. A frusztráció Freud szerint a csalódás élménye. Ezt akkor érezzük, amikor kényszer hatására lemondunk egy ösztönös szükséglet kielégítéséről. Freud szerint cselekedeteink többségét ösztönök határozzák meg. Amikor ezeknek az ösztönöknek a kifejeződését gátolják, agresszív drive keletkezik. Freud követői ezt az elméletet tovább fejlesztették, és azt állították, hogy az agresszív drive az akadályozott személyt arra motiválhatja, hogy megsértse a frusztrációt okozó személyt vagy tárgyat. A frusztráció-agresszió hipotézisből jól látható, hogy az elmélet szerint az agresszió oka rendszerint a frusztráció, illetve az agresszió energizálja a viselkedést, és mindaddig fennmarad, amíg a célját el nem éri.

A frusztráció és az agresszió kérdésével a szociális tanulás elmélete is foglalkozott. Albert Bandura elmélete szerint az emberek képesek előre látni viselkedésük következményeit, van módjuk választani, hogy milyen válaszreakciót adjanak a frusztrációs helyzetekben. Számos viselkedésmintát úgy tanulunk meg, hogy mások viselkedését látjuk és észleljük, hogy milyen következmények járnak a viselkedéshez. Ez az elmélet elveti a frusztráció eredményezte hajtóerő okozta agresszív viselkedés elméletét, ehelyett a tanulás fontosságát hangsúlyozza. A frusztrált egyén mérlegeli a lehetőségeket és válaszolhat segítségkéréssel, teljesítmény-változtatással, visszavonulással, lemondással, agresszióval, pszichoszomatikus tünetekkel, konstruktív problémamegoldással, önérzéstelenítéssel (alkohol-, droghasználattal).

Popper Péter szerint mindkét nézetben közös, hogy az agresszió hátterében frusztráció áll. Ez jelentheti a megfosztást valamitől vagy akadályoztatást egy cél elérésében. A frusztráció-tolerancia kifejezi, hogy a csalódások elviselésének határa van, amely személyenként eltérő. A legszélsőségesebb esetekben

előfordulhat, hogy a személyben gyakorlatilag nincs meg az együttéléshez szükséges frusztráció-tolerancia (médiából ismert példa, hogy az ilyen emberek vélt sérelmeik miatt akár vérrontásra is képesek), míg a másik szélsőséges esetben a tűrőképesség akár önfeláldozáshoz is vezethet. Alacsony frusztráció-tolerancia szinttel bíró személyek könnyen frusztrálttá válnak, amikor nem kapják meg, amit akarnak. A magas frusztráció-tolerancia szinttel bíró személyek könnyebben elviselik a diszkomfort érzetet, amit a nehézséget jelentő helyzet jelent számukra. A frusztráció-tolerancia szint emeléséhez a helyzet alaposabb megvizsgálása is hozzásegíthet: valóban olyan szörnyű ez a helyzet, vagy csak kellemetlen? Nem bírom elviselni ezt a szituációt vagy csak nem tetszik? Vannak emlékeim olyan hasonló helyzetről, amikor eredményes voltam? A frusztráció-tolerancia növeléséhez hozzásegíthet annak a helyzetnek a jobb megismerése, hogy mi váltja ki a frusztrációt, önmagunk reális és irreális elvárásainak tisztázása, reális célok felállítása és a hatékony kommunikáció.

Az élet része a fájdalom és a szenvedés, melyet nem lehet elkerülni vagy kiiktatni. Ha ezt a tényt nem ismerjük el, akkor az a fájdalom és a szenvedés fokozódásával jár. Ugyanakkor a pszichiátriai- vagy szenvedélybetegséggel élő személynek támogatásra van szüksége, hogy a késztetései ne kontrollálatlan, destruktív, agresszív impulzusok formájában jelenjenek meg. A fájdalom és a szenvedés elviselése szükségszerűen azzal is együtt kell, hogy járjon, hogy járjon, hogy a régi stratégiáinkon változtatunk. Ez a változás hozhat az életünkbe megújulást, új, akár pozitív élményeket

Ezért ebben a fejezetben a körülmények elemzése helyett a feszültségkezelési készségekre helyezük a hangsúlyt, mely készségek kapcsolódnak ahhoz a korábban kifejtett elvhez, hogy nem-értékelő módon fogadjuk el önmagunkat és a helyzetet. Ugyanakkor fontos látnunk és kifejeznünk, hogy a valóság, a tapasztaltak elfogadása nem azonos a helyesléssel. Ez kiemelten fontos, amikor egy agresszív viselkedésű személlyel állunk szemben. Nem mondhatom, hogy helyeslem azt, ahogyan reagál, de azt elmondhatom, hogy elfogadom, ha az adott helyzetben dühöt érez. Nagy különbség van, hogy mit fogadok el és támogatok egy-egy helyzettel kapcsolatban. A személyt, az embert, aki benne van a helyzetben elfogadom, de az agresszív viselkedését elutasítom, ezt jelzem vissza. A kritikus helyzetek elviselésének és túlélésének, valamint a tények elfogadásának készségei nagyon gyakran hiányterületei a pszichiátriai- és szenvedélybetegséggel élő személyeknek. A feszültségtűrési készségei jelentősen csökkenthetik az agresszív megnyilvánulások valószínűségét, mind a kliens saját maga ellen, mind mások ellen irányuló agressziója esetén.

A feszültségtűrési készségek elsajátítása Linehan (2011) szerint a pillanat megélése mellett a krízishelyzetek elviselését és túlélését célozták meg. A stratégiákat négy csoportba sorolja:

1. figyelemelterelés
2. önmagunk megnyugtatása
3. a pillanat jobbá tétele
4. az érvek és ellenérvek átgondolása.

Az elfogadás készségei magukban foglalják:

- "a radikális elfogadást (tehát a mélyen belülről jövő teljes elfogadást)
- az elfogadás útjára lépést (azt választjuk, hogy elfogadjuk a valóságot, olyannak, amilyen)
- a követelőzés helyett a követés készségét. A követés azt jelenti, hogy alárendeljük elkülönültségünket, belépünk, alámerülünk az életnek magának a legmélyebb folyamataiba." (Linehan, 2011, 118. o.)

A radikális elfogadás annyit jelent, hogy nem harcolunk a valóság ellen, az elfogadásnak belülről jövőnek és teljesnek kell lennie. A fájdalom az élet része, nem lehet megúszni, ilyenkor a természet felhívja a figyelmet arra, hogy valamin változtatni kell. A szenvedés akkor lép fel, ha valaki nem képes elfogadni ezt a változtatási kényszert, a fájdalmat. Amikor elfogadjuk a valóságot, olyannak, amilyen, mást választunk, mint korábban, elhatározzuk, hogy elviseljük a pillanatot. Olykor a spirituális közeg is segítséget adhat, olykor a támogató közösség vagy segítő figyelmére, segítségére van szükség. Gyakran átéljük, hogy a valóságot nem elég egyszer elfogadni, amíg nem válik belsővé, az elfogadással többször is meg kell küzdeni. Érdemes végiggondolni, hogy mi szól az elfogadás mellett és mi ellene, ez segíthet a helyes

úton maradásban. Az elfogadás melletti elköteleződés az első lépés, amit számtalannak kell még követnie, hogy valóban elfogadóak legyünk.

A követelőzés helyett a követés eredetileg Gerald May gondolata. A követelőzés azt jelenti, hogy a gondolatunkat megpróbáljuk ráerőltetni a valóságra. A követés pedig azt, hogy elfogadjuk azt, ami van és arra reagálunk. Amikor valaki krízishelyzetbe kerül, akkor szükséges, hogy az elfogadás és a követés mellett más eszközökhöz is tudjon nyúlni, melyekkel a feszültséget el tudja fogadni, és megfelelően tudja kezelni.

Linehan (2011) módszere szerint a következő eszközök lehetnek:

- elfoglaltságok keresése (hobby, ismerkedés)
- pozitív kép előhívása (felidézhető egy kellemes barátokkal töltött nap)
- összehasonlítás korábban átélt hasonló szituációkkal (mi volt eredményes, eredménytelen)
- intenzív érzések keresése (zenehallgatás)
- ellentétes érzések kiváltása (rosszkedv esetén vígjáték nézés)
- kilépni a nehézséget jelentő szituációból.

Linehan a megnevezett feszültségtűrési eszközökkel azt mutatja be, hogy a figyelem elterelése segít abban, hogy a helyzet ne súlyosbodjon, és csökkenjen az érzelmi ingerekkel való kapcsolat, valamint egy másik technikát, a pillanat jobbá tételét is nevesíti a könyvében. Ez azt jelenti, hogy a negatív eseményeket, amelyeket aktuálisan megélünk, pozitívokkal cseréljük fel. Felhasználható a képzelet ereje, mely segítséget ad a figyelem eltereléshez, önmegnyugtatáshoz, például egy jövőbeli pozitív kép elképzelésével. Segítséget adhat az ima, a hit ereje illetve a közösségek vagy a belsők felé fordulás. A kikapcsolás (a problémás munkahely esetén a telefon kikapcsolása), ellazulás (forró fürdő, légyőgyakorlatok) illetve a figyelem egy dologra fókuszálása is segítséget adhat a pillanat jobbá tételében. Linehan szerint a pillanat jobbáttételét segíti elő az, ha látjuk egy probléma értelmét, összefüggéseit. Ebben lehet segítségünkre az előnyök és hátrányok megvizsgálása. Az érvek és ellenérvek amellet sorakoznak fel, hogy mi szól amellet, hogy elviseljük a helyzetet, illetve milyen következményei vannak annak, ha nem. Mivel sok pszichiátriai- és szenvedélybetegséggel élő személy számára az önkárosító cselekményekkel történő reagálás a helyzetre sokkal könnyebb, érdemes az érvek és ellenérvek összegyűjtését gyakorolni. Az érvek és az ellenérvek akár írásos formában is összegyűjthetők, a lényeg, hogy mind a rövid, mind pedig a hosszú távú következmények kerüljenek a listánkra, illetve, hogy az érintett nézzen szembe azzal a ténnyel, hogy a valóság elfogadása és a feszültség elviselése jobb eredményhez vezet, mint ezek elutasítása. Azon is lehet gondolkodni, hogy milyen pozitív következményekkel jár a feszültség elviselése, illetve milyen negatívval annak elutasítása, továbbá, hogy milyen múltbéli tapasztalatokat lehet ezzel kapcsolatosan felidézni. Ez a stratégia segítséget ad impulzív viselkedés, szerhasználat esetén is. A fent nevezett feszültségkezelési eszközök mellett számtalan lehetőség nyílik arra, hogy különböző technikákkal hasonló eredményeket érjünk el. Ilyenek például a tudatosság-, a félmosoly- illetve a meditációs gyakorlatok.

Ezen módszerek célja, hogy a problémával küzdő személy kezébe eszközt adjon a változtatáshoz, készségeit fejlesztése révén. Ezek a technikák sem működnek gyakorlás, a szakszerű segítő és az érintett akarata nélkül.

A feszültség érzése gyakran okoz konfliktust. „A konfliktus úgy definiálható, mint olyan két vagy több ember vagy csoport között fennálló különbség, amelyet feszültség, emocionalitás, eltérő nézetek, valamint - szétszakadt vagy teljesen hiányzó kötelékek esetén - polarizáltság jellemez. Minden konfliktus gyökere az elszakadt kötelék és a veszteség sikertelen kezelése.” (Kohlrieser, 1987, 139. o.)

A kötelék számos okból szakadhat meg, és amennyiben lehetőségünk van rá, fontos felismernünk azokat.

Ezek a következők lehetnek (Kohlrieser, 1987 alapján):

- különbség a célokban (érdemes-e munkajutalomért dolgoznia a kliensnek, hiszen amúgy teljes ellátást kap az intézményben, a kliens és a segítő eltérő nézeteket vallhatnak a kérdésben)

- különbség az érdekekben (amikor az intézményben élő házaspár egyik tagja mindig elköltözne máshová, a másik tagja viszont jól érzi magát)
- különbség az értékekben (ismeri-e a kliensünk a pénz értékét, mennyit kell dolgozni a havi cigaretta adag megszerzéséért, hiszen munkajutalomért dolgozik az intézményben)
- különbség a probléma megítélésében (mennyire jelenthet problémát, ha a kliens alkoholt iszik a pszichiátriai szerek szedése mellett)
- különbség a kommunikációs stílusban (valaki analitikus és racionális stílusa mellett a másik fél impulzív és dinamikus)
- rivalizálás (két kliens vitája, hogy a munkaterápián ki végezze a könnyebb munkát)
- bizonytalanság (lebegtetett negatív következmények - cigarettamegvonás)
- változással szembeni ellenállás (a kliens szerint a régi gyógyszer jobb volt, az orvos azonban mást írt fel)
- szerepzavar (amikor a kliens a segítő helyett hoz meg döntést és átveszi az irányítást)
- személyes szükségletek (cigaretta-, kávéhiány)
- rossz kommunikáció vagy a kommunikáció hiánya.

A felmerült konfliktusokat úgy kell megoldani, hogy a kapcsolat mellett a célokat is szem előtt tartjuk.

Az egészséges kapcsolat dinamikájához hozzátartozik, hogy a kapcsolatok számos aspektusa nem vagy kevéssé racionális. Gyakran érzelmektől vezérelve és nem racionálisan cselekszünk. Kiemelten így van az impulzív reakciómóddal élő személy esetén, akinél az érzelmek az értelemmel szemben túlsúlyba kerülnek. Ilyenkor önmagában a logika nem elegendő a konfliktus megoldásához. Kohlieser szerint ilyenkor „érzelmekkel megalapozott értelemre és értelemmel irányított és csillapított érzelmekre van szükségünk.” (Kohlieser, 1987, 153. o.) Amennyiben lehetőségünk van rá, fontos megtudni, hogy a kliens szerint mi a probléma oka, mit tekint elfogadható megoldásnak. A cél a másik személy megértése. Ehhez szükséges, hogy jól kommunikáljunk, és a cél, hogy teremtünk meg és tartunk meg a köteleket. Beszédmódunk, stílusunk, a mondandónk tartalma bizalmat építhet, ami segíti a helyzet megoldását. Tovább erősítheti a bizalmat, ha nem ígérünk, mondunk olyat, amiről tudjuk, hogy nem megvalósítható. A felelőtlen, könnyelmű kötelezettségvállalások többet ártanak, mintha nem történt volna kötelezettségvállalás. A becsületes és megbízható magatartással könnyebben elérhetjük, hogy a bizalom a segítő felé megmaradjon. A konfliktus során azt is érdemes szem előtt tartanunk, hogy a kényszer helyett a meggyőzést alkalmazzuk. Intézményi gyakorlatban előfordul, hogy az agresszívan viselkedő személy kórházi kezelését kezdeményezik a segítők. Ha erről nem tájékoztatjuk megfelelően a klienst (amennyiben erre mód és lehetőség adódik), akkor rombolhatja hosszú távú kapcsolatunkat a klienssel. A kórházi kezelés előbb-utóbb véget ér, a kliensünk visszatér az intézménybe és az alkalmazott kényszer akár a kötelék végleges szakadásához is vezethet.

Az elfogadottság, értékesség és megbecsülés érzése alapvető emberi szükséglet, ezért még a legnagyobb konfrontáció közben is törekedjünk a másik személy elfogadására. A legmélyebb kötelék alapja az az elfogadás, amit Carl Rogers feltétel nélküli pozitív viszonyulásnak nevezett. Ehhez segítőként szükséges felismernünk, hogy sosem a személy a probléma. Külön kell választanunk a személyt a problémától, az agresszív viselkedéstől és a helyzet megoldására kell törekednünk. Segítőként ne hagyjuk, hogy a támadás, a heves érzelem rabul ejtsen minket, maradjunk hitelesek, következesek és a hangsúlyt helyezzük a kölcsönös tisztelet, pozitív viszonyulás és az együttműködés irányába helyezni.

Ehhez adhat elméleti támpontot a konfliktusbeszélgetés elmélete, melyben a konfliktusbeszélgetés levezetésének öt fő szakaszát különbözteti meg Schmidt (2014):

1. Az első szakasz a felkészülés, mely során nemcsak a keretfeltételeket szükséges megteremteni, hanem tisztázni kell a saját célokat, érzéseket, igényeket, emellett szükséges beleképzelnünk magunkat a másik személy helyzetébe.
2. A bevezetés során törekszünk a kapcsolat kialakítására, a cél meghatározására, illetve az eljárási mód összehangolására.
3. A tisztázás során konstruktívan szükséges a konfliktushoz hozzáállni, a másikat partnerként kell elfogadni (erre a másik fél figyelmét fel lehet hívni).

4. A megoldás fázisában az igényeket és a megoldási javaslatokat össze lehet gyűjteni, illetve lehetőség szerint megegyezésre kell jutni.
5. A lezárás fázisában vissza lehet utalni arra, hogy mi volt a cél, sikerült-e megbeszélni, illetve mire sikerült rávilágítani a beszélgetés során. A sikeres konfliktusbeszélgetést pozitívan tudjuk zárni.

Ezek a szakaszok elméleti jellegűek, és adott helyzetben (nagyon impulzív személy mellett) nehéz a szakaszokat követni. De fontos látunk, hogy a beszélgetés minél teljesebb kivitelezése eredményezheti a konfliktus valódi megoldását, a készségek javulását ezen a téren.

2.5 Interakciók

Megvalósuló interakció a kommunikációban

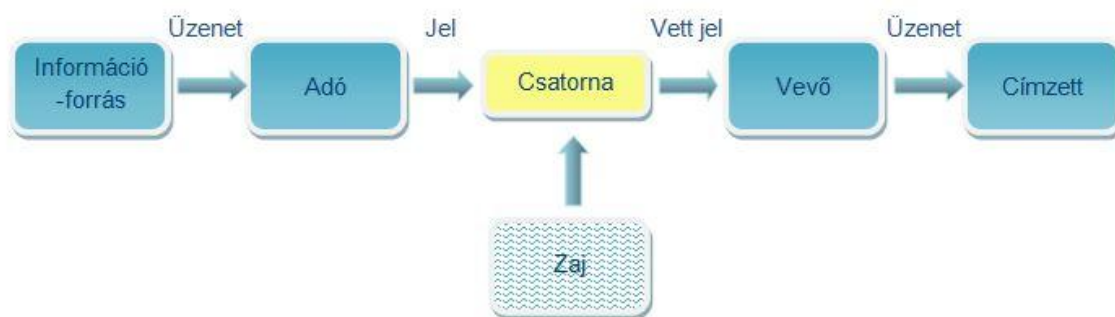
A személyközi interakciók a mindennapi élet részei. Az interakció egy társas kölcsönhatás, ami befolyásolja a mások gondolkodását, érzelmeit, viselkedését, jelenlétét. A sikeres interakcióhoz több tényező megfelelő egyensúlya szükséges.

A személyészlelés során kevés jelből is következtetéseket tudunk levonni. Például összeszorított ököl, az előretolt állkapocs lehet az agresszív gesztus jele is. A személyészlelés pontossága számos tényezőtől függ, melybe beletartozik a tanult jelfelismerésen kívül a személyes hozzáállásunk, reakciómódunk is, de torzítások is előfordulhatnak kategorizáció vagy sztereotípa alkalmazása esetén. A sikeres interakciót a benyomásalakítás is elősegítheti. Az észlelt tulajdonság függ a helyzettől, a körülményektől, a korábbi tapasztalatoktól, a másikkal való viszonyunktól, a hangulatunktól, beállítódásunkról illetve a környezettől. Az interakciót segíti az attribúció, azaz annak megértése, hogy miért viselkedik valaki az adott módon illetve a benyomáskeltés, ami tervek, gondolatok összessége, amelyek befolyásolják a másoknak szánt közléseinket. Az interakciónkat eredményes írásbeli és szóbeli kommunikációval tudjuk javítani, hiszen ezáltal tudjuk a tartalmi elemeket kifejezésre juttatni, az üzenetet eljuttatni a másik félnek.

Az interakció eszköze a kommunikáció, amely többféle funkcióval bír (Szecső, 1994):

- információs funkció
- érzelmi funkció
- motivációs funkció
- ellenőrzési funkció
- tájékoztatás (információgyűjtés, -tárolás, -kezelés)
- szocializáció (közös tudásalap megszerzése)
- vita, eszmecsere (konszenzus elősegítése, megnyilvánulások)
- oktatás, nevelés
- kulturális fejlődés, fenntartás
- szórakoztatás
- integrálás (előítéletmentes nézetek kialakítása).

A kommunikáció megvalósulhat verbális csatornán, nonverbális csatornán (melyek az érzelemnyilvánítás, illusztratív gesztus, szabályozók, emblémák, adaptáló jelzések és az ehhez kapcsolódó jelek segítségével úgy, mint vokális jelek, tekintet, mimika, kinezika, kronémika, emblémák csoportján) keresztül és metakommunikáció segítségével. A kommunikáció csatornáinak ábráját már sokszor láthattuk, de fontos felhívni a figyelmet a kommunikációban megjelenő zavarra.



1. ábra. A kommunikáció általános modellje

(forrás: Shannon, C. E. – Weaver, W. (1986): A kommunikáció matematikai elmélete)

A kommunikációs csatornában több helyen felléphet zavar, ami akadályozza, hogy a másik fél megértse a kommunikálót. Aki nem vagy csak kevéssé eredményes a kommunikációban, zavart, feszültséget, frusztrációt érezhet, melynek sokféle megnyilvánulása létezik. Az agresszió is lehet ilyen megnyilvánulási forma. A segítő gyakran azt feltételezi, könnyebb, gyorsabb elkerülni egy-egy konfliktust, mint megoldani egy számára banálisnak tűnő vagy túl nehéz helyzetet. Amikor a kliensünk rákérdez egy megoldási módra, hogyan juthat hozzá a létben lévő pénzéhez, mert tévét akar venni, nem mindig reagálunk rá megfelelően. Ennek több oka is lehet, az időhiány vagy akár a mögöttes gondolataink (nem mi vagyunk a letékezelők, mit akar tőlem, minek neki a tévé, a dekóderre úgysem lenne pénze). Amikor azonban elkerüljük a probléma megbeszélését, növeljük a kliensben lévő feszültséget. Az indulatkontroll problémával rendelkező személyek esetében ez agresszív viselkedés megjelenéséhez is vezethet. Ezért célszerű inkább a problémát megoldani a kezdetén, mint később a konfliktus erősebb megnyilvánulásait kezelni. Az interakciók és esetenként a benne megjelenő konfliktusok az emberi kapcsolatok természetes velejárója. Nagyon fontos, hogy amikor egy konfliktust szeretnénk megoldani, mindig vizsgáljuk meg a probléma gyökerét, a veszteséget, ami a probléma mögött meghúzódik.

Banálisnak hat, de gyakran túl korán térünk rá a tárgyalásra, mielőtt még a konfliktus mögött rejlő igazi okok feltárnának. Ez nagymértékben rontja a megfelelő megoldás megtalálásának az esélyét. Egy-egy interakcióban fontos látni, hogy mi történt, mi a hatása és mit szeretnénk? A kérdések tisztázása nélkül a válaszuk nem lesz, nem lehet megfelelő. George Kohlrieser szerint (1987, 142. o.) “a veszteséget hét területen lehet megélni:

- kötődés elvesztése
- terület elvesztése
- struktúra elvesztése
- identitás elvesztése
- jövő elvesztése
- dolgok értelmének elvesztése
- befolyás elvesztése.”

Fontos látnunk, hogy az erőszakos cselekmények mögött mindig van valamilyen veszteségélmény. Az interakció folyamatában a veszteségtípus azonosításával azonban elérhető a bizalom teli kapcsolat megszilárdítása, ami elősegítheti a konstruktív kommunikációt.

A kommunikáción belül megkülönböztetjük az intra- és az interperszonális kommunikációt. Az intraperszonális kommunikáció személyen belüli kommunikációt jelent. Ezen belül megkülönböztethető egyfelől a biológiai értelemben vett kommunikáció (a testi inger és válasz) valamint a személyen belül a gondolatok kölcsönhatása. Az interperszonális kommunikáció, azaz a személyek közötti kommunikáció, két személy között létrejövő gondolatcsere, hatásgyakorlás, érzelmek kifejezése.

Az eredményes kommunikációt elősegíti, ha dialógust tudunk kialakítani, melynek lényege az érdeklődés, a gondolkodás és a reflexió.

A dialógus kialakítását George Kohlrieser (1987) szerint elsődlegesen négy tényező gátolhatja:

- passzivitás
- leminősítés
- átdefiniálás
- elveszés a részletekben.

Az elsődleges tényezők mellett további hat másodlagos tényezőt is megemlít a szerző:

- túlzott racionalitás
- túlzott emocionalitás
- túlzott általánosítás
- elvontság
- kerülgetés
- őszinteség hiánya.

A kommunikáció eredménye szempontjából igen meghatározóak ezek a tényezők. Mit tehetünk? A legfontosabb, hogy felismerjük, a zavaró jelet, gátló tényezőt. A másik féllel közölhető, hogy melyik zavarjelet véltük felfedezni, a legjobb forma erre az én-üzenet. Sokat segít, ha az "igen, de" mondatokat "igen, és" mondatokká változtatjuk. Ez önmagában eredményezi a kommunikáció javulását. Amennyiben úgy érezzük, hogy a kommunikáció terjedelmes, de nem előremutató, bevezethető a négymondatos szabály. Mindenki csak négy mondatot mondhat, aztán át kell adnia a másik félnek a szót. Amennyiben a másik fél ebben együtt tud működni, a kommunikációban szükségszerűen csökkennek a másik személyt becsmérő, ócsárló mondatok.

Témánk szempontjából jelentőséggel bírnak az interperszonális kommunikációban alkalmazott készségek, illetve ezek hatékonysága. Interperszonális készségeink hatékonyabbá tételével elősegíthetjük a sikeresebb kommunikációt. Ez esetben az interperszonális hatékonyság azt jelenti, hogy elérjük a kívánt változást, fenntartjuk a kapcsolatot, megőrizzük az önbecsülésünket. Ahhoz, hogy ezt a készséget megfelelően tudjuk elsajátítani és ebben segíteni a klienst, elengedhetetlen a helyzet elemzésének és a célok meghatározásának a képessége. Interperszonális készségek közé tartozik a kérések, igények megfogalmazása és a nemet mondás, ellenállás, kitartás kifejezése.

Az interakció során a hatékonyságot érhetünk el azzal, hogy kiállunk a saját jogainkért. Pontosan fogalmazzuk meg elvárásainkat, utasítsuk vissza a kellemetlen helyzetet. Ebben legyünk egyértelműek, de udvariasak, lehetőség szerint kerüljük a viszont-impulzivitást.

Az interakció hatékonyságát a kapcsolat megtartásával is elő tudjuk segíteni. A segítő-kliens kapcsolatban is megjelenhetnek nehéz helyzetek, melyeket célszerű megbeszélni és nem hagyni elfajulni. Például a szobanővér tudja, elvárják, hogy az ünnepségen ünnepi öltözékben jelenjenek meg a betegek, az olyan kliensnek, akinek ez nehézséget okoz, érdemes minél előbb jelezni, megbeszélni vele, időt adni a felkészülésre, inkább, mint a vezetői utasítás eredményében bízni.

A kapcsolatot erősíti a pozitív segítői hozzáállás. A kongruens segítő „őszinte, spontán, képes kifejezni azt, amit érez. Ugyanakkor semmi kényszerrel nem érez arra vonatkozóan, hogy kifejezzen vagy ellenkezőleg, visszatartson valamit. Ezzel együtt jár az is, hogy el tudja választani saját érzéseit mások érzéseitől.” (Tringer, 2005, 17. o.) A kéréseink legyenek udvariasak, még támadás esetén sem érdemes „felvenni a kesztyűt”, maradjunk higgadtak. Hallgassuk meg a másik felet, reagáljunk rá. Legyünk elfogadóak a klienssel, mivel a személyt és az agresszív viselkedést külön kell választanunk. A céltudatos viselkedéshez szükséges, hogy a kérés világos, határozott legyen, a helyzet megoldására koncentráljon.

„A beszéd és a dialógus számos, a konfliktus során felmerülő problémát orvosolhat. Amikor azonban a szituáció túlnő a beszéden és a dialóguson, onnan kezdve a tárgyalás áll a centrumban, Fischer, Ury, és

a Harvard Egyetem tárgyaláskutatói értékes munkája nyomán egyre bővülnek az ismereteink. Ennek alapján a tárgyalást tíz jól elkülöníthető lépésben ismertetem:

1. kötelékteremtés
2. a személy és a probléma különválasztása
3. a saját szükségletek, igények és érdekek meghatározása
4. a másik, többi személy szükségleteinek, igényeinek és érdekeinek meghatározása
5. koncentrált dialógus kezdeményezése
6. közvetlen cél kitűzése, valamint közös célok keresése
7. alternatívák keresése, javaslatok kigondolása és engedmények tétele
8. alkudozás, a kölcsönös előnyök szem előtt tartásával
9. megállapodásra jutás
10. a kapcsolat pozitív szellemben történő lezárása vagy folytatása” (Kohlrieser 1987, 201. o.)

Ez a tárgyalástechnika segíthet abban, hogy a kommunikáció megfelelő mederben maradjon és az agresszióval élő fél új nézőpontot kapjon a segítő révén.

Az előzőek mellett, az asszertív kommunikáció eredményes eszközt jelent a segítő számára, akkor is, amikor még nem elég fejlettek a kliens fent nevezett készségei ahhoz, hogy önmagából indítsa a változást hozó kommunikációs stratégiát és előre megjósolható a konfrontáció.

“Az asszertivitás azt jelenti, hogy magabiztos, és egyenes közlésmóddal tudatjuk másokkal mit szeretnénk és mit nem szeretnénk... Az asszertivitás olyan kommunikációs módszer, amely ötvözi az önérvényesítést és a mások érdekeinek figyelembe vételét, ezáltal elősegíti az erőszakmentes kommunikációt és hosszú távon a szociális hatékonyságot.” (Hadfield – Hasson, 2015, 19. o.)

„Az asszertivitás megnyilvánulásai a verbális kommunikációban:

- a szándék, a cél határozott megfogalmazása
- az érzések nyílt kifejezése
- egyenes, világos állítások
- tárgyyszerű szavak, kifejezések használata
- nincs kertelés, mellébeszélés.

Az asszertivitás megnyilvánulásai a nonverbális kommunikációban:

- magabiztosságot sugalló testbeszéd
- a hang határozott, meleg, nyugodt
- szemkontaktus
- nyílt, őszinte szemek
- egyenes, kihúzott, nyugodt testtartás

Az asszertív viselkedésben segítséget jelenthetnek az alábbiak:

- pozitív személyiségek a környezetben
- az érzelmek kezelése, elfogadni a saját érzéseinket, elfogadni a másik érzéseit
- elfogadni a gyengeséget
- a testbeszéd tudatos használata (testtartás, távolság, gesztus, szemkontaktus, hanghordozás)
- elismerést adni és elfogadni
- egyértelmű és egyenes közlésmód, határok meghúzása, időkérés, aktív hallgatás, további információgyűjtés
- az eredményekért való felelősségvállalás, a másik és önmagunk hibáztatása nélkül
- nemet mondani túlzott szabadkozás és kifogások halmozása nélkül is lehet
- mások asszertivitását segíteni lehet
- a bírálat megfelelő módon való közlése: lehetőség szerint tegyünk pozitív dolgot is a bírálathoz, a viselkedést bíráljuk ne az embert, hallgassunk és figyeljünk, a viselkedéssel kapcsolatos érzéseket kell kifejezni, és konkrét viselkedésbeli változást kell kérni, beszélni kell a következményekről is.” (Menyes-Koczka, 2012, 84-89. o.)

Az asszertív kommunikáció mellett, mint említettük lehetőség van ezen a területen is készségeket fejleszteni. Ezek a korábbiaknál nehezebben fejleszthető interperszonális hatékonyságot elősegítő készségek összefüggnek minden korábban leírt készséggel.

Célelés az önbecsülés és jó kapcsolat megtartásával

Linehan (2011) módszerének elemeivel a viselkedéses készségeket erősíthetjük. Saját interakcióinkban is mindig fontos szem előtt tartani, vajon a kívánt cél elérését szolgálja-e az interakció, vállalható-e számunkra, amit csinálunk, összhangban van-e önbecsülésünkkel és végül, de nem utolsó sorban, az interakció óvja, gondolzza, vagy éppen veszélyezteti az interakciós partnerünkkel való kapcsolatunkat. Ha a kliens is nyitott a hatékony és céltudatos viselkedésre, az önbecsülésének megóvására, kapcsolatainak és viselkedésének megváltoztatásához segítjük.

- Az első lépés lehet, hogy segítjük a felismerést, hogy az interperszonális készségek a kliens számára miért fontosak.
- A kliens oldaláról is meg lehet világítani, hogy a kapcsolatok miért fontosak a számára. Előnyök-hátrányok megvizsgálásával elősegíthető, hogy a kliens is rálásson arra, hogy egyedül vagy problémás kapcsolatokban mi okoz nehezékséget, másokkal, jó kapcsolatokban mi könnyebb.
- Hatékony és céltudatos a viselkedés, ha a kliens már elérte, hogy nem csak hangerővel vagy fizikai erővel próbál meggyőzni másokat, hanem indokolni és más választást megvárni is képes.
- Nemcsak a jogok, a saját igények erőteljes kifejezése, hanem a kötelességek ismerete is szükséges, és elismert belsővé vált értéké kell, hogy váljon.
- A kapcsolati hatékonyságok elősegíti, hogy a kliens egyensúlyozni tud a rövid távú és a hosszú távú céljai között. Ehhez szükséges, hogy a célok megfelelően legyen kijelölve, önmaga által értékeltek legyenek és a kliens képes legyen ennek a mérlegelésre. Ebben segítséget nyújthat az érvek és ellenérvek rendszere, amennyiben ez már belsővé vált.

Emellett fontos, hogy a kliens időnként kimozduljon abból a komfortzónából, amit egy intézmény vagy egy elfogadható családi légkör tálcán kínál. Jól kidolgozott interakciók folyamatával meg lehet próbálni munkahelyet keresni, vagy önkéntes munkát, intézményen belüli munkát elvállalni, ezáltal megélhető a kompetencia, a személyes hatékonyság, ami az önbizalom erősödésével jár. A pszichiátriai- és szenvedélybeteg körében az önbizalomhiány kardinális kérdés. Sok betegség tünete, hogy elveszítik a valósággal a kapcsolatot, vagy olyan háttérrel rendelkeznek a kliensek, ahol éveken át hallgatták, hogy nem jók semmire, haszontalanok, esetleg önmaguk is megélték és frusztrálódtak amiatt, hogy nem minden úgy van, ahogyan gondolták. Ezért az önbizalom megerősítése szinte minden kliens esetében fontos.

Az interperszonális hatékonyságot a segítő bátorítással és megerősítő visszajelzésekkel tudjuk elősegíteni. A bátorítás, a fent említettek miatt kiemelten fontos, hiszen ha kliens nem is jelzi folyamatosan, a betegségéből adódóan az önbecsüléssel komoly problémái lehetnek. Ezt felismerve a segítő verbális megerősítésekkel élhet. A kérések elutasítása okozhat önbecsülésbeli problémát, de a jó segítő nem helyesel mindent, hanem csak azt erősíti meg, ami valóban helyes. Ez okozhat problémát a kapcsolatban, de ha elértük, hogy a kliens elfogadja a helyzetet úgy, ahogy van (még ha számára az nem tetsző is), akkor a változtatás szükségességében kell támogatást adnunk.

Továbbá nem mehetünk el egy másik dimenzió mellett sem, hogy sok esetben az agresszív viselkedés mögött olyan okok húzódnak meg, amelyek orvosolhatók (idegesítő szomszéd, lakótárs, anyagi problémák, egyedüllét, frusztráció bizonyos helyzetektől), ezért ennek felismerése, megfogalmazása és a megoldásmód elfogadása már az első lépést jelentheti a későbbi hasonló helyzet elkerülésére. Mindezen készségek mellett fontos azt is látnunk, hogy maga a kliens is rendelkezhet olyan eszközzel, ami számára megoldást jelent agresszív viselkedés esetén. Ezért mindig legyünk nyitottak arra, hogy a saját – elfogadható - eszközeit is ki merje próbálni.

Vera F. Birkhenbihl (2007) szerint az interakciókban megjelenő információ támadhatja azt a képet, ami a személyben bizonyos dolgokkal kapcsolatosan él. „Erre a vélt vagy valós támadásra a személy vagy azzal fog válaszolni, hogy elfogadja az új képet, azaz lecseréli a régit az újra, vagy megtartja a régit. Az olvasó bizonyára saját tapasztalatából tudja, hogy mennyivel könnyebb kitartani a régi kép mellett, mint azt újra cserélni. Miért van ez így? A régi kép, amelyhez energia tartozik, és emóció tapad hozzá, beruházást képvisel. Az ember természetesen igyekszik megvédeni a beruházását.

Gyakorlati következtetések:

1. Ha valakit meg akarunk győzni a saját véleményünk helyességéről, az számára mindig képcserét tesz szükségessé.
2. Tegyük fel magunknak a kérdést, hogy valóban szükséges-e a másikat arra kényszerítenem, hogy új kép megalkotásába energiát fektessen be?
3. Vajon alkalmas éppen most az időpont erre?
4. Mennyiben volnék én magam is kész arra, hogy elfogadjam az ő képét?”

(Birkhenbihl, 2007,154-157. o.)

Fontos látnunk azt is, hogy amennyiben egy-egy képet megtámadunk, akkor az a másik fél számára veszélyt is jelenthet, melyre védekező reakciókkal élhet, illetve a képek összessége a számára egy egységet képez, amiben a megtámadott kép akár fontos tényezőt is jelenthet. Például amennyiben a kliensünk betegségbelátása alacsonyfokú, de a betegség tüneteit visszajelezve folyamatosan azt a képet kapja vissza a környezetétől, hogy pszichiátriai beteg, akkor saját asszociációit felhasználva alakítja ki az új képet, vagy ragaszkodik a régihez. Mivel esetében olyan alapvető képet „támadunk”, ami számára nagyon fontos, a saját képfalának integrált része, természetes reakciónak tekinthető, ha erre védekező mechanizmussal él. Szintén fontos tényező, hogy amíg a képfal megerősítésével van a kliensünk elfoglalva minden más kommunikáció másodlagossá válik számára. Ezért kiemelt jelentőségű, hogy interakciónkban minél inkább kifejezzük, hogy a személyét el tudjuk fogadni, de amennyiben agresszív magatartással él, azt nem.

Szakmai életünkben általában tudatosan és tárgyilagosan kommunikálunk, ez a kommunikációnk tárgyilagos szintje. A célunk, hogy információt cseréljünk valakivel (adatokat, számokat, tényeket közöljünk). Ezzel egyidejűleg azonban mindig megjelennek más szintek is a kommunikációban, melyet kapcsolati szintnek nevezhetünk. Itt érzelmek, igények, kívánságok, értékek, beállítódás vagy önértékelés jelenik meg.

Az interakciók akkor válnak nehezzé, amikor megjelenik benne a konfliktus. A konfliktusoknak Thomas Schmidt szerint (2014) alapvetően három fajtája van, aszerint, hogy honnan erednek illetve, hogy hol játszódnak le (belső vagy szervezeti szinteken):

1. szociális konfliktus
2. belső konfliktus
3. szervezeti konfliktus.

A szociális konfliktus valósul meg a mindennapi interakciók, érdekütközések szintjén. A belső konfliktus egy személyen belüli összeegyeztethetlenséget jelent, ahol a személyen belüli két különböző impulzus nem egyeztethető össze.

Belső konfliktust okozhat például, hogy a kliensünk bár tudja, hogy gyógyszerre nem jó inni, mégis erősen gondolkodik rajta, hogy mennyi az a kicsi, amit mégis meg lehetne próbálni.

A konfliktus harmadik fajtája a szervezeti konfliktus, mely a szervezeti felépítésből és folyamatokból adódik. Szervezeti konfliktust jelent, ha a szervezetünk célul tűzte ki, hogy meghatározott összegnek kell a klienseink munkájából befolytania, de a legnagyobb hatékonyságú segítői munkánkkal sem tudjuk ezt a célt elérni, a kliensünk motivációját és készségeit ennyire feltornászni. Ez a konfliktusfajta kevésbé függ a személytől, inkább a szervezettel van összefüggésben, ezáltal könnyebben elfogadjuk, hogy a konfliktus nem személyes jellegű.

Természetesen konfliktushelyzetekben nem ilyen tiszta képről van szó, hanem ezek a szintek az interakciókban keveredhetnek egymással, és csak kevés esetben jelenik meg az egyértelműen tiszta konfliktusszint.

A konfliktust jellemzi, hogy kialakul két (vagy több) személy között a zavar, mely gyakran torz észleléshez vezet. Amikor valakire haragszunk, neheztelünk, akkor sokkal könnyebben észrevesszük benne a rosszat, mint a jót. Figyelmünk lehet szelektív, ami megerősíti a felvett torz információkat, és amennyiben a másik impulzív viselkedése számunkra sértő könnyen elveszíthetjük az empátiánkat vele kapcsolatosan, ami tovább erősíti a konfliktust. Olykor az is előfordul, hogy egymás között megbeszélve a helyzetet beáll egyfajta „kognitív rövidlátás”, mivel a saját szempontunkból elmondott helyzetet mások megerősítik, ezáltal a nézet, mint egy szociális fertőzés terjed tovább. Például amikor egy kliensünk erőszakosan követeli, hogy a gondnoka jöjjön be egy megbeszélésre, de az elérhetetlen, gyakran a segítő kapja a gondnoknak szánt indulatot. Minél később jelentkezik a gondnok, annál nehezebben érhető el a kliens együttműködése, és a végén már a kliens megjelenése is előhozhatja a frusztrációt a segítőben, illetve mire a kliens a közelünkbe ér, már a segítő látványára agresszív viselkedést mutat.

Patton, Ury és Fisher szerint “a konfliktuspartnerhez való negatív hozzáállás gátolja a konstruktív konfliktusmegoldást, hiszen a másik fél megbecsülésének a hiánya drasztikusan csökkenti azt a készséget, hogy olyan megoldást találjanak, mely minden érintett számára elfogadható.” (1998, 54. o.)

A Harvard koncepció szerint fontos, hogy a konfliktus feloldása érdekében az érzelmeinkkel konstruktív módon bánjunk, azokról a dolgokról is beszélhetünk, amelyek minket zavarnak, illetve aktív hallgatással igyekezzünk megérteni a másik felet. Szükséges szétválasztanunk a személyt és a helyzetet, ahhoz hogy hatékonyan tudjuk kezelni a helyzetet. A konfliktus során nem a helyzetre kell reagálnunk (hiszen akkor csak mélyítjük a konfliktust), hanem érdemes az érdekekre koncentrálni. Amennyiben lehetőség van arra, hogy érdemi beszélgetés történjen, több megoldási módot is fel lehet tárni. A legjobb, ha mindkét fél megelégedéssel tudja a konfliktust lezárni, vagy mindkét fél szempontjai megjelennek a megoldásban.

Fontos látnunk, hogy ebben folyamat, melyben fel kell ismerünk (figyelmi készség) a saját részünket, ki kell fejeznünk az érzéseinket (érzelemszabályozás készség) és azt, hogy mi az, amin tudunk változtatni és mi az, amin nem (feszültségtűrési készség). Hatékony interakcióval lehet a legjobban elkerülni a zavart, amiben a jelen munkában bemutatott készségkomponensek magas szintű és tudatos használatának alapvető jelentősége van.

3 Hatékony agressziókezelés az esetmunkában

Összefoglalás

A fejezet a hatékony segítői magatartás és a korábban ismertetett készségfejlesztési technikák alkalmazási lehetőségeit mutatja be.

Cél

A képzési tartalom generalizálása, transzferálási lehetőségek bemutatása a napi gyakorlatban.

Kulcsszavak

készségfejlesztés, kommunikációs hatékonyság, esetkezelés

Tanulást segítő kérdések

Mi a jó kérdező öt tanácsa?

Melyek a segítő részéről szükséges készségek?

Mi minden tartozik az interperszonális hatékonyság körébe?

Milyen tüneteket ismerhetünk fel egy szorongó emberen?

Melyek az indulatkezelés lépései Liberman szerint?

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Schulz von Thun, F. (2012): *A kommunikáció zavarai és feloldásuk*. Budapest, Háttér Kiadó

Simon, G. (2009): *Bárányszőnyegben. A nyílt agressziótól a manipulációig*. Budapest, Háttér Kiadó

Tringer L. (2005): *A gyógyító beszélgetés*. Budapest, Medicina Könyvkiadó

Birkenbihl, V. F. (2007): *Kommunikációs gyakorlatok*. Budapest, Trivium Kiadó

A pszichiátriai- és a szenvedélybetegekkel végzett munka során nagyon nehéz, de elengedhetetlen szembenéznünk azzal, hogy az agresszió gyakran előfordul, akár velünk segítőkkel szemben is. Nehéz egy-egy ilyen megnyilvánulás után a munkát ott folytatni, ahol abbahagytuk, ilyenkor a segítő is segítségre szorul. Ezért hasznos lehetőség az esetmegbeszélés illetve a szupervízió vagy amennyiben erre nincs lehetőség, egy olyan szakemberrel történő megbeszélés, aki ismeri a klienst, de nincs folyamatosan jelen, nem érintett a szituációban (például az intézményi pszichiáter).

Az előző fejezetben tárgyalt készségek jól alkalmazhatók az agressziókezelésben mind a kliens, mind a szakember oldaláról. Sokan nem számolnak azonban azzal, hogy készséget fejleszteni valóban csak kitarató gyakorlással lehet, amely időigényes folyamat. Ezért a segítő részéről saját magával és kliensével szemben is szükséges a türelem, az empátia, a hiteles, őszinte kommunikáció, önreflexió, a megértés, etikai felelősség, elfogadás és tolerancia.

A hatékony segítő eme készségek mellett jellemzi a megfelelő elméleti felkészültség, nyitottság és folyamatos igény a tanulásra, az érdeklődés fenntartására. Ezt intellektuális kompetenciának nevezzük, mely segít abban, hogy hosszú ideig a pályán maradhassunk, odafigyelve testi-lelki energiaszintünkre, szakmai és szakmán kívüli személyiségünk fenntartására, fejlesztésére. Ezek és a korábbi fejezetekben tárgyalt a kompetenciák a hatékony esetkezelés háttértényezői.

További segítség lehet a mentálhigiénés gyakorlatban ismert célzott beszélgetés (Bang, 1983). A beszélgetéshez megfelelő feltételeket szükséges biztosítani, melyek az idő, a térbeli feltételek, a megbeszélés kerete, az előzetes elvárások tisztázása, a közvetlen érzelmi reakciók kezelése, és a probléma meghatározása.

A célzott beszélgetésnek megvan a maga speciális technikája, mely többféle kommunikációs stratégiát foglal magába. A jó kérdező meg tudja figyelni önmagát és partnere reakcióit és irányítani tudja a

beszélgetést. A rossz kérdező maga reagál a beszélgetési helyzetre, túl korán értelmezi a helyzetet és aszerint reagál. A partnere önkifejezését nehezíti a következő szóbeli közbelépésekkel:

- értékelő vagy erkölcsileg megítélő válasz
- értelmező válasz (egyéni magyarázat)
- támogató válasz (vigasztalás)
- felderítő válasz (kiegészítő információ kérése)
- problémát megoldó válasz, tanácsadás.

A jó kérdező öt tanácsa:

1. Fogadás és nem kezdeményezés.
2. Ne a tényekre összpontosítsunk, hanem arra, amit a kliens átélt.
3. Ne a probléma iránt érdeklődjünk, hanem a kliens egyénisége, személyisége iránt.
4. Tiszteljük az ügyfelet.
5. Ne akarjunk semmit felfedni, a közlést könnyítsük meg.

A beszélgetés, exploráció alatt érdemes néhány szempontot szem előtt tartanunk. Fontos tudni, hogy a kliens miért jött, mit kínál, mit kíván és mik a motivációi, mekkora a szenvedés-nyomása. Emellett érdemes megfigyelni a megjelenést, az összbenyomást és természetesen a korábban tárgyalt verbális, nonverbális és metakommunikatív jegyeket. Az esetmunka során kialakuló mélyebb beszélgetéshez szükséges ismerni a kliens életútját, esetleg a betegségével kapcsolatos ismereteit, tünetek és probléma összefüggését. Fontos lehet látni, hogy milyen a kliens önmagáról alkotott képe, betegség belátása és helyzetének elfogadása. Érdemes feltérképezni az erőforrásokat, erősségeket, gyengeségeket, és a támogatókat a nehéz helyzetében, kire számíthat.

Munkánk során azonban nem nélkülözhető a hatékony segítői eszköztár bővítése. Saját készségeinket is erősíthetjük a tananyagban tárgyalt készségek gyakorlásával. Az agresszív megnyilvánulásoknak nem csak történeti előzménye van (mint például, hogy a lakótárs elvette a később agresszív viselkedést mutató személytől a cigarettát), hanem közvetlenül az agresszív cselekmény előtt megváltozik a személy viselkedése, testi reakciói (az agressziót mutató személy állkapcsa előreállhat, keze ökölbe szorulhat, testtartása fenyegetővé válhat). A szorongás esetében több vegetatív tünetet is érzékelhetünk: a bőr reakcióit, nyálkahártya reakciót, izzadást, szemtüneteket, légzési- vagy a szívritmus változásokat. A szorongás átalakulhat frusztrációvá, agresszióvá, ezért igen fontos annak megfigyelése, hogy a kliensünk milyen fizikai, testi változásokat él át. A korai jeleket felismerve felkészülhetünk a helyzetre (ha egyáltalán nem tudjuk elkerülni) illetve látható a helyzet súlyossági foka. Ennek illusztrálására álljon itt egy részletesen bemutatott esetmunka.

Egyik hazai pszichiátriai intézményben gyakran előfordult, hogy egy kliens (nevezzük itt most őt Józsefnek) rendszeresen agresszív viselkedéssel élt a segítők felé. Magatartása fenyegető volt, amikor a dühé kitört leggyakrabban gyalázó beszéddel, fenyegető magatartást mutatott a női segítők felé, előfordult, hogy megvárta a kolléganőt a műszak végén és megverte. Amikor szembesültek az intézményi dolgozók a dühkitöréssel, leggyakrabban menekülőre fogták a dolgot, mert félték, hogy megvert kolléganőik sorsára jutnak, de senki sem mert beszélgetést folytatni vele arról, hogy mi történt, mi volt a kiváltó ok, hogyan lehetne segíteni ebben a helyzetben. A team elviselte az időnként megjelenő agressziót, de nem beszéltek meg egymással sem a tapasztalatokat, nem mutattak következetes viselkedést a következmények tekintetében sem. Amikor hosszú idő után mégis összeült a szakmai team kiderült, hogy József kitörését nagyon gyakran megelőzik bizonyos jelek. A kliens már néhány nappal a kitörés előtt kerülni kezdi ellátott társait, nem köszönt a segítőknek, gyakran nem vesz részt étkezéseken. Közvetlenül a kitörés előtt többször is megkönyvezi a helyet, ahol az agresszív viselkedés később kitör, illetve az agresszív viselkedés közben a szeméi szinte vérben forognak, a kiabálása során a beszéde fröcsögő, megállíthatatlan, befolyásolhatatlan. Erőteljesen alkalmazza a fizikai megfélemlítés eszközeit, a távolság csökkentését, a segítő sarokba szorítását, a kezek fenyegető, támadó tartását, gyakran jelzi fizikai erejét tárgyak összetörésével, vagy annak szándékának mutatásával, miközben aktív verbális

agresszióval él a segítővel szemben. A szakmai team megállapította, hogy kiemelten oda kell figyelniük a megelőző jelekre, melyeket szisztematikusan, közösen összegyűjtöttek. Amikor a jelek közül akár csak egyet is észleltek, az a műszakátadásnál jelzésre került. Amikor a jelek közül több is mutatkozott, akkor kérték a szobanővér (akivel a bizalmi viszony a legerősebb volt) illetve az intézményi pszichiáter segítségét, hogy a segítő beszélgetés eszközeivel történjen a kliens részére segítségadás. Ilyenkor a feszültségoldás, az okok megtalálása, az érzelmek szabályozása kiemelt szerepet kapott. A segítő beszélgetések során szintén kiemelt hangsúlyt kapott, hogy József lássa, hogy a segítők más viselkedésmódot alkalmaznak, és egységesek annak tekintetében, hogy mivel az intézményben korlátozó intézkedésre nincs mód, minden erőteljes, agresszív kitörés kórházi kezelést kell, hogy maga után vonjon. Továbbá, hogy a hazaérkezés után a házirend megsértéséről, illetve annak következményeinek megbeszélését (akár az intézményi jogviszony megszüntetését) következetesen megvalósítják. Az erőteljes agresszív kitörés fokát a team egységesen határozta meg, nem az egyszerű kiabálás volt a határ, ami normál emberi kapcsolatokban már elérte volna a tolerancia felső határát, hanem amikor a kliens a segítő egyedül maradását megfigyelve, sarokba szorítva használta ki fizikai erejét, vagy azzal olyan súlyosan fenyegetőzött, hogy az alkalmas volt a segítő megfélemlítésére. (Nyitva hagyom annak kérdését, hogy ez a határ megfelelő-e, mivel teamenként, személyenként eltérő lehet a határvonal, de ez a team így tudott közös nevezőre jutni.)

A következetes magatartásmód meghozta az eredményt. Amikor az első jelek mutatkoztak, például az étkezésektől való távolmaradás, a tagok jelezték egymásnak az észrevételeiket. A segítők közül ugyan csak a két bizalmi személy tudott ebben a stádiumban beszélgetést kezdeményezni Józseffel, de nekik néha sikerült megtudni a frusztráció, feszültség mögöttes okait. Volt, hogy Józsefet nagyon foglalkoztatta édesanyja évekkorábbi elvesztése, családtagjainak elhanyagolása és azt kérte a segítőtől, hogy hagy mehessen el a nem túl távol élő testvéréhez, aki talán akar majd vele beszélni. Az intézmény orvosa segítette elő a találkozást, ami ugyan nem erősítette a családi kapcsolatokat, mert erre a testvér nem volt nyitott, de József el tudta engedni a frusztrációját az egyedülléttel kapcsolatosan. A további beszélgetésekkel elő lehetett segíteni, hogy jobban bevonódjon az intézményi programokba, melyek közül nem a tartós programok (foglalkozások, munkajellegű terápiák) érdekelték leginkább, hanem a zenés-táncos összejövetelek.

Az agresszív kitöréseket nem lehetett teljes mértékben elkerülni, de fizikai agresszióra a későbbiekben egyáltalán nem került sor. Az agresszív kitörések során továbbra is hatalmas impulzivitással jelentek meg az érzelmek, de olykor elég volt rávilágítani arra, hogy most nincs abban az állapotban, hogy ezt meg tudják beszélni, nincs jelen a bizalmi személy vagy mérlegelje annak lehetőségét, hogy a következmények (amelyek következetesen alkalmazásra kerültek) miatt megéri-e a jelen helyzet fenntartani. A legtöbb esetben csak ennyit sikerült az impulzív viselkedés közben visszajelezni a kliensnek. Ritkán ugyan, de előfordult, hogy még ennyit sem sikerült kommunikálni, mert az impulzív viselkedés annyira intenzív volt, hogy szóhoz sem hagyta jutni a segítő, illetve ha a segítő próbálkozott, az csak súlyosbította a helyzetet. Ezért a team erre az eshetőségre is felkészült, fokozottan odafigyeltek arra, hogy a nehéz időszak alatt senki se maradjon egyedül, mindig legyen menekülő útvonal, telefonos elérhetőség.

A döntés mindig a kliens kezébe került, de a bizalmi személyek megfelelő stratégiái, illetve a team összefogása nagy eredményeket hozott. Az esethez hozzátartozik, hogy a következményekre rendületlen alkalmazása nem eredményezte azt, hogy a kliens ebben az intézményben maradhatott. Az érdekképviselői fórum a sorozatos házirendsértések miatt nyolc év után úgy döntött, hogy bár az agresszió megnyilvánulási formái jelentősen átalakultak, a magatartás még mindig olyan mértékben félelemkeltő, és az ellátott társakban frusztrációt kiváltó, hogy a legsúlyosabb következményt végül is alkalmazták. A végső következmény ellenére, az intézményben töltött évek alatt a segítők és a kliens élete is könnyebbé vált, jelentősen megváltozott, mert képesek voltak mindannyian új stratégiák elsajátítására, kivitelezésére. Az új intézményből kapott visszajelzés szerint az a kliens továbbra is mutat időnként agresszív magatartást, amely már „csak” verbális, közepesen intenzív reakció. Az új intézményben sohasem, került sor fizikai erőszakra, sőt az intézményi életbe is jobban bevonódott, rendszeresen részt vesz a munkaterápiás foglalkoztatásokban.

A segítő szakmai tapasztalata, személyisége és a speciális tréningeken tanult készségei együttesen tudnak megnyugtató és elfogadható megoldást hozni a legnehezebb szituációkban.

Segítői készségeinket erősíthetjük azokkal a módszerekkel is, amelyek a feszültségkezelési fejezetben kerültek leírásra, hiszen fontos tudnunk, hogy a feszültség érződik az összes kommunikációs csatornán. Ezért, ha a segítő egy agresszív klienssel szemben kimutatja, hogy ő úgy érzi, nem képes a helyzetet kezelni, akkor az is érződni fog. Segítőként bővíthetjük személyközi interakciónkat a kommunikációnk erősítésével (zavarjelek elkerülése, felkészülés a helyzetre, tudatosság a helyzetben) vagy kidolgozott módszertani segítség igénybevételével. Ennek lehetséges módjai az aktív hallgatás vagy a célzott beszélgetés is. Az aktív hallgatás értékes kommunikációs eszköz, mivel a jó hallgatók nagyon is aktívak, figyelemmel vannak nemcsak a verbális, hanem a nonverbális üzenetre is, semleges szavakat használnak, ezáltal bátorítanak, ismétlik a beszélő mondatait, ezzel megerősítést adva a figyelemről, illetve segítik a beszélőt a beszélgetés fonalának megtartásában. A célzott beszélgetés hatására a gondolkodó képesség felszabadulhat, önirányító képesség erősödik, segít a jelenségek megváltoztatásában, a személyiség strukturálásában. A célzott beszélgetés során a kérdező inkább befogad, kevésbé kezdeményez, a kliens által átélt élményekre hagyatkozik, inkább a kliens közlését segíti elő, mint tényeket közöl.

Olykor előfordul, hogy az agresszív viselkedést mutató személy a viselkedésével megindítja azt a kommunikációt, amely változást tud eredményezni. Cloud és Townsend (2015) szerint az egészséges konfrontáció érdekében lépéseket tehetünk, melyek feloldhatják a távolságot, elősegíthetjük a változást, mely a probléma valódi megoldásához vezethet. Elsődleges szempont, hogy a konfrontációra szükséges felkészülnünk, mely során tisztázni kell az indítékainkat, a várható reakciókat, az időzítés kérdését meg kell vizsgálnunk. Valóban most szükséges-e ezt visszajeleznem? A parázs vita közben elérhetem-e a kívánt hatást?

Fontos, hogy kommunikációnk során a másik személyt tiszteletben tartsuk, illetve árnyaltan fogalmazzunk, de konkrétan és világosan és lehetőség szerint adjunk megerősítést (ha valamiben pozitív változást látunk). A kommunikációt erősítheti, ha a „te-probléma-én” háromszög minden oldalára egyenlő hangsúly esik. „Három különböző tényezőről van szó: rólunk, a beszélgetőpartnerünkről és a problémáról. Tegyük világosan különbséget e három között.” (Cloud - Townsend, 2015, 142. o.)

Segítőként is oda kell figyelnünk arra, hogy meghallgassuk és megértsük a másik felet, ugyanakkor egyértelműen kell tisztázni, hogy milyen változást is várunk. Visszajelezhetjük, hogy milyen hatással van ránk a probléma, illetve azt is, hogy azt tesszük, amit jónak látunk, anélkül, hogy az igazunkat bizonygatnánk, vagy a következményeket (hátrányokat) is jelezzük.

A szociális intézményekben szükséges kialakítani olyan eljárásrendet, ami korlátozó intézkedés elrendelése esetén alkalmazható. Pszichiátriai- és szenvedélybetegeket ellátó intézményben erre az intézkedésre leggyakrabban agresszív viselkedés miatt kerül sor. A korlátozó intézkedés elrendelése azonban bár valamennyire segítséget jelenthet ellenséges, agresszív vagy destruktív viselkedés észlelése esetén, nem rehabilitációs szemléletű és legkevésbé sem alkalmas arra, hogy készségek fejlesztését, fejlődését várjuk tőle.

Liberman az indulatkezelés öt lépését mutatja be, mely segítséget adhat az indulatkezelés során vagy a megelőzésben.

1. „Azonosítsa az erőszakos viselkedés triggereit a személy és a környezete közötti interakcióban: a frusztrációkat, bosszúságokat, sérelmeket illetve a többiek felől érkező inzultusokat és támadásokat!
2. Tárja fel a kiváltó esemény által keltett gondolatokat és érzéseket: úgy értelmezi-e a beteg az eseményt, mintha provokáció, fenyegetés, megalázás, félelem, szorongás és arousal, vagy düh lenne?
3. Döntse el, hogy a páciens értelmezése és reakciói reálisak-e, vagy tévesen észleli és értelmezi a helyzetet, illetve az arousal szintjének megemelkedése magyarázza a reakcióit?
4. Azonosítsa az alternatív értelmezéseket és magyarázatokat, ha ez indokolt!
5. Találjon ki olyan viselkedéses megküzdési lehetőségeket, amelyek minimalizálják az agresszív reakció lehetőségét: kilépés a helyzetből vagy a helyzet elkerülése, segítségkérés a személyzettől, önmegnyugtató belső párbeszéd, önállóan végzett relaxáció!” (Liberman, 2010, 488. o.)

A Liberman féle lépések segítséget adnak ahhoz, hogy az indulatkezelés hatékonyabbá váljon. Ugyanakkor fontos látnunk, hogy ezeket a lépéseket akkor fogjuk tudni kivitelezni, ha a fentiekben bemutatott készségelemek (figyelem, érzelmek szabályozása, feszültség elviselése, hatékony interakció kivitelezése) elsajátítását és gyakorlását saját magunk és klienseink számára is biztosítjuk. Minden kliens egyedi jeleket mutat és nagymértékben saját helyzetfelismerő képességünk, reakciónk és készségeink fogják meghatározni azt, hogy mivé alakul az agresszivitás jegyeit hordozó helyzet. Mint látható, a hatékony – többféle készségkomponenssel alátámasztott - kommunikáció több szinten is segítséget adhat az agresszív viselkedést mutató személy megfelelő kezelésében, ezért a készségek elsajátításának kiemelt szerepe van a probléma megoldásában.

4 Felhasznált irodalom

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről (BTK)
- Bang R. (1983): *A célzott beszélgetés*. Budapest, Tankönyvkiadó
- Berghammer R. - Kopp M. (2009): *Orvosi pszichológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó
- Birkhenbihl, V. F. (2007): *Kommunikációs gyakorlatok az emberek közötti kapcsolatok sikerességéhez és fejlesztéséhez*. Budapest, Trivium Kiadó
- Bogdán P. (2006): A "kulturális másság" antológiája. *Iskolakultúra*, 2006. 1. sz.
- Bruce, P. – Fisher, R. – Ury, W. (1998): *A sikeres tárgyalás alapjai*. Budapest, Bagolyvár Kiadó
- Buss, A. H. (1961): *The psychology of aggression*. New York, Wiley
- Clarkin, J. F. - Fonagy, P. - Gabbard, G. O. szerk.(2012): *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája. Klinikai kézikönyv*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó
- Dr. Cloud, H. - Dr. Townsend, J. (2015): *Játszmák nélkül. Hogyan kezdünk hozzá nehéz beszélgetésekhez?* Budapest, Harmat kiadó
- Csányi V. (1994). *Etológia*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó
- Dr. Dinya Zoltán (2009): *A személyiségzavarban szenvedők jellemzői*. [online]
<http://www.drdiag.hu/kereso/diagnosztika.adatlap.php?id=71743> (2017.02.22.)
- DSM referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. (2013) Budapest, Oriold és Társai Kiadó
- Finály H. (2002): *A latin nyelv szótára*. Budapest, Akadémiai Kiadó
- Fluttert, F.A.J. (2010): *Management of Inpatient Aggression in Forensic Mental Health Nursing. The application of the Early Recognition Method*. Utrecht, Utrecht University
- Frederich, G. (2004): *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. Verlag Freies Geistesleben
- Füredi J. - Németh A. - Tariska P. szerk.(2009): *A pszichiátria nagy kézikönyve*. Budapest, Medicina Kiadó
- Gelsei B. (2012): *Megoldásközpontú agressziókezelés a pszichiátriai és szenvedélybetegeknél*. Budapest, TÁMOP-5.4.10-12/1-2012-0001 Szociális képzések rendszerének modernizációja.
- George, E. - Iveson, C. - Ratner, H. (1990): *Megoldásközpontú terápia - a de Shazer modell - Családterápiás sorozat 6*. Budapest, Animula Kiadó
- Goleman, D. (1997): *Érzelmi intelligencia*. Budapest, Háttér Kiadó
- Goleman, D. (2008): *Társas intelligencia: az emberi kapcsolatok új tudománya*. Budapest, Nyitott Könyvműhely
- Goodenough, J. – McGuire, B. - Wallace, R.A (2001): *Perspectives on Animal Behaviour*. John Wiley & Sons, Inc
- Hadfield, S. – Hasson, G. (2015): *Asszertivitás*. Budapest, Scolar Kiadó
- Haller J. (2005): *Miért agresszív az ember?* Budapest, Osiris Kiadó
- Harangozó J. - Bodrogi A. (2009): Rehabilitáció és szocioterápiák. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria nagy kézikönyve*. Budapest, Medicina Kiadó
- Jenkins, J. M. - Oatley, K. (2001): *Érzelmeink*. Budapest, Osiris Kiadó

- Kaplan, H. I. – Sadock, B. J. (1998): *Synopsis of Psychiatry (8th edition)*. Baltimore, Lippincott, Williams and Wilkins
- Kohlrieser, G. (1987): *Túszok a tárgyalóasztalnál. Konfliktuskezelés mesterfokon*. Budapest, Háttér Kiadó
- Konrad, L. (1994): *Az agresszió*. Budapest, Katalizátor Iroda
- Kosza I. (2009): *Szocioterápiás módszerek*. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria nagy kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó
- KSH Magyar Statisztikai Évkönyv 2013 [online]
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2013.pdf> (2017.02.22.)
- Lieberman, R. P. (2010): *Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó
- Littlechild, B. (2015): *Violence and Aggression: The short-term management of violent and physically threatening behaviour in mental health, health and community settings*. New 2015 National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Linehan, M. M. (2011): *Készségfejlesztési gyakorlatok a borderline személyiségzavar kezeléséhez*. Budapest, Semmelweis Kiadó
- Menyes-Koczka K. (2012): *A segítség hatékony kommunikációjának elmélete és gyakorlata a pszichiátriai betegek és a szenvedélybetegek ellátása során*. Budapest, TÁMOP-5.4.10-12/1-2012-0001 Szociális képzések rendszerének modernizációja
- Mészáros A. (2011): *Tananyag az asszertivitás és kommunikáció fejlesztése tréninghez*. Gödöllő, Szent István Tudományegyetem
- Noll J. - Székely G. (2004): *Az egészség és betegség küsszótára*. Budapest, B+V Lap- és Könyvkiadó
- Patton, R. – Ury, W. – Fisher, B. (1998): *A sikeres tárgyalás alapjai*. Budapest, Bagolyvár Kiadó
- Pintér G. (2009): Egyéb pszichoterápiás irányzatok In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria nagy kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 566-567.old.
- Polgár P. (2013): *Pszichoterápia a mindennapi gyakorlatban* [online]
<http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2013/02/pszichoterapia.pdf> (2017.02.22.)
- Pusztai F. (szerk.) (2013): *Magyar értelmező kéziszótár*. Budapest, Akadémiai Kiadó
- Ranschburg J. (1995): *Félelem, harag, agresszió*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó
- Rózsa S. - Kálmán R. - Kő N. et al. (2012): Az értelmi arcfelismerés mérése és jelentősége a pszichológiai kutatásokban: az Ekman 60 arcstesttel szerzett hazai tapasztalatok. *Pszichológia*, 32(3), 229-251. o.
- Semmelweis Egyetem (SE) ÁOK Klinikai Pszichológiai Tanszék:
- Viselkedésterápia [online] <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/pszichoterapiak/viselkedesterapia/> (2017.02.22.)
 - Kognitív viselkedésterápia [online] <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/pszichoterapiak/kognitiv-viselkedesterapia/> (2017.02.22.)
 - Személyközpontú terápia [online] <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/pszichoterapiak/szemelykozpontu-pszichoterapia/> (2017.02.22.)
- Sillamy, N. (1993): *Pszichológiai lexikon*. Budapest, Corvina Kiadó
- Schmidt T. (2014): *Konfliktuskezelési tréninggyakorlatok*. Budapest, Z-Press Kiadó

- Schulz von Thun, F. (2012): *A kommunikáció zavarai és feloldásuk*. Budapest, Háttér Kiadó
- Shannon, C. E. – Weaver, W. (1986): *A kommunikáció matematikai elmélete*. Budapest, OMIKK
- Simon, G. (2009): *Báránbőrben. A nyílt agressziótól a manipulációig*. Budapest, Háttér Kiadó
- Stephens, T. M. (1992): *Social skills in the classroom*. PAR, Odessa
- Szecső T. (1994): *A tömegkommunikáció társadalmi hatásai. Bevezetés a tömegkommunikáció szocializációjába*. Budapest, Oktatási Kutató Intézet
- Szőnyi G. - Szalvedy J. (2009): Csoportpszichoterápiák. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria nagy kézikönyve*. Budapest, Medicina Könyvkiadó
- Tóth P. (2007): A médiahatás-kutatás problémái: az agresszió és az erőszak rekonceptualizálása [online] http://www.mediakutato.hu/cikk/2007_04_tel/05_mediahatas_eroszak (2017.02.22.)
- Tringer L. (2005): *A gyógyító beszélgetés*. Budapest, Medicina Kiadó
- Tringer L. (szerk.) (1999): *A pszichiátriai tankönyve*. Budapest, Semmelweis Kiadó
- Wax, R. (2016): *Mindfulness kalauz. Tudatos jelenlét az agyonhajszolt elmének*. Budapest, HVG Könyvek
- Zakárné Horváth I. (2003): *Készségek, képességek, kompetenciák fejlesztése. Módszertani füzetek*. Budapest, Modinfo Kft.

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE