

Pszichológia Doktori Iskola

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézet

Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program

Integrált közösségi ellátások szerepe a felépülésben

– egy hatékonyságvizsgálat tükrében

Doktori (Ph.D.) értekezés

Endre Szilvia

Témavezető: Prof. Dr. Kiss Enikő Csilla egyetemi tanár

A Doktori Iskola vezetője: **Prof. Dr. Bereczkei Tamás**

A Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program vezetője: **Prof. Dr. Kiss Enikő Csilla**



Pécs, 2019.

Tartalomjegyzék

| | |
|--|-----------|
| 1. Pszichiátriai ellátás története..... | 5 |
| 1.1 Pszichiátriai ellátás történeti áttekintése | 5 |
| 1.2. A magyarországi pszichiátria alakulásának története | 8 |
| 1.3. Az intézményi forradalom elindítását meghatározó tényezők | 12 |
| 2. Pszichiátriai betegek közösségi típusú ellátásai | 13 |
| 2.1. Ambuláns szolgáltatások..... | 14 |
| 2.2. Lakóformák a közösségi pszichiátriai ellátáson belül..... | 19 |
| 2.3. Nappali programok..... | 21 |
| 2.4. Munkába állítási programok | 22 |
| 3. Közösségi alapú ellátásokat meghatározó szemléletek | 24 |
| 3.1. Biopszichoszociális nézőpont | 24 |
| 3.2 Rendszer szemlélet..... | 25 |
| 3.3. Felépülés-modell | 26 |
| 3.4 Pszichiátriai rehabilitáció | 33 |
| 3.5. Interprofesszionális együttműködés..... | 34 |
| 4. Mentális problémával élő egyének ellátása Európában..... | 35 |
| 5. Közösségi típusú ellátások Magyarországon..... | 39 |
| 6. Közösségi pszichiátriai ellátás módszertana | 43 |
| 6.1 Gondozási terv | 44 |
| 6.2. Állapot és életvitel felmérés..... | 45 |
| 6.3. Szociális készségfejlesztések | 46 |
| 6.4. Pszichoszociális intervenciók..... | 46 |
| 6.5. Életviteli készségfejlesztés..... | 49 |
| 7. Pszichiátriai nappali ellátás | 50 |
| 8. Szkizofrénia az integrált közösségi ellátások nézőpontjából | 57 |
| 9. Szkizofrénia és stressz | 62 |
| 10. Reziliencia –szkizofrénia | 67 |
| 11. Szociális kogníció szkizofréniában | 74 |
| KUTATÁS | 80 |
| 12. Pécsi pszichiátriai betegek szociális ellátásainak bemutatása | 80 |
| Empirikus vizsgálat | 87 |
| 13. A vizsgálati minta..... | 87 |
| 14. Célkitűzések, a vizsgálat hipotézisei..... | 89 |
| 15. Vizsgálati eszközök | 91 |

| | |
|--|------------|
| 15.1. Social Cognition Analyzer Application (SCAN)..... | 91 |
| 15.2. Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-hu)..... | 94 |
| 15.3. Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RIS-C) | 96 |
| 15.4. Kiegészítő vizsgálati eszközök | 97 |
| 15.4.1. Pozitív és Negatív Tünet Skála (PANSS) remisszió kritérium | 97 |
| 15.4.2A működések átfogó értékelése skála (GAF)..... | 97 |
| 16. Adatfeldolgozás | 98 |
| 17. Eredmények..... | 98 |
| 17.1. Szociodemográfiai jellemzők..... | 99 |
| 17.2. Mentalizációs teljesítmény szkizofréniában | 103 |
| 17.3. Alapérzelem felismerés szkizofréniában..... | 110 |
| 17.4. Egészségügyi és szociális szükségletek egyéni megítélése | 116 |
| 17.5. Reziliencia..... | 123 |
| 18. Megbeszélés | 125 |
| 19. Összegzés..... | 132 |
| 20. Kutatás korlátai és kitekintés | 133 |
| Irodalomjegyzék..... | 135 |

„A felépülés célja nem az, hogy az ember normális legyen, hanem hogy elmélyítse és kiteljesítse azt, amit számára az emberi lét jelent.”

Patricia Deegan, 1996

1. Pszichiátriai ellátás története

A pszichiátriai betegek jelenlegi szociális és egészségügyi ellátórendszeréről nem érdemes a pszichiátriai ellátás rövid történetének áttekintése nélkül beszélnünk. A következőkben röviden áttekintem a pszichiátria alakulásának főbb mérföldköveit, a fontosabb eseményekre fókuszálva, melyek a jelenlegi ellátórendszer kialakulását megelőzték. A mentális problémák és betegségek valamennyi történelmi korszakra jellemzőek voltak, ezek formái és megítélése mindig az adott társadalmi kulturális környezettől függték. A feltételezhetően pszichiátriai betegekkel való törődés gyökerei nagyon régre nyúlnak vissza a történelemben. Minden történelmi korban vitatott kérdés volt a mentális betegségekkel való foglalkozás, hiszen a probléma nem csak egyéni, hanem társadalmi kontextussal rendelkezik, az ellátások a társadalom beállítódásához igazodtak.

1.1 Pszichiátriai ellátás történeti áttekintése

A pszichiátria alakulásának története több évezredre visszavezethető, de tudományos megalapozottságáról alig 150-200 éve beszélhetünk. Az Ókorban a pszichés rendellenességgel élőket démonok által megszállottaknak tekintették, a velük való törődést a templomokban papok végezték, az efféle betegségeket ördögi megszállásnak tekintették, „gyógymódnak” vezekléseket alkalmaztak. Hippokratész a pszichiátriai zavarokat betegségnek tekintette (humorálpatólógia), ezáltal orvosokra bízta a gyógyításukat, igyekeztek a betegségek tüneteit enyhíteni, ápolták őket (Németh, 2015).

Azokban az ókori társadalmakban, melyekben a természettudományos gondolkodás erősen jelen volt, megfigyelhetjük az elmebetegséggel szembeni humánusabb bánásmód megjelenését. Az ókori egyiptomi templomokban a melankóliásokat gyógyították, játékokkal, lazítógyakorlatokkal, virágzó kertekben való sétákkal, csónakázással igyekeztek jobb kedvre deríteni őket. Görögországban Dioklés könyvet írt a mentális problémával élő emberek (akkor még elmebetegek) gyógykezeléséről, melyben az érintettekkel szembeni kényszert elítéli, helyette mindenféle elfoglaltságot és a munka biztosítását tartotta fontosnak, mellyel elterelik a figyelmüket a kóros gondolatoktól. Rómában Celsus szintén a különféle foglalkoztatási formákat ajánl, többek között zenét, beszélgetést, szavalást és olvasást javasol a melankóliásoknak, megerőltető testi munkát

az izgatott betegeknek. Aurelianus szintén hangsúlyozza, hogy a rendszeres elfoglaltságnak és az emberséges bánásmódnak jótékony hatása van. A nagy birodalmak bukása, valamint a kultúrnépek hanyatlásának következtében a természettudományos szemlélet háttérbe szorult (Gálfi, 1964).

A Középkorban a városokat fallal vették körül, ahová főleg az idős vagy „zavart” egyéneket száműzték az elmebetegséggel szembeni védekezéséért. Ekkor még ápolási tevékenységekről nem beszélhetünk, főként a lélek megmentése (ördögűzés) volt a cél.

A XVII-XVIII. században alakultak a legelső intézmények, az ún. „bolondok háza”, ahová a bűnözőket, csavargókat, prostituáltakat és az elmebetegeket együttesen zárták be, megláncolva tartották, ekkor elsősorban a társadalom védelme volt a cél. A pszichiátria előtörténetében szemléletváltás nagyjából a XVIII-XIX. század fordulójához köthető, ekkor kezdődtek meg a kóros pszichés jelenségek rendszerezése. Ezzel párhuzamosan megjelent a humánusabb bánásmód, a testi és a lelki szükségletek biztosítása, először Angliában, majd több Európai országban, illetve Amerikában kezdett elterjedni ez a szemlélet. Franciaországban Philippe Pinel börtönigazgató nevéhez köthető a mentális problémával élő emberekkel való humánusabb bánásmód. Az ő nevéhez fűződik a rabokról való lánclevétel, felhívva a figyelmet arra, hogy a pszichiátriai betegség nem bűnös életmód következménye, és ez a típusú betegség gyógykezelést igényel, bevezette az ún. „morális kezelést”, mely humanisztikus alapokra épült, börtön helyett elmeegógyintézetekbe kerültek az „bolondnak” titulált emberek (Németh, 2015).

1794-ben jelent meg Pinel írása, melyben kifejtette gondolatait a rendszeres munka jótékony hatásairól, az ő nézeteit egyre többen követték Európa szerte. Chiaruggi a pozitív környezeti tényezők jótékony hatását emeli ki, nagy hangsúlyt fektetett arra, hogy a beteg egyént, mint személyiséget kell elfogadni. 1824-ben Pisani a palermói kórházban megkezdte a betegek foglalkoztatását, elsősorban mezőgazdasági munkát végeztek, továbbá képességeik szerint részt vettek a kórházon belüli tevékenységekben is, munkájukért csekély bért kaptak. A század második felében nőtt a pszichiátriai betegek foglalkoztatásának aránya az egész világon. Az a szemlélet kezdett egyre elterjedtebbé válni, hogy a pszichiátriai betegek akkor nem lesznek fogságban, mint a rabok, ha a tétlenség helyett sikerül elfoglaltságot találni számukra, vagyis az adott társadalom szemében hasznos tevékenységet végeznek. A humánusabb bánásmód által a korábban stigmatizált, bilincsbe vert betegeket a tevékeny ember szintjére emelték. A betegek

foglalkoztatása eredményesnek bizonyult, tudományos megalapozottsága nem volt, inkább kísérleti jelleggel történt, elsősorban gazdasági megfontolásból (Gálfi, 1964).

Ezután kezdődött el a pszichiátriai betegek szisztematikus megfigyelése és a kórképek tüneteinek pontos lejegyzése, melyben Esquirolnak volt kiemelkedő szerepe egy idő után megjelent az elmeegógyintézetekben a munka-, mozgás- és zeneterápia. Pinel halála után a humanista pszichiátria is mintha eltűnt volna egy időre. XIX. század közepén Griesinger kifejtette, hogy a pszichiátriai rendellenességek okait nem misztikus tényezőkben, hanem az idegrendszer, elsősorban a nagyagy működésének zavaraiiban kell keresni, vagyis az „elmebetegségek az agy betegségei”, ezzel lerakva a biológiai pszichiátria alapjait (Németh A., 2015).

A 19. század második felében először Angliában váltak elterjedté azok az intézetek, ahol a pszichiátriai problémával élő emberek emberségesebb bánásmódot tapasztalhattak meg és munkaterápiában vehettek részt. Hollandiában is több olyan elmeintézet működött, ahol a humánus bánásmódot tartották fontosnak, a betegeknek kirándulásokat szerveztek, korcsolyáztak, olvastak. A betegek többségét foglalkoztatták valamilyen munkakörben: szabó, cipész, könyvkötő, kosárfonó, gyékényfonó és kertészeti tevékenységekben, ezek az Intézetek nyitottak, kulturáltak voltak (Bakonyi, 1984). Az I. világháborút követő időszakban felismerték, hogy a hosszú ideig tartó kórházi tartózkodás ront a betegek állapotán, az intézmények ingerszegénysége gyorsítja a leépülést, az elbutulást. Ennek elkerülése érdekében megnőtt a munkavégzés fontossága az a pszichiátriai betegek számára fenntartott Intézetekben (Buda, 2011).

Az I. világháborút követően felismerték, hogy a hosszú ideig tartó ingerszegény kórházi tartózkodás nem segít, hanem ront a betegek állapotán, gyorsítja a leépülésüket, elbutulásukat. Ennek elkerülése érdekében az irányíthatóbb betegeket munkára fogták (Buda, 2011). Az 1920-as években munkaterápia terén is változások következtek be, amely Simon güterslohi intézetben végzett munkásságához köthető. A hangsúlyt a beteg személyiség ép összetevőre helyezte, amelyekre lehet építeni. Állítása szerint „minden rossznak gyökere a tétlenségben rejlik” (Gálfi, 1964), úgy vélte, hogy rendszeres fizikai munkavégzéssel az elme betegségéből eredő problémák a háttérbe szoríthatóak. Hangsúlyozta az ápolói tevékenységek fontosságát, úgy gondolta, hogy az ápoló feladata nem a beteg dolgoztatása, nem is az, hogy helyette elvégezze a munkát, hanem hogy együtt tevékenykedjen a beteggel, mivel a közösen végzett munkafolyamat így válhat

gyógyító erejűvé. A munkaterápia alkalmazásának fontossága nagy hangsúlyt kapott az 1958-ban Branicén, Lengyelországban tartott Nemzetközi Munkaterápiás Kongresszuson. A kongresszus konklúziója az, hogy terápiás hatás csak a jól szervezett, hatékony munkavégzéssel érhető el, alapelveként fogadták el, hogy a minél változatosabb munkaalkalmakat a terápiás szükségleteknek megfelelően kell megteremteni (Gálfí, 1964).

Belgiumhoz (Gheel) kötődik egy viszonylag átfogóbb *családi ápolási rendszer* kialakítása, amely a modern rehabilitációs intézmények elődjének tekinthető ellátási forma, a betegek gondozását, ápolását a természetes életterükben próbálták megvalósítani. (2015).

Georg Kalb pszichiáter ismerte fel, hogy azok a betegek, akik kórházi kezelésre már nem szorulnak, otthonukba bocsátást követően magukra maradnak, mivel, utókövetésük nem biztosított, elszigetelve, magányosan élik az életüket, társadalmi integrációjuk nem valósul meg. Ennek érdekében kialakította a gondozószolgálatot, mely feladata a megelőzés és az utógondozás lett. A pszichiátria humanizálódását a nyugati típusú társadalmakban a II. világháború keserű tapasztalatait követően, a hatvanas évek polgárjogi mozgalmaihoz kapcsolódó attitűdváltás és a terápiás forradalom tette lehetővé. A pszichiátriai intézetek nyitottá váltak, és megszületett a területi ellátás, így elsősorban a gondozóhálózat fejlődött, valamint a különböző átmeneti intézetek, a foglalkoztatás- és munkaterápia, a védett munkahelyek (Gordos, 2009).

1.2. A magyarországi pszichiátria alakulásának története

A pszichiátriai ellátórendszer kiépítése hazánkban később kezdődött meg, mint nyugaton. Lafferton (2004) szerint ez az egészségügy fejletlensége és az orvosok alacsony létszáma következtében alakult így. A 19. század második felében elsősorban állami intézmények (kórházak) alakultak, de előfordult néhány magán tébolyda is. Schwartz Ferenc 1852-ben nyitotta meg az első magán elmegyógyintézetet, mely kellemes környezetet biztosított, humánusabb nézőpontból tekintett a pszichiátriai problémával élő emberekre. A test és a lélek megbetegedésének vélte az elmebetegséget, terápiájának lényege az erőszakmentes, kevésbé gyógyszer centrikus, munkaterápiára építő kezelés. A leghatékonyabb módszereknek a mezőgazdasági munkák végzését és a szórakozást tartotta

(Bakonyi, 1984). 1857-ben jött létre az első elmebetegeket gyógyító osztály Kolozsváron. 1858-ban jelent meg az első magyar nyelvű pszichiátriai tankönyv: „A lelki betegségek általános kór- és gyógytana törvényszéki lélektannal”, mely Schwartzter nevéhez kötődik (Németh, 2015).

Magyarországon elsőként a magánjellegű intézményekben tűntek fel a munkaterápiát előtérbe helyező terápiás módszerek, szemben az állami intézmények kezdetleges gyógyszeres kezeléseivel, illetve fizikailag korlátozó intézkedéseivel. Magyarországon elsőként Mária Terézia rendelte el, hogy azok a betegek, akik dolgoznak, munkájukért csekély díjazásban részesüljenek, de a munka terápiás hatása itt még nem bírt jelentőséggel, azt csak jóval később vették figyelembe (Kosza, 1996).

Az első magyar tébolyda 1863-ban Nagyszébenben nyílt meg, ezt követően 1868-ban Schwartzter elképzeléseinek felhasználásával jött létre az 500 beteg befogadására épített Lipótmezei Magyar Királyi Állami Tébolyda.

Az első magyar elme törvény 1876-ban született meg, amelynek célja, hogy megvédje a társadalmat a gyógyíthatatlan és közveszélyesnek titulált emberektől. A kórházakban pszichiátriai betegeket kezelő osztályok létesültek. A korszak pszichiátriai betegek ellátásával kapcsolatos legfőbb célja az volt, hogy minden érintett intézményes keretek közé kerüljön, ezáltal folyamatosan növelték az intézményi férőhelyek számát. A magán tébolydák alternatív ellátást nyújtottak a betegek számára.

Szociálpszichiátriai szempontból kiemelkedő Pándy Kálmán szerepe, aki 1903-ban külföldi tanulmányútjáról (Belgium, Gheel) visszatérve hozta létre az első családi ápolási telepet. Ez döntően heterofamiliáris (a környezetükre veszélyt nem jelentő pszichiátriai betegek idegen családokhoz kerültek) ápolás a XIX. század rehabilitációs szemléletét tükrözik. Pándy Kálmán leírása szerint jól működő gazdaságok, feltűnően szépen megművelt földek jellemezték azokat a helyeket, ahol családok fogadták be a pszichotikus betegeket, szigorúan szabályok írták elő a környezeti, higiénés és bánásmódi elvárásokat. Orvosi felügyelet mellett, a befogadó családok a gondozásért pénzt kaptak, illetve a betegek segítséget jelentettek számukra a munkavégzésben, viszont sajnos sokszor anyagi visszaélésekre került sor. Még a második világháború utáni időszakban is ez volt a leghumánusabb elhelyezési forma, mivel kiváló rehabilitációt jelentett a betegek számára (Németh, 2015).

Budapesten 1925-ben Fabinyi Rudolf hozta létre az első „Lélek- és Ideggondozót”, melynek országos hálózata az 1960-as években alakult ki.

A szocializmus időszakában a társadalom elmebetegséghez való viszonya átalakuláson ment keresztül. A hosszan tartó pszichiátriai betegséggel/ problémával élő embereket megpróbálták láthatatlanná tenni, a társadalomtól elzárni. A családi ápolási telepeket megszüntették, a kórházi ágyszámokat csökkentették, bentlakást nyújtó, nagy létszámú pszichiátriai szociális otthonokat kezdtek létrehozni a nagyvárosoktól távol. Ezekben a szociális intézményekben évtizedeken keresztül, sok esetben halálukig éltek az ellátottak. A betegek foglalkoztatása valamilyen szinten megvalósult az intézményen belül, viszont az egészséges emberektől elzárva dolgoztak. A pszichiátriai ellátórendszer két síkon kezdett felépülni, az egészségügy vonalán, illetve a szociális ellátórendszer részeként. Az 1950-es évektől kezdődően, az egészségügyi ellátás területén változás történt, amely jelentősen érintette a pszichiátriai betegek ellátórendszerének életét. A gyógyszeres terápiák elterjedésével, továbbá annak felismerésével, hogy a kórházi izoláció, az ingerszegény környezet ártalmas a hosszan tartó mentális problémával élő emberek számára, kezdett átalakulni a rendszer Magyarországon is. Az új hatóanyagú gyógyszerek lehetővé tették, hogy a betegek egy része gyógyszereszedés mellett saját otthonában élhessen, állapotromlás esetén azonban a betegek visszakerültek a kórházba, ahol pár napos kezelést követően ismét hazatérhettek. Kialakult az úgynevezett „forgóajtós modell”, ahol a betegek „ingáztak” a kórház és az otthonuk között (Bányai & Légmán, 2009).

A munkaterápiát Oláh Gusztáv vezette be „Lipótmezőn”, aki 1910-1925-ig volt az igazgatója az Lipótmezei Elmeógyógyintézetnek. Oláhnak fontosak volt, egy korszerű intézmény létrehozása, parkosított, télikertet, uszodát, tenispályát is csináltatott. Különböző műhelyeket állíttatott fel: jéggyárat, sertéstelepet, pékműhelyt. 1924-ben Fabinyi Rudolfal közösen alapították meg az Elmevédelmi Ligát, fontosnak tartották a megelőzést és a járó beteg ellátás rendszerének kiépítését. Oláh igazgatása alatt Hollós István osztályvezetőként működött, aki a Búcsúm a Sárga Háztól c. könyvében állást foglalt az „elmebetegekkel” való előítéletekkel szemben a betegek fizikai és lelki szabadsága mellett. Hollóst tekinthetjük a magyarországi nyílt-ajtó rendszer előfutárának.¹

¹ http://opmi.hu/PHP-3/Elemzesek/lipot_mezo_tortenet/lipotmezo_tortenet.htm

Az intézményesített ellátórendszer pozitív hozadéka az első magyarországi munkaterápiás intézet létrehozása volt, 1952-ben Intapusztán. Gálfi Béla az intézet vezetését Benedek Istvánnak adta át, aki „Aranyketrec” című könyvében számolt be arról a küzdelmes munkáról, melyet az „elmebetegek” emberséges életmódjának kialakításáért és szabadságérzetük megteremtéséért vívott. Könyvében szemléletesen mutatja be, hogy a humánus bánásmód és a hatékony munkavégzés során hogyan szerzik vissza a betegek emberi méltóságukat (Benedek, 2007).

1957-ben alapították meg a Munkaterápiás Intézetet, melynek a központja Pomáz lett. A betegek foglalkoztatása főként a mezőgazdaságban történt, de egyéb ipari tevékenységeket és is végeztek. Emellett ebben az intézményben kezdtek megjelenni Magyarországon a tényleges rehabilitációs tevékenységek a pszichiátriai betegek ellátásában, színelőadásokat, sportversenyeket szerveztek az ellátottak részére, zeneterápiát szerveztek, nagy hangsúlyt fektettek a Képzőművészeti műhely kialakítására és működtetésére (Kosza, 1996).

A huszadik század „modern” eljárásai az orvos szerepére helyezték a hangsúlyt, az 1950-es években Magyarországon „ideológiai” alapon törekedtek a devianciák minden formájának, így a mentális zavarok felszámolására is (Gomory, Erdős, Kelemen, 2006). A pomázi intézmény számít a magyar pszichiátriai rehabilitáció bölcsőjének, mely Gálfi Béla nevéhez köthető. A második elmetörvény 1966-ban jelent meg, mely korszerűbb nézőpontokat foglalt magába. Elsődleges célja a diszkrimináció felszámolása volt, kimondta, hogy a pszichiátriai betegek gyógyíthatók, illetve fontos jelentőséget tulajdonított a betegek jogainak. A nagy ágyszámú, városoktól távol eső, bentlakást nyújtó intézmények, amelyek Bakonyi szerint „ellát és passzív segítséget nyújt, de se munkára, se átképzésre nem ébreszt kedvet és érdekeltséget” (Bakonyi, 1984: 208), továbbra is egyedülállóak voltak a pszichiátriai ellátórendszerben. Érezhetővé kezdett válni, hogy szükség lenne más típusú ellátási formákra is, a rendszerváltással a pszichiátriai ellátórendszer átalakulása is megkezdődhetett volna Magyarországon. Nyugat-Európában a pszichiátria betegek ellátásában az orvosokon kívül megjelentek más szakmák képviselői, illetve a terápiákba bevonták a hozzátartozókat is. Civil szervezetek létesültek, amelyek célja a betegek élethelyzetének javítása a kórházi kezelés helyett, más alternatív módszerek, terápiák terjesztése, valamint közösségi ellátások működtek. Magyarországon ezzel szemben megmaradtak a szocializmus ideje alatt kiépült intézményrendszerek (Bányai & Légmán, 2009).

1.3. Az intézményi forradalom elindítását meghatározó tényezők

Nyugaton közben az 1968-as európai diáklázongások, melyek a modern társadalmak mélyreható átalakulását vették célkeresztbe, megkérdőjelezték a fennálló intézmények struktúráját is. Ezek között sok támadás érte a pszichiátriai intézményeket, mivel e mozgalmak képviselőinek szemében úgy jelenik meg, mint az emberi személyiség elnyomásának, korlátozásának ördögi műhelyei. A pszichiátriai intézmények sokak számára „totális rendszerek” mintapéldányai (Goffman, 2017).

A XX. század folyamán a személyhez kötött jogok és értékek fokozatosan előtérbe kerültek, míg a közösségi értékek és jogok háttérbe szorultak. A személy jogait egyre több garanciális jogszabály kezdte el védeni, ezen belül a mentális betegek jogainak biztosítása kiemelt terület. A politika többé-kevésbé magáévá tette az elmeegógyintézetek elleni fellépéseket, országonként változó mértékben intézeteket zártak be, osztályokat szüntettek meg. A kormányok programokat fogadtak el, melyek megtiltották további elme-kórházak létesítését, a fenntartás finanszírozására szánt összegek más célokra történő felhasználását javasolták. Az egészségügyi tudomány fejlődésével párhuzamosan egyre eredményesebb gyógykezelési eljárások alakulnak ki, viszont a nagy tömegeket érintő mentális betegségek gyógykezelésében a hagyományos intézmények viszonylag szerény eredményeket tudhattak magukévé. A növekvő gyógyszerárak ellenére a betegek nagy tömegei életük végéig állandó gondozásra, időszakosan kórházi kezelésre szorulnak (Tringer, 2010).

Az előbbieket során említett globális, helyi vagy regionális problémák új típusú ellátó szolgálatok kialakulását eredményezték. A változások főbb jellemzői Tringer szerint (2010):

1. Az kórházi ágyszámok csökkenése és a terápiás lehetőségek gazdagodása előidézte, hogy az ellátás súlya a kórház helyett az ún. „könnyű intézményekre” és az „ambuláns szférára” tolódott át.
2. „Deinstitucionalizáció” elterjedése: az új típusú szolgáltatások rugalmasak, sokszínűek, a helyi igényekhez igazodnak, kevésbé „intézményesednek”.
3. A szolgáltatások a lakóközösségekbe illeszkednek, ott próbálnak segítséget nyújtani, ahol a mentális problémák jelen vannak (pl. család, munkahely, lakókörnyezet), a betegek életterében.

4. A szolgáltatásokat „demedikalizálódás” jellemzi, vagyis a pszichiáter szerepe nem kizárólagos, a szerepe átalakul. A mentális problémával élők segítésébe számos segítő foglalkozás képviselője (pl. pszichológus, szociális munkás, konzultáns, oktató, szupervizor) kapcsolódik be.

Amerikában, 1963-ban törvényt hoztak létre az elmegészségügyi központok létesítéséről (Community Mental Health Centers Act). E központok feladata volt különféle szolgáltatások kifejlesztése (pl. kórházi ellátás, sürgősségi pszichiátria, nappali kórház). Ennek a szerepnek a betöltése hazánkban az „ideggondozó” intézményeké lenne. Az új típusú ellátó szolgálatok a korábbi, lakóközösségekhez orientált pszichiátriai intézmények tapasztalatait is használják fel. Az új típusú „deinstitutionalizált” szolgálatok országoként eltérő neveket használnak. Francia nyelvterületen „intermedier struktúrák” kifejezést használtak kezdetben, arra utalva, hogy e szolgálatok az egyén és a nagy intézmények között helyezkednek el. Németül a „gemeindenähe Psychiatrie” kifejezés terjedt el. Manapság általában az angol terminus „community psychiatry” használatos (Tringer, 2007).

2. Pszichiátriai betegek közösségi típusú ellátásai

A pszichiátriai szakellátás az egészségügy rendszerében egy olyan funkciót betöltő gondozási forma, mely legérzékenyebben reagál az aktuális társadalmi változásokra, közösségi igényekre és elvárásokra, továbbá folyamatos és intenzív átalakulások színtere. A pszichoszociális rehabilitáció, ahogy az elnevezés is mutatja több módszer együttes alkalmazását foglalja magába. A pszichoszociális rehabilitáció egy gyűjtőszó, mely tartalmazza azokat segítségnyújtási formákat, melyek lehetővé teszik, hogy a mentális problémával élő emberek az általuk választott közegben, egyéni szükségletekhez igazodó módon éljenek, megteremtve a társadalmi részvétel lehetőségét az élet minden területén (Wilken és Hollander, 2013). Napjainkban közösségi pszichiátria néven foglaljuk össze ezt az irányzatot, melynek a térbeli elmozdulás mellett a multidiszciplinaritás a központi eleme. A pszichiátriai problémák nagyobb részének eredetét illetően tudományos viták folynak.

Loren Mosher és Lorenzo Burti Community Psychiatry című, 1989-ben az Amerikai Egyesült Államokban megjelent könyvükben összefoglalják közösségi pszichiátria

kialakulásának történetét és a jellemző szolgáltatási formákat. A szerzők a közösségi pszichiátriai ellátás több típusát mutatják be, vagyis egy sokszínű szolgáltatási palettát, melyen minden szolgáltató meg tudja találni az ellátottak szükségleteinek és helyi a sajátosságokhoz illeszkedő szolgáltatási típusokat. A szerzők négy fő csoportra osztják fel a közösségi szolgáltatási formákat, a következőkben ezeket mutatom be.

2.1. Ambuláns szolgáltatások

Mobil krízisintervenció

Egy olyan multiprofessionális teamet megfogalmazó kifejezés, mely napi 24 órában krízisintervenciós célból elérhető. A team tagjai egy-egy akut hívást követően azonnal a helyszínre érkeznek, s próbálják lehetőség szerint az adott környezetben (az érintett lakásán, környezetében vagy akár közterületen) kezelni a krízishelyzetet. A krízisintervenció tagjai azok a személyek, akiket az érintett szükségesnek tart bevonni (általában: jelenlévő családtagok, háziorvos, pszichiátriai ellátórendszer tagjai, bizonyos esetekben rendőrség). A mobil krízisintervenció egyik fontos alapelve, hogy minden intézkedés lehetőleg az érintett kezdeményezésére, vagy legalábbis beleegyezésével történjen. A mobil krízisintervenciót vizsgáló kutatások (Hoult és Reynolds, 1984, Hoult, Rose és Reynolds, 1984, Test és Stein 1987) a kórházi beutalások akár 50 százalékos csökkenését figyelték meg, azokon a helyeken, ahol jól működő krízis-teameket találtak.

A mobil-krízis-team hozzájárulhat a hospitalizáció elkerüléséhez, az érintett ezáltal nem kerül idegen környezetbe, amihez alkalmazkodnia kellene, hanem az otthoni, megszokott, biztonságos közegében tud maradni. A team-tagok és a környezet rendszeres találkozási elősegítik az érintetteket körülvevő környezetben történő változásokat. Az otthoni környezetben könnyebb a „normális” szerepfunkciókba való visszailleszkedés, azáltal, hogy az érintett nem szakad ki a környezetéből.

A mobil-krízis team általában 4-5 főből áll, melynek tagjai: pszichiáter szakorvos, ápoló személyzet, szociális munkás, pszichológus, illetve helyi sajátosságokhoz igazodva kiegészülhet egyéb segítő foglalkozású szakemberrel. Magyarországon jelenleg sem az egészségügyi sem a szociális jogszabályok nem rendelkeznek hasonló mobil krízisintervenció létrehozásáról (Bugarszki, 2003).

Esetmenedzsment

Az amerikai *case management* kifejezésből általában esetmenedzsmentként fordított tevékenység gyakorlatilag mentális problémákra specializált szociális esetmunka. Mely egy személyes, bizalmi kapcsolat keretében végzett támogató munkát jelent, a klienst problémája több fázisán kíséri végig. A hazánkban közösségi ellátásnak nevezett szolgáltatást a nemzetközi szakirodalom rendszerint esetmenedzsmentként (case management) említi. A case management fogalom egy gyűjtő név, ami több programot, megközelítést, gyakorlati modellt, iskolát foglal össze (Bugarszki, 2003).

Bugarszki (2003) tanulmányában mutatja be a különböző esetmenedzsment-modelleket Schizophrenia Bulletin-ben megjelent átfogó tanulmány (Mueser, Bond, Drake, Resnick, 1998) alapján, mely 75 tanulmányt tekintett át. A két tanulmány által alkalmazott logikai sorrendet figyelembe véve kísérlem meg végig menni az egyes modelleken és keresni a hasonlóságot hazánkban létrejött közösségi pszichiátriai ellátás között.

| Modell neve | Célja | Feladata |
|--|--|--|
| Közvetítői esetmenedzsment- modell (Broker Service Modell) | Az elsőként megalakult ellátásokat foglalja magába, célja volt, hogy a különböző ellátórendszerek közötti tájékozódást próbálta elősegíteni. | A klienssel kapcsolatban álló különböző intézmények közötti közvetítés a feladata, valamint a kliensek és a számukra szükséges szolgáltatások közötti kapcsolat kialakítása (Moore, 1990). |
| Klinikai esetmenedzsment- modell (Clinical Case Management Model) | A különböző ellátórendszerek közötti közvetítésen túl az esetmenedzsmentnek gyakran a direkt szolgáltatásokban is részt kell vennie (Kanter, 1989) | <i>Kezdeti fázis:</i> felvétel, értékelés, tervezés <i>Környezeti interakciók:</i> összekapcsolás a közösségi forrásokkal, családtagokkal és más személyekkel folytatott konzultáció, együttműködés orvosokkal és kórházakkal, érdekképviselés |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p><i>Páciens-érintő beavatkozások:</i> egyéni pszichoterápia, kétségfejlesztő tréningek, kommunikáció fejlesztő tréningek, pszichoedukáció</p> <p><i>Páciens-környezet intervenciói:</i> krízisintervenció, monitorozás</p> |
| Asszertív közösségi modell (Assertive Community Treatment Model ACT) | Átfogó kezelés biztosítása, az egyéni szükségletek teljes körű kielégítése | <p>Alacsony páciens stáb ráta (10:1) jellemzi</p> <p>legtöbb ellátást közösségben nyújtják.</p> <p>Esetek nem egyéni esetek, hanem az egész team együttesen viseli a felelősséget, 24 órás elérhetőség jellemzi,</p> <p>a legtöbb szolgáltatást közvetlenül a team nyújtja. A szolgáltatás igénybevétele időben nem korlátozott.</p> |
| Intenzív esetmenedzsment modell (Case Management Model, ICM) | A nagy szolgáltatási igényű felhasználók szükségleteire kíván reagálni | <p>Alacsony páciens/stáb ráta jellemzi, teljes körű szolgáltatást nyújtása mellett a napi életvezetésben is részt vesznek a segítők.</p> |
| Erősség-modell (Strength Model) | Egyéni erősségekre fókuszál | <p>Esetmenedzser és páciens kapcsolat elsődleges és alapvető</p> <p>Az esetkezelés a páciens életterében/környezetében zajlik</p> <p>Egyéni célok feltérképezése, fejlesztése a feladat</p> |

| | | |
|--|---|--|
| Rehabilitációs- modell (Rehabilitation Model) | A páciens céljait, kívánságait helyezi a központba. | Készségek felmérése és fejlesztése fontos feladat, melyek segíthetik a közösségi létet és az egyéni célok elérését. |
|--|---|--|

1. táblázat Esetmenedzsment modellek bemutatása

(Forrás: saját készítés, Bugarszki, Zs. (2003). A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. Esély 1: 67-86. alapján)

Az elsőként megalakult ellátásokat foglalja magába a *közvetítői esetmenedzsment-modell*, a mindennapok során nyilvánvalóvá vált, hogy a végzett tevékenység (közvetítés, kapcsolattartás) nagyon hasznos és elengedhetetlen tevékenység, viszont fontos lenne aktívabb részvétel a szolgáltatások nyújtásában az ellátás részéről (Kanter, 1989). Ezekre a hiányosságra adott válasz a *klinikai esetmenedzsment-modell*, mely a mentális betegségek mai bio-pszichoszociális modelljét integrálja a klinikai kezelési modellel, figyelembe véve a kliensek igényeit és szükségleteit. Az *asszertív közösségi modell* egy átfogó kezelést céloz meg, amely túlmutat a közvetítői esetmenedzsment és a klinikai modell keretein (Stein és Test, 1980), team munka kerül előtérbe, melynek tagjai pszichiáter, ápoló, és legalább két esetmenedzser (általában szociális munkás).

Az előzőekben bemutatott modellek gyakorlati fontosságát az is igazolja, hogy egyre elterjedtebbé váltak az esetmenedzseri modellek és folyamatosan alakultak a tartalmi elemek, kivitelezések. Stein és Test nevéhez fűződik (1980) ez a szélesebb nézőpontú, átfogó modell, melyben hangsúlyos a team-munka, melynek tagja pszichiáter, ápoló esetmenedzserek (rendszerint szociális munkás). Az asszertív közösségi modell alapvető jellemzői, hogy arányában egy szakember kevés ellátottal foglalkozik, a legtöbb szolgáltatást a közösségben nyújtják, nagyon fontos a team-munka, a szakemberek nem önállóan, hanem közösen hozzák meg a döntéseket és a felelősséget is közösen viselik. A legtöbb szolgáltatást közvetlenül a team nyújtja, esetenként fordul elő, hogy más ellátáshoz irányítják kliensüket. Hosszantartó, akár élethosszig tartó ellátás, folyamatos, 24 órás elérhetőséget biztosítanak klienseik számára a krízishelyzetekre.

Stein és munkatársai megközelítésében a legnagyobb felismerésnek az tekinthető, hogy a pszichotikus krízisek apró élethelyzetekből állnak össze. (Sz. Makó & Kerekes, 2013) Meglátásuk szerint a relapszusokhoz (visszaesésekhez) hozzájárulnak a hétköznapi felmerülő stresszhelyzetek és azok mentén kialakuló kudarcélmények, feszültségek. Amennyiben sikerül ezeket a stresszhelyzeteket csökkenteni, ritkulhatnak a relapszusok

gyakoróságai, esetleg meg is szűnhetnek, ezáltal kevesebb a kórházakban töltött napok száma. Elsősorban azt célozza meg, hogy az ellátást igénybe vevők képessé váljanak az általuk választott környezetben élni anélkül, hogy mindennapi nehézségeik miatt folyamatosan visszakerülnének a kórházba. Annak ellenére, hogy pszichiátriai betegségről van szó, a hétköznapi felmerülő nehézségekkel való megküzdés nem medikális feladat, hanem a szociális munka eszköztárával lehetséges készségfejlesztés, problémamegoldás segítése, új probléma-megoldási eszközök elsajátításának segítése (pl. bevásárlás, csekk feladása, munkavállalás segítése (Bugarszky, 2006).

Intenzív esetmenedzsment modell létrejöttét olyan kliensek segítése hívta életre, akiknek intenzív támogatásra van igényük, teljes körű szolgáltatást nyújtása mellett a munkatársak aktívan részt vesznek a kliensek mindennapi életvezetésében (Lidberg és Liljenberg, 1995). A modell szervezésének alap gondolata az volt, hogy amennyiben az érintettek nem kapnak intenzív támogatást, akkor valószínűleg költségesebb szolgáltatásokat vesznek igénybe, ez elsősorban a krónikus mentális betegséggel élő fiatal felnőtteknél jellemző probléma. (Surles és McGurrin, 1987).

Az esetmenedzsment modellt több kritika is érte, az *Erősség-modell* az esetmenedzsment gyengeségire adott válaszként jött létre (Sullivan, 1992). E nézőpont képviselői szerint a gyakorlatban nagy hangsúly van a mentális betegséggel élő embereket ért károsodásokon, ezáltal elterelődik a figyelem az erősségek felől, amelyeket használni tud az egyéni céljai eléréséhez. Rapp könyvében (1993) szerint fontosabb lenne az egyéni erősségekre fókuszálni, mint a patológiákra. Elsődlegesnek és alapvetőnek az esetmenedzsment-páciens kapcsolatot tekinti, a többi kapcsolati forma ezt követheti. Bármilyen intervenció a páciens önmeghatározásán alapul. Az esetkezelés a páciens életterében történik, az ott fellelhető erőforrásokra alapozva, alapelve, hogy a súlyos mentális problémában szenvedő emberek folyamatosan képesek a tanulásra, fejlődésre és a változásra.

A *Rehabilitációs modell* a többi modellhez hasonlóan a kliens szükségleteit és céljainak elérését helyezi központba. Munkájukat rehabilitációs terv elkészítése segítségével végzik, ez képezi vázát az esetkezelésnek. A rehabilitációs tervben szerepel az ellátott készségeinek felmérése után ezek fejlesztése, melyek elősegíthetik a közösségi létet és az egyéni célok elérését (Anthony és munkatársai, 1993).

Mueser és munkatársai szerint (Mueser, Bond, Drake, Resnick, 1998) a különböző esetmenedzsment modellek felbukkanása a mentális betegek ellátásában egyfajta evolúciós

folyamat. A dezintitucionalizáció előtt nem volt szükség esetmenedzserre, mivel a betegek többsége kórházban élt, ahol megőrző jellegű kezelést kapott, mondhatni az élet hívta létre ezeket a modelleket, mivel eddig nem volt szükség ilyen típusú ellátási formákra.

A különböző esetmendezsment modellek eredményességét vizsgálva elmondható, hogy az ACT és ICM modellek emelkedtek ki. A mérhető pozitív változások közül kiemelkedik a kórházban töltött idő csökkenése, a lakóhelyi stabilitásban való előrelépés, az életminőség javulása, a páciensek és hozzátartozóik elégedettsége.

Magyarországon az Ébredések Alapítvány az Ian Falloon nevével fémjelzett Integrált Pszichiátriai Ellátást (IPE) képviseli, mely a stressz-vulnerabilitás elméletekből indul ki, a kezelés során elsősorban a közösségben végzett munkát, azon belül is a készségfejlesztő, stressz kezelő módszerek alkalmazását, valamint a pszichoedukáció jelentőségét hangsúlyozza (Falloon és mtsai, 1998; Bugarszki, 2003).

A másik kezdeményezés a Soteria Alapítvány nevéhez fűződik, esetmenedzseri tevékenysége leginkább az intenzív esetmendezsment modellhez (ICM) hasonlít. A stábjában dolgozó szociális munkások egyéni esetkezelés keretében foglalkoznak a különböző állapotú pszichiátriai problémákkal küzdő emberekkel (az ellátottak otthonában, saját irodájukban, semleges helyen). Amennyiben szükség van rá, végig kíséri a klienst betegsége akut fázisától egészen a visszailleszkedés fázisáig, folyamatosan tartva a kapcsolatot a hozzátartozókkal, szakemberekkel, esetleg hivatalokkal, amelyek a kliens problémájával kapcsolatban fontosak lehetnek (Bugarszki, 2003).

2.2. Lakóformák a közösségi pszichiátriai ellátáson belül

Átmeneti intézmények: deiglenes lakhatási lehetőséget biztosítanak, családias közegben kb. 15-20 fő veheti egyszerre igénybe a szolgáltatást. Az átmeneti intézmény, ahogy a nevéből is adódik, korlátozott ideig vehető igénybe. Elsősorban lakhatási lehetőséget biztosítanak azok számára, akik eredeti lakhelyükön nem tudnak tartózkodni, de állapotuk nem indokolja egészségügyi intézményben történő kezelést. Az önálló élet fenntartására, az önelálló életvitel elősegítésére, kialakítására törekszenek az átmeneti intézmény szakmai stábjai. Magyarországon az átmeneti intézmény törvényben meghatározott fogalom, ellátási típustól függő az elnevezése (pl. hajléktalanok, családok,

szenvedélybetegek és pszichiátriai beteg részére nyújtott ellátási forma). A pszichiátriai betegek részére létrehozott átmeneti intézmények (pszichiátriai betegek átmeneti otthona) hazánkban törvényi háttér megléte ellenére is viszonylag alacsony számmal jöttek létre (Bugarszki, 2003).

Azok a betegek azonban, akik képtelenek az önellátásra, a törvényi szabályozásnak megfelelően speciális ellátást nyújtó pszichiátriai betegek otthonába kényszerülnek, általában kiszakítva az eredeti környezetükből, távol a családjuktól, nagy létszámú intézményekben. A lakóotthon olyan személyek számára nyújt lakhatási lehetőséget, akik folyamatosan jelenlévő segítséggel képesek önálló életvitelre, tíz-tizenkét fő lakik együtt. A lakóotthonok létrehozásának legfőbb célja az volt, hogy az ellátottak ne legyenek kiszolgáltatva az intézményi struktúrának, hanem a megfelelő segítség biztosítása mellett önálló életvitelt folytassanak. A lakóotthonok pszichiátriai betegek bentlakásos intézményeihez tartozva, általában fizikálisan közvetlen az intézmény szomszédságában vagy közelében létesültek, ezáltal a bentlakást nyújtó intézménnyel az ellátottaknak a kapcsolata mondhatni mindennapos, így nem indokolt a „valós” önállósodás (Bugarszki, 2004).

Védett lakások: Kisebb létszámmal működnek, mint az átmeneti intézmények, családi házakban vagy lakásokban valósul meg. Egyik típusa a lakóotthon, mely célja a tartós intézményi elhelyezést igénylő emberek hosszú távú ellátása (Bugarszki, 2004).

Támogatott lakhatás: legújabb lakhatási forma, szociális intézmény, illetve személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás. A szolgáltatás igénybevétele során a pszichés problémával élő személyek lakhatása a településeken belül valósul meg, integrálva, szükségleteiknek és igényüknek megfelelő kis létszámú lakásokban, teljes társadalmi részvételt gyakorolva a különböző életterületeken. Egy lakásban legfeljebb 6-12 fő él egy - két személyi segítő személy támogatásával. A személyi segítőknél nem kell folyamatosan a jelen lenniük a lakásban. Az ellátást igénybe vevők általában önálló életre támogatással, segítséggel alkalmasak, az ellátás igénybevétele időben korlátozott, hosszú távú cél, az önálló lakhatás elősegítése, megteremtése a későbbiekben. A lakásban kizárólag csak a lakhatás feltételei valósulhatnak meg, ezen kívül normalizált napirend és hetirend szerint, lakáson kívüli elfoglaltságokkal – munkavégzéssel, nappali ellátással, képzéssel, szabadidős programokkal – telnek az ott élő fogyatékos személyek napjai, csakúgy, mint bármely más emberé.

2.3. Nappali programok

Anthony és Dion szerint (1986) a kórházból elbocsátott kliensek mindössze 20-25 százaléka folytat kórházból kikerülése után munkajellegű tevékenységet. Ezáltal az érintettek többségénél hiányzik az állandó napi rendszeresség, ami a munkavállalás egyik velejárója. Erre adnak választ a nappali programokat biztosító ellátási formák. Melyek egy találkozóhelyként funkcionálnak, az izolálódott bejárhatnak beszélgetni, különböző programokon részt venni, segítséget kaphatnak hivatalos és szociális ügyeik intézésében (Anthony és Dion, 1986).

Az egyes nappali intézmények szervezeti felépítése nagy változatosságot mutat. A nagyobb múltra visszatekintő ellátási forma a nappali kórház/nappali klinika, általában egészségügyi intézmény része (legtöbbször kórház része), medicinális modell szerint működnek. Főként medikális személyzet (ápolók, orvosok, foglalkoztatók) dolgoznak bennünk, manapság már megjelennek szociális munkások is a stáiban. A napi programok struktúrája valamilyen terápiás eljárás vagy speciális módszer szerint alakul.

A nappali intézmények másik típusa sokkal kevésbé medikalizált, adminisztratív módon is a szociális szférához tartozik, de vannak önsegítő szervezet által működtetett kezdeményezések is. Ezekben az ellátási formákban főként szociális szakemberek vannak jelen, de kiegészülhetnek pszichológusokkal, pszichiáter szakorvosokkal, egyéb egészségügyi foglalkozású szakemberekkel. Tevékenység formákban a magyarországi törvények elég tág lehetőséget biztosítanak, elsődleges feladat a napi struktúra biztosítása és napközbeni tevékenység biztosítása. Ezen felül intézményi sajátosságtól függ milyen programokkal, csoportfoglalkozásokkal akár terápiás csoportokkal bővítik „palettájukat” (Bugarszki, 2003).

Magyarországon a hosszantartó mentális problémával élők ellátása szempontjából meghatározó szerepe van az úgynevezett pszichiátriai betegek nappali intézményeinek, ezt az ellátási formát is jogszabályi háttér nevesíti. A magyarországi pszichiátriai betegek nappali intézményei közül jó néhányat Klubháznak neveztek el, ami egyértelmű utalás a ma már világszerte ismert Clubhouse hálózatra, melynek első intézménye a New York-i Fountain House volt (Cella és mtsai 1997).

A pszichiátriai betegek nappali intézményének alapvető feladata, hogy jellemzően magányosan, izoláltan élő hosszantartó mentális problémával élő embereknek segítséget

nyújtson a társadalomba való „visszailleszkedésben”. A hosszantartó mentális problémák sok esetben a szociális és társas kapcsolatok leépülésével járnak. Ezáltal a hosszantartó kórházi tartózkodást követően vagy otthoni elszigetelésből érkező emberek nem képesek hozzáférni azokhoz az erőforrásaikhoz, melyek lehetővé tennék számukra a visszailleszkedést. A nappali intézmények ezeknek a közösségi erőforrásoknak az újrateremtését célozzák meg. A szociális ellátórendszer keretei között működő nappali ellátást nyújtó szolgáltatások többsége a közösségbe integráltan található meg (McKay és mtsai, 2016).

A nemzetközi *Clubhouse mozgalom* tagjai protokollban kötik ki, hogy az odalátogató emberek hivatalos státusa és megszólítása: klubtag, ezzel is jelezve, hogy nem az egészségügyi intézményekhez tartoznak. Továbbá az ilyen jellegű szolgáltatásokban a dolgozók kerülnek a hierarchia minden nagy intézményből ismert megnyilvánulását. Az intézményben segítőként jelenlevő kollégáknak pl. nincs elkülönített irodájuk (Bugarszki, 2015). A magyar nappali intézményekben a klubtag megszólítás egyre elterjedtebbé vált, viszont a hierarchia megszüntetése iránti törekvések minimálisan vannak jelen.

Viszont légkörben az egészségügyi intézményektől eltérően más térbeli és személyközi viszonyok várják az érintetteket. Egyfajta „inkubátor hatás” kialakítása a cél, vagyis, egy megtartó, támogató közeg biztosítása, amelyben az érintettek biztonságban érezhetik magukat. Viszont fontos, hogy ne csak egy jó légkörű közösség legyen, ami a falai között védelmet és biztonságot ad, hanem a külső kapcsolatok építése, fenntartása éppúgy fontos. Ezért fontos olyan programok szervezése, kapcsolatok fenntartása, amelyben az érintettek lehetőséget kapnak másokkal való kapcsolat kialakítására, mivel a társadalmi integráció csak így tud ténylegesen megvalósulni (Wilken,2014).

2.4. Munkába állítási programok

A hosszantartó mentális betegséggel élők rehabilitációja szempontjából fontos a munkaerő-piaci aktivitás elősegítése, melyet a pszichiátriai betegség okozta stigma tovább nehezít. A munka és az ahhoz kapcsolódó készségek felmérése és fejlesztése esetében is a pszichiátriai betegség figyelembevétele fontos, elengedhetetlen feladat. A hosszantartó mentális problémával élő egyének elhelyezkedésével foglalkozó programokban egyszerre kell a munkavégzés és az ahhoz kapcsolódó szociális környezet

és elvárás rendszerét, illetve a pszichiátriai betegség kapcsán megjelenő jellemzőket, alacsony stressz tűrő képességet és gátakat figyelembe vennie.

Támogatott munkábaállítási program

Olyan kezdeményezések, melyek nem célja saját munkahelyek létrehozása, hanem a klienseiket segítik a munkaerőpiacon való elhelyezkedésében. Ez történhet munkaközvetítéssel, munkavállalással kapcsolatos készségek elsajátításán keresztül, vagy egy speciális munkába állítási program keretében. Ez irányú tevékenység történhet megváltozott munkaképességűeket foglalkoztató (rehabilitációs) vagy nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedésben történő segítség nyújtással.

Védett munkahelyek

A pszichiátriai intézmény vagy egy külön erre a célra létrehozott foglalkoztató központ különböző munkahelyeket üzemeltet, ahol megváltozott munkaképességű embereket alkalmaznak. Fontos eleme lenne, hogy a végzett munkatevékenység során ne a termelékenységen legyen a hangsúly, hanem inkább a munkavilágába való későbbi vissza illeszkedésen (pl. rendszeres munkába járás ritmusa, munkafegyelem, határidők betartása, megfelelő munkahelyi kultúra kialakítása).

Fejlesztő foglalkoztatás

A fejlesztő foglalkoztatás jogszabályi háttérrel rendelkező ellátási forma, mely egy első lépcsőnek tekinthető a munkaerőpiacra való visszailleszkedés szempontjából. Elsősorban olyan hosszantartó mentális problémával élő emberek számára biztosít lehetőséget munkavégzésre, akik valamilyen szociális ellátásban részesülnek, általában hiányos, elavult végzettségekkel rendelkeznek, vagy szakképzetlenek, esetleg több éve-évtizede megszerezték a szakképesítésüket, de gyakorlati tapasztalat szerzésére nem volt lehetőségük. A fejlesztő foglalkoztatásba vonás során elsődleges célja, hogy ellátottak megismerjék a különböző munkafolyamatokat, a betanítás és a foglalkoztatás révén önálló munkavégzés képességét ki tudjuk alakítani, fejleszteni. Fontos lenne, hogy hasznosnak érezzék magukat, ezáltal fontos, hogy értelmes feladatot végezzenek. Sok esetben alacsony jövedelemmel rendelkeznek, számukra a munkavégzésből származó jövedelem kereset kiegészítést lehetővé tenné. Mindenképpen a fejlődés, fejlesztés a cél, lehetőség szerint a munkakultúra megismerése, munkafolyamatok begyakorlását

követően elősegíteni a szolgáltatást igénybe vevő számára a másodlagos- vagy elsődleges munkaerőpiacon való elhelyezkedést.

3. Közösségi alapú ellátásokat meghatározó szemléletek

Az előbb bemutatott történelmi sarokköveken és a hagyományos egészségügyi- és szociális ellátási szemléletformálódáson túl a közösségi alapú ellátás alakulására ható néhány főbb szemléleteket, nézőpontot mutatom be a következők sorokban.

3.1. Biopszichoszociális nézőpont

Az utóbbi évtizedekben egyre nagyobb teret nyert a pszichiátriai betegségértelmezés és gyógykezelés komplex, holisztikus nézőpontja. E szemlélet szerint adott kórállapot kialakulása vagy kezelése során elismerhető egyik vagy másik tényezőnek determináns hatása, de egészében a pszichiátriai betegségek megítélése és elbírálása csak komplex, holisztikus módon lehetséges. Vagyis szinte minden esetben a történéseket, a teendőket és a kórjóslatot az örökletes, az alkati, az életkori, a testi, a környezeti, a lélektani, a személyiségfejlődési tényezők és rendellenességek együttese és komplex kölcsönhatása magyarázza. Engel szerepet tulajdonít a beteggondozó rendszernek, az egészségügynek is. A biopszichoszociális modell tulajdonképp rendszerszemléletben gondolkodik, a modell részei egymással állandó kölcsönhatásban állnak, s kölcsönösen befolyásolják egymás működését. A modell első megfogalmazása George Engel nevéhez fűződik (Engel, 1977).

Napjainkban a WHO ajánlásaiban a közösségi alapú szolgáltatások különböző típusait találhatjuk meg (mobil krízis teamek, nappali intézmények, nappali kórházak, lakóotthonok, védett és támogatott lakhatási lehetőségek). Ezekben a szolgáltatásokban általában különböző segítő foglalkozású szakemberek vesznek részt, ezért ezt a komplex feladatot, mely a pszichotikus krízisektől egészen társadalmi visszailleszkedéssel kíséri az érintetteket, egy olyan úton, mely céljait lehetőség szerint ők tűzték ki pszichoszociális rehabilitációnak nevezzük (Bugarszki, 2015).

3.2 Rendszer szemlélet

A szakmák közötti együttműködés vizsgálata során szükséges kitérni a szociális munka rendszerszemléletű megközelítésének kialakulására, jelentőségére. A gyakorlati esetmunkában a rendszerszemlélet először a családterápiák hatására nyert teret, majd a hetvenes években a szociális munka generális modellje kapcsán a rendszerszemlélet egy tágabb értelmezésben jelent meg (Pincus és Minaham, 1973). Ebben a megközelítésben a szociális munka forrásrendszerekkel és a változás létrehozásában fontos szereplőkkel úgy foglalkozik, hogy a segítő erőfeszítések különböző beavatkozási rendszerszintjeit kapcsolták össze. Bronfenbrenner ökológiai modellje ezt finomította tovább, melyben az egyre tágabb társadalmi környezet különböző rendszerszintjeit (mikro, mezo, makro rendszereket) írta le, e rendszerszintek kölcsönhatásait kiemelve (Bronfenbrenner, 1977., 1979.). Ez a megközelítés ma a szociális munkában általánosan elterjedt és kiindulópontját adja a nyolcvanas évektől megjelenő ökológiai rendszermodelleknek (Germain és Gitterman, 1980, 1995).

A szociális munka gyakorlata szempontjából fontos figyelembe venni azt, hogy a család diszfunkcionális működése átlép a családi rendszerhatárokon, és érinti a család viszonyát a tágabb környezeti rendszerekkel és segítőkkal is. A „sokproblémás” családokkal folytatott segítőtevékenység során figyelmet kell fordítani a családok feszültségeik, konfliktusaik alkalmával a családon belül alkalmazott stratégiákra (rendszerhatárok átmosása, bevonás a feszültségek elvezetésére, koalíciók létrehozása, bűnbakképzés, családi mítoszok kiterjesztése stb.) is (Imber-Black, 1988). Ahhoz, hogy a segítő hatékonyan tudjon dolgozni e családokkal, ismerni kell azokat a családi mintákat, amelyek a tágabb rendszerrel való viszonyban végződnek. A családi működés sajátosságainak mérlegelése nélkül nehéz e jelenségeket felismerni és figyelembe venni.

Az ökológiai rendszerperspektíva az életkihívásokkal, nehézségekkel szembeni megküzdés erőfeszítéseiből indul ki, és azon belső és külső tényezők felé fordítja figyelmünket, amelyek egy folyamatosan dinamikus kölcsönhatásban meghatározzák alkalmazkodásunkat. E megközelítés alapján egy olyan szociálmunka-praxis képzelhető el, amelyben a belső és külső tényezőkkel való kölcsönhatásokkal egyaránt foglalkozni kell.

A szociális munka tanának központi érdeklődése a társas rendszerek tartományára, vagyis az emberi interakcióból kialakuló funkció-együttesekre irányul. A rendszerhatárok, a rendszer és környezete közti határvonal rugalmassága igen jelentős a szociális munkás szakember számára. Ő rajta áll, hogy felismerje a valódi szociális összefüggéseket és különösen, hogy ezek közt mi okozza a problémát, melynek megoldásán fáradozik. Amennyiben a szociális munkás fel- és elismeri, hogy egy ember rendszer(ek)hez tartozik, elkerüli azt a veszélyt, hogy túlbecsülje az illető egyéni lehetőségeit. Az egyéni lehetőségek korlátozottak a rendszerhez való tartozás által. A szociális elszigetelődés, a rendszerhez tartozás hiánya problémát jelent az emberek számára, az ember rendszerre szorul. A szociális munkásnak nem csak az ember rendszer-meghatározottságának szemszögéből kell tekintetbe vennie a szociális rendszerekhez tartozást, hanem rendszerre szorultság szemszögéből is. E két szempont egyaránt következetes rendszerre orientáltságot követel a szociális munkástól, mind a probléma felismerésében, mind a megoldást célzó tevékenységben. A szociális munkás akkor képes optimális szociális munkát végezni, ha rendszerszemléletűen gondolkodik és tevékenykedik (Lüssi, 1997).

3.3. Felépülés-modell

Azokban az angolszász országokban (Anglia, USA, Hollandia), ahol a pszichiátriai ellátórendszer hangsúlyai áttevődtek az intézményi alapú ellátási formákról a közösségibe, új kifejezés: a Felépülés-modell (Recovery model) kezdett elterjedni az 1990-es évek vége felé a mentális problémák értelmezésének és kezelésének új megközelítéseként. Az érintettek saját élményét, tapasztalatait tartja a legfontosabbnak, a mentális problémából való felépülésben hangsúlyt kap a probléma és ezzel együtt a megoldás saját narratívája. A problémák értelmezése és az azokra adott válasz egyéntől függőek lehetnek, a Felépülés-modell a korábbi paradigmánál jóval nagyobb lehetőséget ad a klinikaitól eltérő identitás kialakítására.

A megközelítés az 1980-as évek angliai és amerikai felhasználói mozgalmaihoz köthető, (Deegan, 1988, Leete, 1989), olyan emberek élettörténeteit mutatták meg, akik saját maguk mentális betegségükből épültek fel. Ezt az időszakot megelőzte kb. 20 éve tartó folyamat, mely különböző emberjogi mozgalmak és az intézménytelenítés, mely láthatóvá tette azokat a nagy intézmények és elmeorvóházakban elzárta, izoláltan mentális problémával élő egyének jelenségét. A nagy pszichiátriai intézmények fénykora

a 19. századra tehető, a klinikai beszámolókon kívül alig találhatók olyan leírások, melyek az érintettek saját beszámolóin alapultak. Az intézményrendszer léte a szakemberek által teremtett narratíván alapultak, melyek mellett más narratíva nem érvényesülhetett. A felhasználó mozgalmak egyik jelentős alakja, Patricia Deegan szerint a felépülés definíciója: *„A felépülés egy folyamat, egy életmód, attitűd, annak a módja, ahogy a mindennapok kihívásaihoz közelítünk. Ez nem egy egyenes irányú tökéletes út. Alkalmanként elbukunk ezen az úton, visszazuhanunk, majd újra összeszedjük magunkat és újrakezdjük. A felépülés annak a folyamatos igénye, hogy legyőzzük a saját fogyatékoságunk jelentette kihívásokat, hogy újraépítsük saját integritásunkat és értelmet adjunk életünknek a fogyatékoságunk jelentette gátak között is. A felépülés az inspiráció az életre, a munkára, a szeretetre és szerelemre egy olyan közösségben, melyhez mi magunk is hozzájárulhatunk”* (Deegan, 1988:15).

Ebben az időszakban nagyon nagy szakadék volt az intézmények lakói és a személyzete között, kommunikációs készségekben, verbális és írott kultúra eszközeihez való hozzáférésben és főként az intézményrendszer hatalmi viszonyaiban. Időnként egy-egy performanszon vagy szépirodalmi értékkel bíró alkotáson keresztül, vagy egy-egy tehetséges szakember beszámolója által kapott a nagyközönség képet a mentális problémák jelenségéről, természetéről. A monumentális elmeegógyintézetek felszámolását követően a mentális problémával élő személyek a társadalmi jelenléte egyre érzékelhetőbbé vált, az általános iskolázottsági szint egyre magasabbra tolódott, a kommunikációs technikák rohamos fejlődésnek indultak, ezek elérése egyre természetesebbé vált, ezzel párhuzamosan kezdtek el megjelenni a saját élményen alapuló beszámolók, leírások, műalkotások és a szakmai tanulmányok. Ez a folyamat jelentősen hozzájárul egy újfajta szemlélet kialakulásához, mely elősegítette a Felépülés modell létrejöttét.

Jean-Pierre Wilken szerint a Felépülés modell kétirányú (szakmai és felhasználói), egymást kiegészítő folyamat. Szerinte azok a törekvések melyek mentén a nagy, zárt intézményeket fokozatosan felszámolták, ahogy elterjedtek a közösségi alapú pszichoszociális szolgáltatások, és amelyek mentén átfogalmazódott a mentális problémával élő emberek és az őket támogató szakemberek szerepe, sok hasonló vonást mutat a felépülés modellfelhasználói mozgalmak által képviselt törekvéseivel (Wilken, 2012).

A modell a hagyományos klinikai megközelítéséhez képest jelentősen tágabb nézőpontból szemléli a mentális problémával élőket. A különböző pszichiátriai diagnózisok megállapításához szükséges tüneteken túl nagyon fontosnak tartja az identitás, az önértékelés, a közösségben betöltött szerepek kérdését. A kezelés nem csupán a tünetek visszaszorítására koncentrálódik, számos esetben az életminőség növelése vagy az érintett által fontosnak tartott identitás fenntartása a valódi cél, akár a tünetek jelenlétének változatlansága mellett is. A felhasználói mozgalmak sokszor éles különbséget tesznek a pszichoszociális rehabilitáció és a Felépülés-modell között. A pszichoszociális rehabilitáció egy korszerű szakmai beavatkozás sorozat, mely főként közösségi-alapú egészségügyi és szociális szolgáltatásokon keresztül történik. Ezzel szemben a Felépülés-modell nem feltétlenül kötődik össze professzionális szolgáltatásokkal. A modell alapja mentális betegségben való felépülésben az egyéni út megtalálására fókuszál, mely a klinikai és szakmai világ által nyújtott segítségnyújtási formáknál tágabb lehetőségek között segít egy új egyensúly megtalálásában. A Felépülés-modell a ma korszerűnek tekintett közösségi ellátásokon is túlmutat (Bugarszki, 2013).

A Felépülés modell szakmai meghatározásának leggyakrabban használt definíció William A. Anthony nevéhez köthető: *„Egy mentális problémában érintett ember képes felépülni annak ellenére is, hogy betegségéből nem gyógyul fel. A felépülés az a folyamat, melynek során kielégítő, reményteljes és odaadó élete lehet valakinek, annak ellenére, hogy meglévő problémái gátat szabnak ennek. A felépülés az a folyamat, ami a mentális problémák katasztrofális hatásain túl is képesek új értelemmel megtölteni valaki életét”* (Anthony,1993: 16).

Ez a fajta új megközelítés a szakemberek számára abban jelent változást, hogy a hagyományos klinikai megközelítések elsősorban a különböző tünetek alapján ragadják meg a problémát, ezáltal a betegség kezelése is tünetek felszámolására vagy legalábbis visszaszorítására koncentrál. Ezzel szemben a felépülés modell sokkal szélesebb spektrumon próbálja megragadni az érintettek életét, az önbizalom, az identitás, a közösségben betöltött szerepek visszaállításának, helyreállításának lehetőségét keresve, akár a tünetek jelenlétének változatlansága mellett.

Harangozó Judit tanulmányában (Harangozó, 2013:188) próbálja definiálni a közösségi pszichiátria ellátás tartalmát: *„a felépülés értékeire alapozva, a betegek természetes környezetében történik, tényeken alapuló hatásos biopszichoszociális szakmai eszközök*

alkalmazásával”. Vagyis Harangozó szerint a közösségi pszichiátriai ellátás során fontos lenne a felépülés értékeit megvalósítani, viszont a szakmai keretek (pszichoszociális rehabilitáció) figyelembevételével. Ennek egyik fontos gyakorlati megjelenése a személyes célokra alapozott gondozási munka, ahol az előrehaladás legfontosabb fokmérője a személyes célok megvalósulása üteme és mértéke. Az egyéni célok megvalósulása érdekében a gondozási folyamatban részt vevők (közösségi gondozó(k)/terápiás munkatárs, kliens, hozzátartozók) közösen készítik el a gondozási tervet, melynek központi eleme az ellátott személyes céljainak elérése (Harangozó, 2001). „*Azt lehet mondani, hogy a felépülés értékei, így az emberi méltóság, a méltányos bánásmód, az empowerment, a remény, a személyes szükségletek tisztelete és integrálása a segítő folyamatok során, a személyes szükségletek tisztelete és integrálása a segítő folyamatok során, az önsegítő aktivitás, a stigma- és diszkrimináció-mentesség nagyon jelentős tényezői a segítő munka hatékonyságának.*” (Harangozó, 2013:187).

| A felépülés tartalmi elemei | A felépülés-alapú attitűdök | A felépülés-alapú jó gyakorlat |
|---|--|---|
| személyes szabadság, szabad döntések, méltányosság | személyközpontú elvekre épülő szimmetrikus kapcsolat | Ösztönző (pl. alacsony küszöbű, méltányos, pozitív megerősítésekre alapozott), nem korlátozó szolgáltatások, amelyek a legkevesebb stigmát okozzák. Az ösztönzés és a változás elsősorban a pozitív megerősítések tudatos és helyénvaló alkalmazásával érhető el a gondozásban, rehabilitációban. |
| | szükséglet-alapú ellátás | Személyes célokra alapozott gondozási terv és kezelési terv, amelyben a beteg és természetes segítőinek felelős részvétele is rögzített. |
| | a méltányosság biztosítása | Az emberi méltóság fenntartásához szükséges eszközök megteremtése |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | | (lakhatás, ápolás, önellátás), méltányos bánásmód, hatékony kommunikáció |
| | a szakemberek kockázat-küszöbének és a mindenért való felelősség-érzet csökkentése | A beteg és hozzátartozói döntéseiért nem viselhetünk minden esetben felelősséget. A szakember azért felelős, hogy a szakmai eszköztárat megfelelően használta-e a beteg helyes döntéseinek segítése és az együttműködés biztosítása érdekében. A terápiás megállapodások, a gondozási terv írásos formában sokat segít a kockázati „határok” kijelölésében és az együttműködésben. A szolgáltatások protokolljainak és a minőség-ellenőrzésnek ki kell terjednie e területre. |
| kompetencia | minimális támogatás, maximális tanulás | Készségfejlesztés, pszichoedukáció: minden lehetséges esetben a beteg készségfejlesztésére törekszünk ahelyett, hogy megoldanánk helyette a problémáit, még akkor is, ha ez időigényesebb. |
| | szimmetrikus kapcsolat, felelős részvétellel | Megállapodás a gondozás tartalmáról, utasítás helyett tárgyalások, a beteg és a hozzátartozók felelős részvételének biztosításával, problémamegoldó tréning a jó döntések és a kompetencia fokozása érdekében. |
| | hatékony szakmai intervencióhasználata, a megszokott, de kevésbé tényeken | A remisszió elérése és fenntartása, a visszaesések megelőző szolgáló stratégiák |

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| | alapuló ellátás rovására | |
| önbizalom | humanisztikus megközelítés (a hiányosságok hangsúlyozása helyett a változásra való képesség, az erősségek feltárása, az egészséges személyiségrészek felfedezése és az erre való támaszkodás) | az önkép javítását, a negatív kogníciók áttörését, valamint a személyes célok teljesülését, a családi kommunikáció javítását célzó stratégiák, pozitív megerősítésekre épülő terápiás és rehabilitáció munka támogató környezet (network) kialakítása, kevésbé stigmatizáló szolgáltatások szervezése |
| önsegítés | az önsegítő kapacitás feltárása, támogatása, a meglévő források és képességek használata, a hiányzók fejlesztése | önsegítő csoportok, készségelemzés, készségfejlesztés, személyes célokra alapozott rehabilitációs terv a beteg felelős részvételével |
| közösségi integráció | Közösségi alapú ellátás, amely a beteg természetes környezetében zajlik és a közösségi integrációt célozza meg. Az intézmény nem az első, hanem az „utolsó” megoldás. | Családgondozás, támogatott munkarehabilitáció, asszertív közösségi kezelés, a túlzott intézményhasználat kerülése, relapszus-prevenció |
| természetes kapcsolatrendszer | A hozzátartozók és a más természetes segítők partnerek az ellátásban és a gondozásban. A | A természetes segítők a gondozói munkacsoport tagjai, egyben a segítő munka célcsoportja is. A hiányzó „network” kialakítása a gondozási terv része lehet. |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| | gondozás és hatrehabilitáció fontos eleme a beteg körüli természetes „network” támogatása, ill. sz.e. kiépítése, amely a hosszú távú prognózis egyik fontos tényezője is. | |
| alacsony stigma | A felépülés állapota és a felépülés-alapú ellátás csökkenti a stigmát: a legjobb stigmacsökkentése a hatékony rehabilitáció | hatékony, bizonyítékokon alapuló pszichoszociális és biológiai intervenciók egy felépülés-alapú ellátórendszerben tudatos stigmacsökkentő stratégiák az intézmények és szolgáltatások fejlesztésekor, pl. a nagy intézményekben elkülönítetten folyó ellátás helyett kisebb és integrált szolgáltatások kialakítása. |
| érték, remény, attitűd | Pozitív kommunikáció, motiválás, jó gyakorlat | A szakemberek felkészültek a mentális problémák felépülés-szakirodalmából, ismerik a környezeti hatások kedvező és kedvezőtlen voltát (pl. a gén-környezet kölcsönhatások szakirodalmából), ismerik az alternatív ellátásokat és eredményeiket (pl. Sotéria, Hanghallók mozgalma), befogadók a másfajta nézőpontokkal (pl. vallási nézetek, kulturális eltérésekből adódó elképzelések, spirituális nézőpontok) szemben, és képesek reményt adva kommunikálni a |

| | | |
|--|--|--|
| | | mentális problémákról, ösztönözni, pozitív megerősítéseket adni. |
|--|--|--|

2. táblázat A felépülés értékeinek megjelenése az ellátás szemléletében és gyakorlatában (Forrás: Harangozó, 2013)

A táblázatból jól kiolvasható a felépülés-alapú szolgáltatások felépítése, attitűdjei és gyakorlati megvalósíthatósága. A felépülés-alapú ellátások kialakításánál, létrehozásakor és a későbbiekben a működtetésekor fontos szempont az érintettek bevonása.

3.4 Pszichiátriai rehabilitáció

A pszichiátriai rehabilitáció célja, amennyire megvalósítható a pszichiátriai korlátozottsággal élők számára lehetőséget biztosítson, hogy társadalomba visszailleszkedjenek, s lehetőségük legyen, hogy teljes életet élhessenek. A rehabilitáció összekapcsolja a mentális betegséggel élő egyének számára fontos egyéni célokat azokkal a szolgáltatásokkal, amelyek csökkentik a korlátozottságot és a felépülés irányába mutatnak (Lieberman, 2010).

A hasonló betegséggel élő emberek körében is jelentős eltérések mutatkozhatnak a képességek hanyatlásának vagy korlátozottságának, és ebből adódóan a szükséges rehabilitáció mértékében. Különbségek adódhatnak a betegségek súlyosságában, krónikusságában, vagy a betegség lefolyásában, és a gyógyszeres kezelésre való reagálásban is. A rehabilitáció formáját és időtartamát az intelligencia, a tanulási készségek, a társas életben alkalmazott kompetenciák, a kognitív működés, a fejlődési kórtörténet, a neveltetés, a kulturális és etnikai háttér, a társadalmi osztály és anyagi helyzet, a családi támogatás és a jelenlegi élettel való elégedettség különbségei is meghatározzák. Továbbá a mentális egészségügyi ellátás és a közösségi források elérhetőségének különbsége is meghatározza, hogy a felépülés útján milyen utat tesz meg az egyén, és mennyi ideig tart. Azáltal, hogy az emberek értékrendje és személyes céljai is különböznek, a kliensek nem egyformán fognak haladni a felépülés kontinuumán (Lieberman, 2010).

3.5. Interprofesszionális együttműködés

Napjainkban az emberi problémák komplexitása, az élethelyzetek sokrétősége hívja elő azt a segítő kapcsolatokat érintő sajátosságot, hogy egy klienssel több szakember is kapcsolatba kerül. Fontos, hogy a szakemberek tapasztalataikat, véleményüket egymással megbeszéljék a kliens és saját maguk érdekében is. A pszichiátriai betegek ellátása területén mivel különböző végzettségű és más-más kompetencia határral rendelkező szakemberek vesznek részt egy kliens életében az együttműködés kifejezetten fontos és elengedhetetlen.

Az interprofesszionális együttműködés feltétele a saját szakmának alapos ismerete, a saját szakmával való feltétlen azonosulás. A hatékony együttműködés feltétele, a szakemberek saját szakmai felsőbbrendűségébe vetett hitüknek feladása, nyitás más szakmákkal való együttműködés felé. A különböző szakmák képviselői más és más szerepet töltenek be a társadalom rendszerében. Annak érdekében, hogy a problémák megoldása magasabb szintre kerüljön, a szakembereknek szükséges felismerniük, hogy szakmája különbözik más szakmáktól (Budai, 2009).

A társadalomban jelen vannak olyan sztereotípiák, melyek a szakmákat hierarchizálják, vagyis egyes szakmákat a másikkal alsóbbrendűnek, másokat felsőbbrendűnek ítélik meg. Igaz, hogy az egyes szakmák elsajátításához eltérő idejű és felépítésű oktatásra és képzésre van szükség, a fizetések és munkakörülmények pedig különbözőek, de ez abból is következik, hogy a társadalomban betöltött szerepük, funkciójuk különbözik egymástól.

Az interprofesszionális együttműködés kapcsán fontos megemlíteni azt, hogy minden szakmának meg van a saját hatásköre, befolyásolási és felelősségi határa. A hatékony interprofesszionális együttműködés során a kliens érdekében minden együttműködő figyelmet fordít arra, hogy ne saját hatalmi pozícióját tartsa szem előtt, és hogy ezt meg tudja osztani a többi együttműködő szakemberrel. Minden szakma képviselőjétől fontos egy nyitottság, hogy értékelni tudja a másik szakma képviselőinek munkáját, tevékenységét az együttműködés és a célok megvalósulása érdekében (Tom Hopkins, 2001). Az interprofesszionális együttműködés közvetlen a szakmát gyakorló dolgozóktól és vezetőik tapasztalatából ered, s úgy alakult ki, hogy próbáltak egyre jobb szolgáltatásokat nyújtani. Mivel ez az együttműködési forma a gyakorlatból ered a készségeket, képességeket, az interprofesszionális tudást a cselekvés közben, saját élmények, tapasztalatok megszerzése során lehet elsajátítani, igazán megtanulni (Budai, 2001).

4. Mentális problémával élő egyének ellátása Európában

GYEMSZI kiadványának A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában (Rendszerelemzési Főosztály, 2013) áttekintését alapul véve kívánom röviden bemutatni a mentális betegek ellátásának alakulását, jelenlegi helyzetét Európában.

Elmondható, hogy Európában jelentős erőfeszítések érezhetők annak érdekében, hogy a krónikus mentális betegséggel élő egyének számára igénybe vehető ellátások súlypontját elmozdítsák a pszichiátriai kórházakból a közösségek felé. A deinstitutionalizáció és a közösségi alapú ellátás nyújtása a mentális egészségügyi reformok egyik jelentős kihívása.

2005-ben az Európai Unió a lakosság mentális egészségének javítása érdekében Zöldkönyvet tett közzé, amelyben egyértelműsítette a mentális egészségügyre vonatkozó stratégiát és a tagállamok és az Európai Bizottság közötti információcserére és együttműködésre keretrendszert mutatott be (Council of the European Union, 2011).

2008-ban „A Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma” (European Pact for Mental Health and Well-being) a társadalmat a megbélyegzés és a társadalmi kirekesztés leküzdésére szólította fel a társadalomba beágyazott mentális egészségügyi szolgáltatások segítségével. Jelenleg Európában széles körű konszenzus abban, hogy a krónikus mentális problémával élő személyek ellátása a közösségi alapú szolgáltatásokon keresztül tud megvalósulni hatékonyan.

Egyesült Királyság

Jelenleg Angliában a mentális egészségügyi szolgáltatásokat elsősorban a National Service Framework for Mental Health (NSH) és a helyhatóságok nyújtják, de az önkéntes és a magánszektor is részt vállal benne. Az NSH mentális egészségügyi trösztök nyújtják a fekvőbeteg ellátást, a közösségi és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtanak és bentlakásos ellátó központokat, nappali kórházakat működtetnek. A fekvőbeteg pszichiátriai ellátás különböző intézmények (pl. általános kórházak, pszichiátriai kórházak, különálló ellátó egységek) akut osztályain történik. Önálló életvitel elősegítése megteremtése érdekében támogatott lakhatási lehetőségeket biztosítanak, különböző

lakhatási lehetőségek a kliensek állapotától függően (segítói jelenléttel, vagy anélkül), átmeneti időszakokra hostelek, családoknál való elhelyezésekkel biztosítják.

Közösségi mentális egészségügyi csoportok működnek, akik értékelik és kezelik a klienseket otthonukban vagy a közösségben, ahol élnek. Az angliai modellben fontos szűrő, közvetítő és figyelő szerepe van a házi orvosoknak, ezért mentális alapellátási szolgáltatások érhetők el, akik támogatják a házi orvos munkáját és segítik a mentális betegséggel élő egyének ellátásában. Válságmegoldó csoportok működnek (CRT), melyek multidiszciplináris csoportok, rövidtávú, intenzív támogatást nyújtanak, egész napos elérhetőséggel. Fontos szerepet kapnak a saját élményen alapuló segítők és hozzátartozók egymás segítésében.

Franciaország

A pszichiátria ellátás területén 1970-es évek végén Lillében, az Armentieres állami kórház és egy magán nonprofit szövetség (AMPS, Orvosi Pszichoszociális Szövetség) együttműködéséhez követhetőek a reform megjelenése. Az AMPS helyi tanácstagokból, mentális egészségügyi szakemberekből, szociális munkásokból, a szolgáltatások felhasználóiból és a pszichiátriai gondozók munkatársaiból állt. A cél a deinstitutionalizáció és a közösségi alapú ellátás megvalósítása volt. Franciaországban a mentális egészségügyi szolgáltatásokat az egészségügyi szektor és a megváltozott munkaképességűek fenntartott mediko-szociális szektor biztosítja, az ellátás megvalósulása területi szervezési elv alapján működik. Országszerte ambuláns ellátó központok találhatóak, és központosítva vannak a pszichiátriai kórházak is. A francia rendszer fő jellemzője a folyamatos elérhetőség, a nap 24 órájában elérhető szociális ellátás munkatársai, akik segítik az egészségügyi ellátások igénybevitelét szükség eseté. A házi orvosoknak itt is jelentős szerepe van, számos pszichológiai problémát ők látnak el, továbbá fontos szerepe van a magán szektornak is (magán pszichológusok ill. pszichiáterek) a pszichiátriai járó beteg ellátásban.

Norvégia

Az elmúlt évtizedekben Norvégiában is jelentős változások történtek a mentális problémával élő emberek ellátása területén, itt is szintén megfigyelhető a tendencia, hogy hangsúly a nagy pszichiátriai osztályok felől a helyi pszichiátriai szolgáltatások felé

mozdultak el. Az új típusú rendszer a közösségi alapú ellátások köré szerveződött, a nagy kórházközpontok szerepe a válsághelyzetek kezelésére és a különleges igényű betegeknek nyújtott szolgáltatásokra szűkölt. A bentlakásos intézményekben élő egyének száma csökkent. A szolgáltatásnyújtást decentralizáltan valósították meg, közösségi mentális egészségügyi központokat hoztak létre (Distriktpsychiatrie Centre), közösségi szolgáltatásokat minden érintett számára elérhetővé tették. Foglalkoztatásra is nagy hangsúlyt fektettek, minél többen tudjanak valamilyen értelmes tevékenységet folytatni. A házi orvosnak itt is jelentős szerepe van a mentális betegséggel élő emberek problémáinak észlelésében, felelős az orvos-beteg kapcsolat folyamatosságáért, a betegutak követése is az ő feladatuk.

Fontosnak tartják betegszervezetek és jogvédő csoportok részvételét a mentális egészségügyet érintő kormányzati munka minden szintjén. Prevencióra is nagy hangsúlyt fektetnek, információs stratégiákat készítenek és oktató kampányokat alkalmaznak. Az érintettek és hozzátartozóik bevonása Norvégiában is hangsúlyos.

Olaszország

A pszichiátriai reformok Olaszországban 1970-es években történtek meg, mely jogszabály megalkotáshoz köthető. A pszichiátriai osztályok nem külön álló intézményként, hanem általános kórházakban működnek, az ágyszámot drasztikusan lecsökkentették, maximum 15 férőhellyel működhet, ezzel párhuzamosan a kényszerfelvételek eljárási is szigorodtak. A pszichiátriai ellátásra földrajzilag meghatározott területeken közösségi mentális egészségügyi központokat hoztak létre. Az olaszországi reform fő színhelye Trieszt volt, ahol a pszichiátriai kórházakat bezárták és új közösségi szolgáltatási hálózatokat hoztak létre, melynek célja a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek egészségügyi és mentális szükségleteinek kielégítése, nagy hangsúlyt fektetnek a rehabilitációs jellegű foglalkozásra és a sportterápia fontosságára.

Spanyolország

Országos szinten a mentális egészségügyben 1983-ban kezdődtek a reformok a Pszichiátriai Reform Miniszteri Bizottságának létrehozásával, a reform célja a közösségi alapú szemlélet befogadása és a mentális egészségügy integrálása a többi egészségügyi ellátással. Spanyolország egészét tekintve a mentális egészségügyi szolgáltatásokat 17

decentralizált régió önállóan szervezi, a pszichiátriai ellátást a pszichiátriai nappali kórházakban, ambuláns ellátó központokban, ambuláns rehabilitációs központokban, foglalkoztatási és pszichoszociális központokban nyújtják. A reform megerősítésében nagyon hangsúlyos szerepet kapnak az érintettek és hozzátartozóik, kiemelten fontosnak tartják a mentális betegségek ellátásában a méltányosság és a minőség javítását, a korlátozó intézkedések terén a betegek méltóságának legmagasabb fokú tiszteletben tartását.

Svédország

Svédországban a jelenlegi rendszer integrált járó-és fekvőbeteg ellátást nyújt közösség alapú ellátó egységekben, melyek csak kevés férőhely (ágy) számmal rendelkeznek. Elsődleges szempont, hogy a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférés minden érintett számára könnyen elérhető legyen, integrált módon működik az ellátás, család és a kliens környezetében rejlő erőforrásoknak fontos szerepet tulajdonítanak. Az ellátás megvalósulása a kliensek otthonában, környezetében történik, lehetőség szerint a szolgáltatásokat helyben nyújtják. A járóbeteg ellátás fontos részét képezik a nappali tevékenységek, a csoportban végzett munka, valamint a család-és hálózat-orientált munkamódszer. A fekvőbeteg ellátó intézmények felelősek a krónikus betegek fekvő-és járóbeteg ellátásáért egyaránt. Az ellátás elsősorban a járóbeteg ellátás irányába tolódott el, e köré szerveződik a közösségi alapú ellátás, nappali intézmények, támogatott lakhatás.

Lengyelország

Lengyelországban a mentális egészségügyi ellátás a beteg állapotától függően történhet járó beteg rendelőkben, nappali pszichiátriai osztályokon, a beteg otthonában, a közösségben és fekvőbeteg ellátásban. Az egészségügyi és a szociális szektorban a mentális szolgáltatások integrációja még fejlesztést igényel. Az elmúlt évtizedekben érezhető az elmozdulás az intézményesített ellátástól a közösségi alapú mentális egészségügyi ellátás felé, továbbra is az intézményesített ellátás dominál. A mentális problémával élő embereket általában mentális szakrendelőkben gondozzák, melynek száma 2000 és 2007 között megduplázódott. A szolgáltatások elérhetőségét akadályozza a közösségi ellátások alacsony száma és a közösségi ellátási formák hiánya.

5. Közösségi típusú ellátások Magyarországon

A pszichiátriai betegségekkel való foglalkozás, törődés láthatóan kezdetektől az egészségügy feladata volt, ez a dominancia manapság is érezhető, de a szociális szolgáltatások, ellátások megjelentek ezen a területen is, együttműködést feltételezve az egészségüggyel. Az első szociális törvény 1993-ban készült el, a pszichiátriai betegek ellátásai között olyan ellátásokat említ, mely korábban is működtek: pszichiátriai betegek bentlakásos és pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményét. A szociális törvény az évek előre haladtával további ellátásokkal bővült, 1997-ben a pszichiátriai betegek átmeneti otthona, majd 1999-ben a pszichiátriai betegek nappali ellátása és pszichiátriai betegek lakóotthona került megnevezésre, mint új típusú ellátás hosszantartó mentális problémával élő emberek részére. 2004-ben nevesítve lett a közösségi pszichiátriai ellátás. Az új ellátási formák megjelenésének célja az volt, hogy fokozatosan kiváltsák a korábbi, korszerűtlenebbnek tűnő intézményrendszert (Bugarszki, 2004). Ehhez a szemlélethez csatlakozva 2013-ban a szociális törvényben megjelent a támogatott lakhatás is.

Amíg Nyugaton már az 1960-as évek eleje a közösségi pszichiátria felvirágzásának időszaka volt, addig Magyarországon csak 2004-ben jelent meg a szociális törvényben a pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás, mint szociális szolgáltatás a közösségi pszichiátria részeként. Igaz, hogy pszichiátriai betegek nappali intézményei néhány évvel korábban megjelentek törvényi szinten, viszont a gyakorlatban elenyésző mértékben voltak jelen és törvényileg kevésbé konkretizálva feladatát, módszertanát, ezáltal az a jellemző, hogy az adott nappali intézmény határozhatja meg milyen irányvonalat követ. Hazánkban a közösségi pszichiátriai ellátás mind törvényi háttérét, mind módszertanát tekintve alaposan kidolgozott, keretekre épül, a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó munkatársaknak kötelező részt venni egy szakirányú képzésen is. Ahol a törvényi kereteket és a módszertani ismereteket van lehetőségük elsajátítani. Mivel egy helyen működő közösségi ellátás és a pszichiátriai nappali intézmény (nem azonos), de hasonló célcsoportot lát el, ezért célszerű, hogy a közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai betegek nappali ellátása integráltan működjön, közösségi pszichiátriai ellátás módszertanát követve.

A magyarországi közösségi pszichiátriai alakulásáról beszélve kihagyhatatlan Dr. Harangozó Judit személye, aki az 1991-ben alakult Ébredések Alapítvány vezetője. Az Alapítvány 1995 óta innovációs misszióval működő bölcsőszervezetnek definiálja magát, partnereivel közösen hozták létre a közösségi pszichiátriai ellátást hazánkban. Kezdetekben Ian Falloon aktív segítségével (workshopok, mely során elméleti és gyakorlati tudását próbálta átadni az érdeklődőknek, közös publikációk magyar szakemberekkel), majd magyar viszonyokhoz adaptálva törvényi háttérrel is sikerült kialakítani, ezáltal létjogosultságot nyert ez az ellátási forma. A közösségi pszichiátriai ellátás multidiszciplináris team segítségével valósulhat meg a team a minimálisan szükséges segítséget adja, építve a közösségi erőforrásokra. A közösségi pszichiátriai ellátás meghatározó elemei a rogers-i alapelemek: empátia, őszinteség, kongruencia kiegészülve a strukturált tájékoztatással, hozzátartozók bevonásával (Sz. Makó és Kerekes, 2013).

Harangozó (2001) szerint a közösségi pszichiátriai gondozás főbb terápiás eljárásai:

- Az ellátás személyre szabott, egyéni szükségleteket, az egyén társas erőforrásait figyelembe véve, közös döntés (kliens és segítő) alapján születik meg
- Fontos egy optimális gyógyszeres kezelés beállítása, a tünetek enyhítésén kívül a megfelelő életminőség fenntartása mellett.
- Rendszerszemléleten alapuló családgondozás és konzultáció, a mikrokörnyezet bevonásával (család, barátok, lakókörnyezet).
- Team munka standard formái, fontos lenne és a hatékony pszichiátriai gondozás érdekében elkerülhetetlen az adott ellátottal foglalkozó szakemberek közötti kommunikáció, együttműködés, lehetőség szerint team munka (pszichiáter szakorvos, pszichológus, szociális munkás stb.). Harangozó Judit szerint amennyiben ez lehetséges a legjobb, ha adott stábon belül meg tud valósulni.
- Pszichoedukáció, mint strukturált információnyújtás a beteg és környezete számára. Célja a betegség természetének, tüneteinek megértése, ezáltal aktív együttműködés kialakítása, növelése a beteg egyéni céljainak elérése érdekében.
- Stressz-kezelési technikák megismerése, elsajátítása, elsősorban kognitív és viselkedés terápiás módszerek alkalmazásával.
- Krízisintervenció, a kliensek és mikrokörnyezetének bevonásával és kliens beleegyezésével történjen.

- Specifikus kognitív-és viselkedésterápiás módszerek alkalmazása, szorongás, depresszió, kényszerbetegségek kapcsán.
- Betegek érdekvédelmének jelenléte (Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum).

A közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai betegek nappali ellátásának célcsoportja az otthonukban élő, intenzív támogatást igénylő nem veszélyeztető állapotú hosszan tartó mentális problémával élő emberek, akik pszichiátriai kezelés alatt állnak, állapotuk ambuláns szakorvosi kezelés alatt egyensúlyban tartható, de a szükségleteiknek megfelelő életvitelük és rehabilitációjuk és szociális biztonságuk csak intenzív közösségi ellátással vagy nappali ellátással segíthető optimálisan. Törvény szerint a célcsoporthoz tartoznak: olyan szociális intézményben élő, lakóhelyi reintegrációra alkalmas ellátottak (gyakorlatban elég elenyésző számú ellátottat érint ez a kategória), illetve bentlakásos intézményi elhelyezésre váró krónikus pszichiátriai betegek, akik az önálló életvitel fenntartásához fokozott támogatást igényelnek (Csicsely és Bódy, 2016).

A közösségi pszichiátriai ellátást azért is nevezzük közösséginek, mert a kliens problémája csak a környezetével szoros összefüggésben érthető meg, a környezet megismerése sok olyan fontos információval szolgálhat, amely a szakemberek szerint segítséget jelenthetnek a segítségnyújtás folyamatában. Fontos a kliens valódi szükségleteinek feltérképezése, az egyén és környezete közötti kölcsönhatások rendszerét. A kliens és lakókörnyezete/hozzá tartozói erőforrásait. A közösségi pszichiátriai gondozás további célja a tartós intézményi tartózkodás megelőzése, a kliens gondozása során az intézményes lehetőségekkel szemben a természetes segítők közreműködését és az egyéni megoldásokat szorgalmazza (Bugarszki, 2003).

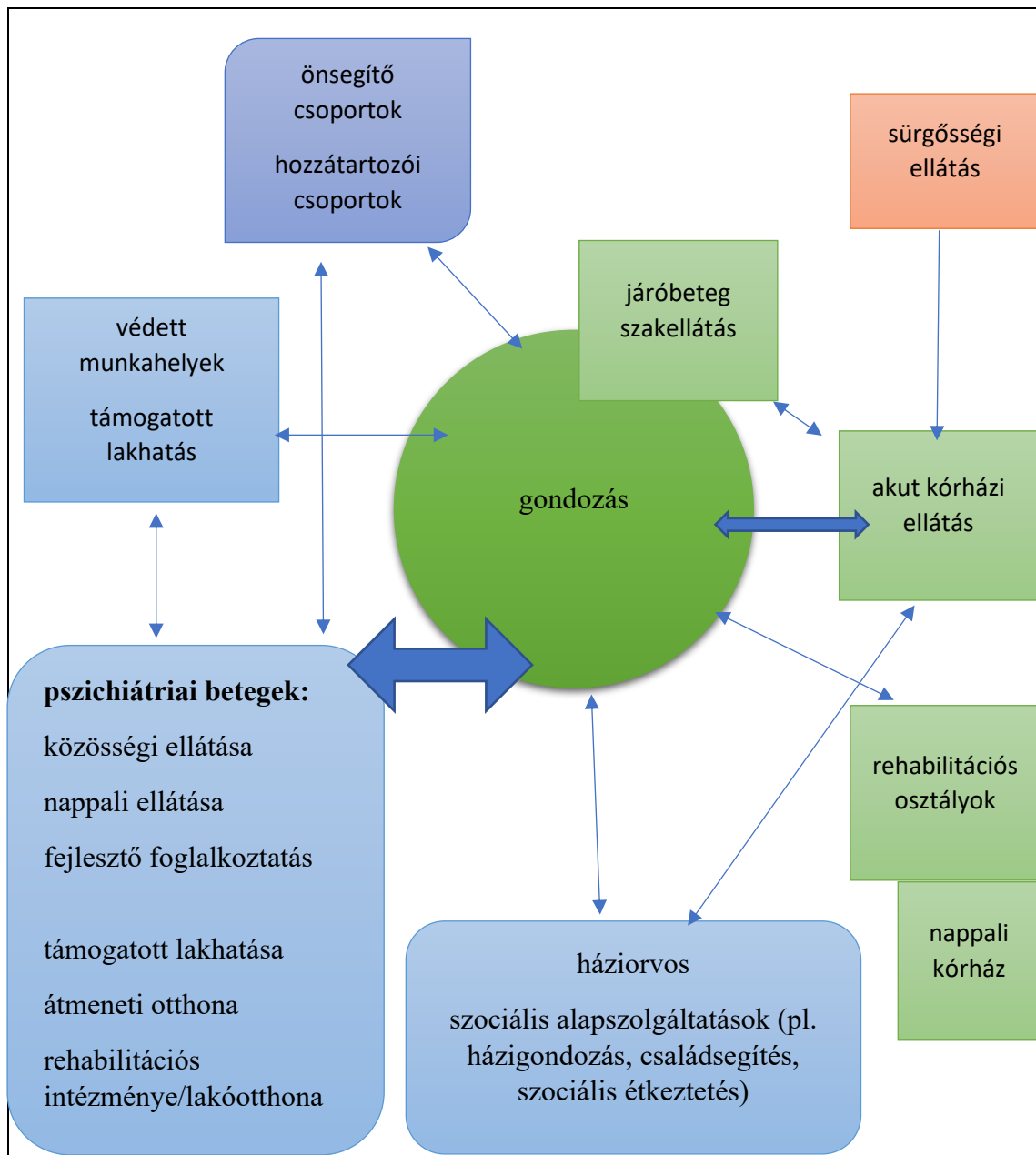
A magyar viszonyokra vetítve az ACT esetmenedzseri modellt, a felépülés modell szemléletével átítatva nevezhetjük közösségi pszichiátriai ellátásnak (de ez hazánkban is változó lehet fenntartótól, ellátási területtől függően). Hazánkban nappali programok pszichiátriai betegek nappali intézményeként jelenik meg. A munkába állítási programok főként a támogatott munkába állítási program a közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai betegek nappali intézményén belül megtalálható, továbbá a fejlesztő foglalkoztatás is jelen lehet mindkét ellátásban, fenntartótól függ és helyi igényekhez igazodva alakul.

A pszichiátriai rehabilitáció vezérelve, hogy a hosszantartó mentális betegséggel élő emberek is autonóm életet élhessenek, melyhez hozzátartozik a saját otthon, a megfelelő

oktatás, az „értelmes” munka, a szociális és intim kapcsolatok, valamint a társadalmi életben való teljes jogú részvétel lehetősége. A hosszantartó mentális betegséggel élő személyek többsége optimális farmakoterápia mellett is reziduális tünetekkel, kognitív deficittel, pszichoszociális problémákkal küzd. Az intézményi formák hatékonysága csökken azáltal, hogy a kliens a kezelés, ellátás alatt szociális környezetéből kiemelődik, ezáltal csak Ő maga kerül „kezelés alá”, a vele kapcsolatban álló személyek, hozzátartozói, támogató kapcsolatai nem. A rehabilitáció hatékonyságát komplex, integrált módon, a kliens családjával, közvetlen környezetével növelhető alapszolgáltatási szinten (pszichiátriai közösségi ellátása, pszichiátriai betegek nappali ellátása) azokra az erőkre építve, melyek a pszichiátriai betegséggel élő egyén és környezete meglévő, nem felszínen lévő forrásai (Harangozó, 2006).

Ugyanakkor fontos lenne, hogy a hosszantartó mentális betegséggel élő személyek segítséget kapjanak a mindennapi élet során felmerülő problémák kezelésében, megoldásában, megtanulják leküzdeni a számukra megoldhatatlannak tűnő problémákat, képessé váljanak kezelni a stresszhelyzeteket. Továbbá amennyiben lehetséges, képessé váljanak a családtagok, barátok és a szakemberek segítségével a mindennapi életvitelhez szükséges készségeket megtartani, illetve fejleszteni, úgy, hogy a betegség relapszusának, az egyén szociális funkcióinak és életminőségének mutatói javuljanak. A reszocializáció csak a közösségben lehet eredményes, az itt végzett rehabilitációs munka csökkenti a stigmatizációt motiválja a beteget és megtartja a családot (Bódy, 2012).

A farmako- és pszichoterápia mellett bizonyítottan jó hatással van a betegek gyógyulási folyamatára és rehabilitációjára a kreatív alkotás folyamata, illetve a létrehozott produktumok környezet által való elismerése. Az alkotási vágy alapvető emberi tulajdonság, és a kreatív- vagy művészetterápia feladata, hogy ezt a képességet a pszichiátriai betegséggel élő egyénekben újraélessze, lehetőséget biztosítson az alkotásokon keresztül az önkifejezésre. A kreatív foglalkozások jól illeszkednek a kognitív csoportpszichoterápia strukturált folyamataihoz, és teret biztosítanak az érzelmi önkifejezéshez, erősítve egymás pozitív hatását. A közösségi ellátásnak a medikális értelemben vett gyógyítás, kezelés nem célja, viszont az igen, hogy az egészségügyi elősegítse a kliensek számára a kapcsolattartást (Kovács és Váradi, 2012).



1. ábra A pszichiátriai gondozás egészségügyi és szociális kapcsolatrendszere, a nemzetközi és hazai sajátosságok tükrében. (Forrás: saját szerkesztés Váradi, 215:652 alapján)

6. Közösségi pszichiátriai ellátás módszertana

A közösségi pszichiátria ellátás módszertanának alapelvei az említett szociális törvényben rögzítve vannak, továbbá szakmai irányelvekben található meg részletesebben a módszertan pontos bemutatása, melyet időnként felülvizsgálunk és

pontosítanak. Ezeket felhasználva, továbbá a Közösségi gondozó és koordinátor képzési anyagát figyelembe véve mutatom be a hazai közösségi pszichiátriai ellátás módszertanát.

6.1 Gondozási terv

A közösségi pszichiátriai gondozás (célszerű, ha pszichiátriai betegek nappali intézményében történő gondozás során) gondozási terv mentén történik. A közösségi pszichiátriai ellátás rehabilitációs irányelve, hogy a kliens és hozzátartozók személyes szükségleteit helyezi előtérbe. Előfordulhat, hogy ezek a szükségletek nem azonosíthatók könnyen, ebben az esetben fontos, hogy közös feltárás során segíteni a klienst, hogy meg tudják fogalmazni szükségleteiket. A személyes szükségleteket a személyes célok tükrözik. A hosszú távú célok segítenek a rövidebb távú célok kitűzésében. Fontos, hogy legyenek rövidebb távon kivitelezhető célok, melyek közelebb visznek, hosszú távú célok, álmok megvalósulásához. A rövidtávú célok esetében fontos, hogy ezek rövid időn belül meg tudjanak valósulni, reálisak, vagyis könnyen elérhetőek és a kliens számára örömet okozzanak. A gondozási tervben meghatározott rövidtávú célok felmérését követően a célokat akadályozó kulcs problémák feltérképezése következik, ezek esetében általában megjelennek a beteg tünetei, mivel ezek akadályozzák a személyes célok megvalósulását. majd ezek elemzése után megoldásukra egy terv készül. A megoldási terv kivitelezésében megállapodás jön létre a klienssel és a hozzátartozóval. A gondozási terv fontos pontja a családtagok céljainak felmérése. A gondozás és rehabilitáció bizonyítottan akkor hatékony, ha családtagok, hozzátartozók, barátok vagy olyan személyek bevonásával történik, akik körülveszik a klienst. Fontos a család „megnyerése”, vagyis, ha úgy érzik, hogy nemcsak a „kliensünk” a fontos, hanem Ő róluk is szó van, vagyis Ők is gyarapodnak a gondozás által, helyzetük könnyebbé, élhetőbbé válik. Ez a rendszerszemléletű családgondozás révén valósulhat meg, melynek során megjelenítjük a gondozási tervben is a hozzátartozók személyes céljait, az eltérő célok esetén pedig közösen megtaláljuk a kompromisszumot, amely minden résztvevő számára megfelelő. A gondozási terv kidolgozásakor fontos felmérni a természetes segítők, illetve a közösségben rejlő erőforrásokat, és ezeket kell preferálni a gondozó szakemberek nyújtotta segítséggel szemben, ahol csak lehet. A gondozási terv egyes lépéseit aprólékosan meg kell tervezni, akár heti, kétheti bontásban. A rendszeres találkozásokkor mindig át kell tekinteni az előrehaladás mértékét, apró lépésekre kell bontani (Endre, 2016).

6.2. Állapot és életvitel felmérés

Célja a kliens és hozzátartozó(k) működésmódjainak, illetve a működést segítő és akadályozó területek felmérése az élet különböző területein. Első fontos lépés a kliens és hozzátartozó(k) rövidtávú, személyes, örömteli céljainak meghatározása. Ezeket a célokat akadályozó kulcsproblémák felmérése és elemzése, egy terv kidolgozása a személyes célok megvalósulása érdekében. Továbbá az állapot és életvitel felmérés során fontos körütekintően megvizsgálni a mindennapi életmódot, lakhatási körülményeket, közösségi kapcsolatokat, társadalmi életben való részvételt, kommunikációt, problémamegoldást, stressz terhelést/kezelést, betegség ismeretét, betegséghez való viszonyulást, hozzátartozókkal, lakókörnyezettel és barátokkal való kapcsolatot, compliance-t és kríziskezelést. Az állapotfelmérés során rajzolódik ki, hogy a mentális zavarral élő személy mit tud a mentális problémájának alapvető jellemzőiről, ismeri-e a mentális zavarának típusát, mit tud annak kialakulásával kapcsolatban, a problémát enyhítő, illetve súlyosbító tényezőkről és azok kezelés, rehabilitációs módjairól (Falloon, 1998).

A felmérés részét képezi az életminőség felmérése. Az életminőség felmérése során feltárássra kerül az esetleges szakadék, mely a tényleges tevékenységek és a vágyott tevékenységek között van (mit szeretne csinálni). A tényleges és az vágyott tevékenységek közötti szakadék feszültséggel töltheti el a mentális zavarral élő személyt és ez a feszültség motiválhatja a szükséges változtatások megtételére. Az állapotfelmérő beszélgetés során megismerhetjük azokat a pszichoszociális problémákat is, amelyek jelen vannak az adott személy életében. Így például a családi, párkapcsolati problémák, a baráti kapcsolatok terén jelentkező nehézségek, a szülői szereppel összefüggésben lévő nehézségek, az egészségi állapottal kapcsolatos gondok, a szabadidő eltöltésének nehézsége, a lakáshellyel kapcsolatos gondok, anyagi helyzettel, munkavégzéssel járó nehézségek stb. Összegezve a mentális zavarral élő ember pszichés állapotának a felmérése kulcsfontosságú. A gondozási (rehabilitációs) terv megalkotását megelőző elem (Bulyáki, 2018).

6.3. Szociális készségfejlesztések

A társadalmi életben való aktív részvételhez szükséges rendelkezni a szociális készségek széles tárházával. Ide sorolhatjuk az önellátást, a rendelkezésre álló pénzbeosztását, az új ismeretek elsajátítását (tanulást), segélykérést, a beszélgetést, a bensőséges viszony kialakítását, a munkavégzési készséget, a lakóhely fenntartását, a szabadidő aktív eltöltését. A pszichoszociális hátránnyal élő emberek esetén gyakran találkozunk az életviteli készségek zavarával, elégtelenségével. A sikeres életviteli készségfejlesztés hozzásegíti a mentális zavarral élő személyt ahhoz, hogy elérje személyes örömteli céljait, önállóbb működésre legyen képes, kevesebb családi és professzionális segítséget igényeljenek (Falloon és mstai, 1995).

A szociális készségfejlesztő tréningek az operáns kondicionálás és a szociális tanulás elméletén alapul, strukturált, tanuláson alapuló módszer. A tréning során a megcélzott viselkedést kisebb egységekre bontják, és az adott viselkedésegységet didaktikus instrukciókkal, modellezéssel, gyakorlással és ismétléssel, korrekatív visszacsatolással, pozitív megerősítéssel, otthoni gyakorlással tanítják meg. Ahhoz, hogy a szociális készségek fejlesztésével el lehessen érni a kívánt eredményt, fontos, hogy a tréningeljárások adott személyhez közel lehessen hozni, személyre alakíthatóak legyenek. A szociális készségfejlesztés pszichoszociális intervenciós tréningek formájában tud megvalósulni, melyet Ian RH Falloon-nal közösen kidolgozott módszertan tartalmaz. A közösségi pszichátriai ellátáson belül a klienssel és hozzátartozóival a közösségi gondozó tartja meg a tréningeket. A pszichiátriai betegek nappali ellátásán belül az adott csoporton részt vevő kliensekkel a terápiás munkatárs, követve a módszertant, használva a tréninghez kapcsolódó segédanyagokat.

6.4. Pszichoszociális intervenciók

Pszichoedukáció

Egy strukturált tréning, melynek során a mentális zavarral élő személyek és lehetőség szerint családtagjaik tájékoztatást kapnak az adott mentális zavarra vonatkozóan. A pszichoedukációs tréning alkalmazásánál akár egyénileg, családdal közösen vagy csoportosan történik elengedhetetlen része a orvossal való folyamatos egyeztetés és tréningbe való bevonása (Lieberman, 1994).

Kríziskezelés: a krízis, egy lehetőség, arra, hogy a kliensek megtanulják, hogyan lehet hatékonyan kezelni a későbbi krízishelyzeteket, illetve, hogyan lehet azokat elkerülni vagy megelőzni a kialakulásukat a jövőben. A pszichoedukációs tréning során feltárt korai figyelmeztető tünetekre építve a pszichiátriai betegséggel élő személlyel és hozzátartozójával közösen érdemes elkészíteni az állapotrosszabbodás során szükséges krízistervet. A krízisterv fontos eleme a korai figyelmeztető tünetek megnevezése, egy cselekvési terv készítése állapotrosszabbodás esetén, amit a kliens és hozzátartozója is elfogad, lehetőség szerint az Ő javaslatuk alapján készül el. Tartalmazza azt, hogy a korai figyelmeztető tünetek fellángolásakor kivel, melyik szakemberrel lép kapcsolatba a kliens, mi a teendő, melyet mindenki elfogad. Az állapotrosszabbodáskor jobb kimenetelt biztosít, ha pszichiátriai betegséggel élő személyek és hozzátartozóik már korábban elkészített krízisterv alapján tudja, hogy mi a teendő (Bulyáki, 2016).

Korai figyelmeztető tünetek felismerésének segítése

A periodikus lefolyást mutató mentális zavarok kimenete jobb prognózist mutat, ha az epizódok kezdete időben beazonosítható, s ezáltal kezelhető. Ezért fontos a közeledő epizód korai tüneteinek felismerése, azonosítása. A pszichoedukációs tréning során fontos kiemelt figyelmet fordítani a mentális zavarral élő személynek és hozzátartozóinak a korai figyelmeztető tünetekre vonatkozóan. (Falloon és mtsai, 1995).

Stresszkezelés

A stresszkezelés a készségfejlesztés egy formája, operáns kondicionálás és a szociális tanulás elméletén alapul, Robert Paul Liberman, Magyarországon pedig Mórotz Kenéz és Lajkó Károly a legismertebb képviselői. A pszichoszociális rehabilitáció legalapvetőbb technikája, szkizofréniával élő betegeknél bizonyítékokon alapuló, közepesen hatékony módszer. A stresszkezelési tréning során a megcélzott viselkedést először kisebb egységekre bontják, és az adott viselkedés-egységeket didaktikus instrukciókkal, szükség esetén modellezéssel, gyakorlással és ismétléssel, korrektív visszacsatolással, pozitív megerősítéssel, a tréning alkalmak közötti természetes környezetben történő gyakorlással tanítják meg. A készségek, melyeket a tréningeken való részvétellel lehet elsajátítani a gondozási tervben megjelölt személyes célok eléréséhez szükséges (Harangozó, 2013).

A súlyos mentális zavarral élő személyek kifejezetten sérülékeny kliens csoportba tartoznak. A sérülékenység (vulnerabilitás)- stressz modell, egy több szempontú megközelítés Nuechterlein és Dawson (1984), mely szerint a mentális zavarral járó károsodás megnyilvánulásának valószínűsége akkor a legnagyobb, amikor a sérülékenységi és a stressz tényezők kombinációja meghaladja az adott személy biopszichológiai alkalmazkodó képességét és kiváltja azokat a biológiai /viselkedésbeli válaszreakciókat, melyek az adott egyén betegségét jellemzik. A vulnerabilitás lehetséges okai: genetikai tényezők, biológiai/környezeti tényezők, a biológiai tényezők végső közös útja, pszichoszociális stressz faktor. A segítő tevékenység célja a mentális zavarral élő személy hozzásegítése a megfelelő stresszkezeléshez, ezek a készségek segítik a személyes örömteli célok elérését.

Kommunikációs tréning

A kommunikációs tréning során az új kommunikációs készségek fejlesztése és a meglévő hatékony készségek erősítése valósul meg. Lehetőség van módszertani segédlet segítségével elsajátítani az alapvető kommunikációs készségeket: hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a pozitív érzéseiket, a hogyan kérhetnek egymástól konstruktívan, hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben kellemetlen érzéseiket, megtanulhatják, hogyan figyeljenek hatékonyan a kommunikációs folyamatra, és a kommunikációban részt vevő partnerre (Wallace és Liberman,1985).

Asszertív viselkedés fejlesztése/ asszertív tréning

A tréning célja, hogy képessé tegye a mentális zavarral élő személyt arra, hogy ki tudja fejezni az érzéseit és szükségleteit olyan helyzetekben, amelyekben mások talán megfélemlítőnek, dominánsnak tűnnek. A személyes hatékonyság növelése fontos a mentális zavarral élő személyeknél, akiknél megküzdési- és érdek érvényesítésének készsége csorbulhat. (Liberman, 2010).

Problémamegoldó készsége fejlesztése

A gondozási folyamat során megjelölt célok eléréséhez szükséges feltárni a célokat akadályozó kulcsproblémákat, ehhez szükséges a probléma megoldó készségek fejlesztése.

Agressziókezelés

Az indulatkezelési stratégiák kognitív és viselkedéses intervenciókból tevődnek össze, eredményes lehet mind a megelőzésben és az agresszió kezelésében is (Bulyáki, 2018).

6.5. Életviteli készségfejlesztés

A társadalmi életben való aktív részvétel (a személyes örömteli célok követésével (lásd gondozási terv tevékenység leírását) interperszonális és szociális készségeket igényel. A közösségben való aktív élethez rendelkezniünk kell a szociális készségek széles tárházával. Ide sorolhatjuk az önellátást, a rendelkezésre álló pénzbeosztását, az új ismeretek elsajátítását (tanulást), segélykérést, a beszélgetést, a bensőséges viszony kialakítását, a munkavégzési készséget, a lakóhely fenntartását, a szabadidő aktív eltöltését (Falloon és mtsai 1998). A pszichoszociális hátránnyal élő emberek esetén gyakran találkozhatunk az életviteli készségek zavarával, elégtelenségével. A sikeres életviteli készségfejlesztés hozzásegíti a mentális zavarral élő személyt ahhoz, hogy elérje személyes örömteli céljait, önállóbb működésre legyen képes, kevesebb családi és professzionális segítséget igényeljenek.

Az alábbi táblázatban láthatóak a közösségi pszichiátriai ellátás feladatkörébe tartozó tevékenységformák.

| Megkeresés | Tanácsadás | Esetkezelés |
|--|--|--|
| Szakmai intézmények, lakókörnyezet közötti kapcsolat kialakítása | Életvezetési tanács nyújtása | Állapot, életvitel felmérése |
| Jelzőrendszer, közösségi munkacsoport működtetése, tájékoztatása | Életvitelre vonatkozó tanácsadás | Szükségletfelmérés |
| Esetkonferencia szervezése, esetvitel képviselő | Szociális tanácsadás, szociális ügyekben való segítség | Személyre szabott gondozási terv elkészítése |
| Antistigma- | Egészségügyi szolgáltatói tanácsadás, | Problémaelemzés, -kezelés |
| | | Krízisintervenció |

| | | | |
|--|--------------------|--|---|
| programok, rendezvények szervezése | szakmai | orvosi és/vagy szakorvosi konzultáció szervezése | Családi, társadalmi kapcsolatok fenntartásának támogatása |
| Tájékoztató közzététele, információ szolgáltatás | anyagok szakmai | Munkavállalási tanácsadás | Utánkövetés |
| | | Pszichológiai, jogi tanácsadás szervezése | Ügyintézés Munkahely feltárásának segítése, |
| | | | Munkavállalók utánkövetése |

3/a táblázat Közösségi pszichiátriai ellátás tevékenység formái 1. (Forrás: Herold és mtsai, 2018:30)

| Gondozás, mentális gondozás | Készségfejlesztés |
|---|--|
| Pszichoedukáció | Életviteli készségek fejlesztése |
| Korai figyelmeztető tünetek felismerésének segítése | Kommunikációs készségek fejlesztése |
| Stresszkezelés | Problémamegoldó készség fejlesztése |
| Agressziókezelés | Asszertív viselkedés fejlesztése |
| Gyógyszer-compliance segítése | Munkakereséshez és megtartásához szükséges kompetenciák fejlesztése |
| Speciális technikák: egészséges étkezési szokások kialakítása, alvási problémák kezelése, napi tevékenységek megszervezése | Szabadidő hasznos eltöltésének támogatása |
| Csoportmunka | Társas kapcsolatok kialakításának fejlesztése |

4/b táblázat Közösségi pszichiátriai ellátás tevékenység formái 2. (Forrás: Herold és mtsai, 2018:30)

7. Pszichiátriai nappali ellátás

A pszichiátriai betegek nappali ellátásának célja a hosszantartó pszichés problémával élő személyek számára olyan nappali ellátást nyújtása a szociális munka eszközzel, a szolgáltatást igénybe vevők egyéni szükségleteire válaszolva a közösség erejével komplex rehabilitációs tevékenységekkel vesz részt a pszichiátriai betegek felépülésében. A pszichiátriai nappali ellátás Magyarországon a közösségi pszichiátriai ellátás módszertanához igazodik, sajátosságai a szakmai ajánlásban találhatóak részletesen

kibontva. Szakmai ajánlás nevesíti azokat a szolgáltatási elemeket, melyek az adott nappali ellátás szerveződhet, mintegy keretet szabva annak, hogy adott tevékenységnek mi a tartalma a nappali ellátás nézőpontjából.

Esetkezelés

A szakmai ajánlás szerint az esetkezelés fogalma a nappali ellátásban egy olyan tervszerű segítői kapcsolat, mely az igénybe vevő/vevők szükségleteinek kielégítésére (problémájának megoldására, illetve céljai elérésére) irányuló, megállapodáson, illetve együttműködésen alapul. A célok eléréséhez és az esetleges újabb probléma megelőzések érdekében alapvető fontosságú feladat az igénybe vevő/vevők saját és támogató környezete erőforrásait és igénybe vehető szolgáltatásokat és juttatásokat feltérképezni és mozgósítani. Az egyéni esetkezelés keretein belül szükséglet- és állapotfelmérést követően készül el az egyéni célokra épülő gondozási terv. Az esetkezelés egyénre szabottan történik, az igénybe vevő egyéni szükségleteire fókuszálva, az egyéni erőforrások és megküzdési stratégiák mozgósításával. Pszichiátriai nappali ellátás esetében az egyéni esetkezelés során is jelentősége van a közösségben rejlő erőforrásoknak, szociális kapcsolatok bővítésének, családi kapcsolatok megerősítésének, annak érdekében, hogy az igénybe vevő tudjon kapcsolódni környezetéhez, számára fontos erőforrásként jelenjenek meg a környezeti erőforrások. Az igénybe vevő belső és külső erőforrásait tudja azonosítani, elérni és megtanulja használni őket. Az esetkezelés feladata, hogy az egyén a család tágabb támogató környezet között létrehozzon egy optimális kapcsolatot.

Tanácsadás

A pszichiátriai nappali ellátás szakmai ajánlása szerint a tanácsadás olyan véleményjavaslatkialakítási folyamat mely az igénybe vevő bevonásával történik, egyéni lehetőségeire, kérdéseire, aktuális élethelyzetére, szükségleteire, jogaira fókuszálva ad segítséget. A tanácsadás alkalmazható olyan élethelyzetekben (egyszerű vagy speciális felkészültséget igénylő téma), mely során a megfelelő információ átadása valamilyen cselekvésre, magatartásra ösztönöz, vagy nem kívánatos cselekvés, magatartás elkerülésére irányul. A tanácsadás célja, hogy a szolgáltatás eredményeként az igénybe

vevő képessé váljon saját maga kielégíteni az adott szükségleteit a megfelelő instrukciók birtokában.

Készségfejlesztés

Olyan strukturált tanulási folyamat tréning formájában, amely során a kliensnek lehetősége van elsajátítani a mindennapi élethelyzetekben való működéshez hiányzó, vagy nem megfelelő hatékonysággal működő készségeit. A tréning az egyéni gondozási terhez igazodik, melyben szerepelnek a meglévő vagy hiányzó készségek áttekintése. Megvalósulása helyzetgyakorlatokkal, ezek részletes átbeszélésével történik majd ezt követően önálló gyakorlással, melynek fontos része az önmagára való reflektálás átbeszélése. A szociális készségfejlesztés célja, hogy a hosszantartó pszichés problémával élő egyén számára segítséget nyújtson életminőségük javítására, önállósági szint megtartására, fejlesztésére, hogy kompetens személyekké váljanak. A társadalmi eligazodásban elengedhetetlen a hatékony kommunikáció és problémamegoldás, önellátás, kapcsolatok kialakítása, szabadidő hasznos eltöltése, amennyiben lehetséges értelmes munka végzéséhez való hozzásegítés és megtartása. A készségfejlesztés történhet egyénileg, de a nappali ellátás szempontjából hatékonyabb készségfejlesztő csoportok alkalmazása, a közösség erejének használata.

Mentális gondozás

A gondozás tevékenységi elem a pszichiátriai nappali ellátásban mentális gondozás keretein belül valósul meg. A mentális gondozás az ellátást igénybe vevő bevonásával történő, *„tervezésen alapuló, célzott segítség mindazon tevékenységek elvégzésében, amelyeket saját maga tenne meg, ha erre képes lenne, továbbá olyan rendszeres vagy hosszabb idejű testi-lelki támogatása, fejlesztése, amely elősegíti a körülményekhez képest legjobb életminőség elérését, illetve a családban, társadalmi státuszban való megtartását, visszailleszkedését”* (Gordos és mtsai, 2018:12). A pszichiátriai betegek nappali ellátásán belül a mentális gondozás a mentális egészség megtartását, a pszichés egészség megőrzését segíti elő, alapvető feladat a változások mentén megjelenő feszültségek, szorongás, depresszív hangulat felismerése, és azokkal való foglalkozás egyéni esetkezelés formájában.

Közösségfejlesztés

„Egy településrész, település vagy térség lakosságát érintő integrációs szemléletű, bátorító ösztönző, informáló kapcsolatszervező tevékenység, amely különböző célcsoportokra vonatkozó speciális igényeket tár fel, szolgáltatásokat kezdeményez, közösségi együttműködéseket valósít meg.” A közösségfejlesztés feladata a pszichiátriai nappali ellátást igénybe vevők önszervező aktivitásának facilitálása, vagyis az önszerveződés, önszervező tevékenységek elősegítése, lehetőséget és teret biztosítva saját erő mozgósítására. Továbbá feladat a szűkebb vagy tágabb környezet érzékenyítése, antistigma programok szervezése a közösség szokásaihoz és lehetőségeihez illeszkedve.

Fizikális szükségletek

Elsősorban fizikális szükségletek kielégítésére ható tevékenységi elemeket is nevesít a szakmai ajánlás, röviden bemutatom ezeket.

Háztartási vagy háztartást pótló segítség nyújtás

Amennyiben a kliens saját háztartásában nem tudja kielégíteni személyes szükségleteihez igazodó háztartási igényeit, a nappali ellátás keretein belül lehetőséget kell biztosítani erre. A tevékenységi elem feladata a kliens számára segítség nyújtása a mindennapi életvitelben, a személyes környezete rendben tartásában, a mindennapi ügyeinek intézésében, valamint a személyes szükségleteinek kielégítését segítő lehetőségek és eszközök biztosítása.

Étkeztetés

Önmagában az étkeztetés nem segíti elő a hosszantartó pszichés betegséggel élő egyének rehabilitációját, ezért nem alapfeltétel az étkeztetés biztosítása, de fontos feltérképezni, mennyire kielégített ezen szükségletek.

Felügyelet

Az ellátást igénybe vevő lakó- vagy tartózkodási helyén, illetve a szolgáltatásnyújtás helyszínén, elsősorban a nappali intézményben a kliens lelki és fizikai biztonságát elő kell segíteni, főként betegség természetéből bekövetkező állapotromlás, kialakult veszélyeztető állapot esetén.

| Esetkezelés | Tanácsadás | Készségfejlesztés | Gondozás, mentális gondozás |
|---|---|---|---|
| Állapot- és életvitel felmérés | Tanácsadás, szociális szolgáltatásokhoz és támogatásokhoz való hozzájutás | Önálló életviteli készségek fejlesztés | Egyéni segítő beszélgetések |
| Személyes célokra alapozott gondozási terv | Tanácsadás egészségügyi ellátással kapcsolatban | Stresszkezelés /kommunikációs és problémamegoldó készségek fejlesztése | Életviteli támogatás |
| Problémaelemzés | Életvitelre vonatkozó | Társas kapcsolatok kialakításához és fenntartásához szükséges készségek fejlesztései | Közösségi és szabadidős programok szervezése |
| Problémakezelés | Pszichológiai tanácsadás (pszichológus által) | Munkavállalási készségek fejlesztése | Klubprogramok szervezése |
| Pszichoedukáció szervezése | Munkavállalással kapcsolatos tanácsadás | Agresszió- és konfliktuskezelés | Tematikus jellegű csoportok működtetése |
| Segítségnyújtás hivatalos ügyek intézésében | Tanácsadás képzéssel, oktatással kapcsolatban | Az időjárásnak megfelelő ruházat kiválasztásához és az öltözködéshez kapcsolódó készségek kialakítása | Szocioterápiás csoportok szervezése |
| Családi- és társas kapcsolatok támogatása, facilitálása | Tanácsadás a közüzemi szolgáltatókkal való kapcsolattartás lehetséges formáiról, számlák értelmezéséről | A bevásárló lista, az ételek elkészítéséhez szükséges készségek fejlesztése | A nappali ellátásban részesülők facilitálása az önszerveződésre |
| Társadalmi kapcsolatok támogatása, facilitálása | Tanácsadás a személyes okmányokkal kapcsolatos ügyintézésekről | | |
| Egyéni esetkezeléssel támogató funkciók biztosítása | Tanácsadás a társadalombiztosítási és/vagy nyugellátással kapcsolatos ügyintézésről | | Reális önkép |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Szükségeltekre alapozott, reális, örömteli célok megfogalmazásának segítése | Tanácsadás a pénzügyekkel való kapcsolattartással, számlavezetéssel kapcsolatos ügyekben | A kulturális étkezési szokások kialakítása | kialakulásának támogatása |
| Korai figyelmeztető tünetek felmérése | Egyéb speciális élethelyzettel összefüggő kapcsolódó tanácsadás | A személyi és környezeti higiéniához szükséges készségek fejlesztése | Napi időbeosztás, a napi tevékenységek szervezésének támogatása, monitorozása |
| Krizisterv készítése | Agresszió-és konfliktuskezelés | Pénzkezeléshez, pénzbeosztáshoz az önálló lakhatáshoz szükséges készségek elérése | A kezeléssel történő együttműködés segítése, gyógyszeres edési napló kontrollálása |
| Az igénybe vevő kapcsolatainak feltérképezése | Alvás higiéniás tanácsadás | Szomszédokkal való kapcsolatok, barátságok, partnerkapcsolatok kialakítása | Agresszió-és konfliktuskezelési tréning |
| Meglévő kapcsolatok minőségének, funkcióinak meghatározása | | Szabadidős tevékenységek szervezéséhez és a részvételhez szükséges készségek fejlesztése | Személyiség fejlesztő csoportok |
| Lakásfenntartási, szociális, társadalombiztosítási -, pénzügyi hivatalos ügyek segítése | | Pozitív és negatív érzések, pozitív kérés kifejezése, az aktív figyelem képességének kialakítása | Művészetterápiás csoportok |
| Konzultációs háttér az igénybe vevő támogatására | | Önéletrajzírás, állásinterjú, munkatársak informálása a mentális problémáról | Biblioterápia |
| | | Munkahelymegtartás, nehéz helyzetek | Tánc foglalkozás |
| | | | Játékfoglalkozás |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| | | kezelése a munkahelyen | Csoportkohéziót elősegítő programok |
| | | Asszertív viselkedés kialakítása | Motiváció fokozás csoporton való részvételre |

5/a. táblázat Pszichiátriai betegek nappali ellátásának szolgáltatási elemeiről (Forrás: saját szerkesztés: Gordos és mtsai, 2018., alapján)

| Háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás | Étkeztetés | Felügyelet | Közösségi fejlesztés |
|---|--|---|--|
| A személyi higiénehez szükséges eszközök, anyagok biztosítása | Kulturált étkeztetés feltételeinek megteremtése | Viselkedési és egészségügyi kockázat miatt figyelem biztosítása | Érdekvédelmi szervezetekkel történő együttműködés |
| Ruházat mosása, szárítása, szükség szerint vasalása az igénybe vevő aktív részvételével | Étkezőhelyek kiválasztása, étel rendelése, közösségben való normák szerinti elfogyasztása | Saját személyes biztonsága érdekében az igénybe vevő tevékenységének figyelemmel kísérése | Társadalmi előítéletek csökkentése, érzékenyítő programok szervezése |
| Segédeszközök használata és tisztántartása | Étkezések közbeni kommunikáció tartalmára és az étkezés stílusára való figyelem megtartása | | Antistigma programok szervezése |
| Telefon- és internethasználat biztosítása | Étkezés előtt, alatt, után a higiéne elvárásoknak való megfelelés, elvárás teljesítése | | Média érzékenyítése |
| | | | Média, tömegkommunikációs eszközök felhasználásával történő érzékenyítés |
| | | | Közösségi és szabadidős programok külső |

| | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| | | | helyszínen történő megvalósítása |
| | | | Nyílt napok szervezése |

4/b. táblázat A pszichiátriai betegek nappali ellátásának szolgáltatási elemeiről (forrás: saját szerkesztés: Gordos és mtsai, 2018., alapján)

8. Szkizofrénia az integrált közösségi ellátások nézőpontjából

A szkizofrénia a súlyos mentális betegségek közé tartozik szerte a világban, a lakosság 0,85%-át érinti (0,4-1,4%) a népességben (Eaton és Chen, 2006; Réthelyi, 2011; Herold és munkatársai, 2015), prevalenciáját illetően nem mutatható ki kultúrához, régióhoz, vagy társadalmi berendezkedéshez köthető különbség. A szkizofrénia tüneteinek megnyilvánulása változatos, elterjedésük miatt a diagnózisalkotás szempontjából a BNO-10 és a DSM-5 diagnosztikus rendszerek tekinthetőek mérvadónak. A BNO és a DSM osztályzási rendszerek egyaránt kritérium listát használnak a szkizofrénia diagnózisalkotásához. A táblázatban a kritériumok módosított kivonata látható, a különbségek jól elkülönülnek, de a két diagnosztikai rendszer alapvető átfedéseket mutat. A DSM-5 diagnosztikus rendszerben megjelenik a betegségkategóriák határain átívelő tünettani dimenzionális leírás (cross-cutting dimensional assesment), a spektrum jellegű gondolkodás, ahol a hangulati eltérés, a szorongás, az agresszív tendenciák, a pszichotikus-spektrum tünetek, az alvászavar és a pszichoaktív szerhasználat súlyosságát pontozzák. A szkizofrénia altípusai nincsenek jelen, viszont megjelenik a pszichózis kockázati szindróma (Herold és munkatársai, 2015).

| BNO-10 kritériumok | DSM-5 kritériumok |
|---|--|
| <p>Tüneti kritériumok:</p> <p><u>Egy tünet megléte elégséges:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> gondolat, -echos, -elvonás, gonodolatsugárzás, kontrollal kapcsolatos téveseszmék, deluzív percepció | <p>Tüneti kritériumok:</p> <p>Legalább kettő az alábbiakból (mely kettő közül minimum az egyik első 3-ból kerüljön ki):</p> <ul style="list-style-type: none"> Téveszmék Hallucinációk Dezorganizált beszéd |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Akusztikus hallucinációk (különösen kommentáló vagy párbeszéd hangok) <p><u>Vagy legalább kettő az alábbiakból:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Egyéb perzisztens hallucinációk • Neologizmák, inkohencia • Katatón viselkedés • Negatív tünetek (apátia, beszéd szegényessége, érzelmi válaszok szegényessége) | <ul style="list-style-type: none"> • Dezorganizált vagy katatón viselkedés • Negatív tünetek |
| <p>Időkritériumok:</p> <p>Tünetek legalább egy hónapon át</p> | <p>Időkritériumok:</p> <p>Legalább 1 hónap aktív fázis Összesen legalább 6 hónapos lefolyás a prodromával együtt</p> |
| <p>Egyéb:</p> <p>Nincs bizonyítható organikus ok a háttérben</p> | <p>Egyéb:</p> <p>Nincs bizonyítható organikus ok a háttérben</p> |
| <p>Altípusok:</p> <p>Paranoid, hebefrén, katatón, szimplex, nem differenciált, reziduális, posztszkirozofrénias depresszió</p> | <p>Altípusok:</p> <p>Nincsenek</p> |

6. táblázat A szkizofrénia diagnosztikai kritériumai a BNO-10 és a DSM-5 szerint (Forrás: Herold és mtsai, 2015)

A betegség tünetei (pl. hallucinációk, téveseszmék, inkoherens beszéd, bizarr/dezorganizált viselkedés, hangulati üresség, érzelmi élet elszegényedése, társas kapcsolatoktól való visszahúzódás) az érintettek életvezetését, életvitelét teljes mértékben érinthetik, környezetük számára furcsának, nehezen értelmezhetőnek tűnhetnek.

Szkizofrénia kórlefordyasá és prognóza

A betegség kórlefordyasát és prognózáát Herold és mtsai (2015) által készített összefoglaló könyvfejezet alapján tekintem át.

A szkizofrénia a serdülőkör vége felé vagy fiatal felnőttkorban jelentkezik a betegség a statisztikai vizsgálatok szerint 20-25 éves kor körül leggyakrabban, vagyis az érintettek ekkor keresnek segítséget az első pszichotikus epizód után (Trixler &Tényi, 2009). A szkizofrénia spektrum betegségei legtöbb esetben krónikus lefordyasúak, a betegség tünetei és hatása a szociális – és társas kapcsolatokra és a munkavégzésre sokféle lehet, személyenként eltérő. A szkizofrénia folyamatosan zajló betegség, melyet viszonylag egymástól jól elkülöníthető fázisok jellemzik.

A *premorbid fázis*ban a funkcionalitás nem tér el jelentősen a „normatív működéstől”, viszont a beteg ez idő alatt elszenvedhet olyan élményeket, melyek hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához (gyermek és adolescens kori traumák, terhesség és szülés alatti komplikációk, családi stresszek).

A *prodromális fázis* a premorbid működést megváltozását foglalja magában, időtartamát tekintve lehet néhány hét vagy hónap is, de a leggyakrabban 2-5 év között jellemző. Ebben az időszakban általában már jelentkezik a funkcionalitás károsodása és aspecifikus tünetek is megjelenhetnek (alvászavar, szorongás, irritabilitás, depressziós hangulat, csökkent koncentráció, fáradtság, szerepfunkciók deteriorizálódása, szociális visszahúzódás). A pszichózis megjelenése a prodromális fázis késői szakaszában jelenik meg pozitív tünetek formájában (perceptuális abnormalitások, vonatkoztatásos gondolatok, gyanakvás). A prodromális fázis nem mindenkinél jelenik meg, manapság a pszichózis előrejelő tünetei felismerésének fontossága miatt egyre nagyobb figyelmet kap ez az időszak.

Az *első pszichotikus tünetek* megjelenhetnek lappangva vagy hirtelen is, de a tünetek megjelenése és az első adekvát kezelés megkezdése között az átlagos időszak 1-2 év. Ezt az időszakot szokták nevezni a kezeletlen pszichózis időszakának, mely hosszúsága jelentősen befolyásolhatja a betegség prognózáát.

A pszichotikus fázissal alakul ki az akut fázis, melyet florid pszichotikus tünetek jellemeznek: téveseszmék, hallucinációk, formális gondolkodászavarok, dezorganizációs tünetek, a negatív tünetek súlyosbodhatnak, a betegek gyakran nem tudnak magukról

megfelelően gondoskodni. Ezt követi a felépülés vagy *stabilizációs fázis*, ami jellemzően kb. 6-18 hónap, ekkor negatív tünetek és reziduális pozitív tünetek jelenhetnek meg.

A betegség epizódokra bontható, időnként pszichotikus állapotok jelentkezhetnek, a köztes időszakban a tünetek jelentősen visszaszorulhatnak (remisszió), kevésbé láthatóak, érzékelhetőek, ezek az időszakok rövidebbek és hosszabbak is lehetnek, a szkizofrénia diagnózissal élő személy betegsége szinten tartható ambuláns szakorvosi kezelés mellett, mindennapokban jól funkcionálhat, de az is lehetséges, hogy betegség lefolyása során folyamatos romlás, funkcióromlás tapasztalható. A pszichotikus epizódok előfordulási gyakorisága és a betegség progressziója sem mutat egy homogén képet.

Az első epizódot követő 5 év tekinthető a betegség korai időszakának, más néven „kritikus időszak”, mivel az utánkövetéses vizsgálatok szerint a páciensek 80%-a szenved el relapszust ebben az időszakban. Amennyiben további hanyatlás áll be a funkcionáltságban és a tünetekben nagy valószínűséggel ebben a fázisban a leggyakoribb. Ezért fontos a kórkiírást szempontjából a korai időszakban a biopszichoszociális kezelésbe való bevonás/részvétel. Fontos megjegyezni, hogy a szkizofréniaiban tapasztalható funkcionális romlás és készségcsökkenés nem csupán a betegségből fakadó folyamatokból eredhet, a biológiai kezelésekre kapcsolódó mellékhatások, a szociális izoláció, a hajléktalanság, szegénység és a diagnózishoz kapcsolódó szociális stigma szintén hozzájárulhat a betegség funkcionális kimeneteléhez.

A betegség lefolyása során 10-15%-ban nem jelentkezik újabb epizód, akár teljes felépülés is várható, viszont a többség esetében többszöri exacerbációval és remisszióval kell számolni, és 10-15% krónikusan pszichotikus marad. Vannak olyan szkizofrénia diagnózissal élő emberek, akik a remissziót sosem érik el, de mégis képesek megfelelő életminőséget megtartani, felépülnek megfelelő támogatás és segítség esetén. A hosszú távú vizsgálatok szerint a szkizofréniaiban gyakoriak a krónikus tünetek és a készségcsökkenések, a betegek kb. egy tizedénél a pszichotikus tünetek remisszió nélkül folyamatosan fennmaradnak. A szkizofrénia diagnózissal élő egyének kb. egyharmadánál tapasztalható jó kimenetel enyhe vagy hiányzó reziduális tünetekkel, vagyis nagyjából ezek a személyek tudják megőrizni munkaképességüket és szociális funkcióikat jó színvonalon (Perkins, Miller-Andersen, Lieberman, 2006).

Péntek Márta és munkatársai szerint (2012) napjainkban Magyarországon szkizofrénia diagnózissal élők életminősége rosszabb, mint az egészségesebb, sőt egyéb betegséggel

élőkkel szemben. A betegség hosszútávú prognózisa tudomány jelenlegi állásfoglalása szerint valószínűleg több tényező együttes függvénye: a háttérben húzódó genetikai és neurobiológiai jellegzetességek, a fejlődést befolyásoló korai és későbbi környezeti hatások, az optimális kezelés megtalálása és a közösségi- és társadalmi támogatás elérhetősége és minősége egyaránt alakítják azt. A pszichózis kezelése során elengedhetetlen a farmakoterápia, emellett egyre nagyobb hangsúlyt kap a pszichoterápiás intervenciók nélkülözhetetlensége, a promodális időszakban vagy az első epizód során (Trixler, Tényi, Gáti 2006). A betegség hatással van az értelmi, érzelmi, gondolkodási funkciókra továbbá hatással van a kliens önmagáról alkotott képére, a pszichotikus élmények hatására jelentősen megváltozhat az önmagáról alkotott képe is. A szkizofréniával élő egyének számára nehézséget jelent a hétköznapi életben jelentkező stresszhelyzetekkel való megküzdés, társas kapcsolatok kialakítása és megtartása és a személyes identitás alakulásával való foglalkozás (Amador, 2008).

Falloon és Liberman (1983) tanulmányában is kitér rá, hogy egyre több bizonyíték van arra, hogy stressz-vulnerabilitás elmélet alapján működő pszichoszociális beavatkozások/kezelés a szkizofréniára hosszú távú kezelésében a farmakoterápiával kölcsönhatásba lép, vagyis hatásuk nem csak összeadódik, hanem szinergizmus alakul ki. A pszichoszociális rehabilitáción belüli tréningek segítik a kliens hatékonyabb megküzdését a stresszhelyzetekkel, szociális kompetenciáit, funkcionalitását, környezetével való kapcsolat javulását, közösségi élethez való kapcsolódást.

Mojtabai és mtsai (1998) a MEDILINE (1966-94) és a PSYCHLIST (1974-94) által közölt cikkek online adatbázisát és a kézi kereséssel Archives of General Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Hospital and Community Psychiatry, Schizophrenia Bulletin, Psychopharmacology Bulletin, and Acta Psychiatrica Scandinavica legfrissebb megjelenéseit tekintették át, metaanalízissel. Azokat a közleményeket vizsgálták, ahol a szkizofréniával élő betegek kontrollált körülmények között biológiai terápiában (gyógyszer, ECT) részesültek és ezt a típusú kezelést kiegészítették pszichoszociális intervenciókkal. A pszichoszociális intervenció jelen esetben magába foglalja a „hagyományos” pszichoterápiát és az újszerűbb megközelítéseket is, mint közösségi gondozás, családi pszichoedukáció és a kognitív tréning. A vizsgálat következtetése szerint elmondható, hogy a kombinált terápiában részesülő páciens állapota 65% vagy 69% -ban javulást mutat, míg a csak biológiai terápiában részesülők esetében 31% mondható sikeresnek. Vagyis a biológiai terápiák és

a pszichoterápiák együttesen eredményesebben alkalmazhatóak, mint külön-külön (Harangozó, 2009).

Harangozó Judit és munkatársai (2005) tanulmányukban ismerteti Mueser és Bond 2000-ben végzett a pszichoszociális intervenciókkal kapcsolatos áttekintő vizsgálatát. A közösségi ellátások elterjedésével a pszichoszociális ellátás gyakorlata és kutatása egyaránt jelentősen bővült. A tanulmány a randomizált klinikai vizsgálatokra épül, melyeket krónikus pszichiátriai betegek körében végeztek, akik közül legalább 50% szkizofrénia diagnózissal élt. Elsősorban azokra a pszichoszociális stratégiákra koncentráltak, melyeket korábban már vizsgáltak és hatékonyságukat több kutatás is alátámasztotta. Mueser és Bond szerint a leghatékonyabb pszichoszociális stratégia: esetkezeléssel való közösségi gondozás, támogatott munka rehabilitáció, edukatív családgondozás, készségfejlesztés, kognitív terápia, integrált kezelés duál diagnózis (szkizofrénia és addikció) esetén. Konklúzióként elmondható, hogy a közösségi pszichiátriai olyan paradigmaváltást jelent a szkizofrénia diagnózissal élő emberek ellátásában, mely során a legtöbb szolgáltatást kórházi kereteken kívül, a kliens az otthonában ill. környezetében tudja igénybe venni. A pszichoszociális rehabilitáció a klienst arra ösztönzi, hogy a környezetük támogatásával és tanulási eljárások segítségével a lehető legteljesebben fejlesszék ki képességeiket (Bachrach, 1992). Fontos eleme, hogy az egyéni szükségletekhez igazodjon, ezáltal a kliens erőforrásaira és tudására támaszkodva adja vissza a reményt, fejleszti a munkaképességét, arra bátorítja, hogy vállaljon tevékeny szerepet saját kezelésében, és segít fejleszteni a szociális készségeit (Gabbard, 2016).

9. Szkizofrénia és stressz

A következőkben röviden áttekintem a stresszel kapcsolatos kutatások alakulását, néhány fontosabb pontot kiemelve.

Selye János nevéhez kötődik a stressz más válaszreakcióktól való megkülönböztetése, vagyis a stressz „az élő szervezet nem- specifikus válasza bármilyen megterhelésre”. Selye szerint szervezetünk a különböző speciális körülményekkel való megbirkózás során törvényszerűen azonos válaszokat, nem-specifikus biokémiai változásokat hoz létre. Mindegy, hogy a stresszor kellemes vagy kellemetlen csak az számít, mennyire veszi

igénybe alkalmazkodó képességünket. Továbbá differenciálta egymástól a distressz és az eustressz állapotát (melyet a fejlődés alapjának tekint), vagyis a pozitív hatású stresszt (eustressz) az életünkben a negatív hatású (distressz) stressztől, ami krónikussá válva, olyan élettani elváltozásokat eredményez, amelyek a legkülönbözőbb stressz betegségek kialakulásához vezethetnek. A szervezetben a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese „tengely” küzd meg a stresszel. Selye kiemelte a vészreakció (alarm-reakció), a rezisztens és a kifáradásos (exhaustív) állapotokat is, későbbiekben kidolgozta a stressz rezisztencia és stresszenergia fogalmát. Selye hosszútávon való alkalmazkodást talalta a leghatékonyabb megoldásnak a túlélés szempontjából (Selye, 1956).

Az állatpszichológiai stresszkutatásokat jellemző felfogás szerint copingnak tekinthető minden olyan viselkedéses válasz, amely kontrollálni képes az averzív környezeti hatásokat azáltal, hogy csökkenti az arousalt, a félelmet. Az állatpszichológiai modell keretében a megküzdő viselkedés menekülő, támadó és passzív módjait különítették el.

Ahogy Lazarus is megnevezte a kognitív tranzakcionista coping modellben: „megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, mellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják, vagy felemészítik aktuális személyes forrásai” (Lazarus, 1966: 76.o.). Az elsődleges értékelés az aktuális személy-környezet interakció jelentése) és a másodlagos értékelés a megküzdés során mobilizálható források számbavétele, s ezek is további komponensekre bonthatóak.

Lazarust és munkatársait elsősorban a folyamat orientált kutatások érdekelték, és a megküzdő viselkedést is abból a nézőpontból vizsgálták, hogy milyen szerepet játszik abban a tranzakcióban, amely a stresszelő, fenyegető környezet és a benne élő személy között zajlik. Lazarus (1993) szerint az emberek a legtöbb alapvető megküzdési stratégiát használják a feszültségkeltő helyzetekben, de vannak specifikus stresszorokhoz kötődő megoldások is. A szituáció, a személyiség, a kognitív értékelés és az egész tranzakcionális folyamat lényeges aspektusainak ismeretében lehet választ adni arra, hogy a személy milyen stratégiát választ. A társas támogatás igénylésével, mint megküzdési lehetőséggel annak függvényében élünk, hogy milyen az aktuális szociális környezetünk. Minden megküzdési mintázat hasznossága vagy eredményessége változik, attól függően, hogy milyen típusú a helyzet, milyen tulajdonságok jellemzőek az adott

személyre, milyen területre vonatkoztatható a hasznosság vagy eredményesség (Oláh, 2004).

Az egészségpszichológia a megküzdés fogalmát annak a folyamatnak a leírására használja, ahogy, amilyen módon az adott személy reagál a megterhelő, stresszkeltő helyzetekre, fontos továbbá, hogy az adott személy hogyan reagál megterhelésekre, betegségekre és hogy milyen erőforrások segítik egészségük megőrzését és eredményes alkalmazkodásukat betegségekhez. A stressz/megküzdés kutatások nem csak a megterhelő életeseményekkel összefüggésben, hanem a krónikus betegségekkel és a mindennapi stresszel történő megküzdési módokkal is foglalkozik (Tiringer,2014).

A megküzdés fogalmának értelmezésére az elmúlt néhány évtizedben számos pszichológiai modell született. A klasszikus analitikus értelmezés alapján a megküzdés olyan egomanőverek, melyekkel a külvilágból érkező fenyegetésekre reagál az ego. Az intrapszichikus konfliktusok megoldásának eszközszerét az elhárító mechanizmusok adják. A coping az egészséges, a védekezés a patológiás feszültségkezelési eljárás (Oláh, 2004).

A probléma orientált stratégiák alkalmazása esetén elsődleges feladat a probléma meghatározása, ezt követően alternatív megoldások kitalálása, majd az előnyök és a hátrányok mérlegelése az alternatívák vonatkozásában, ezt követi a megfelelő megoldás kiválasztása és végül ennek a végrehajtása. A problémaközpontú stratégiák befelé is irányulhatnak, vagyis a személy önmagában változtat meg valamit, ahelyett, hogy a környezetét módosítaná. Az érzelem központú stratégiák nem a helyzet vagy esemény megváltoztatására, hanem az ezekkel kapcsolatos érzelmi folyamatok befolyásolására irányulnak. Az érzelemközpontú megküzdés célja, hogy megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását és azt, hogy a személy a probléma megoldásával foglalkozzon. Az elhárító mechanizmusok kifejezést Anna Freud azokra a tudattalan megoldási stratégiákra alkalmazta, melyek segítségével az emberek negatív érzelmeikkel megküzdnek. Ezek az érzelem központú stratégiák nem a stresszhelyzetet változtatják meg, hanem a személy viszonyát változtatja meg az adott helyzethez, vagyis, ahogyan a helyzetről gondolkodik, vagy ahogy észleli azt (Urbán, 2006).

A megküzdés protektív személyiségtényezői

A coping vonásmodellje szerint az emberek konzisztens vonásokat, stratégiákat, védekező manővereket dolgoznak ki, tanulnak meg a konfliktusok kezelésére, a fenyegetések elhárítására és ezeket rájuk következetesen alkalmazzák különböző stresszel kapcsolatban. A következő táblázatban foglalom össze a megküzdés főbb protektív személyiség tényezőit.

| Személyiség protektív faktorai | Szerzők |
|---------------------------------------|--|
| Kontroll képesség | Rotter 1966; Kulcsár Belső kontroll 1972/1982 kívánatosabb Önszabályozásra hatással van |
| Tanult leleményesség | Rosenbaum 1988, 1990 Kognitív önszabályozó folyamat az egyén részéről, mellyel viselkedésének hatékonyságát a különböző körülmények között is tudja biztosítani |
| Keményen helytálló személyiség | Kobasa 1985; Novack Keményen helytálló személyiség (hardiness) 1989; Maddi 2006, 2009 hajlamosít a növekedési potenciál megvalósítására |
| Én-tudatosság | Fenigstein, 1975, 1979 Önmagunkban való elmélyedés |
| Én-hatékonyság | Bandura 1982 Kitartást és cselekvőképességet befolyásolja |
| Reziliencia | Block 1980; Masten 1990; Veszélyeztető 2001 Werner és Smith, 1992, életkörülményekhez való sikeres alkalmazkodás |

| | | |
|------------------------------------|------------------------|---|
| Koherencia érzés | Antonowsky 1979, 1987 | Irányítja a megfelelő coping források megtalálását és mobilizálja azokat |
| Diszpozicionális optimizmus | Scheier és Carver 1987 | Pozitív beállítódás |
| Konstruktív gondolkodás | Epstein és Meir 1989 | Hatékonyt hozó alkalmazkodási sémák új helyzetekben történő felhasználása oly módon, olyan módon, hogy az érzelmi és racionális viszonyulás egyaránt igazodik a megváltozott feltételekhez. |
| Érzelmi intelligencia | Mayer és Salovey 1997 | Az érzelmi töltésű információ megértése, feldolgozása és használata mentén megjelenő képességbeli különbségeket jelenti. |
| Spirituális intelligencia | Zohar és Marshal, 2000 | Humánspecifikus adottság, általa az élet dolgait és jelenségeit az én határait meghaladó, tágabb, jóval gazdagabb perspektívába tudjuk helyezni |

7. táblázat A személyiség protektív faktorainak összefoglalása (Forrás: saját szerkesztés)

Megfigyelhető a személet változás a stressz pozitív és negatív aspektusai között, a kezdetben negatív kihívásként (distressz) tekintettek rá, majd megjelent a pozitív stressz (eustressz). Pszichológia feladata lehet az egyensúly keresése, a stresszeket átélt személyiség pozitív erőforrásai felé mozdulhat el.

A táblázatban a személyiség olyan protektív faktorait említettem meg, melyek az egyén boldogulását segítik az élete során, az események aktív, cselekvő résztvevőjeként. Viszont az élet számos eseményeit nem tudjuk kontrollálni (pl. trauma, súlyos betegség, egészség, öregedés, halál). Számos kutatás bebizonyította, hogy ezekben az esetekben a helyzet elfogadása helyett a kontroll mindenáron történő fenntartása rontja a testi és a lelki egészséget (Kulcsár, 2009). A kontrollálhatatlan helyzetekhez való pozitív viszonyulás, elfogadás lehet a pozitív megküzdés. Az elfogadás olyan bizalommal teli élmény, ami a legkritikusabb élethelyzetekben képes legyőzni a félelmet. A hála, a megbocsátás pozitív érzései önzetlenséget, melegszívűséget, jelentenek a személy részéről, ami jelzi a traumatikus élmény feldolgozásának képességét. Ezekre az esetekre is igaz, hogy a pozitív érzelmek pozitív lelki és fiziológiai hatással, valamint személy jóllét érzetével járnak együtt, ami poszttraumás növekedéshez vezethet (Kiss, 2015).

10. Reziliencia –szkizofrénia

Mivel kutatásom során céлом volt, hogy a reziliencia kutatásokhoz is kapcsolódjak, röviden bemutatom a reziliencia fogalmát, fontosságát. A reziliencia összetettségének megfelelően egyre több tudományban van jelen, mint pl. a pszichológia, ökológia, gazdasági, szociológiai, kultúrantropológia területén. A reziliencia lényegénél fogva multidiszciplináris jelenség, a komplex rendszerek kutatásának egyre erősödő trendjébe megfelelően illeszkedik (Detréné U. N., 2015). Reziliencia esetén minden esetben jelen vannak kedvezőtlen körülmények, nehézségek vagy rizikótényezők. Olyan környezetben, ahol nincs jelen rizikó, vagy ennek mértéke nagyon alacsony rezilienciára nincs sem lehetőség, sem szükség. A reziliencia rizikónak kitettségen alapul, s nem annak elkerülésén. Az egyén ilyen helyzetben kialakít egy rá jellemző megküzdési módot, amely, ha sikeresnek bizonyul, alkalmazható lesz a jövőbeli helyzetekben is.

A reziliencia kutatása a népegészségügyi- népességvizsgálatokhoz köthetőek. J. Block a rezilienciát személyiségvonásként (trait) fogta fel, és a reziliencia személyiség konstruktumát az ego-kontroll és ego-reziliencia segítségével írta le. Az ego-kontroll a viselkedés gátoltságára lesz hatással, vagyis abban mutatkozik meg az eredménye, hogy milyen mértékben gyakorlunk viselkedésünk felett ellenőrzést. Az ego-kontroll

működése következtében alul- illetve túlkontrollált személyiségről is beszélhetünk, annak megfelelően, hogy a viselkedésgátlás megjelenése milyen mértékű.

Block szerint az ego-reziliencia egy metadimenzió, ami a szituáció kontextusában szabályozza a viselkedés gátoltságát, illetve megnyilvánulását, mivel önmagában mindkét működésmód lehet adaptív vagy maladaptív, és a szituáció dönti el, hogy az alulkontrolláltság vagy a túlkontrolláltság hatékonyabb tényező-e az adott helyzetben (Block, 1980). Block szerint az ego-kontroll az impulzív reakció szabályozásában játszik szerepet, míg az ego-reziliencia képes az ego-kontroll egyénre jellemző szintjét szabályozni. Block az ego-reziliencia konstruktumának leírásához hozzátartozik az is, hogy a reziliens személy képes találékonyan, adaptívan és rugalmas módon reagálni, amikor új helyzettel áll szemben (Kiss, 2015).

A reziliencia kutatása a későbbiekben a traumatikus élmények és a környezeti tényezők figyelembevételével a vonásalapú szemléletet meghaladva új megközelítést hozott. A reziliencia definíciója ebben a kontextusban a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás lett ego-reziliencia (valamint a személyiségvonásra utaló angol „resiliency”) fogalma helyett a reziliencia („resilience”) fogalma került bevezetésre (Kiss, 2015).

A pszichológia történetében a reziliencia jelensége már a fogalom megjelenése előtt leírásra került, olvashatók csecsemőkről olyan beszámolók, akiket káros, traumatikus események értek születésükkor vagy csecsemőkorukban, növekedésüket mégis átlagon felüli vitalitás és kreativitás jellemezte (Bowlby, 1956). Ferenczi Sándor megfigyelése szerint a megrázkódtatást követően a traumát átélt személynél új képességek bontakoztak ki, pl. a félelem, szorongás addig rejtett diszpozíciókat működésben hoz, melynek következtében traumatikus progresszió jött létre és személyiség egyes aspektusaiban a koraérettség jeleit mutatta (id. Békés, 2002).

Az eseti beszámolókat követően az első reziliencia kutatások konkrét előzményei Garmezy nevéhez (Garmezy, 1970) köthető, aki szkizofrén betegekkel végzett vizsgálatot, s azt találta, hogy a krónikus pszichés beteg ellenére bizonyos területeken relatív kompetenciára voltak képesek, többek között volt házastársuk, családjuk, saját életük felett képesek voltak felelősséget vállalni (Garmezy, 1970, Glick & Zigler 1986). Garmezy is megemlíti a protektív faktorok jelenlétének lehetőségét a személyiségen

belül, abban a kontextusban, hogy mely személyiségjegyek segíthették a beteget a pozitívabb kimenetelben, a magasabb életminőségben betegségük mellett.

| Protektív faktorok | | Veszélyeztetettségi tényezők |
|---|--|------------------------------|
| <p>Személyiségből fakadó védőfaktorok</p> <ul style="list-style-type: none"> • jó kognitív képesség (általános intelligencia megléte) • érzelem- és vieselkedésszabályozás képessége • a tehetség valamiben • az élet értelmességébe vetett hit • önbizalom • a jó külső • a vallásos hit • optimizmus • jó kommunikációs készség | <p>Egyénen belüli veszélyeztető tényezők</p> <ul style="list-style-type: none"> • alacsony születési súly • születés közbeni problémák • hiperaktivitás kisgyermekként • súlyos betegség kisgyermekként • alacsony IQ • önértékelési problémák • a devianciát favorizáló hitek vagy attitűdök • ingerlékeny természet | |
| <p>Család protektív faktora</p> <ul style="list-style-type: none"> • bizalommal teli anya-gyerek kapcsolat • anya iskolai végzettsége • kevesebb mint 4 gyermek a családban (ill. legalább 2 év korkülönbség a testvérek között) • kiterjedt családi háló | <p>Családi veszélyeztető tényezők</p> <ul style="list-style-type: none"> • szülők mentális terheltsége, szendvedély betegség • családon belüli erőszakos bántalmazás bármely formája • terhesség vagy szülés alatti komplikációk • szegénység, alacsony szocioökonómiai státusz • szülő vagy nagyszülő halála | |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • hatékony problémamegoldás tanítása • jó minőségű gondozás | |
| <p>Tágabb társas környezet védőfaktorai</p> <ul style="list-style-type: none"> • iskolához való kötődés pozitív szerepe • kompetens mentor jelenlétének hatása (segítséget nyújthat ill. megfelelő mintaként szolgálhat) • közösségi tevékenységben való részvétel • normákat betartó barátok • társadalom értékorientált szerveződése | <p>Társas környezet veszélyeztető tényezői</p> <ul style="list-style-type: none"> • természeti katasztrófák (pl. földrengés, cunami, vagy az éghajlatváltozásból fakadó természeti katasztrófák) • háborúk • poszttraumás zavarral járó helyzetek • lakókörnyezetben nagyarányú kriminalitás, droghasználat, bandatevékenység • szociális támogatás hiánya |

8. táblázat A protektív és veszélyeztető tényezők csoportosítása (Forrás: saját szerkesztés, Werner és Smith szerint, 2001.)

A következőkben röviden áttekintek néhány a saját vizsgálatom szempontjából fontosabb kutatást, melyek alakították a reziliencia fogalmát. A szerzők főként az élet kezdetén megjelenő veszélyeztető tényezőket vizsgálták, és kutatásukban a korai gyerekkortól kezdődően követték nyomon a vizsgálati személyeket egészen az életközépig (40-50 éves korig).

A Kauai study keretén belül Werner és Smith (1992, 2001) Hawaii-szigeteken folytattak longitudinális vizsgálatot, 1955 és 1995 között, melyben a vizsgálati személyeket megszületésüktől 40 éves korukig követték nyomon. A szerzők elsősorban a családban előforduló veszélyeztetettségi tényezőkre fókuszáltak, s hogy ezek milyen problémát okozhatnak a személyiség fejlődésében, melyek azok a veszélyeztető, kockázati tényezők, amik csökkentik a sikeres fejlődés valószínűségét. Továbbá összegyűjtötték a védőfaktorokat is, melyek segítették a reziliencia kialakulását, 7. táblázatban látható.

A rizikó fogalma elválaszthatatlan a rezilienciától, amiről rizikóhelyzet vagy rizikónak kitettség nélkül nem is beszélhetünk. A rizikófaktorok olyan tényezők, melyek csökkentik a sikeres fejlődés valószínűségét. A rizikófaktorokat kapcsolatba hozzák a kutatások a sérülékenység (vulnerabilitás) fogalmával. A rizikó legegyszerűbben: egyéni belüli és külső - környezetből származó (ez lehet több szinten: szűkebb család, iskola, tágabb környezet) kategóriákba sorolható (Werner, E. E., 2000.).

Werner és Smith kutatásukban a rezilienciát „legyőzhető sérülékenységnek” nevezik, melyben a védőfaktorok ellensúlyozni képesek a kockázati tényezőket. A szerzőpárosnak sikerült új fénybe helyezni a korábbi patogénikus gondolkodás, mely szerint a trauma következménye a traumatikus sérülés lesz, ezzel a szemléleti változással új lendületet adtak a protektív tényezők feltárásához a későbbi kutatásokhoz (Kiss E., 2005).

Ann Masten és munkatársai definíciója szerint a reziliencia nem más, mint a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Masten, Best és Garnezy, 1990).

Ann Masten és munkatársai (1990) - Competence Study-ban 205 fős mintán, 7-8 éves gyermekeket vizsgáltak, a vizsgálatokat 7 és 10 évvel később megismételték. Olyan szkizofrén diagnózissal, illetve egyéb mentális betegséggel élő anyák gyermekeit vizsgálták, továbbá olyanokat, akik nagyon nehéz anyagi körülmények között, esetleg gyermekotthonban nőttek fel stb. Céljuk azt volt, hogy választ kapjanak arra, hogy mely tényezők biztosítják a védettséget a traumákkal szemben, az előző vizsgálatához hasonlóan a reziliens működést a jó szülői kapcsolat, a magasabb intelligencia, a társas kapcsolatok megléte és az alacsony negatív emocionális megélések segítik elő. A reziliens válasz megjelenését támogatja a személy rugalmassága, flexibilitása, és a kevésbé rigorózus szabálykövetés, a túlzott kontroll hiánya és ennek köszönhetően a szükséges nyitottság

az adott szitutiáció megoldásához. Masten a reziliencia definiálására két alapvető kritérium elérését tartotta szükségesnek: az egyén jól boldogul az életben, jelenleg vagy korábbi időszakban nagy mértékű rizikónak, nehézségnek volt kitéve. Vagyis a veszélyeztető életkörülmények ellenére hatékonyan sikerül alkalmazkodnia az egyénnek. Masten és kutatócsoportja szerint (1997) a reziliencia a sikeres alkalmazkodás folyamata, képessége vagy kimenete a kihívást jelentő vagy fenyegető körülmények ellenére. A rezilienciára mint egyfajta hétköznapi mágiára tekint, amely elérhető célként jelenik meg a legtöbb esetben. Masten szerint a reziliencia egy séma, amely akut vagy krónikus stresszkeltőkkel, krónikus veszélyeztető körülményekkel szembeni sikeres adaptációval jellemezhető. Az alkalmazkodási folyamat kulcsfontosságú. Masten szerint, azokat a folyamatokat tartja a fejlődésre károsnak, melyek az alapvető emberi alkalmazkodási folyamatokat veszélyeztetik (pl. kötődési kapcsolat, az egyén tanulási-, problémamegoldási képessége, család rendszerének működése) (Masten, 2007).

Fontos megemlíteni a longitudinális vizsgálatok között a Lundby-study-t, mely Svédországban folyt, az adatgyűjtés 1947-ben indult, majd a vizsgálatot az évek során többször megismégték 1957-ben, 1972-ben, 1988/89-ben, eközben a kutatócsoportok is átalakultak. Cederblad és munkatársai az eredeti főből 148 főt vizsgáltak meg (Cederblad, Dahlin, Hagnell és Hansson, 1994), akik ekkor 42-56 évesek voltak, és az ő eredményeiket elemezték. A kutatás fókuszában az életminőség és a mentális egészség kérdése állt. Cederblad és munkatársainak szemléletében a salutogenetikus megközelítést állították a középpontba, vagyis arra kerestek választ, hogy amennyiben legalább 3 súlyosan mentális veszélyeztető körülmény jelen volt a vizsgálati személy gyerekkorában, melyek a mentális egészség okai.

A szerzők szerint a személyes diszpozíciók közül az intellektuális képességek, a sikeres coping és a megküzdési módok alkalmazása, a pozitív önbecsülés, a jó önértékelés és a belső kontroll játszottak szerepet az egészség megtartásában. Cederblad és munkatársai is alátámasztották a gyerekkori családi tényezők közül a bizalommal teli, jó kapcsolat szerepét a szülővel, ami a későbbi életévekben is pozitív hatást gyakorol a mentális állapotra. A kutatók ebben a vizsgálatban az Antonovsky által leírt koherencia-érzék konstruktumát alkalmazták kutatásukban, eredményeik szerint a mentális egészség és a koherencia-érzék pozitív összefüggést mutat egymással (Kiss E, 2005)

A reziliencia kutatás létjogosultságát, elterjedtségét és sikerességét mutatja, hogy számos pszichológiai és interdiszciplináris kutatás és gyakorlat foglalkozik a témával. A reziliencia kutatások történetének áttekintésében négy egymást követő időszakot különíthetünk el.

A reziliencia kutatások első időszakára a jelenség felfedezése és leíró szintű megközelítése volt a jellemző. Elsősorban esetelemző és csoportokat vizsgáló kutatások voltak a jellemzőek a veszélyeztetett helyzet ellenére történő sikeres alkalmazkodásról.

A kutatások második szakaszában a kutatók a reziliencia működésének folyamatára és annak megértésére fókuszáltak. A rizikótényezőket és protektív faktorokat figyelték meg, továbbá létrejöttek az egyes tényezők közötti interakciós modellek, melyek már multidimenzionális, dinamikus működésben fogták fel a reziliencia jelenségét.

A harmadik időszak célja a beavatkozási lehetőségek feltárása, ami arra keresi a választ, hogyan támogathatjuk a reziliens válaszreakció/ kimenetel létrejöttét? Az adaptációt létrehozó folyamatok, az alkalmazkodást létrehozó rendszerek működésére, és továbbá a beavatkozási lehetőségekre fókuszál. A szakemberek fő kérdése, az, hogy a rezilienciával kapcsolatos kutatási ismeretek, hogyan, milyen módon integrálhatóak és hogyan lehetséges a reziliencia jelenségének többszintű és multidiszciplináris felfogása. A jövőbe mutató kutatási kérdések a reziliencia neurobiológiáját, az adaptív rendszerek újraprogramozási lehetőségét és az integrált, multidiszciplináris szemlélet létrejöttét célozzák meg (Kiss, 2015).

Számos vizsgálatot végeztek szkizofrénia diagnózissal élő szülők gyermekeivel a lelki ellenálló képesség tekintetében (reziliencia), elmondható, hogy az utódok többségének átlagos vagy közepes reziliencia értéke (Kauffman, 1979, Dugan, 1980, Rutter, 1988, Waller, 2001, Johnson, 2004, Earvolino-Ramirez, 2007). A jó ellenálló képesség összefüggést mutat jó támogató rendszer (család vagy társas támogatás) meleg, bátorító környezet és pozitív önkép, hatékony probléma megoldási képesség elsajátításának lehetősége. A szkizofrén szülők gyermekinek reziliencia vizsgálatai kimutatták, hogy reziliencia szempontjából is fontos a korai beavatkozás, elsődleges megelőzés, szociális támogatás a mentális betegséggel élő szülőknek és gyermekeik számára.

11. Szociális kogníció szkizofréniában

Az elmúlt néhány évtizedben számos kutatás központi témája a szkizofréria neurokognitív aspektusa és a betegség kimenetelét befolyásoló tényezők. A betegség funkcionális kimenetelével a legszorosabb összefüggést a neurokognitív deficitiek mutatják (Green és mtsai, 2000), mindezen folyamatok és összefüggések között a szociális kogníció közvetítő szerepet tölt be (Roncone és mtsai, 2002; Pinkham és mtsai, 2006; Brüne és mtsai 2007). A vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a szociális kogníció zavara az egyik alapvető jellemző szkizofréria esetében (Brüne, 2005; Sprong és mtsai 2007; Bora és mtsai, 2009), továbbá az is kimutatható, hogy a szociális működés deficitjei a betegség tüneteinek jelentkezése előtt is jelen vannak (Hollis és Taylor, 1997). A szociális kogníció területén észlelhető deficitek a betegség premorbid vonásai, melyek a szkizofréria szempontjából vulnerabilitási faktornak tekinthetőek, ezek alapján elmondható, hogy a szociális funkcionálás zavara a szkizofréria központi viselkedési jellegzetességének tekinthető (Tényi, 2017). Számos kutatás alátámasztja, hogy a szkizofréniában is mentalizációs deficit jelen van (Brüne, 2005; Sprong és mtsai 2007).

A szociális kognitív képesség azokat a működéseket foglalja magába, melyek elősegítik azt, hogy a komplex társas helyzeteket megfelelően érzékeljük, feldolgozzuk, illetve azokra adaptív válaszokat adjunk. „A szociális interakció során a másik személy metakommunikációjából, arckifejezéséből észleljük annak érzelmi állapotát (emocionális percepció), feltérképezzük a szociális kontextust és összevetjük az adott szociális helyzettel kapcsolatos előzetes tudásunkat (szociális percepció), és a ránk jellemző módon – azaz ahogyan általában az események okait értelmezzük (attribúciós stílus) – valamilyen mentális állapotot (intenciót, érzelmet, gondolatot) tulajdonítunk a másiknak (mentalizáció), és erre alapozva képesek vagyunk elővételezni a viselkedését” (Herold és mtsai, 2016).

A szociális kognitív funkciók károsodása, valamint a társas helyzetekben való kapcsolódási nehézségek gyakori problémák szkizofrén diagnózissal élő egyéneknél, a szociális kognitív diszfunkciók pedig jelentős összefüggést mutatnak a betegség funkcionális kimenetelével és az életminőséggel (Tas, 2013).

Green (1996) az elemi kognitív deficitiek és az életminőséget meghatározó funkcionális területek (a pszichoszociális készségek szintje, a szociális problémamegoldó képesség,

közösségi aktivitás) kapcsolatát vizsgálta. A közösségi aktivitás szintjének kialakításában mindhárom funkcionális egységgel meghatározó kapcsolatot mutat a verbális epizódikus memória mellett a verbális fluencia és a végrehajtó funkciók befolyása. A szociális készségek tanulása a verbális tanulási deficit mellett a munkamemória részvételét is implikálja, míg a szociális problémamegoldó képesség dimenziója a vigancia/figyelem hatásaival kapcsolatos.

A neurokognitív deficitek tehát a mindennapi életvitel funkcióképességével (családi és társas kapcsolatok, munkateljesítmény, független életvitel, terápiás adherencia, relapszus prevenció, életminőség) interferálnak és erős prediktorai az állapot kimenetének, ezáltal a rehabilitáció szintjét és lehetőségeit is meghatározó tényezőnek tekinthetők.

Green és munkatársai (2000) 37 cikk metaanalízise során azt tapasztalta, hogy a betegek pszichoszociális hanyatlásához a különböző kognitív diszfunkciók 20-60%-ban járulnak hozzá.

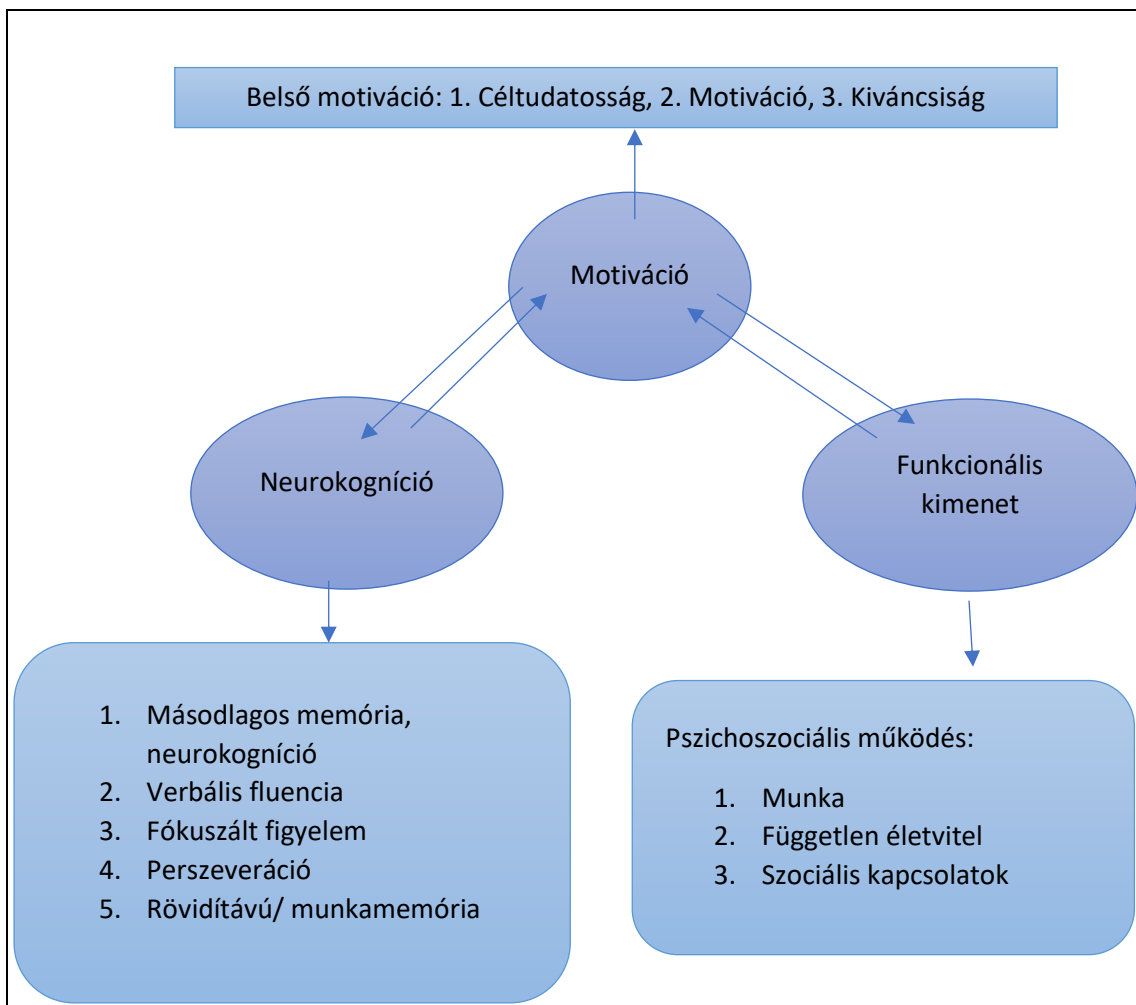
Harvey és munkatársai (2006) által készített metaanalízis szerint a lehetséges összefüggéseinek természetéről, mivel problémaként merült fel, hogy a kognitív deficit tüneteitől nem vagy nehezen különíthető el a diagnosztikában „negatív tünetek” –ként ismert sajátosságok: érzelmi elsivárosodás, passzív-apatikus szociális visszahúzódás - bezárkózás, beszéd spontaneitásának/folytonosságának zavara, absztrakt gondolkodás nehézsége, sztereotíp gondolkodás. Harvey és munkatársai arra a megállapításra jutottak, hogy a negatív és kognitív tünetek elkülöníthetőek, ha fogalmilag nem is teljesen függetlenek egymástól és a betegség olyan sajátosságai, amelyek a funkcionális kimenet variabilitását jelentősen meghatározzák.

Bowie és munkatársai (Bowie, 2006) 78 szkizofrénia diagnózissal élő egyénnel végeztek keresztmetszeti vizsgálatot az ún. funkcionális kapacitás közvetítő hozzájárulását vizsgálták a neuropszichológiai teljesítmény nyomán megjelenő mindennapi életvitel (munka-, társas-, közösségi-) készségeihez. A valós életvitel képességeit tesztelő helyzetekben a páciensek teljesítménye a kognitív státus és funkcionális kapacitás, mint mediátor kapcsolatán volt modellezhető (Kovács és Váradi, 2012).

Nakagami és munkatársai (2008) szerint a páciensek belső motivációja, mint közvetítő változó markáns hatást gyakorol a kognitív szint és a funkcionális kimenet közötti kapcsolatra úgy, hogy a mért kognitív teljesítmény szintje a motivációs hatás indirekt útján keresztül modulálja leginkább a kimenet szintjét. Az intrinszik motiváció tehát

kritikus tényező a kognitív teljesítmények és a funkcionális kimenetek közötti kapcsolatban. A megállapítás a súlyos mentális betegek rehabilitációjában a motivációfejlesztés fontosságát implikálja, ezt a fenti ábra mutatja be.

Couture és munkatársai (2006) szkizofrén diagnózissal élő emberek szociális kogníciójának vizsgálata során az arcokról való érzelem felismerés, a mentalizáció az attribúciós stílus elemeiben azonosítottak jellegzetes deficit-mintázatokat, melyek kapcsolatba lépnek a funkcionális kimenet dimenzióiban (a szociális készségek, az általános szociális funkciók, az életminőség).



2. ábra Belső motiváció: mint moduláló tényező (Forrás: Kovács és Váradi, 2012: 39)

Mancuso és munkatársai (2011) 85 pszichotikus beteget vontak be vizsgálatukba, a szociális kogníció vizsgálatában három faktort különítettek el: „holisztikus attribúciós stílus”, „alacsony szintű nonverbális megértés”, „magasabb szintű következtetések és szabályozási folyamatok” elnevezéseket kapták. Az ellenségesség megjelenése

elemzéseik szerint összefüggést mutatott a klinikai tünetekkel, de nem befolyásolta a szociális funkciókat, míg a másik két faktor szoros összefüggésbe hozható a funkcionális képességekkel. Az alacsonyabb szintű szociális készségek szorosabb összefüggést mutattak a neurokognitív adatokkal és a funkcionális kapacitással.

Brekke és munkatársai (2007) 125 szkizofrénia és szkizoaffektív zavar kórjelzéssel kezelt egyénnel végeztek követéses vizsgálatot, akik egy közösségi alapú pszichoszociális rehabilitációs programban vettek részt. Vizsgálatuk szerint a neurokognitív és a szociális kognitív tesztértékei hatással vannak a szociális kognitív funkciók mértékének.

A szociális kognitív funkciók javulása várható előnyökkel jár a betegek mindennapi működésében, elősegítheti a szociális kognitív funkciók javulását, a szociális kapcsolatokban való hatékonyabb működés, a társas helyzetekben való helytállás elősegíti az életminőség javulását.

A vizsgált elemi működésből fakadó funkciók kapcsolatának ok-okozati hálózata a kutatások szintjén képlékeny, de a rehabilitációs törekvések számára releváns ismeretek tárhatók fel. Az ellátás intenzitása összefüggött a funkcionális kimenet szintjével. Tehát a súlyos mentális zavarok kognitív aspektusa nem csupán diagnosztikai támpontot, hanem kimeneti predikciót, terápiás célpontokat és rehabilitációs esélyt is implikál. A szkizofrén diagnózissal élő egyének legtöbbször izoláltan élnek, minimális szociális kapcsolattal, magányosan. Ezért fontos, hogy az interperszonális kapcsolati gazdagság is elősegíti a szociális kognitív javulását (Bora és mtsai, 2014).

Az életminőség szempontjából meghatározó az interperszonális kapcsolatok gazdagsága, a szerepfunkciók megfelelő szintje. A kognitív károsodások közvetlen kapcsolatban állnak az önálló életvezetésre való képességre és a társadalomba való beilleszkedés nehézségeivel. (Komlósi, 2007).

Green 2008-as tanulmánya mutatta be részletesen és helyezte megfelelő kontextusba a szkizofrénia diagnózissal élő egyének szociális kognitív működését. A tanulmány definiálja a szociális kognitív kapcsolatos folyamatokat, hangsúlyozza ezek összefüggését a betegség tünettárával, a betegség kimetetéssel és terápiás vonatkozásaival kapcsolatban.

Pinkham és munkatársai (2014) a szociális kogníció alegységei közül elsősorban az alábbi négy vizsgálata szükséges szkizofrénia esetén: mentalizáció, érzelem felismerés, szociális percepció, attribúciós stílus.

Green 2015-ben publikált összefoglaló közleményében újragondolta a szociális kognitív folyamatokat, az alábbiak vizsgálatát tartja fontosnak: mentalizáció, szociális jelek percepciója, élmények átélése, érzelmek átélése és szabályozása. Ez a tanulmány az attribúciós stílus jelentőségét már nem emeli ki, viszont fontosnak tartja az empátiás képességek társas kognitív kontextusba helyezését (Green, 2015).

A mentalizáció az a képességünk, melynek használatával saját magunk és mások számára mentális állapotokat, vagyis vágyakat, vélekedéseket tudunk tulajdonítani (Fett, A.-K.J., és munkatársai, 2011). Ez a képesség fontos szerepet tölt be a szociális kognitív működésünkben, ezáltal mindennapi társas interakciónkban is. Elsőepizódos szkizofrénia diagnózissal élő egyéneknél, elsőfokú rokonaiknál, valamint a betegség szempontjából magas kockázatú személyeknél mentalizációs diszfunkciót találtak. A tudatelméleti képesség zavara vonás a szkizofréniaiban és a betegséget megelőző időszakban markerként van jelen, továbbá úgy tűnik, hogy egyfajta érzékenyítő tényezőként is hat a szkizofrénia kialakulására vonatkozóan (Varga és mtsai, 2017).

Szociális jelek percepciója a különböző szociális információk felismerését és feldolgozását jelenti, vagyis egy folyamat, mely a társas kontextus feldolgozásához szükséges információk megismerését segíti elő. Ez a képesség a társas összefüggések ismeretére és a társas tájékozottságra is kiterjed, magába foglalja a szociális szerepek, -szabályok és a – célok megfelelő ismeretét is. Vizsgálatok kimutatták, hogy a szkizofrénia diagnózissal élő egyének ennek a képességnek a mérése során is gyengébb teljesítményt nyújtanak, mint az egészséges személyek (Fischer-Shofty M, 2013).

Empátiánk segítségével vagyunk képesek megérteni és átélni mások érzéseit. Az empátia olyan szociális kognitív domain, melyet atipikus működésűnek ismernek a szkizofréniaiban, mely Bleuer és Krepelin munkásságához nyúlik vissza (Bonfils, 2016). Az empátia, mint folyamat összetett és ezáltal több kognitív alegységre bontható. Shamay-Tsoory (2010) szerint az empátiás képesség affektív és kognitív empátiából tevődik össze. Drentl és munkatársai (2009) szerint az empátia alegységei: az érzelmek felismerése, az érzelmi válaszkészség és az emocionális nézőpontváltás.

Érzelem feldolgozás zavara (érzelmelek átélése és szabályozása) a másik érzelmeinek felismerése metakommunikatív jelekből áll (arcokból, hangokból, testtartásból stb.) A szkizofrén betegek érzelem felismerési képességének vizsgálata az irodalomban elsősorban arcokról és hangokból történik. Mindkét aspektus tekintetében szignifikáns diszfunkció jelentkezik a szkizofrén diagnózissal élő személyeknél az egészséges egyénekhez képest (Fischer-Shofty M, 2013).

A szociális kognitív folyamatok részletes feltérképezése fontos szempont lehet a klinikailag veszélyeztetett és a már diagnosztizált egyének estén is, hiszen a különböző pszichoszociális intervenciók ezek ismeretében tehetőek személyre szabottabbakká és hatékonyabbakká.

KUTATÁS

12. Pécsi pszichiátriai betegek szociális ellátásainak bemutatása

A korábbiakban ismertetett elméletek és módszertani ismeretek mentén mutatom be azt az intézményt, mely Pécsen és kistérségben a pszichiátriai betegek szociális ellátásait működteti, s ahol én is folytatom tevékenységemet. A Közösségi Pszichiátriai Ellátást 2006 decemberétől működteti az Integrált Nappali Szociális Intézmény Pécsen és a Pécsi Kistérségben. A közösségi ellátás keretén belül a szolgáltatásainkat az ellátottak otthonában, természetes életterében, családi-, baráti környezetében nyújtjuk. Az ellátást a 18. életévüket betöltött krónikus pszichiátriai betegséggel élő egyének vehetik igénybe, akiknek állapota ambuláns szakellátás mellett egyensúlyban tartható és fejleszhető. Az ellátás egyik fontos elemeként ennek érdekében az ellátott személyes szükségletei és céljai felmérését követően, az ellátott bevonásával készül el az egyéni gondozási terv. Az ellátás a közösségi pszichiátriai módszertan elveire építve működik (kollégák elvégezték a munkavégzéshez szükséges közösségi gondozó és koordinátor képzést, a munkavégzés igazodik az aktuálisan kiadott szakmai irányelvekhez). A szolgáltatás a középpontba az egyéni szükségleteket, célokat állítja, hosszabb távú ellátást kínál, amely elsősorban az ellátottak aktív és felelős részvételére épít, kihasználva a közösség segítő erejét. Segítséget nyújtunk az ellátott és környezete számára a mindennapi nehézségek megoldásában, a nehéz vagy problémát jelentő helyzetekkel, konfliktusokkal való hatékonyabb megküzdésben. A szolgáltatások komplexitása, hosszútávú gondozás révén rövidülhet a fekvőbeteg intézeti elhelyezés, kitolódhat a tartós elhelyezést nyújtó ápolást, gondozást biztosító otthonba történő elhelyezés, hiszen egyes feladatok átvállalásra kerülnek, és mind az egyén mind a hozzátartozó megtanul együtt élni az irreverzibilis tünetekkel, folyamatokkal.

A szolgáltatások biztosítása során alapvető kritérium, hogy a klienseknek azt a szükséges rehabilitációs támogatást nyújtjuk, amivel segítséget kap a saját sorsuk feletti felelősségük újraélésében, az önálló döntéseinek meghozatalában, vagyis ne helyettük történjen a döntés, hanem a kliensek képessé váljanak önálló döntésre, cselekedetre.

A felvételre vonatkozó jelzések az egészségügyi intézményektől érkeznek elsősorban (pszichiátriai klinika, pszichiátriai szakrendelések és -gondozók, pszichiáter szakorvosok), az ő ajánlásukkal érkezik az intézménybe a kliens. Az intézményben

dolgozó szakemberek napi munkájuk részeként tekintik a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban lévő intézmények szakemberei közötti kapcsolattartás elősegítését, elsősorban esetmegbeszélők és esetkonferenciák megszervezését.

A Közösségi Pszichiátriai Ellátás működtetése során érzékelhetővé vált a komplex gondozás mellett, hogy a krónikus pszichiátriai betegséggel élő személyek egy részének (akit nem sikerül munkaerőpiacra, a múltbéli megtartó közege vagy tanulmányok felé integrálni) napjai sokszor magányosan, izoláltan, szüntelenül telnek, közösségi életben való részvétel nélkül. Többe között az gondolatment segítette a „Kapcsolat Klub – Közösségi Ház” Pszichiátriai Betegek Nappali Ellátásának megalakítását, 2010 novemberében, 50 fő férőhellyel, melynek célja a pszichiátriai betegek részére olyan napközbeni ellátások nyújtása, amelyek elősegítik az ellátottak komplex pszichoszociális rehabilitációját. A törvényi keretek tág lehetőséget biztosítanak a pszichiátriai betegek nappali ellátásainak működtetéséhez. Saját programunk kidolgozásakor a már hatékonyan működő közösségi pszichiátriai ellátás szellemiségét, módszertanát vettük alapul, s erre építettük fel a reintegrációt elősegítő közösségi programot, mely a pszichiátriai betegek nappali ellátásának keretein belül működik. A reintegrációt elősegítő közösségi program esetében az igénybe vevők köre nincs olyan mértékben korlátozva törvényi szinten, mint a közösségi pszichiátriai ellátások tekintetében, viszont jelen ellátás tekintetében elmondható, hogy bár elegendő az igénybevételhez bármely pszichiátriai diagnózis, a nappali ellátást igénybe vevő köre alkalmazkodik a közösségi ellátást igénybe vevők köréhez.

Az reintegrációt elősegítő közösségi programban elsődleges feladatnak tekintjük, hogy az igénybe vevők számára közösséget teremtsünk, a kapcsolatteremtés készségével nyitottabbá válhatnak, közelebb kerülhetnek a társadalomba való reintegrációhoz is. Tehát az önsegítésen kívül fontos funkciót tölt be a közösség építő ereje is, a kliensek támaszkodhatnak egymásra, segíthetik egymást. Hosszú távú célunk, hogy az intézmény falain kívül is találkozzanak, tartsák a kapcsolatot egymással, közösségi életet éljenek, közös programokat szervezzenek lehetőségeikhez mérten, ezáltal bővíthetnek szociális kapcsolataik.

A nappali ellátásban évről évre gyarapodott az érdeklődők és az ellátást igénybe vevők köre, 2013 júliusától indokoltá vált a létszám bővítése 75 férőhelyre. 2015 tavaszától

Pszichiátriai Betegek Szociális Ellátásait biztosító részközpontként működik az Apáca utcai telephely.

A közösségi és nappali ellátás munkatársai egy intézményen belül, közösen látják el feladataikat, minden reggel közös megbeszéléssel indul a nap, ahol az adott napi teendők átbeszélésén van a hangsúly (adott napi egyéni esetkezelések, csoportfoglalkozások), aktuális kérdések és problémák megvitatására is adott a lehetőség. Heti rendszerességgel esetmegbeszélő csoporton van lehetőség a TEAM tagjainak mélyebb lélegzetvételű segítséget kérni elakadás, kérdés, probléma esetén. Továbbá a munkatársaknak havi rendszerességgel van lehetősége részt venni orvosmentori megbeszélésen, a Pszichiátriai Klinika egyik főorvosának vezetésével, továbbá team szupervíziót havi szinten biztosít az intézmény a munkatársai számára. Az intézményben szociális munkás és pszichológus végzettséggel dolgoznak főállásban a kollégák, megbízásos szerződéssel pszichiáter szakorvosok segítik a munkavégzést.

A nappali ellátás klub jellegéből adódóan lehetőséget biztosít a napközbeni ott tartózkodásra, kulturális programokon való részvételre, szabadidő hasznos eltöltésére, készségfejlesztő tevékenységekre, napi egyszeri meleg ételhez való hozzáféréshez, illetve amennyiben indokolt higiénés szükségletek kielégítésére is van lehetőség. Az intézmény hétköznapi napokon, napközben tart nyitva, meghatározott heti terv szerint működik, a hosszantartó mentális problémával élő emberekkel foglalkozás megkívánja a jól átlátható, világos, tervezhető napirendet.

A reintegrációt elősegítő közösségi program keretein belül lehetőség van terápiás és terápiás jellegű csoportfoglalkozásokon, készségfejlesztő csoportokon és tréningeken részt venni, melyeket előre kialakított heti tervben tekinthetnek meg az érdeklődők/részvevők. Továbbá a közösségformálás részeként különböző programokhoz is lehetcsatlakozni: kirándulás, múzeumlátogatások, városi programokon részvétel.

A reintegrációt elősegítő közösségi programban, hasonlóan a közösségi ellátáshoz a leendő klubtag szükségleteit felmérve a kliens és az adott kolléga közösen határozzák meg, mely tréningek, csoportfoglalkozások látogatása indokolt az egyéni célok elérése érdekében.

Az alábbiakban az intézményben működő csoportokat részletesebben is bemutatjuk.

Hangolódás/szkizofrén csoport: célja a szkizofrénia zavarokkal küzdő páciens önsegítésének, önértékesítésének előmozdítása, tematikus verbális kiscsoport formájában. A csoport hangsúlya az önkéntességen, a saját élet felé irányuló kompetencia erősítésén, a saját élet feletti felelős döntések kialakításában és az emberi méltóság hangsúlyozásán van. A csoport további célja a kompromisszumkészség kialakítása, árnyalatok bemutatása, adott témán belül másik nézőpont keresése (adott élethelyzetet, szituációt megtanulni nem csak egy nézőpont alapján szemlélni), készségfejlesztés segítségével megtanulni visszajelzéseket adni egymás felé, illetve egymás segítésének előmozdítása.

Mozgás csoport: nonverbális nyitott kiscsoport, célja a pszichiátriai betegek megváltozott kommunikációs, metakommunikációs készségének fejlesztése. További cél, hogy a mozgás által jöjjön létre érzelmi kommunikáció és megfelelő viszonyulás a társakhoz. A feladatokban hangsúlyos elem az egymásra való szavak nélküli odafigyelés és reagálás, az érintések szerepe, egymás irányítása, a másokra való ráhagyatkozás élményének megtapasztalása. A nonverbális készségek intenzív használatával elősegíthető a személyiség reintegrálása, a valóság és az én határok, az én és a külvilág pontosabb elkülönítése. A mozgásos feladatok olyan szintre hozzák a megváltozott észleléseket, élményváltozásokat, amely a mindennapi tevékenységek minél könnyebb elvégzését elősegítheti.

Játékcsoport: A mentális betegséggel élők számára különösen nehéz a nyilvánosság előtti megszólalás, ezek a szituációk szorongást váltanak ki belőlük. A foglalkozás a szereplésből fakadó stresszt kívánja enyhíteni, miközben a kommunikációs nehézségeket is csökkenti, készségfejlesztő cézzal. Az ellátottak ezeken az alkalmakon „játszva tanulnak”, az őket ért ingerek érzelmeiket mobilizálnak és a kreativitást is fejlesztik, verbális, mozgásos és ügyességi feladatokon keresztül.

Kreatív műhely: különböző ajándéktárgyak készítése és az egyéni és csoportos alkotás örömeinek megtapasztalása a célja a kreatív műhelynek. Az alkotásban való elmélyülést és a nyugalom megteremtését relaxációs zene segíti elő.

Kommunikációs tréning: 4 alap kommunikációs készség elsajátítására épít a hétköznapi helyzetek rekonstruálása, elemzése segítségével. Amennyiben a kliensek elsajátítják a programban szereplő készségeket, megtanulják nyíltabban kifejezni érzéseiket, és elkerülhetik a kommunikációs hiányosságaiukból

fakadó stresszt. Az egyén aktív részvételére, sajátélményekre, megélt élethelyzetek értelmezésére épít.

Asszertív tréning: krónikus pszichiátriai betegséggel élő egyének számára nehézséget okoz saját érdekeik képviselése. A tréning célja ezen helyzetek gyakorlása, speciális készségek fejlesztése.

Munkavállalási tréning: a tréning fókuszja a pszichiátriai betegség által okozott akadályok, nehézségek kiküszöbölésén van a munkakeresés területén. Álláskereséssel kapcsolatos szituációs helyzetek, önéletrajzírás, álláskeresési technikák, internet használat elsajátítása a tréning célja.

Főzőklub: a krónikus pszichiátriai betegséggel élő egyének számára a nem kialakult vagy nagymértékű készségcsökkenés miatt nehézséget okoz a háztartási munkákban való részvétel, többek között a bevásárlás megszervezése, konyhai eszközök használata, egyes ételek megtervezése, elkészítése.

A főzőklub célja, hogy a kliensek kompetens személyekké váljanak és képesek legyenek az ételkészítési folyamatok elvégzésére szem előtt tartva a takarékoságot és az egészségesebb életmódra való törekvést. Továbbá a foglalkozás célja, hogy a megtanult vagy újra felszínre hozott készségeket a hétköznapokban is képessé váljanak alkalmazni saját életvitelük során.

Irodalmi csoport: rövidebb irodalmi alkotások vagy hosszabb terjedelmű művek részleteinek felolvasására kerül sor - esetleg írók-költők életrajzával kiegészítve – amiből minden jelenlevő kiveszi a részét. A felolvasást követően az elhangzottak érzelmi-indulati feldolgozására kerül sor, saját élethelyzetekre vetítve.

Zene csoport: Az ellátottak aktivitására épít ez a csoport is, minden alkalommal előre kiválasztott zenei alkotást meghallgatása majd ezt követően közös átbeszélése a mű által kiváltott élményekről, esetleges a művekhez kapcsolódó emlékekről a csoportvezető irányításával.

Filmklub: a filmklubban elsősorban a kliensek által javasolt filmeket tekintik meg, melyet kötetlen beszélgetés követ, mely során lehetőség van véleménynyilvánításra a látottakról és kötetlen beszélgetés keretében nyilváníthatnak véleményt a látottakról.

Relaxáció: az izomrelaxáció módszere alkalmas a feszültség és a szorongás megszüntetésére. A testi, lelki ellazulást elősegítő gyakorlatok során, a kliensek

megfeledezhetnek az őket nyomasztó gondokról és azokat mindennapjaikban is alkalmazhatják a hatékony stresszkezelés eszközeként.

Heti hírmondó – verbális nyitott nagycsoport: A krónikus pszichiátriai betegségek velejárója, hogy az egyének a külvilág eseményei irányában beszűkültté és érdektelenné válnak, a csoport célja az lenne, hogy ezen próbáljon segíteni, annak érdekében, hogy segítse a társadalomba való reintegrációt. A heti hírmondón az elmúlt hét eseményeit ismertetik és beszélnek át. A klubba minden nap friss újság érkezik, és a rendelkezésükre álló számítógép is ezt a célt szolgálhatja. Véleményük megfogalmazásával kommunikációs hiányosságaik javítása lenne a cél.

Mesecsoport: a világirodalom egy-egy meséjének feldolgozása történik csoportos formában. Az együttes átélés és befogadás különleges hangulatot teremt. A mese kibontása során lehetőség nyílik szimbolikus formában megpillantani az egyetemes emberi sorsokat, fordulópontokat, melyekben saját kihívásainkat és megoldásainkat is felismerjük.

Nagycsoport, ahol a kliensek és a személyzet tagjai megbeszélnek, ütköztetnek, (verbálisan) megjelenítik a közösségben zajló folyamatokat, problémákat, bármit, amit együtt szeretnének megbeszélni.

Életmód csoport: a hosszantartó mentális betegséggel élőkre jellemző lehet a gyógyszerek mellékhatásaiból vagy az egészségtelen életmódból adódó metabolikus szindróma. A csoport fő célja az egészséges életmódra ösztönzés, melynek fő részei: a rendszeres fizikai aktivitás, mozgás, egészséges táplálkozás, egészségre káros szokások mellőzése. A csoportfoglalkozás lehetőséget nyújt a változásra, szociális – és együttműködési készségek javítására, ismeretszerzésre, az életminőség javítására, a különböző szomatikus tünetek megelőzésére és kezelésére.

Festőcsoport: csoporton tematikus csoportként működik, a csoportvezetők, adott téma feldolgozása van központban a csoporton, az alkotás, mint közvetítő eszköz jelenik meg az alkotó és a többi csoporttag viszonylatában, a kapcsolat az alkotáson és az arra érkező visszajelzéseken át valósul meg. Az alkotás reprezentálja az alkotó érzéseit, ily módon híd létesül a tudattalan belső érzések és az alkotás között. Az alkotó egyszerre kerül kapcsolatba saját lelki tartalmaival és külső környezetével. A csoport célja a saját, majd

a mások érzéseivel való kontaktus elérése. A kapcsolat először önmagával, majd az alkotáson keresztül a másik személlyel interakcióban jön létre.

A fejlesztő foglalkoztatás szemléleti alapja

A krónikus pszichiátriai betegek rehabilitációja szempontjából fontos a munkaerő-piaci aktivitás elősegítése. A munka és az ahhoz kapcsolódó készségek felmérése és fejlesztése esetében is a pszichiátriai betegség középpontban áll. A fejlesztés tervezése során fontosnak tartottuk a munkavégzés és az ahhoz kapcsolódó szociális környezet és elvárás rendszerét figyelembe venni, illetve a pszichiátriai betegség kapcsán megjelenő jellemzőket, alacsony stressz tűrő képességet és készségcsökkenéseket.

Így a lépések megtervezésében ezen szempontok adják az alapot, melyhez a szakmai támogató közeg, a multidiszciplináris team összetételének is igazodnia kell, ezért fontos, hogy az adott klienssel kapcsolatban lévő szakemberek kommunikáljanak egymással (fejlesztő foglalkoztató munkatárs, terápiás segítő, klub vezető, amennyiben van közösségi gondozó és a gondozó orvos).

A kliensek több esetben hiányos, elavult végzettségekkel rendelkeznek, vagy szakképzetlenek, esetleg több éve-évtizede megszerezték a szakképesítésüket, de gyakorlati tapasztalat szerzésére nem volt lehetőségük. A fejlesztő foglalkoztatásba vonás során elsődleges célnak tartjuk, hogy ellátottak megismerjék a különböző munkafolyamatokat, a betanítás és a foglalkoztatás révén önálló munkavégzés képességét ki tudjuk alakítani, fejleszteni. Fontos lenne, hogy hasznosnak érezzék magukat, ezáltal fontos, hogy értelmes feladatot végezzenek. Sok esetben alacsony jövedelemmel rendelkeznek, számukra a munkavégzésből származó jövedelem kereset kiegészítést lehetővé tenné.

A foglalkoztatási tervnek való megfelelést a foglalkoztatásban érdekelték közösen értékelik. A foglalkoztatási terv felülvizsgálata során a foglalkoztatott valamennyi képességének értékelése történik meg, meghatározva a további feladatokat. Az intézmény biztosítja valamennyi ellátottnak a fejlődés lehetőségét, az egyre jobb teljesítmény elérésének feltételeit. Az egyéni foglalkoztatási terv következetes végrehajtása egyben elősegítheti a magasabb foglalkoztatási formába történő átlépést is.

Empirikus vizsgálat

13. A vizsgálati minta

Vizsgálatunkba a pécsi Integrált Nappali Szociális Intézmény integrált közösségi ellátásait igénybe vevő ellátottakat vontuk be: a reintegrációt elősegítő közösségi programban és a közösségi pszichiátriai ellátásban résztvevőkből két csoport jött létre. A harmadik, kontroll csoportba olyan személyeket soroltunk, akik nem fogadták el az intézmény ellátásait, de pszichiátriai gondozáson részt vettek (érkezésükkor és a vizsgálat ideje alatt, ebben nem történt változás).

A pszichiátriai gondozás egyénre szabott terápiás kezelés (antipszichotikus kezeléssel) pszichiáter szakorvos vezetésével, mely során szakápolók is tartják a kapcsolatot a pácienssel és a környezetükkel, segítve életvezetésüket, követik a betegek gyógyulási folyamatát, állapotfelmérést végeznek.

A reintegrációt elősegítő közösségi programban részt vevő személyeknek vállalták, hogy az INSZI pszichiátriai betegek nappali ellátásában részt vesznek. Ez azt jelenti, hogy a kliens heti 4 napon bejár az intézménybe és részt vesz a meghatározott csoportfoglalkozásokon és tréningeken. A foglalkozások előre megtervezett napirend szerint működnek, keretet adva a mindennapoknak, továbbá fontos szempont volt, hogy közösségben, közösen vegyenek részt a foglalkozásokon. A 3. táblázatban láthatók a foglalkozások megnevezései, melyeket a korábbi fejezetben már bemutattunk.

A közösségi pszichiátriai ellátásába vonás esetén vállalták az ellátásban való részvételt. Ez a kezelési forma egyéni módszerrel történő fejlesztést jelent, mely során heti rendszerességgel keresi fel otthonában a szociális munkás kolléga a klienst, és közösen megírt gondozási terv (mely módszertanát a disszertáció korábbi részében mutattam be részletesen) alapján egyéni célok megjelölésével történik az intervenció. A 4. ábrán látható a közösségi pszichiátriai gondozás tartalma, részletesebben a disszertáció 6. fejezetében mutatom be a módszertani elemeket.

A kontroll csoport tagjai nem vettek részt pszichoszociális intervencióban, pszichiátriai gondozásban részesültek, ami azt jelenti, hogy havi legalább 1, legfeljebb 5 alkalommal vettek részt pszichiátriai gondozáson (pszichiáter szakorvossal történő személyes találkozás keretében).



3. ábra A reintegrációt elősegítő közösségi programok

A vizsgálatba történő beválasztás szempontjából a vizsgálatban résztvevő betegek a DSM-V kritériumoknak megfelelően lettek diagnosztizálva, külső pszichiáter szakorvos által, vagyis jelen vizsgálat ideje alatt a szkizofrénia remisszió kritériumainak megfelelően remisszióban voltak (Andreasen, 2005). Fontos szempont volt vizsgálatunkban, hogy a betegek anamnézisében nem szerepelt kábítószer használat, neurológiai betegség, mentális retardáció, vagy a szkizofréniahoz nem kapcsolható kognitív deficit. A vizsgálat ideje alatt a vizsgálatba bevont személyek mind fenntartó antipszichotikus kezelésben részesültek. A beteg tájékoztató ismertetése után a résztvevők írásos beleegyezésüket adták a vizsgálatban való részvételhez. A kontroll csoport tagjai számára is felkínáltuk az intervenció lehetőség igénybevételét, de ők saját választásuk alapján ezzel nem kívántak élni. A kutatás a PTE BTK Társadalmi Kapcsolatok Intézete Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék Szociális Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével rendelkezik (2015/1).

| Esetkezelés | Mentális gondozás | Készségfejlesztés |
|---|---|---|
| Állapot, életvitel felmérése | Pszichoedukáció | Életviteli készségek fejlesztése |
| Személyre szabott gondozási terv elkészítése | Korai figyelmeztető tünetek felismerésének segítése | Kommunikációs készségek fejlesztése |
| Problémaelemzés, -kezelés | Stresszkezelés | Problémamegoldó készség fejlesztése |
| Krízisintervenció | Agressziókezelés | Asszertív viselkedés fejlesztése |
| Családi, társadalmi kapcsolatok fenntartásának támogatása | Gyógyszer-compliance segítése | Munkakereséshez és megtartásához szükséges kompetenciák fejlesztése |
| Ügyintézés | Speciális technikák: egészséges étkezési szokások kialakítása | Szabadidő hasznos eltöltésének támogatása |
| Munkahely feltárásának segítése | alvási problémák kezelése napi tevékenységek megszervezése | Társas kapcsolatok kialakításának fejlesztése |

5. ábra A közösségi pszichiátriai ellátás tartalmi elemeinek bemutatása

14. Célkitűzések, a vizsgálat hipotézisei

Vizsgálatunk fő célkitűzése a szkizofrénia diagnózissal élő egyének reintegrációt elősegítő közösségi intervenció programjának hatásvizsgálata volt, egy longitudinális kutatás keretében. Szerettük volna feltérképezni, hogy a programban való részvétel, a klubtársakkal való interakciók, a strukturált napi elfoglaltságok hogyan befolyásolják a mindennapokban és szociális kapcsolatokban való eligazodást, a társadalomba való visszailleszkedést. Kíváncsiak voltunk, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program gyakorol- e hatást a szociális kongnícóra, rezilienciára és az egészségügyi és szociális szükségletek kielégítettségének mértékére.

Továbbá a közösségi pszichiátriai ellátás hatékonyságát is vizsgáltuk, hogy milyen hatással van a résztvevőkre. A közösségi pszichiátriai ellátás gondozása, miként befolyásolja az informális kapcsolatok minőségének javulását, erősödését, a kliens körül lévő természetes támogató védőháló jelenlétét, működését.

Kíváncsiak voltunk, hogy a közösségi pszichiátriai gondozás hatással van-e a szociális kongnícóra, rezilienciára és az egészségügyi és szociális szükségletek kielégítettségének mértékére.

A reintegrációt elősegítő közösségi program és közösségi pszichiátriai ellátás összehasonlítását, a két ellátás közötti különbségek feltérképezését, elemzését is fontos kérdésnek tartottuk.

Az érdekelt bennünket, hogy a kontroll csoport mutat-e változást, a szociális kongníción, a reziliencia szempontjából és az egészségügyi és szociális szükségletek kielégítettségének mértékében. Mivel a kontroll csoport tagjai a pszichiátriai gondozáson kívül egyéb szociális ellátásban nem részesültek.

1. Feltételezzük, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program és a közösségi pszichiátriai ellátás pozitív hatással van a résztvevők szociális kongnícójára.
2. Azt vártuk, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program és a közösségi pszichiátriai ellátás pozitív hatással van a résztvevők egyéni egészségügyi és szociális szükségleteinek kielégítésében.
3. Úgy gondoltuk, hogy az reintegrációt elősegítő közösségi program és a közösségi pszichiátriai ellátás egyaránt pozitív hatással van a szociális kapcsolatokra, a társadalomba való visszailleszkedésre és az abban való aktív részvételre.
4. Feltételezzük, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program és a közösségi pszichiátriai ellátás pozitív hatással van a résztvevők lelki ellenálló képességére.
5. Vizsgálatunk szempontjából fontos kritérium szempont volt, hogy a vizsgálati személyek betegség státuszuk szempontjából azonos mentális állapotúak legyenek, és a vizsgálat ideje alatt ne következzen be dekompenzáció a betegségükben. Mivel mindhárom vizsgálati szituációban a betegek pszichiátriai gondozásban részesültek, azt vártuk, hogy a vizsgálat ideje alatt a betegség tünetei és funkcionalitása nem változik negatív irányba egyik csoportnál sem.

15. Vizsgálati eszközök

15.1. Social Cognition Analyzer Application (SCAN)

A kutatásban a szociális kognitív funkciók feltérképezéséhez a PTE AOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársai által fejlesztett szoftvert használtam fel, melynek kidolgozásában magam is részt vettem². A kutatócsoportban az elsődleges feladatom a betegcsoporttal való tesztek felvétele volt, továbbá az adatok elemzésében és értelmezésében is együttműködtem a szoftverfejlesztő csoporttal.

A SCAN program technikai háttéréről, működéséről röviden a következő ismertetést mutatjuk be. A felhasználó számára (aki általában a tesztelést végző klinikus, vagy kutató) a program egy szokásos, grafikus interaktív felületen megjelenő, menüből indítható alkalmazás. A program felhasználóbarát, egyszerű egérkezeléssel működik, a kitöltési instrukciók ismertetése után a tesztelt személy önállóan is képes a tesz kitöltésére. A program az elindítást követően a válaszadó nevét, életkorát és végzettségét kérdezi le. Ezt követi az a kalibrációs rész, ami az egérkezelés sebességét méri, ahol 9, egymás után megjelenő, különböző méretű ablakban kell az OK gombra kattintani (ami épp a változó ablakméret miatt, mindig máshol van). A kalibrációt követően mindegyik típusú feladtból egy-egy próbafeladat segítségével ismeri meg a tesztelt személy az egyes feladattípusokat. A próbafeladatok eredménye nem kerül elemzésre a későbbiekben. Ezek után következik a tulajdonképpeni tesztelő rész.

A feladatok megjelenítése grafikus felületen történik, a válaszadó a feladatok után megjelenő kérdésekhez kapcsolódóan a felsorolt lehetséges válaszok közül egérkattintással választhatja ki az általa helyesnek ítélt választ. A program a válaszokat, valamint a válaszadásra szánt reakcióidőket egy egyszerű szöveges állományban tárolja, az eredmények feldolgozására pedig bármely rendelkezésre álló táblázatkezelő program használható.

A kész teszt eredményét tartalmazó állományt a kiértékelést végző szoftver, az úgynevezett Scanalizer kapja meg. A Scanalizer az eredményeket alegységenként, a feladatokban elért teljesítményre és a reakcióidőre lebontva, egyszerűen értelmezhető

² Varga Varga, E., Bugya, T., Endre, Sz., Herold, R., Horváth, R., Mákos, O., Kiss, E. Cs., Tényi, T. (2017): Új módszer szkizofrén betegek szociális kognitív folyamatainak vizsgálatára. *Psychiatria Hungarica* 32: 3 pp 313-331.

diagramokon jeleníti meg. A tesztelt személy összesített eredménye is megjelenítésre kerül egy koordináta rendszerben (a részleteket lásd a tanulmány Eredmények részében).

A program Linux operációs rendszer alatt fut, maga az alkalmazás pedig Bash nyelven készült, tulajdonképpen egy keretprogram, mely rugalmasan használható egyszerű szövegfájlok, mp3 formátumú hangfájlok, avi formátumú mozgókép fájlok, valamint png és jpg formátumban lévő képfájlok megjelenítéséhez, így a szoftver akár saját összeállítású feladatsor bemutatásához is használható. A megfelelő kiterjesztésű állományokat a program lejátssza, és a válaszokat pedig, a reakcióidőkkel együtt, a válaszadó nevét viselő fájlban, egy külön könyvtárba menti. A feladatok elvégzését követően a teszt eredményét tartalmazó állományt a kiértékelést végző szoftver kapja meg, ami az eredményeket alegységenként, a feladatokban elért teljesítményre és a reakcióidőre lebontva, egyszerűen értelmezhető diagramokon jeleníti meg. A tesztelt személy összesített eredménye is megjelenítésre kerül egy koordináta rendszerben.

A program a vizsgált személy mentalizációs és érzelemfeldolgozó képességét méri. Szkizofréniában a szociális kogníció részfolyamatai közül a mentalizáció a legrészletesebben vizsgált funkció. Több vizsgálat egybehangzóan megerősíti a mentalizációs készség atipikus működését szkizofréniában (Green, 2015). Ennek következtében a szkizofréniával élő személyek problémákkal küzdenek a különböző mentális állapotok megértése terén, vagyis nehezen ítélik meg a saját maguk, valamint mások szándékait, vágyait, vélekedéseit. Akkor vagyunk képesek a velünk interakcióba lépő személyek viselkedését értelmezni, vagy előre jelezni, ha mentalizációs képességünk birtokában vagyunk. Ez segíti a kommunikációt, továbbá szerepe van a saját és a másik viselkedésének irányításában és befolyásolásában, a személyközi interakciók kezdeményezésében és fenntartásában, továbbá a másikkal való kooperációban (Kiss, 2005). Ebből következik, hogy a mentalizációs készség atipikus működése komoly működési zavarokat okoz a társas interakciókban (Varga, 2017).

Az érzelmek észlelése, megértése és kifejezése a szociális kapcsolatok működéséhez alapvetően fontos képesség. Azokat az érzelmeket tekintjük alapérzelmeknek Ekman (1992) szerint, melyek további egységekre nem bonthatóak, kultúrától független a jelenlétük, az egyedfejlődés korai stádiumában már megfigyelhetőek, univerzálisan ugyanaz az inger ugyanazt az élményt váltja ki, valamint adott alapérzelem megjósolható válaszmintázatot vált ki. Ekman hat alapérzelmeket különböztet meg: öröm, bánat, harag,

undor, szomorúság és a félelem. Az emberi viselkedésre jellemző rendkívül színes érzelemintázatot ezek az alapérzelmek alkotják. Az érzelmek kifejeződhetnek az arcminika, a beszédhangsúly vagy akár a testtartás által is. Az alapérzelmek mellett a kutatók ma már több mint 200 érzelemfajtáról beszélnek, amelyet az emberek egymástól megkülönböztetnek és kezelni képesek.

SCAN feladatai

Mentalizációs feladatok szkizofréniában

Jelen vizsgálatban a mentalizációs képesség mérésére 5 db faux pas feladat, 5 db metafora feladat és 5 db irónia feladat került bemutatásra.

A mindennapok során tapasztaljuk azt, hogy a szkizofréniával élő személyek egy része viszonylag jól teljesít a mentalizációs feladatokban, ennek ellenére a társas kapcsolatokban nem funkcionálnak kielégítően.

A **faux pas teszt** (Faux Pas Recognition Test) egy két kérdésből álló, rövidített verzió, mely a mentalizációs funkció kognitív aspektusát méri. A feladatok jó megoldásai mellett megfigyelhető szignifikánsan hosszabb reakcióidők mögött úgynevezett kognitív kompenzációs stratégiák működése tételezhető fel, melyek a diszfunkcionálisan működő mechanizmusok ellensúlyozására jelenhetnek meg.

Az **irónia feladatok** esetében az első kérdés a beszélő érzelmi állapotára kérdezett rá, míg a második az ironikus kijelentés szó szerinti vs. nem szó szerinti értelmezésével volt kapcsolatos.

A **metafora feladatok** után elsőként két lehetséges jelentés közül kellett kiválasztani a helyesnek ítéltet a metafora értelmezésére vonatkozóan, a második kérdés pedig egy eldöntendő kérdés volt ugyancsak a metaforikus kijelentés értelmezésével kapcsolatban.

Alap-érzelmek felismerése

Az alap-érzelmek felismerésére (öröm, bánat, harag, meglepettség, félelem, undor) **Baron-Cohen Arc Tesztjének** (Face Test) (Baron-Cohen és mtsai, 1997) rövidített, csak a felsorolt alap-érzelmeket tartalmazó változatát használtuk, összesen 6 db feladatot. Ugyancsak az alap-érzelmeket kifejező **érzelmi prozódia** dekódolási képességének mérésére Edwards és munkatársainak feladatait használtuk magyarra lefordított, női és

férfi színészekkel előadott változatban (26 db feladat). Mindkét feladat esetében 2 db lehetséges válasz közül kellett kiválasztani a helyesnek ítéltet.

Az összesen 45 feladatot használtunk jelen vizsgálatunkhoz, melyek véletlenszerűen vannak összekeverve, fontos, hogy a társas kognitív tudást feltételező helyzetek a valóságnak megfelelően váratlanul jelenjenek meg. A feladatok sorrendje minden résztvevőnél ugyanaz, viszont a teszt felvétel két időpontjában különböző feladatelemet használtunk.

A SCAN program a nemzetközi szakirodalomban preferált feladatsorok segítségével, és a reakcióidő mérésével együtt végzi a társas kognitív mechanizmusok vizsgálatát. Az eredményeket a már említett kétdimenziós szemléletnek megfelelően értékeltük, mely azt jelenti, hogy az egyes szociális kognitív alegységek működésének értékelése során nem csak a feladatokban elért teljesítményeket vettük figyelembe, hanem a feladatok elvégzéséhez szükséges reakcióidőket is. Ez a módszer azért fontos, mert a valós, élő, komplex társas helyzetekben nem kizárólag az ingerek helyes feldolgozását tekinthetjük az adaptív viselkedés nélkülözhetetlen elemének, hanem fontos azok időben történő dekódolása is. A valós társas helyzetek dinamikus változását csak akkor követhetjük nyomon annak komplex formájában, amennyiben időben sem maradunk le róluk. A kétdimenziós értelmezés segítségével egy átfogóbb képet kaphatunk a szkizofrén diagnózissal élő egyének szociális kognitív működéséről.

A SCAN program az adatok felvételén túl a Scanalyzer program segítségével a vizsgált személy adatainak azonnali kiértékelésére és grafikus ábrázolására is képes. A Scanalyzer kiszámolja és koordináta-rendszer-szerűen ábrázolja a vizsgált személy összesített eredményét, továbbá az egyes alegységekben mutatott teljesítményeket is grafikusán képes ábrázolni.

15.2.Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-hu)

A Camberwell Assessment of Need magyar változatát, a Camberwell Szükségletfelmérési Interjút (CAN-R-hu) Demetrovics Zsolt és Lackó Zsuzsanna (2008) publikálta. A CAN alapelve, hogy a szükséglet szubjektív megítélés, így egyszerre több különböző, de egyaránt érvényes percepció létezhet a szükségletek fennállásáról vagy hiányáról. Az interjú rövid idő alatt felvehető, használható állapotfelmérésre, ezáltal a

kezelés megtervezése szempontjából is fontos lehet, ismételt felvétel esetén kiváló eszköz lehet a kliens állapotának nyomon követésére, a kezelés monitorozására.

Az egészségügy területén előfordulhat, hogy a kezelési módról történő döntésben a kliens személyes szükségleteivel szemben nagyobb hangsúlyt kapnak az egyéb szempontok, vagy az egyéni szükségletekre egyáltalán nem vagy nagyon minimális mértékben fordítók figyelem. A pszichiátriai betegséggel élők kezelésében hazánkban egy-egy vizsgálat már foglalkozott a mentális betegek szükségletfelmérésével (Harangozó, 2005), de a tudományos szükségletfelmérő eszközök használata nem jellemző a CAN-R-hu kivételével.

A CAN kiindulópontja, hogy mindenkinek, a pszichiátriai betegséggel élőknek is vannak szükségletei, és ezek többsége hasonló az egészséges személyek szükségletéhez. A CAN a szükségletek széles skáláját vizsgálja általánosságban, vagyis olyan szükségletet, melyekkel bármely egészséges ember is rendelkezik, viszont kiterjed a pszichiátriai betegséggel élőkre jellemző szükségletek vizsgálatára is.

Ezáltal az alábbi területeken méri fel az utóbbi egy hónapban felmerült problémákat: lakhatás, élelem, háztartásvezetés, ápoltság, napközbeni tevékenység, testi egészség, pszichotikus tünetek, tájékoztatás, pszichés problémák, önveszélyesség, közveszélyesség, alkoholprobléma, gyógyszer-drogprobléma, társas kapcsolatok, intim kapcsolatok, szexualitás, gyermekgondozás, írás – olvasás készsége, telefon, közlekedés, pénz, segélyek. A mérőeszköz kialakításánál szempont volt, hogy minél egyszerűbb legyen a használata. A CAN feltárja a kielégített (met) és a kielégítetlen (unmet) szükségleteket. Egy szükséglet akkor tekinthető kielégítettnek, amennyiben az adott területen azért nem észlelhető probléma aktuálisan, mert a kliens megfelelő segítségben részesül, viszont, amennyiben a segítség megszűnne, a probléma ismét jelentkezne. Akkor beszélünk kielégítetlen szükségletről, amennyiben probléma észlelhető az adott területen, függetlenül attól, hogy kap-e segítséget vagy sem a kliens.

A CAN-R-ben minden egyes életterületre hat kérdés vonatkozik. Az első kérdésnél egyrészt azt kell eldönteni, hogy az adott területen van-e komoly problémája a kliensnek, másrészt pedig azt, hogy amennyiben fennáll a probléma, úgy részesül-e hatékony segítségben. Amennyiben a válaszoló szerint nincs szükséglet, akkor az adott életterületre vonatkozó további három kérdéskörrel nem foglalkozunk, hanem áttérünk a következő területre. A második kérdés a kapott informális segítség, míg a harmadik kérdés a formális

segítség, intézményes segítség feltárására irányul. A negyedik kérdésnél a formális segítség kérdéskörénél maradva, azt jelöljük, hogy a válaszoló szerint milyen segítségre van szüksége a kliensnek ahhoz, hogy a területen felmerülő szükséglete kielégített legyen. Az ötödik és hatodik kérdés célja annak felmérése, hogy az interjúalany mennyire tartja megfelelőnek és hatékonynak a beavatkozásokat, illetve mennyire elégedett azokkal. A szükségletfelmérési interjúból nyert adatok összesítését segítő táblázatból könnyen leolvasható, hogy az egyes válaszadók szerint mely életterületeken azonosítható szükséglet, az adott szükséglet kielégített 80 vagy kielégítetlen, illetve mennyire megfelelő az adott szükségletre kapott segítség, valamint, hogy a páciens mennyire elégedett a kapott segítséggel (Demetrovics és Laczkó, 2008).

A CAN pszichometriai mutatói az azt kidolgozó munkacsoport eredményei szerint (Phelan és mtsai, 1995) a mérőeszköz megfelelő reliabilitását és validitását támasztják alá, amelyet azóta számos pszichiátriai mintán készített tanulmány is megerősített (ld. pl. Slade, 1996; McCrone, 2000).

15.3. Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RIS-C)

A 10 ítemes Reziliencia kérdőív (CD-RISC) a lelki ellenálló képesség mérésére kifejlesztett mérőeszköz. A rövidített kérdőívet Campbell-Sills és Stein (2007) a Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, Connor–Davidson, 2003) a stresszel való sikeres megküzdés mérésére kidolgozott 25 íteimből álló kérdőív rövidített változataként hozta létre. A résztvevők 5 fokú Likert-skálán - 0= egyáltalán nem igaz, míg a 4= szinte mindig igaz - értékelik az egyes tételeket. A kérdőívben elért pontszámok 0-40 közötti tartományba sorolhatóak, a magasabb pontérték magasabb rezilienciára utal.

A kérdőív magyar adaptációját Járai és mtsai készítették el 2015-ben. A szerzők megállapították, hogy a magyar nyelvű kérdőív jó reliabilitási mutatóval rendelkezik, Cronbach-alfa értéke: 0.851. A szerzők továbbá megerősítették, hogy a 10 ítemes magyar CD-RISC változat megbízható pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik, a magas szintű reliabilitás mellett jó validitással is bír. Azt is igazolták, hogy a kérdőív alkalmas a betegcsoport és az egészséges kontroll csoport elkülönítésére a reziliencia tekintetében. A skála rövid és egyszerű eszköz a reziliencia mérésére.

15.4. Kiegészítő vizsgálati eszközök

Jelen disszertációnak nem feladata a szkizofrénia tüneteinek részletes elemzése, viszont fontos szempont volt, hogy a vizsgálatba bevont személyek a betegség remissziós fázisában legyenek, és tüneteik a vizsgálat ideje (6 hónap) alatt ne mutassanak visszaesést. Ennek mérésére használtuk a PANSS és GAF skálákat.

15.4.1. Pozitív és Negatív Tünet Skála (PANSS) remisszió kritérium

A remisszió olyan tartósan minimális tünetekkel járó állapotot jelent, mely már nem okoz szenvedést, nem gátolja a beteg életvitelét, szociális kapcsolatait és szerepeinek betöltését, nem teszi őt tehetetlenné és funkcióképtelenné (Andreasen és mtsai, 2005). A remisszió nem a teljes felépülést jelenti, a remisszióban a szkizofrénia egyes tünetei megmaradnak, a remisszió folyamatos kezelést, farmakoterápiát igényel (Bánki, 2010).

1. Az elmúlt 6 hónap során folyamatosan
2. Mind a nyolc alábbi PANSS-tétel pontszáma három (3=enyhe) vagy annál kevesebb:
 - P1 – Téveseszmék
 - P2 – Fogalmi dezorganizáció
 - P3 – Hallucinációk
 - G5 – modorosság és pózolás
 - G9 – Szokatlan gondolatok
 - N1 – Érzelmi elsivárosodás
 - N4 – Passzív/apatikus szociális visszahúzóds
 - N6 – A beszéd spontaneitásának/folytonosságának zavara

6. ábra A remisszió kritériumai szkizofréniában (Forrás: Bánki, 2010: 8).

15.4.2A működések átfogó értékelése skála (GAF)

A DSM-V. diagnosztikus tengelyen található a működések átfogó értékelése, azaz a GAF (Global Assessment of Functioning) skála, mely egy olyan módszer, melyben számszerűleg értékeljük a beteg pszichológiai, szociális és foglalkozási működésének szintjét. Ez segíthet a kezelés megtervezésében, annak hatékonyságának értékelésében, és a prognózisban. A GAF-skálát általában a beteg jelenlegi működési szintjének méréséhez használjuk, azonban számos esetben a működések egy hosszabb időszakban (pl. az előző évben) elért legmagasabb szintjének megállapítása is hasznos

lenét. A könyvben található legtöbb esetben megadjuk a beteg jelenlegi funkcionálási szintjének és az előző évben elért legmagasabb szint GAF-értékét is.

A pszichológiai, szociális és foglalkozási működések megállapítása a mentális egészség-betegség feltételezett kontinuumra mentén történik. Nem tartozik ide a fizikai (vagy környezeti) korlátozás miatti működés nehézsége. Olyan módszer, mely használatával számszerűleg értékelhető a beteg pszichológiai, szociális és foglalkozásának működésének szintje

16. Adatfeldolgozás

Az adatok feldolgozásához az IBM® SPSS® Statistics 21 és az OpenOffice.org 4.3 programot használtuk.

Az adatok statisztikai elemzése során paraméteres és nem-paraméteres próbákat egyaránt alkalmaztunk. A minta eloszlásának vizsgálatához a Bonferroni korrekciójú Kolmogorov-Smirnov-tesztet futtattuk. A bivariáns összefüggések elemzéséhez nem-normál eloszlású változók esetén Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztunk. A normál eloszlású, folytonos változók esetén független csoportok összehasonlításához független mintás T-próbát, függő csoportok összehasonlításához összetartozó mintás T-próbát és varianciaanalízist, a nem-normál eloszlású, folytonos változók vagy ordinális változók esetén független csoportok összehasonlításához Mann-Whitney-próbát és Kruskal-Wallis-tesztet, függő csoportok összehasonlításához Wilcoxon- és Friedman-próbát, valamint összetartozó mintás varianciaanalízist használtunk. A csoportok közötti összehasonlításhoz, amennyiben kategoriális változóról van szó, Chi (χ^2) -négyzet tesztet futtattunk.

17. Eredmények

Az eredmények bemutatásánál a táblázatokban a következő rövidítéseket használtuk az egyes vizsgálati csoportokra vonatkozóan: reintegrációt elősegítő közösségi programban részt vettek = REKP, közösségi pszichiátriai ellátásban részt vettek = KPE, illetve a kontroll csoport esetén = K jelezést.

17.1. Szociodemográfiai jellemzők

8. táblázat A vizsgált betegcsoportok szociodemográfiai adatai és az összehasonlító statisztikák (χ^2 -próba/ Mann-Whitney próba) eredményei

| | REKP (n=30) | | KE (n=31) | | K(n=30) | | p/ χ^2 |
|---------------------------------|-------------|-----|-----------|-----|-------------|------|--------------|
| | Mean | SD | Mean | SD | Érték | SD | |
| Nem (férfi/nő) | 15/15 | | 15/16 | | 15/15 | | |
| Életkor (év) | 37,1 | 6,0 | 37.3 | 5,9 | 38.9 7.8 | 6,27 | 0,76 / 0,52 |
| Iskolai végzettség | 11,7 | | 11,6 | | 11,7 | | 0,769 / 0,52 |
| Betegség fennállása (év) | 13.5 | 5.6 | 14.9 | 5.9 | 16.5 6.5 | | 0.073 |

A nem, az oktatás, az életkor és a betegség időtartama hasonló értékekkel bírt a három csoport esetében, ezért ezek között nem volt szignifikáns különbség a 8. táblázat alapján.

9. táblázat PANSS és GAF skála értékei a reintegrációt elősegítő közösségi program, közösségi pszichátriai ellátás és kontroll csoport esetében Wilcoxon-próbával

| | REKP | | | KPE | | | K | | |
|--|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-----------|
| | T1 | T2 | Különbség | T1 | T2 | Különbség | T1 | T2 | Különbség |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|-------------|
| PANSS pozitív | 5,767 (1,07) | 5,33 (1,42) | 0,02 | 6,87 (1,54) | 6,22 (2,04) | 0,018 | 6,10 (1,18) | 6,16 (1,20) | 0,74 |
| PANSS negatív | 5,433 (1,00) | 5,46 (0,81) | 0,79 | 5,74 (1,36) | 5,74 (1,23) | 1,00 | 5,33 (0,92) | 5,53 (1,04) | 0,37 |
| PANSS általán | 3,098 (0,89) | 3,53 (0,93) | 0,40 | 3,74 (0,77) | 3,83 (0,96) | 0,43 | 3,66 (0,84) | 3,80 (0,84) | 0,42 |
| PANSS összes | 14,633 (2,02) | 14,33 (2,18) | 0,34 | 16,35 (3,11) | 15,80 (3,64) | 0,132 | 15,13 (2,33) | 15,50 (2,52) | 0,52 |
| GAF érték | 53,27 (2,22) | 63,56 (3,38) | 0,00 | 53,55 (2,11) | 62,19 (2,05) | 0,00 | 53,07 (1,31) | 54,93 (1,83) | 0,00 |

A kutatás kiindulási időpontját T1, 6 hónap elteltével a követési időszakot T2-vel jelölöm. A 9. táblázatban látható, hogy a kutatásba bevont mindhárom csoport tagjai remisszióban voltak, a kiindulási és a követési időszakban egyaránt. Szignifikáns változás a REKP intervenció hatására a pozitív tünetek esetében látható ($z = -2,183$, $p = 0,029$), vagyis enyhültek az intervenció hatására. Az REKP esetén további eredményekben szignifikáns változás nem tapasztalható, PANSS negatív ($z = -5,258$, $p = 0,079$), PANSS általános ($z = -0,08$, $p = 0,405$), PANSS összes ($z = -0,94$, $p = 0,34$).

Az KPE hatására a PANSS pozitív tünetek ($z = -2,37$, $p = 0,01$) csökkentek, itt szignifikáns változást mutat a táblázat. A további eredményekben nem látható szignifikáns változás: PANSS negatív ($z = 0,00$, $p = 1,00$), PANSS általános ($z = -0,71$, $p = 0,43$), PANSS összes ($z = -1,50$, $p = 0,132$).

A kontroll csoport esetében nem látható szignifikáns változás, a PANSS pozitív ($z = -3,27$, $p = 0,074$), PANSS negatív ($z = -0,88$, $p = 0,37$), PANSS általános ($z = -0,79$, $p = 0,42$), PANSS összes ($z = -0,63$, $p = 0,52$) értékek esetében, ami arra utal, hogy betegségük tüneteit tekintve stabil állapotban voltak.

A működés átfogó becslése tekintetében mindhárom csoportnál szignifikáns változás látható a GAF értékekben, az REKP csoportban részt vettek ($z = -4,49$, $p = 0,00$), KPE csoportban részt vettek ($z = -4,71$, $p = 0,00$) és a kontroll csoport esetében egyaránt a hat hónap elteltével ($z = -3,74$, $p = 0,00$) javultak az értékek.

10. táblázat PANSS és GAF skála értékek a reintegrációt elősegítő közösségi program, közösségi pszichiátriai ellátás és kontroll csoport értékei és összehasonlító statisztikák (χ^2 -próba/ Kruskal Wallis próba) eredménye a T1-es időpontban

| T1 | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|-------------|
| Csoportok közötti különbség | | | | | |
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| PANSS pozitív | 5,76 (1,07) | 6,87 (1,54) | 6,10 (1,18) | 5,57 | 0,00 |
| PANSS negatív | 5,43 (1,00) | 5,74 (1,36) | 5,33 (0,92) | 0,84 | 0,34 |
| PANSS általános | 3,09 (0,89) | 3,74 (0,77) | 3,66 (0,84) | 1,76 | 0,41 |
| PANSS összes | 14,63 (2,02) | 16,35 (3,11) | 15,13 (2,33) | 4,00 | 0,41 |
| GAF érték | 53,27 (2,22) | 53,55 (2,11) | 53,07 (1,31) | 1,45 | 0,48 |

A 10. táblázat alapján kiinduláskor a PANSS pozitív tünetek esetében a REKP és KPE között ($z = -3,085$, $p = 0,002$) szignifikáns különbség látható, a REKP és kontroll csoport között ($z = -1,94$, $p = 0,05$) KPE és kontroll csoport között ($z = 1,20$, $p = 0,22$) nincs szignifikáns különbség.

A PANSS negatív, PANSS általános, PANSS összes tünetek és GAF skála értékei között az kiindulópontban nem látható szignifikáns eltérés kiinduláskor a három csoport értékei között.

11. táblázat PANSS és GAF skála értékei a reintegrációt elősegítő közösségi program, közösségi pszichiátriai ellátás és kontroll csoport értékei és összehasonlító statisztikák (χ^2 -próba/ Kruskal Wallis próba) eredménye a T2-es időpontban

| T2 | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|-------------|
| Csoportok közötti különbség | | | | | |
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| PANSS pozitív | 5,33 (1,42) | 6,22 (2,04) | 6,16 (1,20) | 1,94 | 0,05 |
| PANSS negatív | 5,46 (0,81) | 5,74 (1,23) | 5,53 (1,04) | 1,018 | 0,601 |
| PANSS általános | 3,53 (0,93) | 3,83 (0,96) | 3,80 (0,84) | 2,17 | 0,338 |
| PANSS összes | 14,33 (2,18) | 15,80 (3,64) | 15,50 (2,52) | 4,937 | 0,085 |
| GAF érték | 63,56 (3,38) | 62,19 (2,05) | 54,93 (1,83) | 5,31 | 0,00 |

A T2-es időpontban, 6 hónap elteltével a 11. táblázat szerint a PANSS pozitív értékeknél enyhe szignifikancia látható, a PANSS negatív, PANSS általános, PANSS összes tekintetében nincs szignifikáns különbség a három csoport értékei között.

A GAF értékek tekintetében 6 hónap elteltével a három csoport értékei között látható szignifikáns változás, mind a három csoport értékei emelkedtek, viszont a kontroll csoport értékei elmaradtak a másik két csoport értékeitől. A GAF értékek a REKP és KPE ($z=-2,63$, $p=0,008$), KPE és a kontroll csoport ($z=-6,387$, $p=0,00$) és a REKP és a kontroll csoport ($z=-6,244$, $p=0,00$).

17.2. Mentalizációs teljesítmény szkizofréniában

12. táblázat A reintegrációt elősegítő közösségi program szociális kognitív funkció feladataiban elért teljesítménye az intervenció előtt és után, a Wilcoxon-próba eredményei

| REKP | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-----------------|------------------|------------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Faux pas | 75,71 (33,71) | 87,86 (26,29) | 0,01 |
| Irónia | 53,57 (17,25) | 79,46 (19,30) | 0,00 |
| Metafora | 84,29 (19,89) | 95,71 (12,59) | 0,00 |

A 12. táblázat szerint a REKP csoport feladatban elért eredményei javultak a hat hónap elteltével az faux pas ($z = -2,35$, $P = 0,01$) az irónia ($z = -4,69$, $P = 0,00$) és a metafora ($z = -2,62$, $P = 0,00$) feladatokban egyaránt.

13. táblázat A reintegrációt elősegítő közösségi program csoport reakcióideje és a Wilcoxon-próba eredményei

| REKP | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|------|-------------|-------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |

| | | | |
|-----------------|---------------|--------------|-------|
| Faux pas | 8,7 (3,7) | 9,5 (7,1) | 0,927 |
| Irónia | 8,0 (9,9) | 6,7 (2,7) | 0,776 |
| Metafora | 10,0 (7,3) | 8,2 (3,6) | 0,864 |

A 13.táblázatban látható, hogy a faux pas ($z = -0,091$, $p = 0,927$), irónia ($z = -2,85$, $p = 0,776$), metafora ($z = -0,171$, $p = 0,864$) feladatokban szignifikáns javulás nem található hat hónap elteltével a REKP-t követően a feladatok időben teljesítése szempontjából.

14. táblázat Közösségi pszichiátriai ellátás csoport feladatokban elért teljesítménye és a Wilcoxon-próba eredményei

| KPE | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-----------------|------------------|------------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Faux pas | 79,31 (33,15) | 92,41 (17,24) | 0,019 |
| Irónia | 53,10 (21,56) | 75,86 (22,64) | 0,001 |
| Metafora | 88,28 (16,49) | 87,59 (21,65) | 0,952 |

A 14. táblázatban látható, hogy a a T1-es időponthoz képest az KPE csoport teljesítménye javult a faux pas ($z=-2,355$, $p=0,019$) és az irónia ($z= - 3,424$, $p=0,001$) feladatokban. A metafora feladatokban ($z= -0,060$, $p=0,952$) nem látható szignifikáns változás.

15. táblázat Közösségi pszichiátriai ellátás csoport reakcióideje és a Wilcoxon-próba eredményei

| KPE | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-----------------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Faux pas | 8,7 (3,9) | 7,9 (3,3) | 0,574 |
| Irónia | 6,3 (2,6) | 7,8 (4,1) | 0,130 |
| Metafora | 7,9 (3,9) | 9,7 (3,8) | 0,006 |

A 15. táblázatban látható KPE csoport reakcióidőben elért teljesítmény esetén a metafora feladatnál ($z= -2,757$, $p= 0,006$) szignifikáns változás (reakcióidőnövekedés) látható. Reakció idő tekintetében a faux pas feladatban ($z= -5,62$, $p=0,574$), irónia feladatban ($z= -2,85$, $p= 0,130$) nem látható szignifikáns változás a 6 hónap elteltével.

16. táblázat A kontroll csoport feladatokban elért teljesítménye és a Wilcoxon-próba eredményei

| K | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|----------|-----------|-----------|-----------------------------------|
| | | | |

| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
|-----------------|------------------|------------------|-------------|
| Faux pas | 89,85 (21,66) | 79,26 (30,62) | 0,09 |
| Irónia | 55,56 (18,67) | 83,33 (19,61) | 0,00 |
| Metafora | 86,67 (15,68) | 91,11 (12,81) | 0,20 |

A 16. táblázat szerint a kontroll csoport faux pas ($z = -1,66$, $p = 0,09$) és metafora ($z = -1,26$, $p = 0,20$), feladatokban elért teljesítménye alapján nem látható szignifikáns különbség. Az irónia feladatban ($z = -3,99$, $p = 0,00$) elért teljesítményben szignifikáns különbség látható.

17. táblázat A kontroll csoport reakcióideje és a Wilcoxon-próba eredményei

| K | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|----------|--------------|--------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Faux pas | 8,0 (4,5) | 9,8 (4,7) | 0,06 |
| Irónia | 5,3 (2,7) | 6,6 (3,3) | 0,18 |
| Metafora | 6,2 (2,6) | 8,4 (3,3) | 0,01 |

A kontroll csoport reakcióidejében a faux pas ($z = -1,874$, $p = 0,06$) és irónia ($z = -1,33$, $p = 0,18$) feladatokban szignifikáns különbség nem látható. A metafora ($z = -2,52$, $p = 0,01$) feladatok reakcióideje szignifikánsan emelkedett, vagyis a feladatokat hosszabb idő alatt (lassabban) sikerült megoldani a kontroll csoport tagjainak.

18. táblázat A három csoport feladatokban elért teljesítménye közötti különbség a T1-es időpontban és a Kruskal-Wallis próba eredménye

| T1 Csoportok közötti különbség | | | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|----------|------|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Faux pas | 75,71 (33,71) | 79,31 (33,15) | 89,85 (21,66) | 5,91 | 0,05 |
| Irónia | 53,57 (17,25) | 53,10 (21,56) | 55,56 (18,67) | 0,68 | 0,71 |
| Metafora | 84,29 (19,89) | 88,28 (16,49) | 86,67 (15,68) | 0,52 | 0,76 |

Kiinduláskor a három csoport irónia és metafora és faux pas feladatokban elért teljesítménye között nincs szignifikáns különbség.

19. táblázat A három csoport feladatokban elért teljesítménye közötti különbség a T2-es időpontban és a Kruskal-Wallis próba eredményei

| T2 Csoportok közötti különbség | | | | | |
|--------------------------------|------|----|---|----------|---|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |

| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|------|-------------|
| Faux pas | 87,86 (26,29) | 92,41 (17,24) | 79,26 (30,62) | 2,54 | 0,28 |
| Irónia | 79,46 (19,30) | 75,86 (22,64) | 83,33 (19,61) | 1,63 | 0,44 |
| Metafora | 95,71 (12,59) | 87,59 (21,65) | 91,11 (12,81) | 6,62 | 0,04 |

A 19. táblázatban látható, hogy 6 hónap elteltével a faux pas és irónia feladatokban nincs szignifikáns különbség a három csoport teljesítménye között.

A metafora feladatnál az REKP és KPE ($z=-2,01$, $z=0,04$) között szignifikáns különbség van, az REKP és a kontroll csoport ($z=-1,86$, $p=0,06$), az KPE és a kontroll csoport ($z=-0,18$, $p=0,85$) között nincs szignifikáns különbség.

20. táblázat A három csoport reakcióidőben elért teljesítménye közötti különbség a T1-es időpontban és a Kruskal-Wallis próba eredményei

| T1 Csoportok közötti különbség | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------|----------|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Faux pas | 8,7 (3,7) | 8,7 (3,9) | 8,0 (4,5) | 1,15 | 0,56 |
| Irónia | 8,0 (9,9) | 6,3 (2,6) | 5,3 (2,7) | 3,78 | 0,15 |

| | | | | | |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|-------|-------------|
| Metafora | 10,0 (7,3) | 7,9 (3,9) | 6,2 (2,6) | 11,55 | 0,00 |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|-------|-------------|

A 20. táblázatban látható, hogy a faux pas és irónia feladatokban elért reakcióidő esetében nincs szignifikáns különbség a T1-es időpontban.

A metafora feladatban elért reakcióidő az REKP és KPE ($z=-0,01$, $p= 0,98$) nincs szignifikáns különbség a T1-es időpontban. Az REKP és a kontroll csoport között ($z= -3,04$ $p= 0,002$) a KPE csoport magasabb értéket mutat (lassabb), KPE és a kontroll csoport között ($z= -3,03$, $p= 0,002$) szignifikáns különbség látható aT1-es időpontban, az KPE csoport magasabb értéket mutat.

21. táblázat A három csoport reakcióidőben elért teljesítménye közötti különbség a T2-es időpontban és a Kruskal-Wallis próba

| T2 Csoportok közötti különbség | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|----------|----------|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Faux pas | 9,5 (7,1) | 7,9 (3,3) | 9,8 (4,7) | 2,46 | 0,29 |
| Irónia | 6,7 (2,7) | 7,8 (4,1) | 6,6 (3,3) | 0,77 | 0,67 |
| Metafora | 8,2 (3,6) | 9,7 (3,8) | 8,4 (3,3) | 3,13 | 0,20 |

6 hónap elteltével a faux pas, irónia és metafora feladatokban elért reakcióidőben nincs szignifikáns különbség a három csoport között.

17.3. Alapérzelem felismerés szkizofréniában

22. táblázat A reintegrációt elősegítő közösségi programban résztvevők alapérzelem felismerés feladataiban elért teljesítménye az intervenció szakaszaiban (T1 és T2) és a Wilcoxon-próba eredményei

| REKP | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|------------------|------------------|------------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Arc teszt | 82,14 (17,52) | 81,54 (15,93) | 0,873 |
| Érzelmi prozódia | 76,34 (12,06) | 84,02 (12,47) | 0,002 |

A 22. táblázatban látható, hogy a beteg REKP csoport az intervenció hatására az érzelmi prozódia ($z= 0,002$, $p=0,002$) feladatban szignifikánsan jobb eredményt ért el. Az arc teszt eredményeiben ($z= -0,159$, $P= 0,873$) elért teljesítmény viszont nem javult szignifikánsan.

23. táblázat A reintegrációt elősegítő közösségi programban résztvevők reakcióideje és a Wilcoxon-próba eredményei

| REKP | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-----------|--------------|----------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Arc teszt | 9,0 (3,6) | 11,0 (10,4) | 0,215 |

| | | | |
|------------------|--------------|--------------|-------|
| Érzelmi prozódia | 6,1 (2,9) | 5,4 (1,9) | 0,432 |
|------------------|--------------|--------------|-------|

Reakcióidőt tekintve látható a 213. táblázatban az arc teszt ($z=-1,21$, $p=0,215$) és érzelmi prozódia ($z= -7,86$, $p=0,432$) feladatokban szignifikáns javulás nem érzékelhető hat hónap elteltével.

24. táblázat KPE csoport feladatokban elért teljesítménye és a Wilcoxon-próba eredményei

| KPE | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-------------------------|------------------|------------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p value ^{a,c} |
| Arc teszt | 88,50 (14,84) | 77,02 (17,47) | 0,03 |
| Érzelmi prozódia | 78,01 (15,97) | 85,92 (6,22) | 0,04 |

A 24. táblázatban látható, hogy a kiinduláshoz képest a közösségi pszichiátriai ellátás hatására javult az érzelmi prozódia ($z= 2,044$, $p= 0,041$) feladatokban elért teljesítmény. Az arc teszt ($z= - 2,170$, $p=0,030$) feladatban szignifikánsan alacsonyabb teljesítményt mutattak a csoport tagjai.

25. táblázat KPE csoport reakcióideje és a Wilcoxon-próba eredményei

| KPE | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-------------------------|---------------|--------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p value ^{a,c} |
| Arc teszt | 10,0 (4,8) | 9,9 (5,2) | 0,77 |
| Érzelmi prozódia | 6,1 (2,6) | 5,1 (1,7) | 0,08 |

A 25. táblázatban látható, hogy a reakció idő tekintetében az arc teszt ($z = -2,81$, $p = 0,779$), érzelmi prozódia feladatokban ($z = -1,709$, $p = 0,008$), nem látható szignifikáns változás a KE csoportban.

26. táblázat Kontroll csoport feladatokban elért teljesítménye és a Wilcoxon-próba eredményei

| Kontroll csoport | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-------------------------|------------------|------------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Arc teszt | 85,79 (20,51) | 75,92 (18,67) | 0,03 |
| Érzelmi prozódia | 80,70 (11,72) | 84,88 (7,16) | 0,34 |

A 26. táblázat szerint a kontroll csoport feladatokban elért teljesítménye arc teszt ($z = -2,151, p = 0,031$) feladatban látható szignifikáns változás, teljesítményük romlott. Érzelmi prozódia ($z = -0,937, p = 0,349$) feladatokban nem látható szignifikáns változás a kontroll csoportnál.

27. táblázat Kontroll csoport reakcióideje és a Wilcoxon-próba eredményei

| Kontroll csoport | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|------------------|--------------|---------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Arc teszt | 6,3 (2,2) | 9,9 (11,7) | 0,00 |
| Érzelmi prozódia | 4,4 (1,7) | 4,3 (1,0) | 0,764 |

A 27. táblázat szerint a kontroll csoport reakció idejében az érzelmi prozódia ($z = -3,01, p = 0,764$) feladatokban szignifikáns változás nem látható.

Az arc teszt ($z = -3,40, p = 0,001$) feladatokra fordított időmennyiség emelkedett, vagyis a feladatokat szignifikánsan hosszabb idő alatt sikerült megoldani a kontroll csoport tagjainak.

28. táblázat A három csoport alapérzelem felismerés feladatokban elért teljesítménye közötti különbség és a Kruskal-Wallis próba eredménye a T1-es időpontban

| T1 | Csoportok közötti különbség | | | | |
|----|-----------------------------|----|---|----------|---|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | | | | | |

| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------|------|
| Arc teszt | 82,14 (17,52) | 88,50 (14,84) | 85,79 (20,51) | 2,37 | 0,30 |
| Érzelmi prozódia | 76,34 (12,06) | 78,01 (15,97) | 80,70 (11,72) | 1,92 | 0,38 |

A 28. táblázatban látható, hogy a T1-es időpontban az alapérzelem felismerés feladatokban nem volt szignifikáns különbség a három betegcsoport teljesítménye között.

29. táblázat táblázat A három csoport alapérzelem felismerés feladatokban elért teljesítménye közötti különbség és a Kruskal-Wallis próba eredménye a T2-es időpontban

| T2 Csoportok közötti különbség | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|------------------|------------------|----------|----------|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Arc teszt | 81,54 (15,93) | 77,02 (17,47) | 75,92 (18,67) | 1,83 | 0,40 |
| Érzelmi prozódia | 84,02 (12,47) | 85,92 (6,22) | 84,88 (7,16) | 0,44 | 0,80 |

A 29. táblázat szerint 6 hónap elteltével az arc tesztben és az érzelmi prozódia feladatban a három csoport eredménye között nincs szignifikáns különbség.

30. táblázat A három csoport alapérzelemben elért reakcióideje a T1-es időpontban és a Kruskal-Wallis próba eredményei

| T1 | | | | | |
|------------------------------------|--------------|---------------|--------------|----------|--------------|
| Csoportok közötti különbség | | | | | |
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Arc teszt | 9,0 (3,6) | 10,0 (4,8) | 6,3 (2,2) | 14,09 | 0,001 |
| Érzelmi prozódia | 6,1 (2,9) | 6,1 (2,6) | 4,4 (1,8) | 8.98 | 0,01 |

Az arc tesztben a reakcióidő a 28. táblázatban látható, hogy kiinduláskor az REKP és KPE ($z = -0,49$ $p = 0,62$) között nincs szignifikáns különbség. A REKP és a kontroll csoport ($z = -3,17$, $p = 0,00$) és az KPR és a kontroll csoport ($z = -3,30$, $p = 0,00$) reakcióidőben elért teljesítménye között szignifikáns a különbség.

Az érzelmi prozódiaiban elért reakcióidő tekintetében a REKP és KPE ($z = -0,20$ $p = 0,83$) között nincs szignifikáns különbség. Az REKP és a kontroll csoport ($z = -2,46$, $p = 0,01$), a KPE és a kontroll csoport között ($z = -2,92$, $p = 0,00$) szignifikáns a különbség.

31. táblázat A három csoport alapérzelemben elért reakcióideje a T2-es időpontban és a Kruskal-Wallis próba eredményei

| T2 | | | | | |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| Csoportok közötti különbség | | | | | |
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |

| | | | | | |
|-------------------------|----------------|--------------|---------------|------|------|
| Arc teszt | 11,0 (10,4) | 9,9 (5,2) | 9,9 (11,7) | 1,60 | 0,44 |
| Érzelmi prozódia | 5,4 (1,9) | 5,1 (1,7) | 4,4 (1,1) | 3,55 | 0,16 |

A 31. táblázat szerint a 6 hónap elteltével az arc tesztben és az érzelmi prozódia feladat reakcióidejében nincs a három csoport között szignifikáns különbség.

17.4. Egészségügyi és szociális szükségletek egyéni megítélése

32. táblázat A reintegrációt elősegítő közösségi program egészségügyi és szociális szükségletei a T1-es és T2-es időpontban

| REKP | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Kielégített szükséglet | 11,90 (1,49) | 15,40 (1,71) | 0,00 |
| Kielégítetlen szükséglet | 5,43 (1,04) | 1,43 (0,72) | 0,00 |
| Kapott informális segítség | 2,23 (0,97) | 2,23 (0,97) | 1,00 |
| Kapott formális segítség | 0,53 (0,57) | 4,40 (0,93) | 0,00 |

| | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|--------------|
| Formális segítség szükséglete | 4,83 (0,68) | 4,40 (0,93) | 0,024 |
| Mennyire megfelelő a segítség | 0,50 (0,68) | 4,40 (0,93) | 0,00 |
| Elégedettség a segítséggel | 0,6 (0,12) | 4,2 (0,10) | 0,00 |

A 32.táblázatban látható, hogy a reintergrációt elősegítő közösségi program hatására a kielégített szükségletek ($z = -4,81$, $p = 0,00$), a kapott formális segítség ($z = -4,82$, $p = 0,00$) a megfelelő segítség mértéke ($z = -4,82$, $p = 0,00$) és a segítséggel való elégedettség ($z = -4,85$, $p = 0,00$) szignifikánsan növekedtek. A kielégítetlen szükségletek ($z = -4,81$, $p = 0,00$) és a kapott formális segítség szükséglete ($z = -2,25$, $p = 0,024$) szignifikánsan csökkentek.

A kapott formális segítség ($z = -0,00$, $p = 1,00$) mértéke szignifikánsan nem változott a vizsgálat időtartama alatt.

33. táblázat Közösségi pszichiátriai ellátás csoport egészségügyi és szociális szükségletei a T1-es és T2-es időpontban

| KPE | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Kielégített szükséglet | 12,29 (1,53) | 13,87 (1,47) | 0,00 |
| Kielégítetlen szükséglet | 5,13 | 3,54 | |

| | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|-------------|
| | (1,08) | (1,20) | 0,00 |
| Kapott informális segítség | 2,71 (0,82) | 3,48 (0,85) | 0,00 |
| Kapott formális segítség | 0,71 (0,69) | 1,45 (0,85) | 0,00 |
| Formális segítség szükséglete | 4,39 (1,17) | 1,45 (0,85) | 0,00 |
| Mennyire megfelelő a segítség | 1,69 (0,84) | 1,48 (0,85) | 0,49 |
| Elégedettség a segítséggel | 0,80 (0,12) | 3,80 (0,10) | 0,00 |

A 33. táblázatban látható, hogy a KPE csoportnál a kielégített szükségletek ($z = -2,23$, $p = 0,02$), a kapott formális segítség ($z = -2,33$, $p = 0,02$), a megfelelő segítség ($z = -4,47$, $p = 0,00$) szignifikánsan nőtt. A kielégítetlen szükséglet ($z = -2,23$, $p = 0,02$) szignifikánsan csökkent. A kapott formális segítség ($z = -1,93$, $p = 0,05$), a segítséggel való elégedettség ($z = -0,77$, $p = 0,43$) nem mutat szignifikáns növekedést. A formális segítség szükséglete ($z = 0,00$, $p = 1,00$) nem változott szignifikánsan.

34. táblázat A kontroll csoport egészségügyi és szociális szükségletei a T1-es és T2-es időpontokban

| Kontroll csoport | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Kielégített szükséglet | 12,76 (0,85) | 13,10 (1,29) | 0,02 |
| Kielégítetlen szükséglet | 4,70 (0,75) | 4,36 (1,06) | 0,02 |
| Kapott informális segítség | 2,73 (0,97) | 2,96 (0,96) | 0,05 |
| Kapott formális segítség | 0,70 (0,70) | 0,93 (0,78) | 0,02 |
| Formális segítség szükséglete | 4,70 (0,75) | 4,70 (0,74) | 1,00 |
| Mennyire megfelelő a segítség | 0,63 (0,55) | 2,20 (0,92) | 0.00 |
| Elégedettség a segítséggel | 2,20 (0,16) | 2,30 (0,11) | 0,43 |

A 42. táblázatban látható, hogy a kontroll csoport kielégített szükségletei ($z = -2,23$, $p = 0,02$), a kapott formális segítség ($z = -2,33$, $p = 0,02$), a kapott megfelelő segítség szükségletei ($z = -4,47$, $p = 0,00$) szignifikánsan nőttek. A kielégítetlen szükséglet ($z = -2,23$, $p = 0,02$) szignifikánsan csökkent. A formális segítség szükséglete ($z = 0,00$, $p = 1,00$)

nem változott vizsgálat ideje alatt. A kapott informális segítség ($z = -1,93$, $p = 0,05$), és a segítséggel való elégedettség ($z = -0,77$, $p = 0,43$) szignifikánsan nem változott.

35. táblázat Egyéni és egészségügyi szükségletek csoportok közötti különbségek szerint és Kruskal-Wallis próba eredményei a T1-es időpontban

| T1 | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|--------------|
| Csoportok közötti különbség | | | | | |
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Kielégített szükséglet | 11,90 (1,49) | 12,29 (1,53) | 12,76 (0,85) | 4,98 | 0,83 |
| Kielégítetlen szükséglet | 5,43 (1,04) | 5,13 (1,08) | 4,70 (0,75) | 7,99 | 0,018 |
| Kapott informális segítség | 2,23 (0,97) | 2,71 (0,82) | 2,73 (0,97) | 4,31 | 0,11 |
| Kapott formális segítség | 0,53 (0,57) | 0,71 (0,69) | 0,70 (0,70) | 1,06 | 0,58 |
| Formális segítség szükséglete | 4,83 (0,68) | 4,39 (1,17) | 4,70 (0,75) | 3,19 | 0,20 |
| Mennyire megfelelő a segítség | 0,50 (0,68) | 1,69 (0,84) | 0,63 (0,55) | 28,64 | 0,00 |
| Elégedettség a segítséggel | 0,6 (0,12) | 0,80 (0,12) | 2,20 (0,16) | 36,70 | 0,00 |

A 35. táblázat szerint a kielégített szükséglet, kapott informális segítség, kapott formális segítség és a formális segítség szükségelte tekintetében a három csoport eredményeinél aT1-es időpontban nem volt szignifikáns különbség.

Kielégítetlen szükséglet az REKP és KPE ($z = -1,38, p=0,16$) az KPE és kontroll csoport ($z = -1,52, p=0,12$) között nincs szignifikáns különbség, az REKP és a kontroll csoport ($z = -2,79, p=0,00$) között látható szignifikáns különbség.

A klincs számára megfelelő szükségelt kategória a REKP és KPE ($z = -4,60, p = 0,0$), a KPE és kontroll csoport ($z = -4,52, p = 0,00$) között szignifikáns különbség látható. A REKP és a kontroll csoport között ($z = -1,155, P = 0,25$) nincs szignifikáns különbség.

Segítséggel való elégedettség a REKP és a KPE ($z = -0,77, p = 0,38$) között nincs szignifikáns különbség. A KPE és kontroll csoport ($z = -5,02, p = 0,00$), az REKP és a kontroll csoport ($z = -5,32, p = 0,00$) között szignifikáns különbség látható.

36. táblázat Egyéni és egészségügyi szükségletek csoportok közötti különbségek szerint és a Kruskal-Wallis próba eredményei 6 hónap elteltével

| T2 Csoportok közötti különbség | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Kielégített szükséglet | 15,40 (1,71) | 13,87 (1,47) | 13,10 (1,29) | 27,06 | 0,00 |
| Kielégítetlen szükséglet | 1,43 (0,72) | 3,54 (1,20) | 4,36 (1,06) | 58,48 | 0,00 |
| Kapott informális segítség | 2,23 (0,97) | 3,48 (0,85) | 2,96 (0,96) | 21,24 | 0,00 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|-------------|
| Kapott formális segítség | 4,40 (0,93) | 1,45 (0,85) | 0,93 (0,78) | 63,54 | 0,00 |
| Formális segítség szükséglete | 4,40 (0,93) | 1,45 (0,85) | 4,70 (0,74) | 62,84 | 0,00 |
| Mennyire megfelelő a segítség | 4,40 (0,93) | 1,48 (0,85) | 2,20 (0,92) | 59,56 | 0,00 |
| Elégedettség a segítséggel | 4,2 (0,10) | 3,80 (0,10) | 2,30 (0,11) | 60,18 | 0,00 |

A 36. táblázat szerint a kielégített szükséglet REKP és KPE csoport ($z = -3,31$, $p = 0,00$), a KPE és kontroll csoport ($z = -2,29$, $p = 0,02$), az REKP és a kontroll csoport ($z = -4,95$, $p = 0,00$) esetében szignifikáns különbséget mutat.

Kielégítetlen szükséglet esetében REKP és KPE intervenció ($z = -6,29$, $p = 0,00$) az KPE és kontroll csoport ($z = -2,95$, $p = 0,00$), REKP és a kontroll csoport ($z = -6,55$, $p = 0,00$) között szignifikáns a különbség.

Kapott informális segítség esetében az REKP és KPE ($z = -4,68$, $p = 0,00$) között szignifikáns a különbség. A KPE és kontroll csoport ($z = -1,94$, $p = 0,05$), a REKP és a kontroll csoport ($z = -2,58$, $p = 0,01$) között nincs szignifikáns különbség.

Kapott formális segítség esetében a REKP és KPE ($z = -6,729$, $p = 0,00$), KPE és kontroll csoport ($z = -2,35$, $p = 0,01$), az REKP és a kontroll csoport ($z = -6,74$, $p = 0,00$) között szignifikáns a különbség.

A formális segítség szükséglete az REKP és a KPE ($z = -6,72$, $p = 0,00$), a KPE és kontroll csoport ($z = -6,83$, $p = 0,00$) között szignifikáns a különbség. Az REKP és a kontroll csoport ($z = -1,10$, $p = 0,28$) között nincs szignifikáns különbség.

A megfelelő szükségletnél az REKP és a KPE ($z = -6,67$, $p = 0,00$), KPE és kontroll csoport ($z = -2,96$, $p = 0,00$) és az REKP és a kontroll csoport ($z = -6,16$, $p = 0,00$) között szignifikáns a különbség.

Segítséggel való elégedettség az REKP és KPE ($z = -0,77$, $p = 0,43$) között nincs szignifikáns különbség. Az KPE és kontroll csoport ($z = -5,02$, $p = 0,00$), az REKP és a kontroll csoport ($z = -5,32$, $p = 0,00$) között szignifikáns a különbség.

17.5. Reziliencia

37. táblázat Reintegrációt segítő közösségi program reziliencia értéke

| RKEP | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Reziliencia | 14,36 (0,49) | 19,80 (0,52) | 0,00 |

A 37. táblázatban látható, hogy az REKP csoport ($r = 0,82$, $p = 0,00$) értéke szignifikánsan változott, nőtt a csoport reziliencia értéke.

38. táblázat Közösségi pszichátrai ellátás csoport reziliencia értéke

| KPE | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | p |
| Reziliencia | 13,51 (0,34) | 16,45 (0,30) | 0,00 |

A 38. táblázatban látható, hogy a közösségi pszichiátriai ellátás ($r = 0,75$, $p = 0,00$) hatására a csoport reziliencia értéke szignifikánsan növekedett.

39. táblázat Kontroll csoport reziliencia értéke

| Kontroll csoport | T1 | T2 | Csoporton belüli különbség |
|--------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | |
| Reziliencia | 13,86 (0,34) | 14,10 (0,31) | 0,07 |

A 39. táblázat szerint a kontroll csoport reziliencia ($z = -1,80$, $p = 0,07$) értéke nem változott szignifikánsan.

40. táblázat Reziliencia értékek közötti különbség és a Kruskal-Wallis próba eredménye a vizsgálat kezdetekor

| T1 | Csoportok közötti különbség | | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|----------|------|
| | REKP | KE | K | χ^2 | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |
| Reziliencia | 14,36 (0,49) | 13,51 (0,34) | 13,86 (0,34) | 2,17 | 0,33 |

A 40. táblázatban látható, hogy a három csoport között kiinduláskor nincs különbség a reziliencia értékek között.

41. táblázat Reziliencia értékek közötti különbség és ANOVA analízis eredményei 6 hónap elteltével

| T2 | Csoportok közötti különbség | | | | |
|----|-----------------------------|-------------|-------------|---|---|
| | REKP | KE | K | F | p |
| | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | Mean (S.D.) | | |

| | | | | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|-------------|
| Rezileincia | 19,80 (0,52) | 16,45 (0,30) | 14,10 (0,31) | 2,90 | 0,00 |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|-------------|

A 41. táblázat szerint a vizsgálatot követően az REKP és KE ($f= 3,34$, $p= 0,00$), az REKP és kontroll ($f= 5,7$, $p= 0,00$) és a KE és kontroll csoport ($f=-2,35$, $p= 0,00$) között szignifikáns különbség látható.

18. Megbeszélés

Vizsgálatunk célja a szkizofrénia diagnózissal élő egyének életében a pszichoszociális intervenció hatásának vizsgálata volt longitudinális kutatás keretében. Vizsgálatunk 91 fő szkizofrénia diagnózissal élő személy bevonásával zajlott, akiket bevonásukat követően fél évig követtünk nyomon.

Vizsgálatunkba a pécsi Integrált Nappali Szociális Intézmény integrált közösségi ellátásait igénybe vevő ellátottakat vontuk be, akik az intézmény ellátásába először kerültek be.

A REKP csoportban résztvevők vállalták heti 4 napon a pszichiátriai betegek nappali ellátásában való csatlakozást, ahol meghatározott csoportfoglalkozásokon és tréningeken vettek részt. A KE csoportban résztvevő kliensek a közösségi pszichiátriai ellátásába való bevonást vállalták. Ez az ellátási forma egyéni módszerrel történő fejlesztést foglalt magába, heti rendszerességgel kereste fel otthonában a szociális munkás kolléga a klienst, közösen megírt gondozási terv alapján egyéni célok megjelölésével történt az intervenció. A kontroll csoportba pedig olyan személyeket vontunk be, akik nem fogadták el az intézmény ellátásait, pszichiátriai gondozáson részt vettek, ami azt jelentette, hogy legalább havi 1, legfeljebb 5 alkalommal vettek részt pszichiátriai gondozáson (pszichiáter szakorvossal személyes találkozás keretében).

Vizsgálatunkban a közösségi alapú pszichoszociális intervenció két formájának hatékonyságát vizsgáltuk, vagyis a pszichiátriai betegek nappali ellátása és a közösségi pszichiátriai ellátást, melyek különböznek egymástól a szolgáltatás intenzitásában és összetettségükben is. A közösségi alapú pszichoszociális intervenció alapvető

megközelítése, hogy a reszocializáció olyan közösségben lehet hatékony, ahol a rehabilitáció csökkenti a megbélyegzést, motiválja az egyént és támogatja a családot.

Szociodemográfiai jellemzők, PANSS és GAF skála

A vizsgálati mintát tekintve nem, kor és iskolai végzettséget tekintve a három csoport között szignifikáns különbség nem tapasztalható. A jelen kutatásban minden résztvevő betegségük remissziós fázisában volt, a szkizofrénia munkacsoportban a remisszió operatív kritériumai alapján (Andreasen, 2005). Fontos volt vizsgálatunk szempontjából, hogy a betegek anamnézisében nem szerepelhet kábítószer használat, neurológiai betegség, mentális retardáció, vagy a szkizofréniahoz nem kapcsolható kognitív deficit. A betegek a vizsgálat ideje alatt fenntartó antipszichotikus kezelésben részesültek.

Fontosnak tartottuk a remissziós kritériumok mellett a társas kapcsolatokba való bekapcsolódás képességét. Schennach-Wolff és munkatársa (Schennach-Wolff, 2009) azt javasolják, hogy a teljes remisszióhoz mind a klinikai, mind a funkcionális remissziókat figyelembe kell venni. A jelen tanulmányban a funkcionális eredmények mérésére GAF-pontszámokat használtunk. Ha a funkcionális remissziót GAF-pontszámként határoztuk meg, mint 61 (Schennach-Wolff, 2009) kiinduláskor egyik csoport sem érte el a funkcionális remisszió státuszát, ha a GAF-nál 61 pontot vesszük alapul. 6 hónap elteltével a REKP és KPE csoport tagja elérték a funkcionális remisszió státuszát, szemben a kontroll csoporttal. Ezeket az eredményeket azonban óvatosan kell értelmezni, mivel a GAF pontszámok mellett az irodalomban további mérési metódusokat gyakran használnak a funkcionális eredmények részletes mérésére (Schennach-Wolff, 2009; Wittorf A, 2007).

A szkizofrénia funkcionális kimenetelének bioszocialis modellje (Brekke, 2005) szerint a társadalmi megismerés (érzelmi érzékelési feladatokkal mérve) közvetlen és közvetett hatást gyakorolt a funkcionális kimenetre. Egy részletesebb kutatásban Hoe és munkatársai úgy gondolják (Hoe, 2012), hogy a neurokogníció lehetővé teszi a megismerő folyamatokat, köztük a társas megismerést is. Jelen megállapításainkkal összhangban Adamczik és munkatársai (Adamczik, 2016) szerint a funkcionális kapacitást jobban befolyásolták a kommunikációs készségek (azaz a humor, a metafora, az érzelmi és nyelvi prozódia), mint a neurokognitív funkciók. E vizsgálatok eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy a jelenlegi vizsgálatban a társadalmi megismerés javulása elsődlegesen REKP és KE csoportokban részt vevő betegeknél látható.

A PANS értékek nem növekedtek, vagyis a pozitív és negatív tünetek nem erősödtek a vizsgálati idő alatt, a pozitív tünetek enyhe csökkenése megfigyelhető a REKP és a KPE csoportok esetében. Vagyis a betegek állapota nem mozdult el a dekompenzáció irányába. A pszichiátriai tünetek enyhülésével is fennáll a kognitív deficit (Keefe és mtsai, 2007), fontos szempont lehet a terápiás terv kidolgozása szempontjából, valamint bejósolhatja a betegek funkcionális kimenetelét is.

Szociális kogníció

A szociális kognitív funkciók jelentős változásait a REKP csoportban láthatjuk, mivel ezek erőteljes változásokat mutattak az irónia megértésében, a faux pas, metafora, irónia és érzelmi prozódia feladatok megértésében is. A KE csoportban a faux pas, irónia és érzelmi prozódia feladatban látható pozitív változás. 6 hónap elteltével a csoportok közötti szignifikáns különbség a metafora feladatokban látható, a REKP csoport teljesítménye a legmagasabb. Fontos szempont, hogy a REKP csoport jelentősen csökkentette a válaszidejét a metafora feladatokban is. Varga és mtsai (Varga, 2018) szerint az adaptív társadalmi működéshez a társadalmi ingerek helyes értelmezése ugyanolyan fontos, mint az időben történő feldolgozás.

Az REKP csoport eredményeit figyelembe véve, úgy gondoljuk, hogy a kellően hatékony pszichoszociális rehabilitációs programmal a szkizofrén betegek képessé válnak javítani a szociális kognitív teljesítményükön. Medalia és Saperstein (Medalia & Saperstein, 2013) szerint ez a javulás a közösségi nappali klub alapvető megközelítésének köszönhető: a betegeket nemcsak számos tréningbe és csoportos tevékenységbe vontuk be a szociális funkciók javítása érdekében, hanem egy folyamatos szociális közegben voltak jelen, ahol lehetőség nyílt arra, hogy különböző társadalmi interakciókban vegyenek részt a klub többi tagjával: a klubtagokkal és segítőikkel. Ebben a szociális környezetben a betegek lehetőséget kaptak a szociális készségek valós környezetben való gyakorlására, ami konkrét hatással van a szociális és társadalmi kognitív készségeikre, fejlesztve a társadalomban való eligazodásukat. Az intervenció során nem a társadalmi kognitív képességeket célzó speciális szociális kognitív intervenciókat alkalmaztuk, ezért az intervenció pozitív hatását elsősorban a támogató szociális környezetnek és a benne való működésnek tulajdonítjuk, vagyis, hogy a kliensek különböző társadalmi interakcióiban is részt vehettek, gyakorolhatták a másokkal való együttműködést. A

terápiás közösségbe való bevonás támogathatja a betegek számára az új társadalmi szerepek megtalálását, ami hozzájárulhat a megbélyegzés érzésének csökkentéséhez, és ezáltal növeli a valódi közösségbe való újrászocializálódás esélyét. Eredményink ezáltal megerősítik a környezeti ingerek fontos szerepét. Bora és Murray szerint (Bora & Murray, 2013) a társadalmi elszigeteltséggel kapcsolatos csökkent környezeti ingerek szerepet játszhatnak a szkizofrénia okozta agyi kapacitás csökkenésében is. Az interperszonális hálózatok és a szociális támogatás gazdagsága védő faktorként is felfogható, mely megkönnyítheti a megküzdési mechanizmusokat és a kompetenciát, ellensúlyozva a társadalmi stressz káros hatásait (Beels, 1981; Buchanan, 1995).

Eredményeink összhangban állnak a felépülés központú szolgáltatások célkitűzéseivel, melyek hangsúlyozzák a társak és a szociális hálózatok szerepét a „helyreállítási folyamatban” (Galletly, 2016).

A KE csoportot illetően megfigyeltük a faux pas, irónia és érzelmi prozódia várható javulását, valamint az arc teszt feladatban elért eredmények csökkenését.

Ezen túlmenően a metafora megértés során jelentősen lassult a válaszidő. Eredményeink azt is mutatják, hogy a kontroll csoport szignifikánsan javította a válaszadási arányokat, mérsékelten lassítva a válaszidőket az irónia feladatokban. Teljesítményük mérsékelten csökkent a faux pas feladatokban, valamint az arc tesztben is. A három csoport között a 6 hónapos intervenciót követően megfigyelt különbségeket illetően elmondható, hogy a kontroll csoport a legalacsonyabb pontszámot mutatta az összefoglaló szociális kognitív megismerés a metafora feladatok és a GAF skála szempontjából, továbbá a teljesítményük a leglassabb az irónia feladatokban.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy mindhárom csoport jelentősen javította teljesítményét az irónia feladatok megértése során. Ezen kívül a KE, és a kontroll csoport mérsékelten megnövelte a válaszidejét, ami a 6 hónapos intervenció után szignifikáns különbséget eredményezett a csoportok közötti irónia feladatok szignifikánsabb gyorsabb elvégzésében. Varga és mtsai szerint (Varga, 2018) egészséges személyek az irónia feladatokkal gyorsabban végeznek (átlag: 3,5; SD: 1,3), mint a szkizofrén betegek (átlag: 6,8; SD: 5,2), ami azt sugallja, hogy nem klinikai populáció esetében az irónia megértése gyors folyamat. Nyelvi tanulmányok szerint (Giora, 2003) az irónia feladatok feldolgozása gyorsabb, ha az nem igényli az alkotóelemek szó szerinti jelentésének aktiválását, összehasonlítva azokkal, amelyekben az irreleváns jelentések alapozása lassabb feldolgozási időt eredményez. Győri és mtsai (Győri, 2004) vizsgálták az irónia

feladatok kompenzálásának lehetséges mechanizmusát, melyben a kijelentés mind a szó szerinti, mind a nem szó szerinti jelentésének aktiválására szükség van. Úgy gondoljuk, hogy a KPE és a kontroll csoport meghosszabított válaszüze az irónia feladatokban egy kompenzációs stratégia eredménye volt.

Egészségügyi és szociális szükségletek egyéni megítélése

A szkizofrénia diagnózissal élő személyek egyéni szükségleteit mértük fel, ezek változásának szubjektív megélését vizsgáltuk az intervenciók hatására. A CAN általános szükségleteket vizsgál, kiegészítve azt a kifejezetten pszichiátriai betegséggel élők esetleges szükségleteire.

A kielégített a szükségletekkel való elégedettség a REKP csoportban jelent meg a leglátványosabban. Továbbá a kielégítetlen szükségletek itt a legalacsonyabbak. A pszichiátriai betegek nappali ellátás feladata közé tartozik az egyéni szükségletek feltérképezése, azok lehetőség szerinti kielégítése az ellátás keretein belül, pl. étkeztetés megoldása, háztartásvezetésben segítség nyújtás, ápoltság, napközbeni tevékenység, tájékoztatás, társas kapcsolatok kialakítása, gyógyszer-compliance segítése. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor a megfelelő szolgáltatás irányába történő delegálással, mint pl. segélyek igénylése, írás, olvasás készségfejlesztés, anyagi lehetőségek igénybevétele (McKay és mtsai, 2016) történik meg a szükségletek kielégítése.

A KPE csoportnál legmagasabb a kapott informális segítség 6 hónap elteltével, vagyis itt a legmagasabb a társas kapcsolatok mozgósítása, bevonása. A közösségi pszichiátriai ellátás alapfeltevése, hogy a gondozás a barátok, család és ismerősök bevonásával történjen (a lehetőségekhez képest) (Bulyáki, 2016).

A hosszantartó mentális problémával élők esetében különösen fontos, hogy a családtagok, barátok, rokonok és a számukra fontos társas kapcsolatok támogatóan legyenek jelen az életükben, ezzel segítve felépülésüket.

Viszont a megfelelő támogatás hiányában a családtagok szintén nagyfokú stresszt, frusztrációt élnek át, melynek következtében elhatárolódnak – akár életvitelben is – a betegségben érintett családtagtól. A családi kapcsolatok feltérképezése ezért fontos része a közösségi gondozásnak, hiszen a társadalomba való visszailleszkedés és az

intézményesülés folyamatai ellenére a primer szociális hálók továbbra is központi jelentőséggel bírnak az emberek életében, együttélésében. Ezek a hálózatok életciklustól és szociális helyzettől függően változnak, eltérő hangsúlyt kaphatnak, de minden esetben ezek biztosítják az egyén elsődleges integrációját, ezért van fontos szerepe a közösségi pszichiátriai gondozónak a társas kapcsolatok fenntartásában, erősítésében (Kerstin, 2011).

A kontroll csoportnál a legmagasabb 6 hónap elteltével a kielégítetlen szükségletek mértéke, legalacsonyabb a formális (intézményi) segítség, viszont itt a legmagasabb a formális intézményi segítség szükséglete. A szkizofréniával élő egyének számára nehézséget jelent a háztartási teendők, házimunkák elvégzése és szabadidős tevékenységekben, szociális interakciókban való részvétel. A szükségleti állapot hiányosságai elsősorban intézményi segítség igénybevételével lennének kezelhetőek (Leißle, & Kallert, 2003).

Az eredményeink alátámasztják a szakirodalmi ismereteket, Lasalvia (2007) szerint a krónikus szkizofrén betegek hosszútávú közösségi gondozásának sajátos problémái kevésbé kutatott területnek számít. A gondozási igények meglehetősen stabil mintája úgy tűnik, hogy meghatározza a közösségi mentálhigiénés szolgáltatások világos és hosszú távú feladatait. A szkizofrén betegek esetében a szolgáltatásoknak fokozott figyelmet kell fordítaniuk a szociális készségek fejlesztésére és a pszichopedagógiai megközelítésekre. A lehetséges befolyási tényezők széles köre miatt azonban a közösségben a hosszú távú, kontextusfüggő gondozási folyamatok megtervezéséhez nincs egyértelmű bizonyíték.

A szkizofrén betegek normatív ellátási igényeit nem lehet pusztán néhány, gyorsan azonosítható marker alapján meghatározni. Személyre szabott elemzésre van szükség, amely magában foglalja a pszichopatológiára, a szubjektív megbirkózásra, a társadalmi kompetenciára vonatkozó változókat. Kallert és Leisse (2001) szerint a szkizofrén betegeknél fontos a közösségi alapú ellátások igénybevételének lehetősége, viszont önmagában kevés a problémák teljeskörű megoldása érdekében szükség lenne a szociális normák és a rehabilitáció központi területein azonosított hiányok minimalizására a nemzetközi protokollnak való megfelelés érdekében. Ez különösen fontos, mivel azt tapasztaljuk, hogy a szociális károsodások és fogyatékoságok dominálnak a szkizofrén betegek pszichiátriai ellátásra vonatkozó normatív elvárások teljes spektrumán.

Reziliencia

Az REKP csoport reziliencia értékében látható a legszembetűnőbb változás a 6 hónap elteltével, a KPE csoportnál kisebb mértékű, de szignifikáns változás látható, míg a kontroll csoportnál nem látható változás. Az intervenció előtt a három csoport között nincs szignifikáns különbség.

Ahogy a korábbiakban is volt már róla szó, a reintegrációt elősegítő közösségi program szerepe azon kívül, hogy lehetőséget nyújt napközbeni tartózkodásra és csoportfoglalkozásokon való részvételre, az a fontos további feladata, hogy közösségként működik. Különböző kutatások a reziliencia jelenségének nem rendkívüli, hanem általános voltát hangsúlyozzák (Masten, 2001; Fallon, 2010), egyúttal azt is feltételezik, hogy a reziliens tulajdonságok kialakítása vagy megerősítése, illetve a reziliens egyénekre jellemző működésmód feltételeinek megteremtése lehetséges, vagyis a reziliencia fejleszhető. A programban résztvevők egy közösség tagjaiként voltak jelen, akik megtapasztalhatták a biztonságos környezetben a pozitív életszemléletet, a másság elfogadását az emberek közötti támogató kapcsolatokat. Az intézményi támogatás a napi rendszeresség kialakítása hatással van a személyiség pozitív működésére.

A közösségi pszichiátriai ellátás feladatai közé tartozik a kliens családi-, baráti-, ismerősi kapcsolatainak feltérképezése, bővítése. A kliens körül fellelhető személyekkel való kapcsolat felvétel segít újraszervezni a társaskapcsolatokat, elsősorban a meglévő erőforrásokra támaszkodva működik, létrehozva egy természetes védő-hálót a kliens köré. A felépülés alapú szemlélet a remény, a reziliencia, az önsegítő aktivitás és a támogató network aspektusaira épít: az önrendelkezésre, önálló döntések meghozatalára, kapcsolati empowermentre, vagyis egy értelmes, jelentéstartó közösségi szerep kialakítására (Lieberman, 2010). Az intervencióban megjelenő támogató háló támogathatja a rezilienciát, ami magyarázza a KPE csoport reziliencia értékeinek pozitív elmozdulását.

A kontroll csoport eredményeit is figyelembe véve jelen kutatás eredményeiből kiolvasható, hogy a szkizofrén betegeknél jelentős probléma a társadalomtól való elszigeteltség (Gayer-Anderson & Morgan, 2013; Wickham, 2014).

Az REKP és KPE csoport eredményeit figyelembe véve elmondható, hogy a szociális támogatás a reziliencia egyik fontos eleme (Kleiman & Riskind, 2013);

Kleiman, 2014). Oakland és Berry szerint (2015) a megfelelő pszichoszociális támogatás ellensúlyozhatja az elszigeteltséget a szkizofrén betegeknél, továbbá segíthet a társadalomban való visszailleszkedéshez.

19. Összegzés

Tudomásunk szerint ez a vizsgálat foglalkozott először a szkizofrén betegek számára elérhető közösségi alapú pszichoszociális ellátások két különböző formájának összehasonlításával.

Úgy gondoljuk, hogy a közösségi alapú pszichoszociális kezelések képesek javítani a szkizofrének funkcionális működését. A szociális kogníció szempontjából a legszembetűnőbb várható változás a reintegrációt elősegítő közösségi programmal érhető el. Eredményeink azt mutatják, hogy ez a támogató társas környezetnek köszönhető, amelyben különféle társas interakciókat lehet gyakorolni, valamint új társadalmi szerepeket lehet megtanulni, amelyek konkrét fejlesztő hatást gyakorolnak a társadalmi megismerésre és segítenek a klienseknek a társadalomba való visszailleszkedés során. Jelenlegi eredményeink egyértelműen mutatják, hogy a betegek szociális kognitív teljesítményének jelentős javítása érdekében fontos a közösségi csoportba történő bekapcsolódás.

Jelenlegi és korábbi (Varga, 2017) megállapításaink, valamint a szkizofrénia funkcionális kimeneteleinek bioszociális modellje alapján (Brekke, 2005) érdemes lehet, hogy a szociális kognitív tréning, például a metakognitív képzés (MCT), (Van Oosterhout, 2016; Varga, 2017) használata. A közösségi alapú pszichoszociális rehabilitációs programokkal együtt alkalmazott kommunikációs képességek (Adamczyk, 2016) tovább segítenék a szkizofrénia funkcionális kimenetelét.

A kielégített szükségletekkel való elégedettség a reintegrációt elősegítő közösségi programmal érhető el, a kielégítetlen szükségletek ebben az esetben a legalacsonyabbak.

A program egyik fontos eleme, hogy feltérképezze az egyének szociális és egészségügyi szükségleteit. A kielégítetlen vagy nem megfelelően kielégített szükségleteket intézményen belül, amennyiben ez nem lehetséges intézményközi delegálással próbálja kielégíteni. A közösségi pszichiátriai ellátás tevékenységét a kliens szűkebb és tágabb környezetében végzi, vagyis családi, baráti és ismerősi kapcsolatokra építve tud

megvalósulni a pszichoszociális rehabilitáció. Ezért elmondható, hogy a KE csoport tagjainak a legmagasabbak az informális (családi, baráti) segítségei. Amennyiben hatékonyan működik a közösségi gondozás és sikerül a családot, barátokat, ismerősi hálózatot erősíteni, esetleg újraépíteni, ezzel természetes támogató háló kialakítását a kliens körül.

A reziliencia értékeket elemezve láthatjuk, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi programban résztvevőknél látható a legszembetűnőbb változás 6 hónap elteltével. A program során kialakult egy közösség, mely támogatja, erősíti a tagjait, megtapasztalható egymás elfogadása, erősítése.

A KPE csoportnál kisebb mértékű, de szignifikáns változás látható, a közösségi pszichiátriai ellátás a közösségi erőforrásokra építve végzi a gondozási tevékenységét. Segít a meglévő társas kapcsolatok erősítésében, fenntartásában, ezzel hozzájárulva az reziliencia fejlesztéséhez.

A kontroll csoportnál nem látható változás, mely eredményt érdemes átgondolni a hatékonyság szempontjából.

Összegezve eredményeink hangsúlyozzák annak szükségességét, hogy a közösségi alapú pszichoszociális kezelések javasolhatók az antipszichotikus farmakológiai kezelések mellett (Asher, 2017). A közösségi alapú pszichoszociális ellátások, melyek támogatják az interperszonális hálózatok gazdagságát és a társadalmi támogatást, a szkizofrénia komplex kezelésének fontos részét képezik.

20. Kutatás korlátai és kitekintés

Vizsgálatunk több korláttal rendelkezik. A közösségi alapú pszichoszociális kezelési modellek széles skálája található az irodalomban, ezért a jelenlegi eredményeink különböző modelleken történő általánosítása problematikus lehet.

Amint az előzőekben már említettük csak a GAF-t használtuk a funkcionalitás becslésére, és ezeknek a tartományoknak a részletesebb értékelése megbízhatóbb eredményeket eredményezhetett volna. A funkcionalításra utaló például az önellátást, önálló életet, a munkát vagy a támogatott munkát stb.

Jelen kutatásban nemvizsgáltuk a neurokognitív tényezők, a társadalmi megismerés, a funkcionális eredmények, a klinikai tünetek közötti lehetséges összefüggéseket, amit egy jövőbeli kutatásban érdemes lenne célul kitűzni. Ezenkívül a szociális kongníción olyan

aspektusait is érdemes lenne vizsgálni, mint például az empátia és szociális jelek percepcióját.

A vizsgálat korlátai közé tartozik, hogy a vizsgálati személyek antipszichotikus gyógyszeres kezelés alatt álltak. A korábbi vizsgálatok ugyanakkor nem találtak összefüggést a szociális kogníció és az antipszichotikus kezelés között (Mo, 2008).

Irodalomjegyzék

Adamczyk, P., Daren, A., Sułeczka, A., Błądziński, P., Cichocki, Ł., Kalisz, A., Gaweda, L., Cechnicki, A. (2016). Do better communication skills promote sheltered employment in schizophrenia?. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 331-339.

Amador, X. (2008). *Nem vagyok beteg, nincs szükségem segítségre!*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.

Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449.

Anthony, W. A., & Dion, G. (1986). Psychiatric rehabilitation: A rehabilitation research review. *Washington, DC: National Rehabilitation Information Center*.

Anthony, W.A. & Forbess, R. (1993). Rehabilitation-Oriented Case Management. *Case management for mentally ill patients*, 1, 99.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco.

Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 17(1), 355.

Bachrach, L. L. (1992). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1455-1455.

Bakonyi, P. (1983). *Téboly, terápia, stigma*. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó.

Bandura, A. (1982). The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 13(3), 195-199.

Bánki M. Cs. (2010): Remisszió, compliance és relapszus prevenció: A risperdal CONSTA 5 éve. *Psychiatria Hungarica*, 25: 8-11.

Bányai B. & Légmán A. (2009): Pszichiátriai betegek szociális intézeti környezetben. *Esély*, 2:68-84.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J. (2001). The 'Reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or High-Functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-252.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Jolliffe, T. (1997) Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition*, 4(3), 311-331.

Beels, C. C. (1981). Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 58-72.

Benedek, I. (2007): *Aranyketrec*. Könyvmolyképző Kiadó.

Békés V. (2002). A reziliencia-jelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In Forrai G., Margitay T. (Szerk.) „*Tudomány és történet*” – Tanulmánykötet Fehér Márta tiszteletére. Budapest: Typotex Könyvkiadó, 215-228.

Block, J. (1993). Ego-Resilience through Time. letöltés helye: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED356879.pdf> letöltés ideje: 2019.01.03.

Block, J. H., & Block, J. (2014). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Development of cognition, affect, and social relations*. Psychology Press. 49-112.

Bonfils, K. A., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Affective empathy in schizophrenia: a metaanalysis. *Schizophrenia research*, 175(1-3), pp109-117.

Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 475-482.

Bora, E., & Murray, R. M. (2013). Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis?. *Schizophrenia bulletin*, 40(4), 744-755.

Bora, E., Lin, A., Wood, S. J., Yung, A. R., McGorry, P. D., & Pantelis, C. (2014). Cognitive deficits in youth with familial and clinical high risk to psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(1), 1-15.

Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(4), 531.

Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(4), 531.

Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 80(2-3), 213-225.

Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American psychologist*, 34(10), 844.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.

Bowlby, J., Ainsworth, M., Boston, M., & Rosenbluth, D. (1956). The effects of mother-child separation: a follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 29(3-4), 211-247.

Buda, B. (2011). Pszichiátria magyar szempontokból. In: Buda Béla. *Az elme gyógyítása*. Budapest, Háttér Kiadó, 91-127.

Budai, I. (2009). Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka. *Esély*, 5, 83-114.

Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76.

Bugarszki, Zs. (2003). A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély* 1, 67-86.

Bugarszki Zsolt (2004): A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon. *Esély*, (15), 4, 100–110.

Bugarszki Zs. (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése. *Esély*, 5:68-85.

Bugarszki Zs., (2015): A pszichiátria társadalmi vonatkozásai. In: Füredi J., Németh A., *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó. 101-115.

Bugarszki Zs. (2015): Pszichoszociális rehabilitáció a szociális munka eszközeivel. In: Füredi J., Németh A., *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó. 667-669.

Bulyáki T. (2016): *Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák*. ELTE-TÁTK, Budapest.

Bulyáki, T., Harangozó, J. (2018): *A Közösségi pszichiátria kézikönyve*. Ébredések Alapítvány.

Brüne, M. (2005). Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry research*, 133(2-3), 135-147.

Brekke J, Kay DD, Lee KS, Green MF. (2005): Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Research*. 80, 213–25.

Brekke, JS, Hoe M, Long J, Green M.F (2007): How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 33:5, 1247-1256

Brüne, M., Abdel-Hamid, M., Lehmkämer, C., & Sonntag, C. (2007). Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: what predicts poor social competence in schizophrenia best?. *Schizophrenia research*, 92(1-3), 151-159.

Cella, E. P., Besancon, V., & Zipple, A. M. (1997). Expanding the role of clubhouses: Guidelines for establishing a system of integrated day services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(1), 10-15.

Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, Vol. 244,1-11.

Costanzo M, Archer B. (1993). The interpersonal perception task 15 (IPT 15): *A guide for researchers and teachers*. University of California Center for Media and Independent Learning, Berkeley. California.

Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia bulletin*, 32, S44-S63.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Csicsely Á., Bódy É. (2016): *Szakmai ajánlás – közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére*, Budapest, Nemzeti Erőforrás Minisztérium

Derntl, B., Finkelmeyer, A., Toygar, T. K., Hülsmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D. I., & Habel, U. (2009). Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 108(1), 197-206.

De Vignemont, F., Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends Cognitive Science* 10(10), 435-441.

Decety, J., Jackson, P.L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behaviours Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.

Demetrovics, Z., & Lackó, Z. (2008). Introduction of the Hungarian version of Camberwell Assessment of Need (CAN-R-hu). *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, 23(4), 297.

Detréné Urbán N. (2015): „A stressz-rezisztencia és pszichológiai reziliencia fejlesztésének és fenntartásának szükségessége a védelmi szektorban” PhD disszertáció

Drury VM, Robinson EJ, Birchwood M. 1998. ‘Theory of mind’ skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine* 28(5):1101–1112.

Dugan, T. F., & Coles, R. E. (1989). The child in our times: Studies in the development of resiliency. In *Impetus for this work came from a conference on "The Child in Our Times: Resiliency and Vulnerability--Application to Clinical Practice," which was sponsored by the Cambridge Hospital, Division of Child and Adolescent Psychiatry, and the Harvard Medical School, Department of Continuing Education..* Brunner/Mazel.

Derntl, B., Finkelmeyer, A., Toygar, T. K., Hülsmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D. I., & Habel, U. (2009). Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 108(1), 197-206.

Eaton, W.W., Chen, C.Y. (2006). Epidemiologia, in Liberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (szerk). *A szkizofrénia tankönyve*. Oriold és Társai Kft., Budapest, 17-37

Earvolino-Ramirez, M. (2007, April). Resilience: A concept analysis. In: *Nursing forum* (Vol. 42, No. 2, pp. 73-82). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.

Edwards J, Pattison PE, Jackson HJ, Wales RJ (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 48, 235–53.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & emotion*, 6(3-4), 169-200.

Endre Sz. (2016): Egyedül nem megy, együtt könnyebb. *Szociálpedagógia*, 4:3-4. 13-20.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of personality and social psychology*, 57(2), 332.

Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(4), 522.

Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 75.

Falloon, I. R.H.-Graham-Hole, V.-Fadden, G: *Az integrált pszichiátriai ellátás. Ébredések Alapítvány*, 1998.

Falloon, I. R., & Fadden, G. (1995). *Integrated mental health care: A comprehensive, community-based approach* (No. 1). Cambridge University Press.

Falloon, I. R., & Liberman, R. P. (1983). Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9(4), 543-554.

Fallon, C. M. (2010). *School Factors that Promote Academic Resilience in Urban Latino High School Students*. UMI Dissertation Publishing, ProQuest LLC., Ann Arbor

Fett, A.-K.J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-d.-G., Penn, D.L., van Os, J., Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.

Fischer-Shofty M, Brüne M, Ebert A, Shefet D, Levkovitz Y, Shamay-Tsoory SG. (2013). Improving social perception in schizophrenia: the role of oxytocin. *Schizophrenia Research*. 146 (1-3):357-362.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, 26(3), 309-317.

A. K., Fu, S., & Czajkowski, N. (2018). Resilience trajectories to full recovery in first-episode schizophrenia. *European Psychiatry*, 52, 54-60

Füredi, J., Nagy, A. (2016). *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Budapest. Medicina.

Gálfi, B.(1964). *Munkaterápia a pszichiátriai gyakorlatban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Gabbard, G.O. (2016). A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Oriold és társai. 179-209.,

Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410-472.

Gayer-Anderson, C., & Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(2), 131-146.

Garnezy, N. (1970). Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 30-74

Germain, C. B., & Gitterman, A. (1995). Ecological perspective. *Encyclopedia of social work*, 1, 816-824.

Germain, C. B., & Gitterman, A. (1980). *The life model of social work process*.

Goffman, E. (1974). *Asylums*. New York: Anchor. 1963. Stigma.

Gomory, T., Erdős, M. & Kelemen, G. (2006). Kényszer vagy együttműködés? Vitatott kérdések a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában. *Szociális Munka* 5: 101- 129.

Glick, M., & Zigler, E. (1986). Premorbid social competence and psychiatric outcome in male and female nonschizophrenic patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(3), 402.

Giora, R. (2003). *On our mind: Salience, context, and figurative language*. Oxford University Press.

Gordos, E. (2009). *Kézikönyv a pszichiátriai betegek közösségi ellátását nyújtó szociális szakembereknek*. Budapest: Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért, 3-5.

Gordos, E., Marketti, J., Puskásné Halál, Á. (2018). *Szakmai ajánlás pszichiátriai betegek részére fenntartott nappali intézmények működtetéséhez*. Budapest: Emberi Erőforrások Minisztériuma.

Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *The American journal of psychiatry*, 153(3), 321.

Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 30(4), 279-293.

Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1211-1220.

Green, M. F., Horan, W. P., Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620-631.

Györi, M., Lukács, Á., & Pléh, C. (2004). Towards the understanding of the neurogenesis of social cognition: Evidence from impaired populations. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology*, 2(3-4), 261-282.

Happé, F. G. E. (199). Communicative competence and theory of mind in autism: a test of relevance theory. *Cognition* 48(2), 101–119.

Harangozó J. (2006). Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális intervenciókkal történő közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. In: *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 253–304.

Harangozó, J., Tringer, L., Gordos, E., Kristóf R., Werling, R., Slezák, A. & Bulyáki T. (2001). *Paradigmaváltás a pszichiátriában*. *Lege Artis Med*, 11(8-9), 573-876.

Harangozó J. (2013). A közösségi pszichiátriai gondozás felépülés alapú értékeinek és hatékony módszereinek bemutatása a gyakorlatban. In: Kiss, E. Cs. (szerk.). *Mentálhigiéné és segítő hivatás: fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről*. Pécs: Pro Pannonia. 187-208.

Harangozó J., Tringer L., Gordos E., Kristóf R., Werring R., Slezák A., Lórintz Zs., Varga A., Bulyáki T. (2001). *Paradigmaváltás a pszichiátriában*. *LAM*, 11 (8-9), 573-586).

Harvey, P. D., Patterson, T. L., Potter, L. S., Zhong, K., & Brecher, M. (2006). Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: a randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1918-1925.

Herbert, H. S., Manjula, M., & Philip, M. (2013). Resilience and factors contributing to resilience among the offsprings of parents with schizophrenia. *Psychological Studies*, 58(1), 80-88.

Herold R., Simon M., Fekete S., Tényi T. (2015). Szkizofréniaspektrum és más pszichotikus zavarok. In: Füredi J., Tariska P: *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest. 233-255.

Herold, R., Feldmann, Á., Simon, M., Tényi, T., Kövér, F., Nagy, F., Varga, E., Fekete, S. (2009). Regional gray matter reduction and theory of mind deficit in the early phase of schizophrenia: a voxel-based morphometric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 199-208.

Herold, K., Bulyáki, T., Szabóné Csizmadia, M. (2018). *Szakmai ajánlás közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére*. Budapest: Emberi Erőforrások Minisztériuma.

Hoe M, Nakagami E, Green MF, Brekke JS. (2012). The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. *Psychological Medicine*, 42:2287–99

Hollis, C., & Taylor, E. (1997). Schizophrenia: a critique from the developmental psychopathology. *Neurodevelopment and Adult Psychopathology*, 213.

Hoult, J.-Rose, A.-Reynolds, I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 11, 1005-1010

Hoult, J.-Reynolds, I. (1984). Schizophrenia: A comparative trial of community oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 359-372

Imber-Black, E. (1988). *Idiosyncratic life cycle transitions and therapeutic rituals*.

Járai, R., Vajda, D., Hargitai, R., Nagy, L., Csókási, K., & Kiss, E. C. (2015). A Connor - Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1), 129-126.

Johnson, J. L., & Wiechelt, S. A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance use & misuse*, 39(5), 657-670.

Kanter, J. (1989). Clinical case management: Definition, principles, components. *Psychiatric Services*, 40(4), 361-368.

Kauffman, C., Grunebaum, H., Cohler, B., & Gamer, E. (1979). Superkids: Competent children of psychotic mothers. *The American Journal of Psychiatry*.

Keefe, R. S., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., ... & McEvoy, J. P. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Archives of general psychiatry*, 64(6), 633-647.

Kallert, T. W., & Lisse, M. (2001). Schizophrenic patients' normative needs for community-based psychiatric care: an evaluative study throughout the year following

hospital release in the Dresden region. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(1), 1-12.

Kerstin, U. (2011). Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély*, 5, 100-117.

Kiss Enikő Csilla (2015). Protéktív személyiségfaktorok In: Kiss Enikő Csilla, Sz. Makó-hajnalka: *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs, Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, 338-351.

Kiss Szabolcs (2005). *Elmeolvasás*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.

Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized Social Support and Self-Esteem Mediate the Relationship Between Perceived Social Support and Suicide Ideation A Test of a Multiple Mediator Model. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 42-49.

Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155.

Komlósi, S., Czobor, P., S., Bitter, I. (2007). A szkizofréniában tapasztalható kognitív deficit összefüggése a mindennapi funkcióképességgel. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2007, IX/3; 143-150

Kobasa, S. C. O., Maddi, S. R., Puccetti, M. C., & Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of psychosomatic Research*, 29(5), 525-533.

Kovács, Z. A., Váradi, E. (2012). Rehabilitációs szemlélet a pszichátriai gondozásban: bio-behaviour módszerek és a kognitív rehabilitáció távlatai In: Váradi Enikő: *Pszichátriai gondozási kézikönyv*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó, 29-68.

Kosza, I. (1996). *A pszichátriai rehabilitáció gyakorlatának kézikönyve*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

- Kulcsár Zs. (1989). *Személyiség-pszichológia*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Kulcsár Zs. (2009). *Traumafeldolgozás és vallás*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Kucharska-Pietura, K., & Mortimer, A. (2013). Can antipsychotics improve social cognition in patients with schizophrenia?. *CNS drugs*, 27(5), 335-343.
- Lafferton, E. (2004). A magántéboldától az egyetemi klinikáig. In: Békés Vera (szerk.): *A kreativitás mintázatai*. Áron Kiadó. 34-73.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Salvi, G., Bissoli, S., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2007). Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4 year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 31-41.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Reviews Psychology*. 1 - 21.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197.
- Leiß, M., & Kallert, T. W. (2003). Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry research*, 118(3), 223-233.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 57(2), 104-114.
- Liberman, R. P. (2010). *Felépülés a betegségből - A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Oriold és Társai Kiadó.
- Lüssi, A., Suter, B., & Grosrey, J. (1997). Obturation of root canals in vivo with a new vacuum technique. *Journal of Endodontics*, 23(10), 629-631.

Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of personality*, 74(2), 575-598.

Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Fazel, M., & Resurreccion, N. (2009). Hardiness training facilitates performance in college. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 566-577.

Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia research*, 125(2-3), 143-151.

Masten, A., Best, K., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444

Masten, J., & Jeffrey, M. (1997). *Textual intercourse: Collaboration, authorship, and sexualities in Renaissance drama*. Cambridge University Press.

Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development, *American Psychologist*, 56(3), 227-238

Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*, 19(3), 921-930.

Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, D. Sluyter (Szerk.) *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. Basic Books, New York. 3-31.

McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A. H., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L., ... & EPSILON Study Group. (2000). Reliability of the Camberwell assessment of need–European version: EPSILON Study 6. *The British journal of psychiatry*, 177(S39), s34-s40.

McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial

rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47.

Medalia, A., & Saperstein, A. M. (2013). Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes?. *Current opinion in psychiatry*, 26(2), 151-157.

Mosher, L. R., & Burti, L. (1989). *Community mental health: Principles and practice*. New York: Norton, 323-346.

Moore, S. T. (1990). A social work practice model of case management: The case management grid. *Social Work*, 35(5), 444-448.

Mojtabai, R., Nicholson, R. A., & Carpenter, B. N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia bulletin*, 24(4), 569-587.

Mo, S., Su, Y., Chan, R. C., & Liu, J. (2008). Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: the role of theory of mind and IQ. *Psychiatry research*, 157(1-3), 21-29.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 37-74.

Mueser, K. T., & Bond, G. R. (2000). Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(1), 27-35.

Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2008). Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia research*, 105(1-3), 95-104.

Németh A. (2015). A pszichiátria rövid története és helye a medicinában. In: Füredi, J., & Németh, A. *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 4-10.

Neuchterlein KH, Dawson ME (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10. 300-312

Novack, D. H., Detering, B. J., Arnold, R., Forrow, L., Ladinsky, M., & Pezzullo, J. C. (1989). *Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems*. *Jama*, 261(20), 2980-2985.

Oakland, L., & Berry, K. (2015). "Lifting the veil": a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis-Psychological Social and Integrative Approaches*, 7(2), 119-129.

Oláh A. (2004). Megküzdés és pszichológiai immunitás. In Pléh Cs., Boross O. (Szerk.), *Bevezetés a pszichológiába*. Budapest: Osiris, 631-663.

Urbán Róbert (2006). Az érzelmek és a stressz pszichológiája. In Oláh Attila (2006): *Pszichológiai alapismeretek*. Bölcsész Konzorcium. Budapest, 370-390.

Péntek, M., Harangozó, J., Egerházi, A., Kelemen, O., Gulácsi, L., Baji, P., ... & Hevér, N. V. (2012). A szkizofreniával előbetegek egészséggel összefüggő életminősége és betegség-terhe Magyarországon. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 27(1), 4-17.

Perkins, D. O., Miller-Andersen, L., & Lieberman, J. A. (2006). Natural history and predictors of clinical course. *Textbook of schizophrenia*, 289-301.

Pincus, A., & Minahan, A. (1973). *Social work practice: Model and method*. FE Peacock Publishers.

Pinkham, A. E., & Penn, D. L. (2006). Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry research*, 143(2-3), 167-178.

Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. (2014). The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 813-823.

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T. & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.

Piovan, C., Gava, L., & Campeol, M. (2016). Theory of Mind and social functioning in schizophrenia: correlation with figurative language abnormalities, clinical symptoms and general intelligence. *Rivista di Psichiatria*, 51(1), 20-29.

Roncone, R., Falloon, I. R., Mazza, M., De Risio, A., Pollice, R., Necozone, S., ... & Casacchia, M. (2002). Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits?. *Psychopathology*, 35(5), 280-288.

Réthelyi J. (2011). A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig. *Neuropsychopharmacol Hung*, 13(4), 193-203.

Rosenbaum, D. P. (1988). Community crime prevention: A review and synthesis of the literature. *Justice Quarterly*, 5(3), 323-395.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1).

Rutter, M. E. (1988). *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*. Cambridge University Press.

Salovey, P., Mayer, J.D. (1989). Emotional intelligence. *Imagin. Cogn. Pers.* 9(3), 185-211.

Szabó L., Bulyáki T. (2001). Gondolatok a pszichiátria betegeknek nyújtott szociális szolgáltatások jövőjéről. *HÁLÓ*, 7:15-16,

Selye J. (1964). *Életünk és a stress*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Sela, T., Lavidor, M., & Mitchell, R. L. (2015). A possible contributory mechanism for impaired idiom perception in schizophrenia. *Psychiatry research*, 229(1), 1-11.

Scheier, M. F., Carver, C. S. (1987). *Dispositional optimism and physical wellbeing: the influence of generalized outcome expectancies on health*. *J. Pers.* 55, 169-210

Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, Pfeiffer H (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Research*, 113:210–7.

Shamay-Tsoory, S. G., Harari, H., Aharon-Peretz, J. és Levkovitz, Y. (2010). *The role of the orbitofrontal cortex in affective theory of mind deficits in criminal offenders with psychopathic tendencies*. *Cortex*, 46. 5. sz. 668–677.

Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H. és Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149. 11–23

Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 109-113.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1), 5-13.

Surles, R. C., & McGurrin, M. C. (1987). Increased use of psychiatric emergency services by young chronic mentally ill patients. *Psychiatric Services*, 38(4), 401-405.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392-397. Sullivan, W. P. (1992). Reclaiming the community: The strengths perspective and deinstitutionalization. *Social Work*, 37(3), 204-209.

Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: W W Norton & Co.

Stratta, P., Daneluzzo, M., Bustini, P.L., Prosperini, P.L., Rossi, A. (1999). Schizophrenic patients use context-independent reasoning more than context-dependent reasoning as measured by the Cognitive Bias Task (CBT): a controlled study. *Schizophrenia Research* 37, 45–51.

Stratta, P., Daneluzzo, E., Bustini, M., Prosperini, P.L., Rossi, A. (2000). Processing of context information in schizophrenia: relation to clinical symptoms and WCST performance. *Schizophrenia Research* 44, 57–67.

Sz. Makó, H. & Kerekes, Zs. (2013). Pszichiátriai szakellátás és mentálhigiéné. In: Kiss, E. Cs. (szerk.). *Mentálhigiéné és segítő hivatás: fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről*. Pécs: Pro Pannonia. 13-30.

Tényi, T. (2017). *Biológiai, kognitív és pszichopatológiai jellemzők szkizofréniában, hangulatzavarokban és egyes gyermekpszichiátriai kórképekben*című MTA doktori értekezés. PTE-AOK.

Tas C, Brown E, Cubukcuoglu Z, Aydemir, O, Danaci, AE, Brüne M (2013): Towards an integrative approach to understanding quality of life in schizophrenia: the role of neurocognition, social cognition, and psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, 54:3, 262-268

Test, M.A.-Stein, L.J. (1987). Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 350-264.

Tiringer, I., Varga, J., Molnár, E., (2007). Krónikus megbetegedések egészségpszichológiája. In: Kállai J., Varga J., Oláh A.: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 305-330.

Trixler, M., Tényi, T., Gáti, Á. (2006). A szkizofréniáfelfogás változásának terápiás következményei. In: *A szkizofréniá pszichoterápiája*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 15-50.

Trixler, M., Tényi T., (2009). Szkizofréniá, szkizotípiás és paranoid kórképek. In: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P., (Szerk.): *A Pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 263-285.

Tringer, L., (2010). A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 42010(140).

Hopkins, T. (2001). Interprofesszionális–rövid történet és áttekintés. *Somorjai I. (szerk.) Amivel még nem számolunk... Interprofesszionális együttműködés és szociális munka. Széchenyi István Főiskola–Kávé Kiadó, Győr–Budapest, 9-15.*

Zohar, D., Marshal I., (2000). *SQ - Spirituális intelligencia.* Budapest: Csöndes Társ Kiadó.

Varga, E., Schnell, Z., Tényi, T., Németh, N., Simon, M., Hajnal, A., Horváth, R. A., Hamvas, E., Járai, R., Fekete, S., Herold, R. (2014). Compensatory effect of general cognitive skills on non-literal language processing in schizophrenia: a preliminary study. *Journal of Neurolinguistics, 29, 1-16.*

Varga, E., Bugya, T., Endre, Sz., Herold, R., Horváth, R., Mákos, O., Kiss, E. Cs., Tényi, T. (2017). Új módszer szkizofrén betegek szociális kognitív folyamatainak vizsgálatára. *Psychiatria Hungarica, 32 (3), 313-331.*

Varga, E., Herold, R., Tényi, T., & Bugya, T. (2018). Social Cognition Analyzer Application (SCAN)-a new approach to analyse social cognition in schizophrenia. *Eur. Neuropsychopharmacology, 28, S55-S56.*

Varga, E., Bugya, T., Endre, S., Herold, R., Horváth, R., Mákos, O., & Tényi, T. (2017). A new method for the measurement of social cognition in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata, 32(3), 313-331.*

Varga, E., Endre, S., Bugya, T., Tényi, T., & Herold, R. (2018). Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry, 9, 247.*

Varga, E., Endre, S., Molnár, D., Tényi, T., & Herold, R. (2017). Efficacy of metacognitive training compared with a psychosocial rehabilitation program on social cognitive processing in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology, 27, S959.*

Váradi, E., (2015). Rehabilitáció a pszichiátriai gondozásban. In: Németh, A., Füredi, J., Somlai, Zs., Bai-Nagy, K. (szerk.): *A pszichiátriai magyar kézikönyve.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 648-659.

Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry, 71(3), 290-297.*

Wallace, C. J., & Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research, 15(3), 239-247.*

Van Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A. B. P., & van Der Gaag, M. (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychological medicine*, 46(1), 47-57.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. *Handbook of early childhood intervention*. 2, 115-132.

Werner, E.E., Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. In: Johnson, S. A.: *Introduction to the Special Issue in Resilience. Substance Use & Misuse*. 39(5), pp. 657 - 670.

Wickham, S., Taylor, P., Shevlin, M., & Bentall, R. P. (2014). The Impact of Social Deprivation on Paranoia, Hallucinations, Mania and Depression: *The Role of Discrimination Social Support, Stress and Trust*. Plos One, 9(8).

Wilken, J.P. (2012). Az ellátórendszer átalakítása Nyugat-Európában. Átmenet az intézményi alapú klinikai ellátásoktól a felépülés-orientált megközelítésekbe. *Esély*, 3, 17-20.

Wilken, J. P., & den Hollander, D. (2013). *Rehabilitation and recovery: a comprehensive approach*. Uitgeverij SWP.

Wilken, J.-P. et al., (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. 23(3), pp.44–59.

Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G, Klingberg S. (2007). Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 258:48–58.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.

Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről

Alulírott Endre Szilvia (születési név: Endre Szilvia, anyja neve: Buzsik Piroska Erzsébet, születési hely, idő: Komló, 1984.05.11.)

Integrált közösségi ellátások szerepe a felépülésben – egy hatékonyságvizsgálat tükrében című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a **Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Doktori Iskola Személyiség- és Egészségpszichológia Programjához.**

Témavezető neve: Prof. Dr. Kiss Enikő Csilla

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2019. november 5.

.....
doktorjelölt aláírás