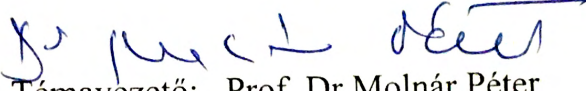


AZ ÉRTEKEZÉS CÍME

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
a Pszichológia tudományágban

Írta: Bulyáki Tünde okleveles szociális munkás

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok doktori iskolája
(Pszichológia programja) keretében


Témavezető: Prof. Dr. Molnár Péter
(olvasható aláírás)

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

A doktori szigorlat időpontja: 200... ..

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

A nyilvános vita időpontja: 200... ..

Én Bulyáki Tünde teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek. Nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.

Bulyáki Tünde

Budapest, 2021. március 6.

Bulyáki Tünde

DOKTORI (PHD) ÉRTEKEZÉS

UTAZÁS A MENTÁLIS ZAVARBÓL A FELÉPÜLÉS IRÁNYÁBA

BULYÁKI TÜNDE

Témavezető:

Prof. dr. Molnár Péter

Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar

2021

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet szeretnék mondani témavezetőmnek Prof. Dr. Molnár Péternek a PhD munkámhoz nyújtott támogatásáért.

Köszönetet szeretnék mondani szakmai fejlődésemben meghatározó két személyeknek Dr. Harangozó Juditnak és Dr. Szabó Lajosnak. Hálás vagyok mindkettőjüknek.

Köszönetet szeretnék mondani Dr. Hab. Rácz Andreának motiváló szavaiért.

Köszönetet szeretnék mondani a családomnak, hogy támogattak, lelkesítettek a dolgozatom megírása során. Köszönöm Mátyás és Flóra szeretetét.

Tartalomjegyzék

Bevezetés	6
I. A mentális zavarral élő emberek rehabilitációjának útja a zárt intézetektől a közösségi ellátásig	8
II. Intenzív esetmenedzseri tevékenység a mentális zavarral élő személyek közösségi ellátásában.....	26
1. Az asszertív közösségi kezelés (ACT modell)	29
2. Iowa esetmenedzselési modell	30
3. Az erőforrás modell	31
4. Integrált Pszichiátriai Ellátás	32
5. Az esetmenedzseri rendszer.....	32
III. Szolgáltatások mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személyek számára	35
1. Az egészségügyben hozzáférhető ellátások:.....	35
2. Szociális alapellátások.....	36
3. Szociális szakellátások	37
4. Jellemző szociális problémák és szolgáltatási válaszok	38
5. Mit értünk pszichoszociális fogyatékoság alatt?.....	39
6. Hiányzó ellátások, fejlesztendő területek, jövőbeli tervek, melyek elősegítik a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek társadalmi mobilitását.....	41
IV. Mit jelent a felépülés?	47
1. Mi a felépülés?	47
2. A személyes felépülés tényezői:	50
3. A személyes felépülés szakaszai:.....	52
4. A felépülés négy feladata:.....	53
5. A professzionális segítők szerepe:	54
6. A felépülés útján haladva számos dolog segíthet a változásban. Hogyan látják ezt a felépülők?	54
7. A környezeti tényezők szerepe:	62
V. Mentális zavarral élő emberek felépülésének kutatása	66
VI. Eredmények	70
Kutatásom korlátai	72

VII. Megbeszélés	74
1. Élettörténeti csomópontok áttekintése. Stressz, bántalmazás, trauma.....	74
2. Stigma.....	88
3. Akaraterő, személyes hatékonyság, önmagába vetett hit	102
4. Spiritualitás.....	109
5. Kapcsolati hálóból adódó támogató források (támogató családi és baráti kapcsolatok, inspiráló, támogató személy).....	114
6. Elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat.....	121
7. Örömteli célok	126
8. Közösségi pszichiátriai	129
9. Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése	146
10. Önsegítés, sortársi segítség.....	165
 VIII. Következtetés	 176
 IX. Zárószó	 182
 X. Mellékletek.....	 183
1. Esetismertetések	184
2. Beleegyező nyilatkozat	226
3. Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára.....	227
4. Hanghalló módszer/Maastrichti kérdőív	249
 XI. Irodalomjegyzék	 258

Az út

*Nem az a bölcs ember,
ki egy úton végig megy,
Az ki lépései után ha kell,
hibáiból is tapasztalatot nyer.*

*Utunk alatt folyamatos fejlődésen megyünk át,
sok állomás van életünk során.*

*S előfordul a sorompó miatt az ember megáll,
rajtunk áll megünk-e tovább.
Megítélésünk kapcsán nyerhetünk tudást.*

*S a kavicsok miket lépésről lépésre odébb lökünk,
mi döntünk, rombolunk vagy egymás mellé tesszük,
s utat képezünk, s ki megbotlik felsegítjük vagy tovább sietünk.*

2017. október 16.

Kaszás Jánosné Ica

Bevezetés

„a remény növekedhet olyan tápláló környezetben, amely lehetővé teszi az ember gyökereinek és biztonságának megteremtését” (Deegan 1996)

A felépülésnek nincsen egységes meghatározása, mivel maga az egyéni utazás egyedi és személyes. Az egyik meghatározás, amelyre a szakemberek, kutatók és a felhasználók leggyakrabban hivatkoznak az Anthony (1993) által kínált definíció, amelyben a felépülés mélyen személyes, egyedülálló folyamat a hozzáállás, értékek, érzések, célok, készségek és/vagy szerepek megváltoztatásához. Ez egy kielégítő, reményteljes és hozzájáruló élet megélhetésének módja, még a mentális zavar által okozott akadályokkal, korlátozottsággal is. A felépülés magában foglalja az új élet értelmének és céljainak kifejtését, amikor az ember meghaladja a mentális zavar katasztrófájának következményeit (Francis 2014). A felépülés néhány olyan jellemzője, amelyet gyakran idéznek:

- egyedülálló és személyes utazás
- normál emberi folyamat
- folyamatos tapasztalat
- ritka az egyedüli utazás
- nem lineáris - az eredmények mellett kudarcok is lehetnek

A felépülés sok ember számára küzdelem. A küzdelem a tünetek súlyosságából, a gyógyszeres kezelés mellékhatásaiból, jelenlegi vagy múltbeli traumából és fájdalomtól, nehéz társadalmi-gazdasági helyzetből, a mentális egészségügyi szolgáltatások igénybevételének tapasztalataiból származhatnak (Amering, Schmolke 2009).¹

A felépülést objektív és szubjektív módon is meg lehet határozni. Objektív szempontból akkor mondhatjuk, hogy valaki felépült a mentális akadályozottságból, ha nincsenek olyan tünetei, melyek akadályozzák a mindennapi tevékenységeiben, képes az önálló életvitelre, önállóan menedzseli a pénzügyeit, gyógyszereit önállóan kezeli, ha munkaerőpiaci aktivitása van, vagy tanul, ha képes baráti, társas kapcsolatok kialakítására és megtartására, ha viszonylag bensőséges családi kapcsolatokat tart fent. Szubjektív szempontból a felépülés magába foglalja a reményteli, szebb jövőbe vetett hitet, azt, hogy a személy felelősséget vállal a döntéseiért, a saját életért és rendelkezik olyan készségekkel, amelyek segítik őt a döntéseiben. A klinikumban dolgozó szakemberek inkább az objektív, mérhető kritériumra helyezik a hangsúlyt, míg a mentális zavarral élő személyek a felépülésre utaló szubjektív jeleket hangsúlyozzák, a mentális zavar okozta akadályozottsággal való megküzdés képességét, az örömteli célok elérésének képességét. Amennyiben a felépülésre objektív klinikai szempontból nézünk rá, akkor a felépülés a normális korlátok közötti működést jelenti (Lieberman 2010).

¹ *Mentális zavar: a pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás esetén a külön jogszabályban foglaltak szerint egész évben szolgáltatásban részesülő, a BNO 10 kódkönyv F 20-29, 31-32, vagy 40-42 diagnózisba tartozó ellátott.*

Lieberman szerint (2010) ahhoz, hogy úgy tekintsünk egy emberre, hogy felépült a mentális zavarából a következőknek kell teljesülnie:

- „A diagnózis felállításában szerepet játszó tünetek olyan mértékű tartós remissziója, hogy sem gyakoriságukban, sem súlyosságukban nem érhetik el a klinikai szintet.
- Teljes munkaidőben vagy részmunkaidőben végzett gyakorlati szereptevékenységek, például munka vagy iskola, ami hasznos, eredményes és az életkorának megfelelő.
- Családtagok vagy más gondozók felügyelete nélküli életvitel, amely során az egyén önállóan vállal felelősséget a mindennapi szükségletei kielégítéséért, mint például a pénzügyei kezelése, a gyógyszerszedés, a megbeszélte időpontok betartása, a bevásárlás, egy étel elkészítése és a személyes tulajdonáért.
- Bensőséges családi kapcsolatok.
- Megfelelő helyeken és körülmények között végzett szabadidős tevékenységek.
- Kielégítő kapcsolattartás a kortársakkal, amelyek a barátokkal, társakkal való aktív kapcsolatteremtést, és a szociális háló kiépítését is magában foglalja.” (Lieberman 2010: 17)

A felépülést, ha szubjektív szemszögből vizsgáljuk a felépülő számos szubjektív érzést és objektív tényezőt él meg. Így például a reményt, felhatalmazottságot, spirituális erőt, önségítést, a stigmatizáció leküzdését. A felépülést számos szakirodalom egy utazásként definiálja. Egy olyan utazásként, amely a tünetek alól való felszabadulás jellemez, egy pozitív pszichológiai fejlődés mely visszaadja az értelmes, örömteli élet éléséhez a hitet. Mit gondolhatnak a mentális zavarral élő személyek a felépülésről? Hogyan látják, hogy milyen tényezők segítik elő ezt a pozitív pszichológiai fejlődést? Ezekre adott válaszok megismerése elősegíthetik azt, hogy jobban megértsük a felépülés folyamatát. Továbbá, ha ismerjük a felépülést elősegítő tényezőket, hatékonyabb pszichoszociális rehabilitációt tudunk biztosítani. A felépülés a mentálhigiénés rendszer vezető alapelvevé vált, amelynek eredményeként olyan gondozást és szolgáltatásokat kell támogatni, amelyek megkönnyítik az emberek életében folyamatban lévő változásokat. A felépülés társadalmi és interperszonális kontextusban bontakozik ki (Francis 2014).

Jelen munkának a célja, hogy feltárja azt, hogy a mentális zavarral élő személyek mit gondolnak a felépülésről, hogyan látják, milyen tényezők segítik elő a pozitív pszichológiai fejlődést, felépülést.

Az értekezésemben felhasználom korábban publikált és megjelenés alatt álló publikációimat.

I. A mentális zavarral élő emberek rehabilitációjának útja a zárt intézetektől a közösségi ellátásig

„A fejlődésben a múlt mozgatja és teszi lehetővé a jelent; a történetben a jelen leválik a múlttól, értelmet ad neki és érthetővé teszi.” (Foucault, 1955)

A pszichiátria fejlődéstörténete az ókorig nyúlik vissza, és sokszínű kultúrhistoriai érdekességgel jellemezhetőek (Buda 2011). A pszichiátria kutatói, fejlődéstörténeti vizsgálói sokszor megállapították, hogy a mentális zavar megítélése mindig az adott társadalmi kor gazdasági, kultúrszociológiai viszonyai által meghatározottak (Bakonyi 1984). Foucault (1998) szerint az, hogy hogyan viszonyul egy adott társadalom a mentális zavarral élőkhez, hol húzza meg a határt a normalitás és az abnormális között, hogy milyen élettereket biztosít a normálistól eltérő emberek számára, az éles tükröt tart a társadalom elé, az adott közösség működéséről és emberi kapcsolatokról (Légmán 2011).

Egy társadalom szociális reprezentációja a mentális zavarra vonatkozóan jelentősen befolyásolja azt, hogy maga az egyén hogyan éli meg saját állapotát és hogyan fogadja a neki nyújtott segítséget (Légmán 2011). Minden kultúrában a meglévő hiedelemrendszer alakítja a diagnózis születését, a betegség következményeit és a kezelést magát (Légmán 2011). Számos nemzetközi kutatás megállapította, hogy az „örület”, a mentális zavar megítélése kultúrafüggő, és ahhoz, hogy integrálni tudjuk a betegnek diagnosztizáltakat a közösségbe, fontos megismerünk az adott társadalom képét a betegnek diagnosztizáltakról (Légmán 2011).

Az ókorban a mentális zavarokat ártó szellemek befolyásának, vagy az elkövetett bűnök büntetésének tulajdonították. Ezért a mentális zavarral élő személyeket bűnösöknek, vagy megszállottaknak tartották, gyógyításukat papokra bízta, akik vezeklést, bűnbánatot, különböző szertartások végzését írták elő (Boda, Horváth 2000). Az egyiptomiak a démonok megszállottjainak tartották a mentális zavarral élöket, másokat szentként tisztelték. Serapis és Saturnus templomaiban helyezték el őket és szuggesztív módszerek alkalmazásával próbáltak gyógyítani. Indiában már több mint 3500 éve zenével gyógyították a mentális zavarral élöket. A kínai orvoslás vizes pakolásokat, akupunktúrát, növényi kivonatokat és zenét alkalmaztak (Tringer 2010).

A pszichiátria fejlődéstörténetében először Hellaszban fogalmazódik meg a tudományos medicina. A legrégebbi görög orvostan úgy tekint a mentális zavarokra, mint valamilyen más testi zavar szövődményére, amelyek a test fő nedveinek megbetegedéséből fakadnak. Aszklépiadész gyógykezelést ír elő a mentális bajokra, még hozzá pszichoterápiát és vizes gyógymodot.

Hippokratész az elme zavarait betegségnek tartotta. Véleménye szerint a gyógyítás orvosi és nem papi feladat. Hippokratész elkülönítette a dühösségi állapotokat, az epilepsziát, melancholiát és a demenciát (Tringer 2010) a testnedvek tana szerint közelítette meg a mentális zavarokat. A betegségeket a nedvek (nyál, vér, sárga és a fekete epe) arányának megromlása okozza szerinte (Bakonyi 1984). Hippokratész az agyról azt vallotta, hogy a nyák termeléséért felelős szerv. A tanítványai a mentális zavarokat az agyműködési zavaraira vezették vissza (Tringer 2010). A görögök hatására a rómaiaknál is orvosi tevékenységgé vált a pszichés zavarok kezelése. Celsus (Kr.e. 14-Kr.e 38) és Galenus (Kr.u.131-205) munkásságuk során több pszichés

tünetegyüttest írtak le. A problémák kezelésére gyógyszereket és különféle foglalkoztatásokat (beszélgetés, zene, olvasás, munka) javasoltak (Boda, Horváth 2000). Celsus volt az első, aki tiltakozott a kényszereszközök ellen. Paracelsus a mentális zavart belső és külső okok együttesével magyarázta (Tringer 2010)

A görög- római kultúra hanyatlása után feledésbe merült az orvosi szemlélet és a humánus bánásmód. A mentális zavart ismét vallási szempontból értelmezték és a mentális zavarral élő embereket kiközösítették (Boda, Horváth 2000). A nyugtalan betegeket börtönbe zárták, láncra verve tartották. A középkor folyamán a mentális zavarral élő emberekről való gondoskodás „rendészeti” és vallási irányba került (Tringer 2010). Az egyház üldözte az

„ördög megszállottjait” és azokat a tudósokat, akik másfajta okok után kutattak a mentális probléma kialakulása kapcsán. A mentális zavarral élők sorsa a középkor folyamán attól függött, hogy milyen tüneteik voltak a problémájuk kapcsán. Egyeseket tiszteltek, másokat betegnek tartottak. A szerzetesek döntötték el, hogy isten vagy az ördög eszköze a halandó. Az egyiket szenté avatták, míg a másikat ördögűzésnek vetették alá (Bakonyi 1984). Amennyiben betegnek vélték, akkor gyógyították. A korabeli terápiákhoz tartozott: a fürdők, diéta és növényi drogok (Tringer 2010). Előfordult, hogy a mentális zavarral élő embereket hajóra rakták és nekieresztették az óceánnak. H. Boch megfestett egy ilyen hajót: „Bolondok hajója” címmel.



1. számú ábra

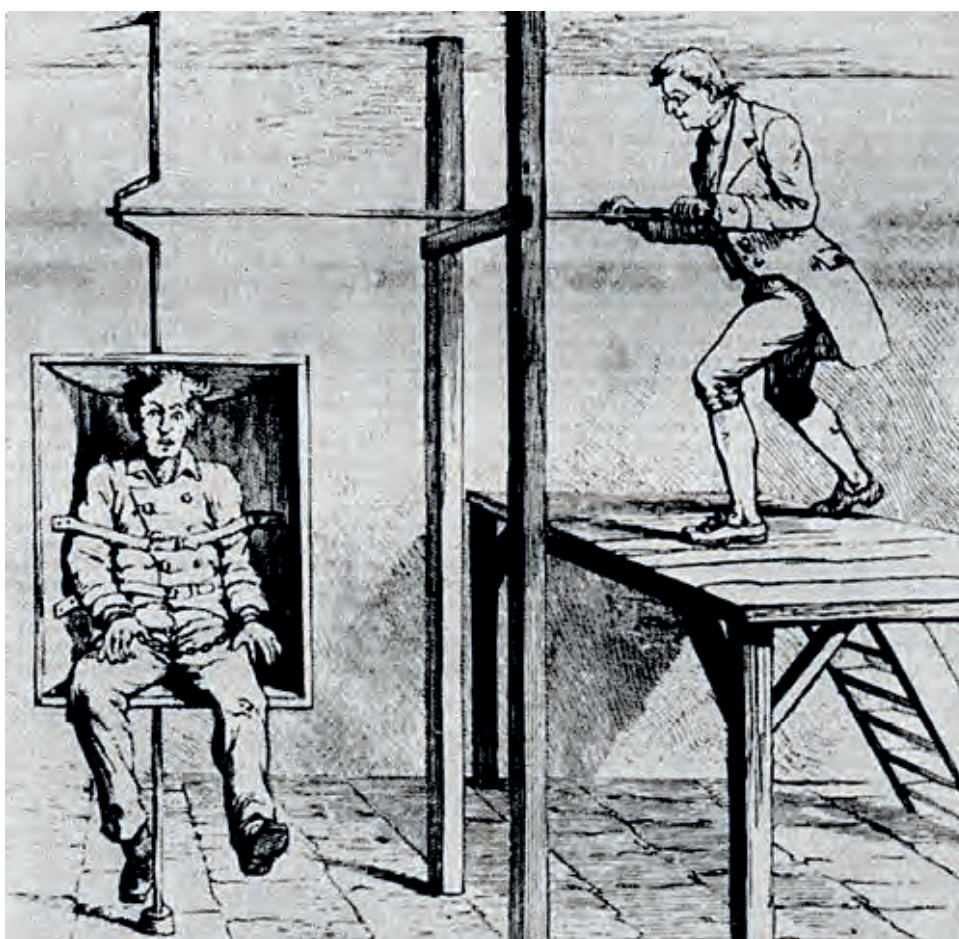
Hieronymus Boch: Bolondok hajója (1490-1500)

Robert Bacon (aki természetes okokat keresett a mentális zavarokra) tanait elvetette az egyház, de a páduai egyetem tanárait Pietro Albanot és Villanovai Arnoldót elveiért halálra ítélték (Bakonyi 1984). A fejlett arab orvostudomány ezzel szemben a mentális zavarokra az agy betegségeként tekintettek. Elkülönített kórházakat hoztak létre a gyógyításukra (Tringer 2010). Elmegyógyintézetek jöttek létre Bagdadban (705), Kairóban (800), Damaszkuszban,

Aleppóban (1270). Arab hatásra épültek az első önálló elmeházak a spanyolországi Valenciában (Bakonyi 1984).

Ez idő alatt Európában az inkvizíció üldözte a mentális zavarral élőket. Változást Amerika felfedezése körüli felforgás hozott. A feudalizmus felbomlása után, a reneszánsz az ember és az élet szépségét hirdette. Új városok születtek, az ipar rohamos fejlődésnek indult, ami a gazdaságra is kedvezően hatott. Megkezdődött a betegségek kutatásának a kora (Leonardo da Vinci, Vesalius, Plater) de magukkal a betegekkel senki nem törődött (Bakonyi 1984). A felvilágosulás szabad eszméi a mentális zavarral élő emberekkel való bánásmód orvosi vonatkozásait helyezték előtérbe.

Ez időben a londoniak szórakoztató időtöltése volt az állatsorban (bilincsből, sötét cellákban) tartott embertársaik megtekintése. Akárcsak a skótok az angolok is pénzért mutogatták megbilincselte „őrültjeiket”.



2. számú ábra

„Gyógyítás” a 19. század elején

A centrifuga-szerű eszköz percenként százhusz fordulatra volt képes. A páciens „belső tisztulását” hánytatással kívánták elősegíteni.

Ezen a helyzeten változtatott Philippe Pinel (1745-1826), aki a mentális zavart nem a bűnös életforma következményeként látta, hanem betegségként, ami gyógyítást igényel (Boda, Horváth 2000). Pinel engedélyt kapott a Nemzeti Konventől, hogy a francia forradalom szel-

lemében levegye a bilincset a mentális zavarral élő emberekről. Felhatalmazást kapott, hogy más gyógymódba részesítse ezeket az embereket (Boda, Horváth 2000). Pinel emberséggel elemekórházakká alakította a börtön- aziliumokat. Pinel humanista pszichiátriája követőkre talált.



3. számú ábra

Tony Robert-Fleury: Philippe Pinel leveteti a láncot az elmebetegekről egy elmegyógyintézetben

Ahogy a francia forradalom eszméi elhomályosodtak, úgy jelent meg újra a kényszer alkalmazása a mentális zavarral élőkkel szemben. 1897-ben Olaszországban a Szent György-kórházban még lánccon tartották a betegeket és imádsággal gyógyították őket. A híres nagy múltú spanyol intézetek is elsorvadtak. A gyógyítás elengedhetetlen eszközének tartották a korbácsolást, a 8-12 órás mennyezeti felfüggesztést a karok falhoz rögzítésével. Új találmány volt a szájba köthető szájkörte, a kényszerzsák és a kényszerzsák (Bakonyi 1984).

Jól példázza a kényszergyógykezelő eszközöket Szász János Ópium- Egy elmebeteg nő naplója. című filmje mely Csáth Géza (Brenner József) Egy elmebeteg nő naplója alapján készült.



4. számú ábra

Szász János: *Ópium- Egy elmebeteg nő naplója* 2007



5. számú ábra.

Szász János: *Ópium- Egy elmebeteg nő naplója* 2007

A 19. század végéig a viselkedése alapján lett valaki „elme” beteg, a társadalmi együttélés szabályainak a megsértése miatt. A kor a társadalmi problémák intézményes megoldási törekvéseinek kora volt (Buda 2011). Ekkor alakul ki a bűnözők elkülönítése, a modern börtönügy. Michel Foucault a modern börtön kialakulása kapcsán a következőket gondolta: az intézmény a társadalmi fegyelem és rend eszköze volt, korábbi korok súlyos büntetéseivel viszonyítva már némi humanizmust tükrözött (Buda 2011). Ugyancsak Foucault írja, hogy ekkor alakult ki a modern kórház első változata is. Létrejött a klinika, ahol a betegeket megfigyelhették, vizsgálhatták, kipróbálhatták a különböző gyógymódokat és a leendő orvosokat taníthatták. A régi tébolydákba korszerű intézmények lettek. Intézménybe kerülni a társadalmi önállóság elvesztését jelentette. A klinika betegek szerencsés esetben visszanyerhették önállóságukat. Az orvosok mindinkább megbecsült tagjai lettek a helyi társadalmaknak (Buda 2011). Foucault mutat rá, hogy a medicina sajátos szemléletet „orvosi tekintetet” alakított ki, a betegségekben felismerhető összefüggések felkutatása, leírása lett a cél (Buda 2011).

A 19. század második felére jelentek meg a betegség osztályozások. A betegségek fajtáiról, lefolyásáról, tüneteiről. A század utolsó harmadára általánosan elfogadott tény lett a német Griesinger állítása: „az elmebetegségek” az agy betegségei (Buda 2011).

Ebben az időszakban, Franciaországban két nagy hipnózis- iskola működött az egyik Nancyban (Bernheim) a másik a párizsi Salpétriére kórházban (Charcot). Mindkét orvos főleg a hisztériát tanulmányozta. Megközelítésük azonban különbözött, hogy Bernheim inkább pszichológiai, Charcot pedig neurológiai magyarázattal élt. Sigmund Freud a Bécsi Egyetem idegklinikájának a gyakornoka mindkét iskolában volt a franciaországi tanulmányai alatt (Tringer 2010). Bécsi magánrendelőjében eleinte ő is hipnoterápiával foglalkozott. Ekkor váltak ismerté Wundt-nak az asszociációs kísérleti vizsgálataival kapcsolatos eredményei. Freud érdeklődése az asszociációk törvényszerűsége felé fordult. A módszert felhasználva alakította ki a pszichoterápiás módszerét, a pszichoanalízist (Tringer 2010).

A korszak már önálló problématerületnek tekintette a pszichiátriát. Mind több elmekórházra volt szükség és az intézményekben gondozottak száma világszerte nőtt. A századforduló évtizedeiben a legtöbb európai országban megkétszereződött a mentális zavarral élők száma. A mentális zavarral gondozottak közül néhányuk állapota javult, többségük folyamatos kórházlakó maradt. A mentális zavarok és az elmeegógyászat az I. világháború után növekvő társadalmi nehézség lett. Belátással lettek arra, hogy a folyamatos kórházban való lét ront a mentális zavarral élő emberek állapotán. A 20. század első harmadában a pszichiátriai betegségeket örökletesnek vélték. Mendeli recesszív öröklődést feltételezték, ebből fejlődött ki az eugenika elnevezésű irányzat. Ezen irányzat a betegek kényszer-sterilizálását a II. világháború éveiben a betegek nagy részét el is pusztította (Buda 2011). Alfred Hoche a mentális zavarral élőket „életre nem érdemesnek” nyilvánította és a társadalomra veszélyes élet megsemmisítését hirdette. Ugyanakkor a világ elmeegógyászatában a megoldásokat keresték a mentális zavarral élők segítésére. Elterjedt a kómakezelés, főleg szkizofréniával diagnosztizáltak körében értek el vele eredményt. A II. világháború után az aktív kezelések között megjelent a prefrontális lobotómia. A módszer a szövődményei miatt nem terjedt el. Megjelentek a modern pszichiátriai gyógyszerek. A pszichiátriai kórházak egyre jobban a belgyógyászati osztályokra hasonlítottak (Buda 2011).

Ambuláns gondozó helyek alakultak ki. A hetvenes évekre alakult a járóbeteg-ellátási súlypont. A kórházakba a súlyos állapotban lévő mentális zavarral élő emberek kerültek, akiket rövid időn belül elbocsájtottak. Kialakult az úgy nevezett „forgóajtó-pszichiátria”. Sok mentális zavarral élő ember ki-be járt az otthona és a kórház között. Rossz egzisztenciális helyzete és a családi problémák miatt romlott a mentális állapota, visszaesett (Buda 2011).

A II. világháború után Amerikában és Nyugat-európában is új irányzatok születtek és terjedtek el. A kórházakban alkalmazni kezdték a csoportterápiákat és a pszichológiai jellegű foglalkozásokat. Létrejötték intenzív lélektani és szociális terápiás rendszerek, úgynevezett „terápiás közösségek”. A pszichológiai gyógymódok a szociális miliővel és a közösség hatásával dolgozó kezelési rendszerek ellensúlyozták a kórházi tartózkodás ingerszegénységét. A pszichiátria befogadta a pszichoterápiát, ami már ambuláns módon leginkább a magánpraxisban már működött új segítő szakmák keretében (Buda 2011).

A 20. század második felére kialakultak nyitott, neurotikus betegeket segítő osztályok, ahol a terápiás rezsimnek tulajdonították a fő gyógyhatást. Kialakultak olyan elvárások, hogy a pszichiátriának az embert, mint „biopszichoszociális” egységet kell segítenie. A nyitottként működő pszichiátriai osztályok sokáig ragaszkodtak a szomatikus szemléletű, zárt légkörűkhöz. Arra törekedtek, hogy a pszichiátriát „intramurálisnak” megtudják tartani. Ezzel szemben a mentális zavarral élőket a közösségbe visszasegíteni akaró fiatal pszichiáterek „extramurális” hangsúlyt képviseltek. Ezek a viták belső fejlődést idéztek elő és megteremtették a párbeszédet a pszichiátria és a társadalom között (Buda 2011). A századforduló után a mentális zavarok az érdeklődés középpontjába kerültek, az értelmiségi köztudatot foglalkoztatta például szkizofrénia, a pszichoanalízis, a pszichoterápiás irányzatok. Megjelentek a tömegművelésben, művészetben egyaránt. Az így létrejött diszkurzusok a pszichiátriáról szélesebb körben kaptak visszhangot. Szükségessé vált a társadalommal való párbeszéd. Egyrészt a pszichiátriának partnerekre volt szüksége, mert a mentális zavarral élő emberek gondoskodásra szorultak és, ha ezt nem kapták meg a „forgóajtón” visszatértek. Másrészt a társadalom gyakran kirekeszti, diszkriminálja a mentális zavarral élő embereket és ez a felépülést nehezíti. Az ezredév végére a pszichiátria nem csak nagy orvosi ellátó ágazat, hanem az alkalmazott gyógyszerek miatt szinte külön iparág lett. A magát biológiai pszichiátriának nevező irányzat a nagy fejlődés ellenére sem találta meg a mentális zavarok biológiai alapját, továbbra is minden a régi megközelítési keretben marad (Buda 2011). A mentális zavarral élő személy és környezetének közlései, a viselkedés megfigyelése által történik meg a diagnosztizálás.

Különböző társadalmakban, kultúrákban más számít normálisnak és kórosnak. Már a korai pszichiátriai kritikák is felhívták a figyelmet a nehézségekre vonatkozóan. Sokféle kritikai irányzatról lehet beszélni, összefoglalóan „antipszichiátriának” nevezik a pszichoszociológiai nézőpont színes csoportját. Az elnevezés az angoloktól származik, akik az egzisztencializmus és a fenomenológiai gondolkodás talajáról indulnak kritikai harcba (Ronald Laing, David Cooper).

Tomas Szasz szerint a betegség fogalom az emberi viselkedést illetően értelmetlen, az csak a szervezet, az emberi test elváltozásaiban lényeges. Azt hangsúlyozza, hogy nincs betegség, a betegség egy mítosz ezen alapul a pszichiátria egész rendszere. A pszichiátria betegséggel-

fogásában a kritériumok változása társadalmi vagy gazdasági érdekvizonyok hatását tükrözi. Az 50-es években az amerikai pszichiátriában irányadó lett a pszichoanalízis, de a nagy állami elmekórházakban és a területi praxisban is a klasszikus biológiai pszichiátria kontrollálta a viszonyokat (Buda 2011). A pszichodinamikus értelmezés a lelki „kórokokra” keresett újat, elősegítette a kórházi pszichiátria ambuláns súlypont- áthelyeződését azzal, hogy a pszichológiai terápiákat a kötelező ellátás szintjére emelte. Ezeket a terápiákat járóbeteg- ellátásban lehetett megszervezni. Az állami pszichiátriai kórházak körülményei javulást mutattak, az 1950-es évekre ez a fejlesztés többnyire háttérbe szorult, és a figyelem a közösségi alapú ellátás felé fordult (Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006).

„A közösségi programok és intézmények hatékonyságába vetett hit a háború utáni évekre jellemző. A normális és abnormális viselkedés pszichológiai, környezeti magyarázatai azt a hitet erősítették, hogy a korai intervenció képes meggátolni a súlyos mentális betegségek kifejlődését, s így megelőzni a kórházi kezelést. A 1950-es években a közösségi orientációjú programok iránti lelkesedés, a retorika jóval túlmutatott a tényleges sikereken. ... a prevenció koncepciója, a közösségi ellátás, a kezelés nagyszerűségébe vetett hit lelkes, fogékony közönségre talált a politikusok, szakemberek és laikusok körében egyaránt.

(Grob, 1994 idézi Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006:4)”

A kor politikai, filozófiai és gyakorlati fejleményei arra serkentették az amerikai szövetségi kormányt, hogy nagyobb szerepet vállaljon a mentálhigiéné területén. Az 50-es években bevezetett pszichotrop gyógyszerek nagy „tudományos”előrelépést ígértek a tünetek csökkentése terén. Ezek a szerek igazolni látszottak a gyors, sikeres reintegráció reményét, amennyiben sikerül megfelelő „közösségi alapú” kezelést biztosítani a bentlakásos kezelésben részesülő mentális zavarral élő embereknek (Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006).

60-as évek polgárjogi mozgalmaihoz kapcsolódó attitűdváltás és a terápiás forradalom tette lehetővé a pszichiátria humanizálódását a nyugati típusú társadalmakban. A hatvanas évek elején Kenedy elnök kezdett közösségi elme- egészségügyi központokat (Community Mental Health Center) létrehozni. Ezekben a központokban lelkiterápiákban, tanácsadásban, krízisintervenciókban részesültek a szolgáltatást igénybevevők.

Az intézménytelenítés vált a mentálhigiéné programok központi elemévé. Az 1963-ban hozott mentálhigiéné törvény további lökést adott a kórházi kezelés közösségi mentálhigiénére alapuló alternatíváinak (Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006). A súlyos mentális zavarral élő személyek közösségi mentálhigiéné intervenció programját, az „assertív közösségi ellátás”-t (Assertive Community Treatment, ACT), amelyet eredetileg a „felkészítés a közösségi életre”(Training in Community Living, TCL) néven ismertek, a 60-as évek végén, valamint az a 70-es évek elején más közösségi alapú törekvésekkel együtt fejlesztették ki. A program célja az volt, hogy az új amerikai szövetségi tervzetnek megfeleljen, a kezelés fókuszát a közösségbe helyezze át. Az ACT fejlesztői között meg kell említenünk Leonard Stein pszichiáter, és Mary Ann Test, a szociális munka professzorát és Arnold Marx pszichiáter.

A 70-es évek közepétől felerősödő egészségügyi finanszírozási nehézségek miatt egyre hangsúlyosabb problémaként állt elő a mentális zavarral élő emberek ellátásának költsége. Az általános kórházi rendszer ellenérdekelté vált a szociálpszichiátriai ellátás fenntartásában, miközben a pszichiátriai kórházi ágyak költsége a korszerű rehabilitációs programok ellenére is magas maradt. Megfogalmazódott az, hogy a korszerű gyógyszeres kezelések nyomán feleslegessé vált a pszichiátriai ágyak fenntartása. Az érvelés során hivatkoztak a szociálpszichiátriai eredményekre, a totális intézményrendszert érintő kritikákra a modern pszichofarmakológiai hatékonyságra (Szabó 2008). Ennek hatására világszerte elindultak a pszichiátriai kórházi ágyak leépítése. 1978-ban páratlanul radikális reformot hajtott végre az olasz reformpszichiátria. Bezárták az összes állami és önkormányzati elmeosztályokat, elmeosztályokat és helyettük területi járóbeteg-ellátó központokat hoztak létre (Buda 2011). Triesztben dolgozott Basaglia, akinek nevéhez fűződik az olaszországi pszichiátriai reform a 60-as évek végén. Trieszt kórházi ellátás nélkül maradt. Basaglia munkássága nyomán a San Giovanni kórház épületeiben ma, színház és egyetemi intézmények kaptak helyet. A mentális zavarral élő emberek önségítő „szövetkezetekbe” tömörültek. Basaglia eszmerendszere Goffman-hoz, az egzisztencialista filozófusokhoz és pszichiátria-felfogáshoz, Foucault-hoz kötődik (Harangozó 2010). A goríciái pszichiátriai intézet fiatal vezetőjeként fogalmazta meg az intézmények ártó hatásairól és a szabadság gyógyító erejéről szóló gondolatait.

Az elmúlt évtizedekben Olaszországban kialakult a civil szolgáltatások átfogó rendszere, szociális szövetkezetek, amelyek „felfogják” a mentális zavarral élők nagy részét (Harangozó 2010).

Az elmúlt évek tapasztalatai világszerte azt mutatták, hogy a gyógyszeres kezelések önmagukban nem elegendőek a mentális zavarral élő emberek komplex pszichoszociális nehézségeinek a leküzdésére. A pszichiátriában új utat kellett találni ennek nyomán jelent meg a közösségi pszichiátriai ellátás.

Napjainkban világszerte tanúi lehetünk a „totális” intézetek bezárásának, a lakókörnyezetbe integrált szolgáltatások létrehozásának a család és az önségítő erőforrások felhasználásának.

Rehabilitáció a Magyar pszichiátia történetében

Már Szent István király idején gyógyítottak mentális zavarral élő embereket Magyarországon. Erre utal az az adat, hogy a Pécsváradon 1015-ben alapított bencés rendi kolostorban imádságokkal, kézrátévéssel és ördögűzéssel gyógyítottak.

6. számú ábra

XIII. századi utazó orvos Európában. A betegek sorban állnak. Gyógyszert ad és kézzel tartott gyakorol (felső kép), majd továbbáll (alsó kép).

Könyves Kálmánról (1095-1114) tudjuk, hogy rendeletben kijelentette, hogy boszorkányok nincsenek. Különbséget tett a „boszorkányok” és a „varázslók” között. A varázslókat törvényszék elé kellett utalni (Kosza 1996). III. István király korában rendeletben kijelentették, hogy az „elmebetegekkel” kötött házasság felbonthatatlan (1151). A rendelet kimondta azt is, hogy az „elmebetegség” a bénasággal, vaksággal egy jelentőségű. IV. Béla király (1235-1270) Buda városi statútumaiban azt mondja többek között, hogy aki „elmebeteg”, nem megy bíróság elé. Róbert Károly (1308-1342) a pozsonyi kórházhoz tartozó fürdőkről és szegényházakról rendelkezik. I. Ferdinánd 1552-ben rendeletben intézkedik az iszákossággal és a kicsapongással kapcsolatban. Foglalkozik az „elmebetegek” gyámsági ügyeivel is (Kosza 1996). A későbbi években, évszázadokban elsősorban babonasági rendeletekről tudunk. Mária Terézia a babonaság elleni küzdelemben törvényben szabályozza (1763), hogy az „elmebeteget” kórházban vagy bolondok házába kell vinni. Könyves Kálmán a XI. században törvényt adott ki a boszorkányságról és a varázslókról. Mária Terézia rendelte el, hogy azok a betegek, akik dolgoznak munkájukért díjazásban részesüljenek.

II. József számos rendeletet adott ki, amely az „elmebetegek” ügyeivel foglalkozott. Azt rendelte el, hogy a községek fizessék az ápolási költséget a szegény betegekért (Kosza 1996). Ő építtette Bécsben az első specializált elmeegógyintézetet 1784-ben. Az ötemeletes, kör alakú épület, a Narrenturm (bolondok tornya) néven vált közismertté. Az ápolás és kezelés humanizálására azonban még sokáig kellett várni itt is. Még 1840 körül is használatban voltak a láncok és a bikacsök a betegek fegyelmezésére (Fónagy 2014).

7. számú ábra

A börtönszerű bécsi Narrenturm

II. Lipót 1790-ben kiadott rendeletében kimondja, hogy az „elmebetegek” ápolásért a házi pénztárak fizessenek (Kosza 1996). 1791-ben országos tébolyda létrehozásával foglalkozik egy rendelet ez azonban csak 1895-ben valósul meg. A bécsi tébolydába magyar beteget nem vehettek fel, mert ezen betegek után nem tudták az ápolási díjat behajtani. Levéltári adatok utalnak arra, hogy a városi kórházakba vitték a „veszélyes” betegeket. Az „elmebetegekről” 1826-tól kimutatást kellett vezetniük a kórházaknak. Több adat is utal rá, hogy a vármegyék maguk akarták a tébolydákat építeni, vagy a meglévő kórházak egyes részeit elmeosztályokká alakítani. Az első elmeógyógyító osztály a kolozsvári Karolina kórház mellett létesült 1897-ben. Utána 1893-ban megnyílt az erdélyi tébolyda Nagyszebenben (Kosza 1996).



8. számú ábra

Az erdélyi országos tébolyda Nagy-Szebenben. Vasárnapi Újság, 1866

1898-ban Lipótmezőn, Budán létrejött intézmény az akkori városterülettől való jókora távolságra volt. Ez nem csak a háborítatlan nyugalmat szolgálta, hanem azt is jelzi, mennyire erős volt még mindig a pszichiátriai betegek veszélyességének túlbecsülése és az elkülönítésükre való törekvés (Fónagy 2014).



9. számú ábra

A lipótmezei országos tébolyda. Haske rajza. Vasárnapi Újság, 1869

1881-ben kezdte meg működését a Szent Rókus Kórház „elmebeteg-megfigyelő fiókosztálya”. 1884-ben nyílt meg az angyalföldi intézet és 1896-ban a nagykállói tébolyda. Magán

elmeógyógyintézetek is voltak. Pólya 1841-ben Angyalföldön alapított egy 10 ágyas intézetet. A második magán elmeógyógyintézetet Swartzer Ferenc létesítette Vácon 1850-ben. Majd áthelyezte Budára (Kosza 1996). Az intézetben élő összes mentális zavarral élő ember foglalkoztatására törekedett. A férfiaknak kerti munkát, tekét, kártyát, dominójátékot adott; a nőknek varrást, fosztást. A műveltebb betegeit történelem, természettudomány tanulmányozására ösztönözte (Boda, Horváth 2000)

Firm Jakab 1875-ben „Munka” címmel intézetet nyitott Rákospalotán „hülyék” számára, mely 1877-ben az „Első Magyar Hülyenevelő és Ápoló” nevet vette fel. 12 növendéke volt. A későbbiekben az intézetet meg kellett nagyobbítani. 1877 novemberében Rákospalotáról Pestre költözött át az intézet és 1880-tól Budán működött. Az intézetet a király, az állam és a főváros is támogatta (Kosza 1996). Az elkövetkező évtizedekben a statisztikai adatok a mentális zavarral élők számának az emelkedését mutatták. Az ország akkori vezető pszichiáterei a maihoz hasonló okokra vezették vissza a növekedést, „a létért való küzdelem” (Moravcsik 1906 idézi Kosza 1996). Oláh Gusztáv volt az, aki a tébolyda elnevezést megszüntette és helyette lett az állami ideg – és elmeógyógyintézet. A kor másik fontos eseménye volt a pszichiátriai klinikák megnyitása. Lechner Károly volt az első tanszékvezető professzora a kolozsvári elmekórtani intézetnek. A budapesti orvosi kart 1882-ben alapították. A klinika 1908-ban épült fel Laufner Károly, majd Moravcsik Ernő Emil lett a tanszékvezető. Pozsonyban 1918-ban létesült tanszék Reuter Camillo vezetésével (Kosza 1996).

Fabinyi Rudolf és Oláh Gusztáv kidolgozta a „kis pszichiátriai esetek” és neurotikusok gyógykezelésére szolgáló tervet. Ezt Nyíró Gyulával meg is valósították 1931-ben. A pszichiátriai gondozók alapjait Fabinyi Rudolf és Oláh Gusztáv rakták le. Szükségesnek tartották az ambulanciák létrehozását a prevenció és az utángondozás céljából (Kosza 1996). Fabinyi 1925-ben hozta létre az első „Lélek és Ideggondozót”. Fabinyi arra törekedett, hogy a mentális zavarral élő emberek állapotát rendszeresen ellenőrizzék, az ellátásra szorulóknak intézeten kívüli ellátásban részesüljenek. Országos programmá kívánta kiterjeszteni a programját, ez csak a 60-as években valósult meg (Boda, Horváth 2000).

A pszichiátriai terápiák között a fektetés, fürdők, gyógyszeres kezelések álltak az előtérben. A századfordulón és később kialakultak a pszichoterápiás irányzatok. Donáth Gyula 1927-ben kiemeli a pszichotikusok pszichoterápiájának fontosságát (Nyíró 1961 idézi Kosza 1996). A hazai pszichiáterek már a kezdetektől hangsúlyozták az egyéni terápiák fontosságát, hogy minden mentális zavarral élő személy esetében saját, személyre szabott rehabilitációs, terápiás tervet kell készíteni (Kosza 1996).

Beszélnünk kell a családi ápolási rendszerről (CSÁP) ami a belgiumi Gheel városában kezdődött, és amelyet Magyarországon is megvalósítottak. A hagyomány szerint Írországban egy király a szerelmével örületbe, majd halálba kergette lányát. A menekülő lány a belgiumi Gheel

vidéken meghalt és eltemették. A környéken élő mentális zavarral élő emberek évtizedeken, évszázadokon át elzarándokoltak az „őrült” lány sírjához, majd később szenté avatták a lányt. A zarándokokat a helyi családok fogadták be, ezzel megalapítva a családi ápolás ősi telepét (Bakonyi 1984). A 20. század első felére világszerte elterjedt a családi ápolás. Magyarországon a pszichiátria jeles képviselői szorgalmazták a családi ápolást. Pándy Kálmán külföldi tanulmányútjának tanulságait részletesen megírta 1905-ben. A beszámolójában írt arról, hogy jól működő gazdaságok jellemezték azokat a helyeket ahol pszichotikus embereket családok befogadták. Az elhelyezés két formája valósult meg. A homofamiliáris vagy a heterofamiliáris rendszer aszerint valósult meg, hogy saját vagy idegen családokhoz történt az elhelyezés (Kosza 1996). Magyarországi bevezetésére 1905-ben került sor Dicsőszentmártonban, Nagyszébenből helyezték át a mentális zavarral élő embereket. Az elmeegógyintézetek városi iparos, vagy falusi paraszt családokhoz adott ki az intézetben élő mentális problémával küzdő embereket. A befogadó családok ápolási díjat kaptak az ápoltakért. 1908-ban már belügyminisztériumi rendelet szabályozza a rendszer működését (Boda, Horváth 2000). Az ápolási díj jelentős segítség volt a családoknak és az állam számára lényegesen olcsóbb megoldás volt, mint a kórházi ellátás. A foglalkoztatás kulcsfontosságú volt a mentális zavarral élők körében. A munkavégzésért pénzbeli vagy természetbeni juttatás formájában ellenszolgáltatást kaptak. A II. világháború után a családi viszonyok átstrukturálódásával a kisparaszti gazdaságok felszámolásával a rendszer a megszűnés irányába indult (Boda, Horváth 2000). Ebben az időszakban a pszichiátriával szemben a neurológia került előtérbe. Magyarország szovjet megszállását követően a segítő szakmák fejlődése élesen elvált a nyugati gyakorlattól. A Szovjetunióban a sztálinizmus alatt nem látták szükségét és felszámolandónak tekintették a pszicho-tudományokat és intézményeiket (Kovai, 2016). Magyarországon az 50-es években „ideológiai alapon” törekedtek a devianciák minden formájának, így a mentális zavaroknak a felszámolására is. A mentális zavarral élő emberek gyakori előfordulása fenyegetést jelenthetett a fennálló diktatúra számára, amely önmagát ideális, kizsákmányolástól mentes társadalmi berendezkedésként hirdette meg, ugyanakkor az emberek életét igen hosszú távra egyéni és közösségi szinten is ellehetetlenítette (Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006). Szerencsére hazánkban nem volt jellemző, hogy politikailag „deviáns” személyeket kényszergyógykezelésre ítélték volna (Harangozó, Tringer, Gordos, Kristóf, Wernig, Slezák, Lőrincz, Varga, Bulyáki 2001). Az államszocialista időszakban a politikai hatalom nem tartott igényt a pszichológiai szaktudásra (Kovai, 2016). A mentális zavarok társadalmi társas természetének elfedésére kiválóan alkalmas volt a pszichiátria és neurológia területeinek összemosása, továbbá az „elmebetegek” ápolását szolgáló bentlakásos intézmények kitelepítése (Gomory, B. Erdős, Kelemen 2006). Elkezdődtek a mentális zavarral élők ápolását szolgáló bentlakásos intézetek létrejötte. Ezeket az intézeteket minél távolabb régi kastélyokba, kúriákba, elnéptelenedő településekre telepítették. A budapesti mentális zavarral élők egy része például Szentgotthárdra vagy Máriapócsra került.

Biztos volt, hogy ezek az emberek elvesztik a családi és szociális kapcsolatrendszerüket, és még gondnokkal is alig tudnak kapcsolatot tartani, ezáltal visszatérése teljesen reménytelenné válik (Harangozó, Tringer, Gordos, Kristóf, Wernig, Slezák, Lőrincz, Varga, Bulyáki 2001).



10. számú ábra

Fotó: Szebeni András, Bakonyi Péter 1984-ban megjelent, Téboly, terápia, stigma című könyvében

A pszichiátria és a neurológia szoros összefonódása azzal is járt, hogy a mentális betegek segítése nálunk kizárólag medikális keretek között történhetett. Tőlünk nyugatabbra ugrásszerű fejlődésnek indulhatott a klinikai szociális munka. Amerikában és Nyugat-Európában a hatvanas években kibontakozó társadalmi mozgalmak hatására végül hazánkban is beköszöntött a deinstituálizáció korszaka. Ez a váltás a kádári „puha diktatúra” éve alatt a magyar szociálpszichiátria megerősödéséhez, mozgalom-jellegének kibontakozásához vezetett (Harangozó, Szabó 2004; Gomory, B. Erdős, Kelemen 2006). Magyarországon az 50-es években alakultak meg az első munkaterápiás intézetek: Intaházán, Simaságon, Pomázon. Az 1960-as és 1970-es években a munkaterápia mellett más szociotériás eljárások is megjelentek. Tért hódított a terápiás közösségek rendszere. Újabb szociotériás jellegű intézetek jöttek létre (Dobán, Szekszárd- Palánkon, Izsófalván), nappali szanatóriumok alakultak 1965-től.

Meg kell említenünk Juhász Pált ő volt az első, aki az egyetemi tanszéken belül szervezett meg rehabilitációs intézetet. Előbb a klinikán vezette be a foglalkoztatást, majd külön intézményt hozott létre az úgynevezett Kulich Gyula téri (a mai Kálvária téri) részleget. Itt nappali szanatórium működött, melynek működési szabályait Huszár Ilona dolgozta ki és évekig a

vezetője is volt. Itt dolgozott Gerevich József és Zseni Annamária is (Kosza 1996). 1995-ben Huszár Ilona nyugdíjba vonult és Harangozó Judit lett a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Kálvária téren lévő Nappali Szanatóriumának, a mai Közösségi Pszichiátriai Centrum vezetője. A Nappali Szanatórium a terápiás közösségek alapelvei szerint működött Juhász Pál igazgatósága óta. 1995 után elindult a továbbfejlődés a közösségi ellátás irányába (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki 2008).

Tringer László a pszichiátria ellátórendszerének fejlődését több szakaszra osztotta (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki 2008). Tringer szerint a második forradalom a terápiás közösségek kialakulása során érhető tetten. Ez a folyamat hazánkban is követhető volt a 70-es évektől terápiás közösségek mozgalmában, mely megteremtette a mentális zavarral élő emberek és szakemberek közötti szimmetrikus kapcsolatot, a team-munka, a csoportterápiák, készségfejlesztés alapjait. Ezzel a rehabilitációs aktivitással, sokkal inkább felkészült volt a mentális zavarral élők mindennapi életének a javítására (szociálpszichiátria), mint a korábbiakban domináló analitikusan orientált pszichoterápiás irányzatok (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki 2008). Egyre inkább tért nyert az az elképzelés, hogy a mentális zavarral élő emberek a problémájuk ellenére élhetnek teljesebb, örömteli életet. Képesek értékeket létrehozni illetve önmagukban is értékesek, megőrizhetik emberi méltóságukat és egyenrangúak az őket segítő szakemberekkel. Ezek a nézetek forradalmiak voltak a terápiás közösségek elindulásakor, sok helyen nehezen illeszkedett be az intézményrendszer merev struktúrájába. A 70-es évektől Magyarországon is kialakultak terápiás közösségek, ilyenek voltak a Kun Miklós és Fűredi János vezette osztály az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetben, Intaháza, Goldschmidt Dénes által elindított Hidegkút, a Nyéki úti osztály, később a Pszichiátriai Klinika B földszinti részlege, melyet Tringer László vezetett. A hetvenes évek végétől a rendszerváltásig ezek a helyek a reformerek gyülekezőhelyei voltak (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki 2008). 1995 után a budapesti „Kulich” utcai nappali szanatórium keretei között megkezdődött a közösségi pszichiátriai ellátás hazai központjának a kialakítása. A közösségi pszichiátriai ellátás a mentális zavarral élők számára a közösségben biztosítja a lehető legtöbb pszichiátriai és rehabilitációs szolgáltatást. A közösségi ellátás alapvető célja a közösségi integráció fenntartása. A közösségi pszichiátria paradigmaváltás, mely szemléleti váltást is jelent. Hagyományosan a pszichoterápiák nem terjedtek ki a közösségi pszichiátriai ellátás célcsoportjára a krónikus pszichotikus emberekre. Ez az 50-es évektől megváltozott. A közösségi pszichiátriai ellátás szemléletét is megadó fontos lépés Beck és munkatársai nevéhez kötődik. Beck és munkatársai felvetették, hogy a pszichotikus tünetek közel sem olyan idegenek, érthetetlenek, mint azt ahogy a korábbiakban gondolták. A téveszmék gyakran hordoznak olyan elemeket, amelyek a mentális zavarral élő személy önmagával kapcsolatos negatív gondolataihoz kapcsolódik, ily módon hasonlóan kezelhetőek, mint a neurotikus állapotok. Ennek hatására született a gondolkodásunkban az a „szemléleti forradalom”, amely által a pszichotikus tünetektől szenvedő embert megérthető, tanulásra képes tulajdonságokkal ruházzuk fel, megvalósítva ezzel a pszichotikus zavarral élők terápiájának humanisztikus fordulatát (Harangozó 2006, Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bu-

lyáki 2008). 1995-től indult el az első pszichoedukációs tréning mentális zavarral élőknek és családjaiknak csoportos formában. A családtagok számára külön intenzív egy napos csoportfoglalkozás volt. 1996-ban megjelent az első magyar nyelvű kézikönyv a nappali szanatórium munkatársainak a gondozásában. 1997-ben oktató film is készült erről a módszerről. A nappali szanatórium vezetője Harangozó Judit egy milánói konferencián megismerkedett I.R. H. Falloon professzorral és kialakított egy hosszú távú együttműködést. A nappali szanatórium munkatársai által működtetett Ébredések Alapítvány adaptálta Falloon Integrált Pszichiátriai Ellátás módszerét, amely a bizonyítékokon alapuló szakmai módszerek együttes alkalmazását teszi lehetővé (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki 2008). 1998-ben az Ébredések Alapítvány gondozásában megjelent az IPE kézikönyve. 1999-től az Ébredések Alapítvány bekapcsolódott az IPE nemzetközi kutatócsoportjába. Szerencsésnek mondhatom magam, hogy a kezdetektől sok éven át családgondozóként tagja lehettem ennek a munkacsoportnak és a későbbiekben önkéntes munkámmal segítettem ezt a közösséget. Az Ébredések Alapítványnál 1998-tól elindult az addiktológiai betegek közösségi ellátása, amely döntően Bodrogi Andrea nevéhez fűződik, aki az IPE módszertanából elindulva tovább bővítette azt specifikus, bizonyítékokon alapuló addiktológiai stratégiákkal. Az Ébredések Alapítvány a közreműködéssel 2000-re kidolgozta a Támogatott foglalkoztatás módszertanát. Ezt a módszertant 2004-ben módszertani kézikönyvben megjelentette az alapítvány. Az Ébredések Alapítvány 2005-óta végez konzultációs-kapcsolati pszichiátriai (liasoni) tevékenységet. 1994-től együttműködik a Mental Disability Rights International szervezettel, amely a mentális zavarral élő emberek jogaival kapcsolatos tanulmányt jelentetett meg. A már világhírű szervezet első tevékenysége volt a Magyarországon végzett munka, amelynek hozamaként az Ébredések Alapítvány megalapította az első magyar felhasználók vetette érdekvédelmi szervezetet, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórumot. Az alapítvány hozzájárult más civil szervezet létrejöttéhez is, családszervezetek (KESZ, Kálvária Egyesület) a szociális ellátásban fontos szerepet játszó Szigony Alapítvány a szekszárdi Gyöngysor Alapítvány létrehozásában. Az alapítvány évek óta működtet stigmacsökkentő programokat. Legfontosabb megjelenése a Sziget Fesztiválon való részvétel sátorral, programokkal. Iskolai érzékenyítő programok tapasztalati szakértők bevonásával. Az alapítvány létrehozta a magyar antistigma kezdeményezést, amely a www.nyitnikek.hu érhető el (Harangozó, Bodrogi, Nemessuri, Bulyáki 2008).

Hanghalló módszer meghonosítása is köthető az Ébredések Alapítványhoz és az alapítványnál kísérőszakértő Mérey Zsolthoz. A Hanghalló csoport egy önszervező mozgalom, ahol maguk a betegek veszik kezükbe a sorsukat és keresnek a felépülésükhöz együttműködő és jó szemléletű szakembert. A későbbiekben részletes bemutatásra kerül a módszer.

A 2000-es évek elején a közösségi pszichiátriai ellátás megjelent a szociális alapellátások (1/2000-es SZCSM- rendelet) körében. Ennek az ellátásnak a módszertani alapját az Ébredések Alapítvány által adaptált Integrált Pszichiátriai Ellátás adja. Munkacsoportunk részt vett ezen, szociális alapellátás kidolgozásában. A későbbiekben az országos képzési program kidolgozásá-

ban és oktatásában is meghatározó szerepe volt, van az Ébredések Alapítványnak. A szakember képzés mellett kiemelkedő fontosságú az alapítvány tapasztalati és kísérőszakember képzése.

A hazai közösségi pszichiátria kapcsán szót kell, hogy ejtsünk a Soteria Alapítványról is. Az első Sotéria-ház 1971-ben alapította Loren Mosher amerikai pszichiáter, Magyarországon 1995-ben alakult meg a Sotéria Alapítvány Budapesten Dr. Csom Éva vezetésével Feldmár András, a magyar származású, Kanadában élő pszichoterapeuta inspirációjára. Az alapítvány segítséget nyújt mentális zavarral élő embereknek. A Soteria Alapítvány intenzív esetmenedzseri tevékenységet folytat. A stábjában dolgozó szociális munkások egyéni esetmunkát végeznek a különböző állapotban lévő mentális zavarral élő emberekkel. Tevékenységük egyszerre folyik a Soteria helyiségében, az érintett lakásán, vagy egy semleges helyen (pl. kávéház, utca), vagy pszichiátriai és szociális intézményekben. Az esetmenedzser, amennyiben szükség van rá, végigkíséri az érintettet az akut fázistól egészen a visszaillészedés fázisáig, folyamatosan tartva a kapcsolatot a hozzátartozókkal, szakemberekkel, hivatalokkal, amelyek az érintett problémájával kapcsolatban fontosak lehetnek (Bugarszki 2003). A Soteria Alapítvány nappali klubokat is működtet továbbá sikeresen működtette a Menedék Programot 2012-2014 között.

Napjainkra az intézménytelenítés, a közösségi pszichiátriai ellátások felé nyitás elérte a nagylétszámú bentlakásos intézeteket is. Az intézményi férőhelyek kiváltása a Támogatott lakhatás biztosítása még inkább hangsúlyozza a közösségi pszichiátriai ellátás keretében megvalósuló szolgáltatások fontosságát. Sajnos látnunk kell, hogy a közösségi pszichiátria szolgáltatások nem mindenhol hozzáférhetőek. Célként megfogalmazható ezen ellátások fejlesztése.

További fejlődési irányként megfogalmazhatjuk, hogy a hangsúlyt a felhasználók irányította programok felé kell helyezni ideértve a kliensek önszerveződéseit is. A mentálhigiéné „felépülés paradigmája” alaposan megváltoztatja a mentális zavarokról valamint kezelésükről alkotott elképzeléseket. Az új paradigma a kliens választását, döntési képességének fejlődését tekinti meghatározónak (Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006). Farkas, Gagne, Anthony és Chamberlin (2005 idézi Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006) a következőképpen határozzák meg a felépülés legoptimálisabb praxison alapuló négy értékét:

1. „Személyre orientálódás, azaz a klienst a klinikai munkában, mint teljes személyt tekintjük, ne csupán deficitjeiről vegyünk tudomást.
2. A személy közvetlen részvétele a szolgáltatás kialakításában, az eredményesség érdekében.
3. Saját döntések, választások hangsúlyozása, mert a kényszer korlátozza és aláássa a személy erejét. A kényszergyógykezelés a büntetés „jótékony hatásaira” épít, ezt a megközelítést azonban már hosszú ideje eredménytelennek tartják a klinikai munkában. (Azrin, Holz, 1966) A felépülés végső célja az autonómia.
4. Fejlődési potenciál: a jobb jövőbe vetett hit a felépülés alapvető követelménye.

A kliensnek és a szociális munkásnak egyaránt szüksége van rá ahhoz, hogy igazán hatékonyan tudjanak dolgozni.” (Gomory, B.Erdős, Kelemen 2006:123).

II. Intenzív esetenedzseri tevékenység a mentális zavarral élő személyek közösségi ellátásában

A mentális zavarral élő személyekkel folyó segítő munka során a mentális zavarból adódó nehézségek mellett a mentális zavarral élőket sújtó stigmatizációval és szociális hátrányokkal is szembe kell néznünk.

A segítő munkában a hagyományostól eltérő megközelítésre van szükség és az esetenedzseri tevékenységekre is igaz. A hagyományostól eltérő esetenedzseri tevékenységek a 90-es évektől egyre inkább az esetkezelés új irányvonalaként jelent meg különböző elnevezésekkel jelölve. Például „klinikai esetenedzselés” (clinical case management – Surber 1994, idézi Szabó 2008: 90), „emelt szintű esetenedzselés” (advanced case management – Raiff és Shore 1993, idézi Szabó 2008: 90), „asszertív közösségi kezelés” (Stein és Santos 1998, idézi Szabó 2008:90), „kiterjesztett bróker modell” (expanded broker model – Robinson és Bergman 1989, idézi Szabó 2008: 90), „belső erőforrás modell” (strenght model – Rapp 1998, idézi Szabó 2008:90). A különböző elnevezésű és megközelítésű modellek közös vonása, hogy mindegyik modell intenzív segítőtevékenységre épül (Szabó 2008).

Az intenzív esetenedzselési modellek legfontosabb jellemzői:

- A mentális zavarral élő személy igényeinek megfelelő, kontinuens segítés.
 - A társadalmi integrációra való törekvés.
 - A problémameküzdési stratégiák és életviteli készségek erősítése.
 - Családi erőforrások, természetes támasz fokozott felhasználása.
 - Intenzív, individualizált esetvitel és adekvált kliensforgalmi terhelés.
 - A segítő nagyfokú esetviteli autonómiája
 - Magas szintű szakmai követelmények (kvalifikáció, felkészültség, kompetencia, klinikai tudás)
 - A team munka kiemelkedő jelentősége
- (Szabó 2008)

Kontinuens, hosszú távú segítés

A tradicionális esetenedzseri tevékenység strukturált, körülírt segítés, amely sokszor időben is határolt. Az esetvitel során a találkozások gyakorisága a kliens szükségleteihez alkalmazkodó, és törekszik az esetvitel lezárására. Ennek megfelelően a segítés tartalmilag is körülírt: a szükséges források elérésére, az intézményi együttműködés koordinációjára, és a kliensképviselőre koncentrált (Szabó 2008). Az intenzív esetenedzselés esetében a segítő munka kontinuens, amely esetvitelében nem időhatárolt, nagy idő ráfordítású komplex segítésként jelenik meg, és bár nagyban épít a kliens erőfeszítéseire, törekvéseire, az életviteli támogatás szerepe a segítő munkában hosszú távon kiemelt jelentőségű (Szabó 2008).

A társadalmi befogadás, társadalmi integráció ösztönzése

Az intenzív esetenedzselés során nagy figyelmet fordítunk arra a szociális erőterre, amelyben a kliensnek élnie kell, és amelynek nyitottsága, befogadó készsége, attitűdje nagyban érinti a kliens felépülési esélyeit. A társadalom szemléletének, befogadókészségének alakítása szerves része az intenzív esetenedzselés stratégiáinak (antistigma programok lásd a későbbiekben, a helyi közösségek megnyerése, közösségek érzékenyítése) (Szabó 2008).

A megküzdési stratégiák, életviteli skillek erősítése

A tradicionális esetenedzselés során is megjelenik a készségek fejlesztése annak érdekében, hogy a kliens a későbbiekben képes legyen a források önálló elérésére és hatékony használatára. Ez a készségfejlesztési komponens azonban nem kiemelt része az esetenedzseri tevékenységnek (Szabó 2008). A mentális zavarral élők felépüléshez segítő pszichoszociális rehabilitációban fontos stratégiaként jelenik meg az életviteli készségek fejlesztése, mely szerves része az intenzív esetenedzselésnek. Itt megemlíthetjük példaként az Integrált Pszichiátriai Ellátás gyakorlatát, amelyről még a későbbiekben lesz szó.

A családi, baráti erőforrások felhasználása

A mentális zavarral élő személyek felépülésében kulcsszerepe van a családnak illetve természetes erőforrásként megjelenő barátoknak. Az esetenedzser a családdal, mint rendszerrel, családdal, mint egészszel dolgozik együtt a pszichoszociális rehabilitációs folyamatban. A család a segítségben elsődlegesen partnereként jelenik meg, és belső erőforrásainak mobilizálásával kulcsszerepet kap a kliens (hozzátartozó) támogatásában, az életviteli skillek fejlesztésében, a relapszus prevencióban (Szabó 2008).

Szemben a tradicionális esetenedzseléssel, amely többnyire kevés figyelmet fordít a családra, mint forrásrendszerre, az intenzív esetenedzselés során a család megváltozott szerepben jelenik meg (Szabó 2008). Az intenzív esetenedzselés esetén a család patologizálása helyett a családi erőforrások mobilizálása, felhasználása jelenik meg (Szabó 2008). Partneri viszony van jelen a professzionális segítők és a család között a gondozási folyamat egészében (pszi-choeducáció, relapszus prevenció, a család aktív részvétele a skillfejlesztő programokban). Új változás kezelési stratégiák jelennek meg a családgondozásban és a családkonzultáció során (Szabó 2008). A családot támogató közösségi hátterek szerepe növekszik.

Intenzív, individualizált esetvitel és adekvált kliensforgalmi terhelés

A mentális zavarral élők közösségi pszichiátriai ellátásában kulcsfontosságú a klienssel és családjával kiépülő személyes kapcsolat, intenzív segítő munka. Az intenzív munka magával hozza azt, hogy egy alacsonyabb, megfelelő kliens szám mellett tud hatékony lenni. Az ideális 10–15 kliens lenne, szemben a tradicionális esetenedzseléssel, ahol sokszor a kliens szám meghaladja a 30 főt. A hazai gyakorlatban sajnos a segítők túlterhelését láthatjuk, ami pedig a szolgáltatás minőségének romlását eredményezheti.

A segítő nagyfokú esetviteli autonómiája

A tradicionális esetmenedzselés során a segítőtevékenység ellátási protokollokra épülő, az esetvitelt gyakran megterhelő, jelentős adminisztratív terhek mellett zajlik (nem az esetvitelt támogató, hanem gyakran azt megterhelő mértékű), és a segítő esetviteli mozgástere meglehetősen szűk (Szabó 2008).

A mentális zavarral élő emberekkel folyó munka azonban esetviteli flexibilitást igényel, amely lehetőséget nyújt arra, hogy a segítő érzékenyen kövesse és reagáljon a kliens változó állapotára. Ez a flexibilitás kliensek stressz-sérülékenysége miatt különösen fontos krízis helyzetekben, ahol gyorsan kell reagálni. Ez csak akkor lehetséges, ha a segítő egyrészt megfelelő esetviteli önállósággal rendelkezik, másrészt megfelelően képzett és rendelkezik a szükséges kompetenciákkal (Szabó 2008).

Magas szintű szakmai követelmények

„Az amerikai szociális munka gyakorlatában az esetmenedzseri munkát rendszerint szociális alapidiplomához (BSW) kapcsolt tevékenységi szintként jelölik meg, miközben a szociális munkában az önálló esetviteli tevékenység rendszerint magasabb kvalifikációhoz (MSW) kötött. A klinikai szociális munkás specializáció egyetemi programként, mint „alkalmazott MA” jelenik meg” (Szabó 2008: 95). A mentális zavarral élőket segítő tevékenység magas szakmai felkészültséget, pszichopatológiai ismeretet és klinikai tapasztalatot igényel kvalifikált szociális munkás végzettséggel. Az adott alkalmazási területre vonatkozó tudás, ismeret, késég elengedhetetlen, hogy kompetens legyen az esetvitelben a segítő. Tudjon multidiszciplináris teamben dolgozni, tudjon együttműködni a társszakmákkal az intézményen felüli team munkában. A hazai gyakorlat sajnos sokszor azt mutatja, hogy a kevésbé képzett „olcsóbb” kolléga jobb a szolgáltatás biztosításához. Ez pedig sajnos a szolgáltatás minőségének romlásához vezet.

A team munka kiemelkedő jelentősége

Az intenzív esetmenedzselésben az esetmenedzser munkája során a team szerepe megnövekszik, és fontos a szupervíziós háttér biztosítása is. A multidiszciplináris team munka lehetőséget ad, hogy a különböző professzióval jelenlévő professzionális segítők különböző szakmai erőforrást hozzanak be a teambe. A team hatékonyságát növeli, ha a professzionális segítők mellett, partneri viszonyban kísérő és tapasztalati szakértők is megjelennek.

Az intenzív esetmenedzselés keretében egy személyes, bizalmi kapcsolat keretében megvalósuló támogató munkáról van szó. Az intenzív esetmenedzser- modellek az a nézetet képviselik, hogy a sokrétű segítségnyújtás közepette szükség van egy személyes, megtartó kapcsolatra (Bugarszki 2003).

Röviden beszéljünk a különböző esetmenedzselési modellekről.

1. Az asszertív közösségi kezelés (ACT modell)

Az 1970-es években dolgozták ki Wisconsin államban az ACT-modellt, mely hosszú távú ellátást nyújt a közösségben mentális zavarral élő személyeknek. A 70-es években Leonard Stein, Mary Ann Test, Arnold Marx munkacsoportja a mentális zavarral élő emberek közösségi ellátása felé orientálódott. Először kidolgozták a „Közösségi életre felkészítő tréning” –et (Training in Community Living), amely az ACT modell korai változata volt. E modell lényege a hatékony esetkezelés, melynek során a gondozó latba veti asszertív menedzseri képességeit (Balogh, Bulyáki, Falloon, Gordos, Harangozó, Kristóf 2004). Stein és munkatársai hangsúlyozzák, hogy nem elég a mentális zavarral élő személy mentális állapotának stabilizálása, hanem folyamatos monitorozásra épülő gondozói programot igényel. A segítő munka széles fókuszú és a kliens életének valamennyi aspektusát érinti. A kliensekkel való kapcsolat igen szoros, a gondozók heti 2–3 alkalommal is találkoznak velük. Továbbá fontos az elérhetőség biztosítása a munkaidő kereten túl (például telefonügyelet biztosítása) (Szabó 2008). Az asszertív közösségi kezelés másik sajátossága az, hogy az esetfelelős, mint esetgazda szorosan a teamre támaszkodik. Az esetvitel során a szolgáltató, gondozó team mindegyik tagja teljes áttekintéssel rendelkezik, és részt vesz az esetvitel alakításában, de az esetgazda kiemelt felelőséggel bír, és képviseli a klienst (Szabó 2008).

Az ACT-modell célja a súlyos mentális tünetek enyhítése, az állapotrosszabodás prevenciója, valamint a rehabilitáció. Elősegíti a mentális zavarral élő emberek közösségi reintegrációját, önálló életre való képességük növelését, az egyén és természetes támaszként jelenlévő családja életminőségének javítását. A mentális zavarral élő személyek a természetes közegükben, saját közösségükben sajátítják el a hatékony életvezetési készségeket, ezek a készségek nagyobb valószínűséggel lesznek maradandóak, mint a kórházi, vagy mesterséges közegben pl. szociális otthonban elsajátítottak. A mobilis multidiszciplináris team által nyújtott szolgáltatás célja a kliensek természetes életterében történő segítése, a pszichiátriai kórházakba való beutalás esélyének minimalizálása és a sikeres önálló élet elősegítése. A team vezetője nem szükségszerűen a pszichiáter, a multidiszciplináris teamben vezető szerepet a klinikai szociális munkás tölti be. A team ápolókból, addiktológiai konzulensből, munkaügyi tanácsadóból, két mentálhigiénés szakemberből, egy sorstárs képviselőből (tapasztalati szakértőből) áll (Balogh, Bulyáki, Falloon, Gordos, Harangozó, Kristóf 2004). Stein és Santos kiemelik, hogy a magasabban kvalifikált, klinikailag képzett szociális munkás az esetmenedzseri tevékenységen túl tanácsadással, a természetes támaszként megjelenő családdal való foglalkozással, és a pszichoedukációs programok vitelével szélesítheti a szokványos esetmenedzseri munkát (Szabó 2008). Az ACT team 8–10 fős stábbal dolgozik. A kliens-segítő arány nem lehet magasabb 10:1-nél (Bugarszki 2003). Az ACT team munkája kapcsán ki kell, hogy emeljük a közösségi források felhasználását, továbbá a közösségek befogadó készségének erősítését antistigma programok keretében, a közösségi kulcsszemélyek szemléletének formálása által. Az ACT modell kiemeli a családdal folyó munkában a pszichoedukáció és támogató csoportok jelentőségét.

Az ACT modell jellemzői összefoglalva:

- Az esetvitel hosszú távú, kontinuens.
- Heti gyakoriságú.
- Esetviteli szám: 10–12.
- Esetviteli fókusz: komplex pszichoszociális segítség.
- A komplex segítő munka során a transzdiszciplináris team megosztott felelőséggel dolgozik.
- Elérhetőség: 24 órás.
- Professzionális team munka.
- Intenzív támogatás és kliensképviselet.
- Magasan kvalifikált esetvivő, lehetőleg klinikai specializációval és tapasztalattal.
- Nagy esetviteli autonómia (Szabó 2008).

A továbbiakban bemutatásra kerülő esetmenedzselési modellek hasonló jellemzőket mutatnak.

2. Iowa esetmenedzselési modell

Iowa esetmenedzselési modell (Szabó 2008) a szenvedélybetegekkel folyó közösségi munkában jelent meg, Hall és munkatársai dolgozták ki.

Az Iowa modell jellemzői:

- Időtartam: 6–12 hónap.
- Gyakoriság: kéthetente, havonta.
- Esetviteli szám: 20–30.
- Esetviteli fókusz: körülhatárolt pszichoszociális segítség.
- Strukturált esetvitel.
- Elérhetőség: nyújtott idejű.
- Irányultság: személyközpontú.
- Támogató és kliensképviseleti funkció.
- Esetmenedzser képzettsége: kvalifikált, klinikai specializációval.
- Mozgástere körülhatárolt.
- Szupervíziós háttér (Szabó 2008).

Az Iowa modellnél az esetvitel időben körülhatároltabb, kevésbé intenzív és kevésbé komplex, strukturált, az esetvivő mozgástere is szűkebb. Az esetviteli szám nagyobb, mint az ACT modellnél. Hangsúlyt kap egy egyénre szabott személyközpontú megközelítés (Szabó 2008). Meg kell említenünk Robert Surbert aki a San Francisco-i Kórház Pszichiátriai Osztályához tartozó Citywide Case Management Team vezetőjeként a mentális zavarral élő személyek segítésébe más megközelítésekhez viszonyítva nagyobb mértékben von be klienseket segítő-támogató szerepbe („peer case management project”), és teret ad a kliensek támogató csoportjainak („mutual support groups”) (Szabó 2008).

Az intenzív esetmenedzselési modellek között különleges fontos az ún. „belső erőforrás” modell (strengths model), amely bár szorosan kapcsolódik a szociális munkában elterjedt „empowerment”(képesé tevés) koncepciójához. E modell kidolgozása a 80-as években a Kansasi Egyetem Szociális Munkás-képző Tanszékén dolgozó Charles Rapp és Rona Chamberlain nevéhez fűződik (Szabó 2008.).

3. Az erőforrás modell

Az erőforrás modell fókuszában a társadalmi integráció és a normalizációs elv áll. Rapp és Chamberlain álláspontja, hogy a mentális zavarral élő személy ugyan olyan tagja a társadalomnak, mint bárki más, mindenkinek jogában áll a társadalomban való integrált élet éléséhez. A mentális zavarral élő személyeknek egyenlő esélyt kell biztosítani a társadalmi és környezeti források eléréséhez. A Strengths modell alapvetően a társadalmi integrációt helyezi stratégiája középpontjába. Az erőforrás modell alapvetően egy fejlődésorientált megközelítést képvisel. A mentális zavarral élő személyek vágyai ugyan olyanok, mint bárki másé, szeretnének jól enni, jó munkahelyet, kutyát, barátot, szeretve lenni. A mentális zavarral élő személyek segítésénél célként megfogalmazódik a jobb életminőség elérése. Rapp szerint a sikeres embereknek céljaik és álmaik vannak az életben. A mentális zavarral élő ember azonban a mindennapi élet kudarcai során olyan visszajelzéseket kap, amelyek nyomán reményvesztett, és úgy érzi, nem képes elérni céljait, vágyait. Rapp azt hangsúlyozza, hogy az álmok és remények nem redukálhatók csupán arra, hogy megküzdjünk az aktuális problémákkal, nehézségekkel. A családtagok és a szakemberek sokszor nem ismerik fel a kliens képességeit, tehetségét, mobilizálható belső erejét (Szabó 2008). A mentális zavarral élő személyek a kedvezőtlen környezeti hatások nyomán gyakran alakítanak ki magukról negatív képet. Sajnos gyakran maguk a szakemberek és a segítő intézmények sokszor felerősítik az inadekvátság érzését. Például bentlakásos intézetekben a gondozási terv készítésénél gyakran nincs jelen a kliens, akinek az életéről szó van. A kliens helyett a szakemberek döntenek, hogy mi lenne az örömteli célja, vagy amikor a kudarcok mögött azt keresik, hogy mit tett a kliens hibásan, és hogyan „kellene” másképpen csinálnia. Ennek a hozama lehet, hogy az önbizalmában ingatag kliens önbizalma még tovább csökken. A környezeti erőforrásokhoz való hozzáférés is gyakran korlátozott. A szociális kapcsolatrendszer gyakran beszűkül a családra, a professzionális segítőkre és a pszichoszociális rehabilitációs szolgáltatás helyszínén létrejött kapcsolatokra. A mentális zavarral élő személyek gyakran izolálódnak és elmagányosodnak. Ez kedvezőtlenül érinti a társadalmi integrációt. Rapp azt hangsúlyozza, hogy a „csapdába ejtő környezeti feltételek” helyett a megerősítő környezet formálása a cél. A belső és külső források mobilizálása a segítő munka alapvető célja. Segítőként az, hogy segítsük a klienst, hogy felismerje, elérje és használja belső és külső forrásait, és képes legyen élni, dolgozni és boldogulni a mindennapi életben, a közösségben ahol él. Ezt kell segítenünk egy személyre szabott esetvitel mentén. Ehhez az elengedhetetlen, hogy ne paciensek, hanem partnerünknek tekintsük azt, akivel közösen dolgozunk a segítő munka során (Szabó 2008).

A megközelítés alapelvei (Bugarszki 2003):

- inkább az egyéni erősségekre fókuszál, mint a patológiára,
- az esetmenedzser-kliens kapcsolat elsődleges és alapvető,
- az intervenciók a kliens önmeghatározásán alapulnak,
- a közösségre úgy tekintenek, mint a források egy oázisára, és
- nem, mint akadályra,
- a klienssel való kapcsolat a közösségben folyik, nem az irodában

- a súlyos mentális zavarban szenvedő emberek folyamatosan
- képesek a tanulásra, fejlődésre és a változásra.

Végezetül röviden bemutatásra kerül az Integrált Pszichiátriai Ellátás (IPE) mely a hazai közösségi pszichiátriai ellátás módszertani alapját adja.

4. Integrált Pszichiátriai Ellátás

Az ACT modellt, mint szervezési modellt tekinti az egyik alapjának az Integrált Pszichiátriai Ellátás, amelyet Falloon professzor vezetésével az angliai Buckinghamben vezettek be először a világban. Magyarországon Harangozó és munkatársai adaptálták ezt a közösségi gondozási módszert. A fő célja, hogy a mentális zavarral élő személyek a társadalomban integrált életet éljenek és teljes jogú tagjai legyenek. A gondozás a mentális zavarral élő személy örömteli céljaira épül, személyre szabott gondozási terv keretében. A gondozást multidiszciplináris team végzi (pszichiáter, szociális munkás, nővér). A gondozási folyamatban kulcs szereplő a kliens és természetes támaszként megjelenő családja és barátai. A segítő folyamat a kliens otthonában valósul meg. A gondozási folyamat során megvalósul a kliens és hozzátartozóinak a pszichoedukációja, életviteli készségeinek fejlesztése, stresszkezelésének fejlesztése. Ezek hozzásegítik a klienst és családját, hogy leküzdjék a mentális zavar által okozott nehézségeket és elinduljanak a felépülés útján (Balogh, Bulyáki, Gordos, Harangozó, Kristóf 2004).

Az Integrál Pszichiátriai Ellátás pillérei:

- Személyre szabott rehabilitációs terv
- Optimális gyógyszeres kezelés
- Pszichoedukáció
- Életviteli készségek fejlesztése
- Stresszkezelés
- Életviteli készségek tréningje
- Specifikus technikák

Az ellátás (amely sok szempontból hasonlít az ACT- modellhez) teljes mértékben kihasználja a közösségi erőforrásokat, hozzáférhetővé teszi a mentális zavarral élő személyek számára a közösség által a polgároknak nyújtott valamennyi munka, szociális és szabadidős lehetőséget (Falloon 1998).

5. Az esetmenedzseri rendszer

A közösségi gondozásban kulcsfontosságú a különböző pszichoszociális szolgáltatókkal való szoros együttműködés, melyet az esetmenedzser biztosít. Az angolszász szociális munka területéről származik a „case manager” fordításaként jelent meg a hazai segítő szakmában. Kaplan megfogalmazásában az esetmenedzseri tevékenység a szociális és egészségügyi szolgáltatások területén megjelenő koordináló-integráló tevékenység. A tevékenység célja az, hogy a szolgáltatások elérhetővé váljanak a rászoruló kliensek számára, valamint az, hogy javítsák a gondozás minőségét és ezen által a kliens életminőségét egy költséghatékony ellátási keretben (Szabó 1999).

Az esetmenedzselés munkájában egyaránt megjelenik a koordinátori, kliensképviselési és tanácsadó szerep (Szabó 20003, Balogh, Bulyáki, Falloon, Gordos, Harangozó, Kristóf 2004).

Rothman és Sager munkájukban az esetmenedzselés alap elemeiként a következőket emelik ki (Szabó 2003):

- források azonosítása
- kapcsolatépítés a kliens és a forrásintézmények között
- kliensképviselés
- intézményközi koordináció
- a szociális támogató hálózat erősítése.

A források azonosítása

Amikor a forrásokról gondolkodunk nem csupán a kliensek számára szükséges anyagi forrásra gondolunk. Forrásként jelennek meg a segítő tevékenység során a kliens problémáinak, nehézségekkel való megküzdésében szerepet játszó intézményi támasztékok. Tágabban értelmezve a korábbiakban bemutatott „erőforrás- modell” megközelítése szerint beszélhetünk belső erőforrásokról a kliens megküzdési képességeinek felhasználásáról is. A külső erőforrások tekintetében kiemelkedő fontosságú a családi, baráti kapcsolatok, mint természetes erőforrás, a közösség (önkéntesek, önszervezetek, tapasztalati és kísérő szakértők stb.) is támogató forrásként jelenhet meg. Persze intézményesült formális forrásokról is kell, hogy beszéljünk, hiszen a felépülés útján ezen forrásoknak is fontos szerepe van. A közösségi pszichiátriai ellátás napjainkban sajnos nem érhető el minden érintett számára. A helyi szükségletek és ellátási hiányok feltárásával ösztönözni kell az ellátások fejlesztését (Szabó 2003). A segítő tevékenység fontos eleme a mentális zavarral élő személy rehabilitációjában fontos szerepet betöltő források feltárása, azonosítása.

Kapcsolatépítés a kliens és a forrásintézmények között

Gyakran találkozhatunk azzal a jelenséggel, amikor a mentális zavarral élő személy segítő intézmények között vándorol, és nem érti, hogy miért szükséges ez a helyzet. Gyakran bizalmatlanná válik. Az esetmenedzseri munka fontos területe a kliens és a forrásintézmény közötti kapcsolatépítés. Ezen tevékenység során a kliens tájékoztatást kap, hogy miért szükséges az ő esetében, hogy igénybe vegyen más intézményi segítséget, mit lehet várni ettől az intézményi segítőktől, és mi az, amit ennek igénybevétele kapcsán neki várhatóan tennie kell. A kliens küldése előtt fontos, hogy az esetmenedzser a forrásintézményt telefonon is tájékoztassa, hogy miért küldi a klienst és ezt kísérő levélben is rögzíti, melynek tartalmát egyeztetni a klienssel és hozzájárulását kéri a bizalmas adatainak a közléséhez. Amennyiben a forrásintézmény a megkeresés ellenére sem biztosítja a kliensnek a szükséges forrásokat, akkor a segítő kliensképviselési szerepe kerül előtérbe (Szabó 20003, Balogh, Bulyáki, Falloon, Gordos, Harangozó, Kristóf 2004).

Kliensképviselés

Tágabb értelemben a segítő intézmény feladata, hogy feltárja azokat a hiátusokat, ellátási nehézségeket, melyek aláássák a hatékonyságát. Kliensképviselési funkciója ebben az értelem-

ben akkor gyakorolható, ha az intézményi képviselő jelen van a helyi szociálpolitikai stratégiák kialakításánál, és szakértői pozíciója van. A segítő közvetlen esetvitelhez kapcsolódó kliens-képviselői funkciója akkor kerül előtérbe, amikor nem forrás vagy ellátáshiány van, hanem a szükséges erőforrások elérése akadályozott (Szabó 2003).

Intézményközi koordináció

Az esetvitel során gyakran több szolgáltató is megjelenik a segítő folyamatban. Fontos az intézményközi koordináció keretében az egyeztető munka.

A szociális támogató hálózat erősítése

Kiemelkedően fontos, hogy a kliens természetes életterében fellelhető természetes erőforrásaira támaszkodjon. Az esetmenedzser ezen erőforrásokra támaszkodik a segítőfolyamat során.

A támogató hátterek kialakítása során a következőkre gondolhatunk (Szabó 2003):

- családi erőforrások
- természetes kapcsolati háló (rokonok, barátok, munkatársak, közvetlen ismerősök)
- önkéntes segítők
- támogató csoportok
- önsegítő csoportok
- civil szerveződések és érdekképviselő
- egyházak
- társadalmi szervezetek.

A támogató erőforrások felhasználása elősegíti, hogy a mentális zavarral élő személy ne kerüljön függő helyzetbe a professzionális segítőkkel.

A következőkben bemutatásra kerülnek a mentális zavarral élő személyek ellátására, segítségére működő szolgáltatások.

III. Szolgáltatások mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személyek számára

Magyarországon a mentális zavarral élő személyek az egészségügyi és szociális ellátás igénybevételevel juthatnak szolgáltatáshoz.

1. Az egészségügyben hozzáférhető ellátások:

A járóbeteg ellátást a pszichiátriai gondozók, a pszichiátriai szakrendelők, a fekvőbeteg ellátást biztosító osztályok ambuláns rendelései, szakambulanciák biztosítják.

A háziorvosi és szakorvosi konzultációs szolgálat konzultációs-kapcsolati pszichiátria keretében a háziorvosok és más szakorvosok konzultációt kérhetnek pszichiátertől kompetenciájukat meghaladó esetekben.

A pszichiátriai fekvőbeteg ellátás, általános kórházak pszichiátriai osztályain, pszichiátriai klinikákon, vagy pszichiátriai szakkórházban történik.

Akut kórházi ellátásra a magas színvonalú közösségi pszichiátriai ellátás mellett is szükség van, kisebb mértékben.

Az egészségügyi ellátás keretében is megjelenik a mentális zavarral élő *emberek nappali ellátása*. Az akut nappali kórházak az akut kórházi ellátás felváltására, illetve lerövidítésére szolgálnak. A krónikus nappali kórházak a mentális zavarral élő személyek hosszabb távú segítségével foglalkoznak (Balogh, Bulyáki, Fallooon, Gordos, Harangozó, Kristóf 2004).

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján a szociálisan rászorultak részére a személyes gondoskodást az állam biztosítja. A személyes gondoskodás magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat.

Szociális alapszolgáltatások körébe soroljuk:

- a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást,
- az étkeztetést,
- a házi segítségnyújtást,
- a családsegítést,
- a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást,
- a közösségi ellátásokat,
- a támogató szolgáltatást,
- az utcai szociális munkát,
- a nappali ellátást.

A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást:

- az ápolást, gondozást nyújtó intézmény,
- a rehabilitációs intézmény,
- az átmeneti elhelyezést biztosító intézmény és a lakóotthon nyújtja, amelyet együttesen tartós bentlakásos intézményi ellátásként is nevesítünk.
- a támogatott lakhatási szolgáltatás.

2013. január 1-jétől a szociális szolgáltatások rendszere kiegészült a támogatott lakhatási szolgáltatással, mint szakosított, de nem intézményi ellátási forma. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatait és működésük feltételeit a többször módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza.

A célcsoport részére speciális alapszolgáltatásként a közösségi ellátás és a nappali ellátás jelenik meg.

2. Szociális alapellátások

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére

A közösségi ellátás esetében az igénybevétele önkéntes, a szolgáltatás térítésmentes. A szolgáltatás a kliens (mentális zavarral élő személy) otthonában hozzátartozóik, barátai, számukra fontos személyek bevonásával valósul meg. A lakókörnyezetben nyújtott szolgáltatás biztosítja, hogy az érintett ott kapjon segítséget problémáira, ahol azok keletkeztek, javítva ezzel a segítséghez jutás esélyét és az igénybevételi hajlandóságot. A közösségi pszichiátriai ellátásnak nemcsak a saját otthonukban élő, pszichiátriai diagnózissal rendelkező, mentális zavarral élő személyek és természetes támaszként megjelenő hozzátartozóik, hanem a támogatott lakhatási szolgáltatást igénybevevők pszichoszociális rehabilitációja, felépülésének elősegítése is fontos cél (Herold, Bulyáki, Szabóné 2018). A közösségi ellátás célja a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek felépülésének, társadalmi integrációjának az elősegítése. A komplex bio-pszicho-szociális rehabilitáció biztosítása hozzájárul az előzőekben megfogalmazott cél eléréséhez. A közösségi ellátás keretében szoros együttműködés van a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyt gondozó pszichiáterrel és más pszichoszociális ellátást nyújtó szolgáltatókkal.

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében személyre szabott rehabilitáció valósul meg, melynek kiindulópontja a kliens örömteli céljai. A gondozási folyamatban a család, barátok céljai és vágyaik is ugyan olyan fontossággal jelennek meg, mint a kliensé.

A szolgáltatást igénybevevők köre:

A közösségi pszichiátriai ellátás elsődleges célcsoportjába azok a személyek tartoznak, akik hosszan tartó, mentális zavarral élnek, rendszeres pszichiátriai ambuláns gondozásban részesülnek, ugyanakkor otthonukban intenzív, szükségleteiknek megfelelő hosszú távú pszichoszociális rehabilitációs támogatást igényelnek (Herold, Bulyáki, Szabóné 2018)

A szolgáltatást igénybevevők kiemelt diagnóziskódjai az alábbiak

- BNO F 20-29
- BNO F 31 – BNO F 32-33

- Továbbá a fenti diagnóziskódokba nem besorolható F-es pszichiátriai BNO-val rendelkező ellátottak 10%-ban.

A fentnevezett mentális zavarokkal diagnosztizált személyek komplex támogatást igényelnek, a közösségi pszichiátriai ellátás ennek a megvalósítására törekszik.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

„Pszichiátriai betegek nappali ellátása „személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás a tizennyolcadik életévüket betöltött fekvőbeteg-kezelést nem igénylő mentális zavarral élő személyek részére. Az igénybevétel önkéntes, a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy kérelmezi. A szolgáltatás az önsegítésre, az öntevékenységre épít. A nappali klubok az ellátást igénybe vevő mentális zavarral élő személyek igényei alapján kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását biztosítja. Lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, szükség szerint megszervezi a szolgáltatást igénybevevők étkeztetését. A nappali ellátás biztosításának további célja az igénybevevők személyre szabott segítése, pszichoszociális rehabilitációja a pszichoszociális akadályozottsággal élők felépülésének támogatása. A nappali ellátás alapvetően egy nyitott, szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási forma, amely települési szinten háttérét adhatja az alapszolgáltatások összekapcsolásának (Ács, Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

3. Szociális szakellátások

Pszichiátriai betegek ápoló-gondozó otthonai

A pszichiátriai betegek otthona azt a mentális zavarral élő személyt látja el, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti ellátást nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes. Az intézmény teljes körű ellátást biztosít az ellátottak számára. Az intézményben élő személyek mentális gondozásban részesülnek, amelynek keretében készségfejlesztő programok segítik képességeik fejlesztését, szinten tartását. Szocioterápiás és munka rehabilitációs foglalkoztatás segíti a munkavégző készségek megtartását és fejlesztését. (Ács, Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézményei

A rehabilitációs intézmény az intézetben lakók önálló életvezetési képességének kialakítását, illetve helyreállítását szolgálja. A rehabilitációs intézményben azoknak a mentális zavarral élő személyeknek az elhelyezése valósul meg, akinek az egészségi, a pszichés, a mentális, a szociális állapota a rehabilitáció több területén komplex segítséget igényel és ennek hatékony megoldása az otthonában, ambuláns formában vagy más intézményi keretek között nem valósítható meg. A szakosított szolgáltatást jogszabályi előírásoknak megfelelően, három évig vehetik igénybe a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy. Amennyiben az önálló életvitelre történő felkészülés nem lett teljes körű, az ellátást az intézményvezető két évvel meghosszabbíthatja (Ács, Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

Pszichiátriai betegek átmeneti intézménye

Az átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények ideiglenes jelleggel legfeljebb egyévi időtartamra teljes körű ellátást biztosítanak. A pszichiátriai betegek átmeneti otthonában az a mentális zavarral élő ember helyezhető el, akinek ellátása átmenetileg más intézményben vagy a családjában nem oldható meg, viszont tartós bentlakásos intézményi elhelyezése vagy fekvőbeteg-gyógyintézetbeni kezelése nem indokolt. A mentális zavarral élő személyek valamint a szenvedélybetegek átmeneti intézményében folyó munka célja az önálló életvitel feltételeinek fenntartása a szociális segítségnyújtás lehetőségeinek felhasználásával, komplex rehabilitációs és képzési programok szervezésével (kétségfejllesztés, stresszkezelés, munkavállalásra felkészítő tréningek, életviteli készségek fejlesztése, szabadidős programok elősegítése, szociális esetmunka (Ács, Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

Pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona

Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyét az alapszolgáltatások keretében nem lehet segíteni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell gondozni. A szakosított ellátási formák közé tartozik a lakóotthon, mely olyan nyolc-tizenkettő, esetleg tizennégy pszichoszociális akadályozottsággal élő személyt vagy fogyatékos személyt – ideértve az autista személyeket is -, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevő részére életkorának, egészségi állapotának és önellátása mértékének megfelelő ellátást biztosít (Ács, Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

Pszichiátriai betegek támogatott lakhatása

A 1993. évi szociális igazgatásról és ellátásról szóló törvény szerint a támogatott lakhatás a fogyatékos személyek, a pszichiátriai betegek - ide nem értve a demens személyeket - és a szenvedélybetegek részére biztosított ellátás, amely az életkorának, egészségi állapotának és önellátási képességnek megfelelően, az ellátott önálló életvitelének fenntartása, illetve elősegítése érdekében biztosítja a szolgáltatást az egyén szükségleteihez illeszkedő módon, természetes és professzionális támogatói erőforrás felhasználásával, létrehozásával és működtetésével támogatja a lehetőség szerinti önálló életvitel kialakítását és fenntartását a szociális ellátórendszer belül. Az egyén meglévő képességeire építve, elősegíti a mindennapi életvitelhez szükséges új készségek elsajátítását. Az életviteli támogatás fontos eleme a kliens autonómiájának, önálló életvitelének erősítése. A segítő munka a lakhatási szolgáltatásban részesülő igényeihez igazodik, és egyre inkább egy igénybe vehető háttér szolgáltatásként van jelen, mely hosszútávon elérhető (Ács, Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

4. Jellemző szociális problémák és szolgáltatási válaszok

Az MTA Kiválósági Együtműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum elnevezésű projektjének keretében az ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális Munka Tanszék együtműködésében megvalósuló kutatás a hátrányos helyzetű emberek társadalmi mobilitási esélyeit, le-

hetőségeit, az elérhető szolgáltatásokat vizsgálta 2019-ben. A kutatás az Észak-Magyarországi régió egyik fejlesztést igénylő kistérségében, két budapesti agglomerációban, egy intézményi férőhely kiváltásba résztvevő szociális intézményben és Budapesten valósult meg. A kutatás célcsoportjába tartoztak a vizsgált területeken élő különböző problémákkal küzdő családok, gyermekvédelemben érintett gyermekek és családjaik, pszichoszociális fogyatékosokkal élők, illetve szenvedélybeteg emberek és szociális, egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek. E kutatásban jelen értekezés írója is részt vett. Ezen kutatási eredmények felhasználásával valósult meg a társadalmi mobilitás vizsgálata és az ellátórendszer gyorsuló alá vétele.

De mit is értünk pszichoszociális akadályozottságon vagy pszichoszociális fogyatékoságon?

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát. Ez kiegészül a spirituális jólléttel. Az egészség nem csupán cél, hanem egy erőforrás, melyet a mindennapokban használunk.

Mentális egészség esetén, ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint „a jólét olyan fokáról van szó, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, stresszhelyzeteivel, képes az eredményes és termékeny munkavégzésre, valamint hozzá tud járulni közösségének életéhez” (WHO, 2001 idézi Ács, Gordos 2017: 38).

5. Mit értünk pszichoszociális fogyatékoság alatt?

Az ENSZ Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmények (CRPD) hatálybalépése óta egyre többször találkozhatunk a szakmapolitikai dokumentumokban a „pszichoszociális fogyatékoság” fogalmával. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 2013-as módosítása (2013. évi LXII. törvény) kibővítette a fogyatékoság fogalmi meghatározását (Gombos Gábor 2013)

1. § A törvény alkalmazásában a fogyatékos személy fogalma megváltozott:

„az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja;”

A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásban résztvevő kutatók (2017) a következő javaslatot tették a pszichoszociális fogyatékoság meghatározásához:

„Pszichoszociális akadályozottsággal élő személy, akit olyan mentális, pszichés alapú, változékonyságot mutató állapot jellemez, amely számos egyéb környezeti és társadalmi tényezővel összefüggésben korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és egyenlő esélyű társadalmi részvételét. A pszichoszociális akadályozottsággal élő személynek komplex, a változó állapothoz igazodó támogatásokra van szüksége pszichés jólléte és egyenlő társadalmi részvétele biztosításához.” (GYFA – Pszichoszociális Munkacsoport 2017 kézirat)

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) elnöke pszichoszociális fogyatékoság fogalmát a következő képen határozta meg:

„Pszichoszociális akadályozottsággal élő személy, aki olyan lelki eredetű betegséggel él, amely állapot számos egyéb környezeti/társadalmi tényezővel összefüggésben korlátozza vagy akadályozza az adott személy teljes, hatékony és egyenlő esélyű társadalmi részvételét. A pszichoszociális akadályozottsággal élő személynek komplex, a változó állapothoz igazodó támogató szolgáltatásokra, akadálymentesítésre van szüksége (pszichés jólléte és) egyenlő társadalmi részvétele biztosításához.” (GYFA – Pszichoszociális Munkacsoport 2017 kézirat)

A fogyatékoság megnevezést több a problémával érintett személy nem tudja, és nem szeretné elfogadni. A pszichoszociális akadályozottság elfogadhatóbbnak tűnik az érintettek körében.

A pszichoszociális akadályozottsággal élő személyekkel folyó segítő munka során szembe kell nézni azokkal a pszichoszociális nehézségekkel, melyek részben a mentális zavarból, részben pedig a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyeket sújtó szociális hátrányokból adódnak (Szabó 2008). A pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek gyakran izolálódnak és kiesnek a társadalom aktív részvevői közül. További nehézséget jelent a mentális problémához kapcsolódó stigma. A stigmatizáció okozta nehézségek jelenthetik a legnagyobb akadályt a felépülésben, a pozitív irányú társadalmi mobilitásban.

„A stigma a legnagyobb bűn! És a legnagyobb, az eredendő főbűn, ami leginkább, különösen sújtja Magyarországot és nem sújt elmaradott afrikai országokat, ahol a pszichiátriai problémával élőket extra tulajdonságokkal felszerelt embereknek gondolják. Van, ahol varázslónak és tanácsot kérnek tőle, de semmiképpen nem stigmatizálják.”(Idézet az érdekvédővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

„Ha valamilyen bűncselekmény történik, akkor kiderül, hogy mondjuk kezelés alatt állt, az már egy ilyen megbélyegzés a társadalom részéről, hogy az akkor már biztos elmebeteg meg szkizofrén meg ilyenek” (Idézet a tapasztalati szakértővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

A pszichoszociális akadályozottsággal élők körében a foglalkoztatottság jelentősen alacsonyabb, a munkanélküliség tartósabb (Simon, Tausz 2017) ami az érintett személyek marginalizációjához vezethet. A mentális zavarral élő emberek felépülését segítő pszichoszociális rehabilitációs technikák közül kiemelkedő fontosságú a munkarehabilitáció, mely hozzájárul a mentális zavarokhoz kapcsolódó stigmák lerombolásához is. Különösen a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásban való részvétel az, ami a társadalmi és az önstigmatizációt megszüntetheti, a társadalmi integrációt elősegítheti (Bulyáki, Harangozó 2016).

A fentiekben bemutatott a lakókörnyezetben hozzáférhető szolgáltatások (közösségi ellátás, nappali ellátás és a támogatott lakhatás) komplex pszichoszociális rehabilitáció biztosításával segíti a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyeket a felépüléshez, a pozitív irányú társadalmi mobilitáshoz. Ezen szolgáltatók antisigma programokkal, edukatív előadásokkal, érzékenyítő beszélgetésekkel segítik a közösséget is, hogy valós kép alakuljon ki a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyekről és ezáltal ne rekesszék ki őket a közösségből. Ez a tevékenység kiemelten fontos napjainkban az intézményi férőhelyek kiváltási programja kap-

csán. A lakóközösségbe integrált támogatott lakhatási programok, gyakran komoly ellenállást, tiltakozást váltanak ki az adott településen élők körében.

„Mi most benne vagyunk egy nagy projektben, ugye a támogatott lakhatás elindult nálunk, illetve lassan már a vége felé közeledik. Felépültek a házak, 6 lakóház és egy alapszolgáltatási központ épült. ...X-ban 2 házunk épült. Iszonyatos felháborodást váltott ki a dolog, borzalmas nagy ellenállás, nem tudnak most kiköltözni.....23 pszichiátriai ellátottal. mert ők azt gondolják, hogy ezek az emberek vadállatok, rátámadnak a járókelőkre és nem akarják meghallgatni a szót.” (Idézet egy pszichiátriai betegek otthonának a vezetőjével készült interjúból. MTA kutatás 2019)

„Most meg azzal kell szembesülnöm, hogy igen, az nagyon jó dolog, hogy bejöttek egy estére és itt elszerepelgettek a színpadon, mi meg jól érezzük magunkat meg itt látják, hogy fű ilyet is tudnak meg ők sem vademberek stb. Nagyon jó, de menjetek csak ki a szántó mellé meg a tanyaközpontba, ahol laktok és jó helyen vagytok ott!” (Idézet egy pszichiátriai betegek otthonának a vezetőjével készült interjúból. MTA kutatás 2019)

„Mert a magyar ember nem engedi be a településére az intézményt, mert lehet ott csecsemőotthon, lehet idős otthon, bármi, na de pszichoszociális fogvatékosok vagy értelmi, azok nem lehetnek, mert nem engedjük be őket! Mert stigmatizálunk! És ami a legnehezebbé teszi a gyógyítást és a gyógyulást ebben az országban az az, hogy ekkora stigma, mint Magyarországon, a világon nincs! Olyannyira, hogy nem csak a betegség elnevezés - nekem van egy legalább 200 szavas kigyűjtésem -, hanem az orvos szakma stigmatizálja a pszichiátriát, mondván, hogy ti nem csináltok semmit!” (Idézet az érdekvédővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

„Edukáció! Edukáció, edukáció! Ugyanolyan betegség, mint a többi! Nem lehet kriminalizálni.” (Idézet az érdekvédővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

A közösségi szolgáltatók antistigma programjai akkor hatékonyak, ha tapasztalati és kísérő szakértők bevonásával, aktív részvételével valósul meg.

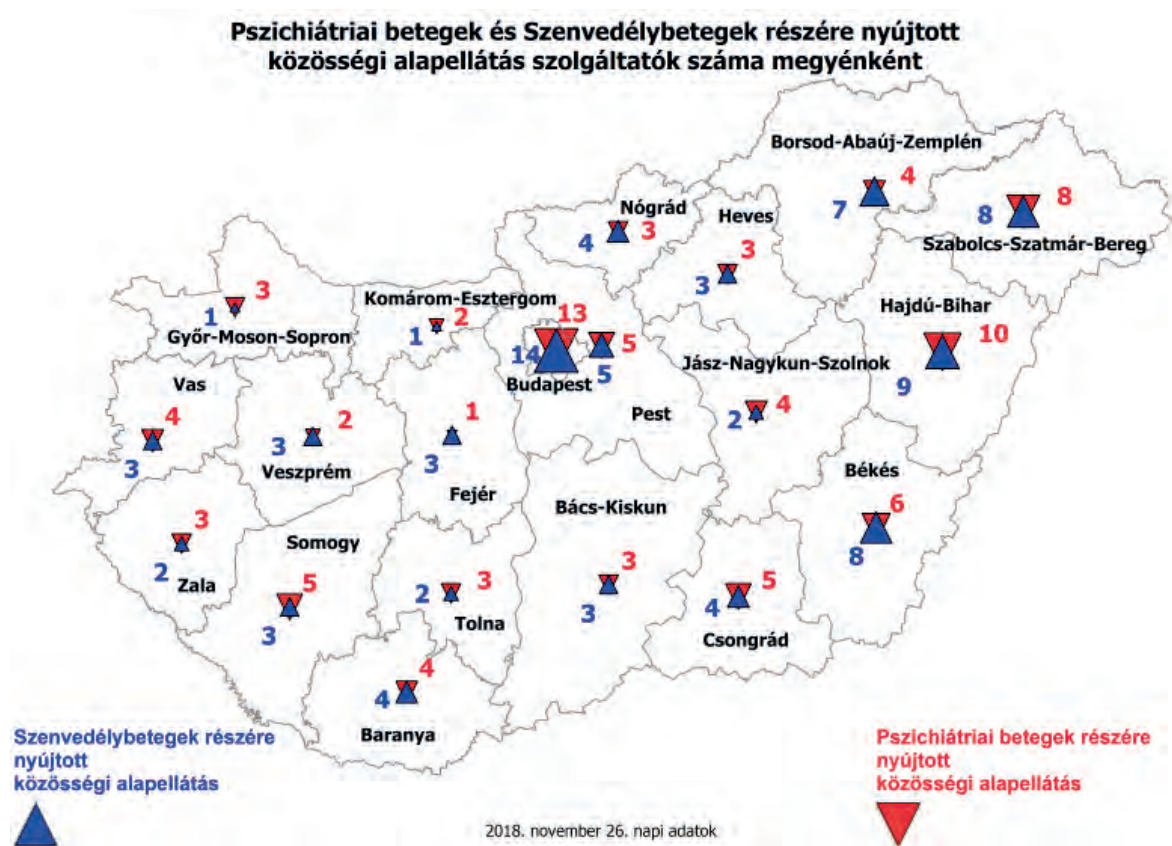
6. Hiányzó ellátások, fejlesztendő területek, jövőbeli tervek, melyek elősegítik a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek társadalmi mobilitását

„ez egy nehéz dolog a pozitív irányba történő előrelépés a társadalomban az egy nagyon nehéz dolog. Maga a mentális állapot az egy jelentős hátrány és az ehhez rendelt segítő szolgálatok nagyon gyakran diszfunkcionálisan működnek, és inkább egy fajta társadalmi süllyesztőt töltenek be. Ilyen módon egy negatív mobilitás, negatív spirál valósul meg. Ez is egy mobilitás, csak nem feltétlenül felfelé. A hatékony pszichoszociális és orvosi eljárásokkal és értékalapú szolgáltatásokkal ezt meg lehet fordítani, de nagyon kevés beteg ember tud ilyen szolgáltatásokat elérni. A meglévő jó szolgáltatásoknak is hiányos a minőségellenőrzése, ami tudná garantálni, hogy megfelelő értékek és szakmai intervenciókat kapnak. Inkább egy süllyesztő irányú mozgás van.” (Idézet közösségi ellátást koordináló, integrált ellátást vezető pszichiáterrel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

Az MTA Kiválósági Együtműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum elnevezésű projektjének keretében a 2019-es kutatásban a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyeket segítő szakembereket, érdekvédő szervezet képviselőjét, tapasztalati és kísérő szakértőket is megkérdeztünk, hogy hogyan látják a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek társadalmi mobilitását, illetve azokat a szociális, amelyek a célcsoport támogatására, pszichoszociális rehabilitációjára vannak.

Milyen fejlesztési célok fogalmazhatóak meg a célcsoport ellátása kapcsán?

a) Fontos fejlesztési cél, hogy minden érintett számára elérhetőek legyenek a lakókörnyezetben hozzáférhető ellátások. Sajnos jelen helyzetben ez nem teljesül. Ezt jól tükrözi az országos ellátási térkép.



11. számú ábra

Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

Országosan 91 szolgáltató biztosít pszichoszociális akadályozottsággal élők számára közösségi pszichiátriai ellátást. Nem minden érintett számára hozzáférhető a szolgáltatás.

„Minél kisebb egy település és minél szűkebb az ellátási portfólió, annál nehezebb a dolgunk. De ott viszont a személyes segítség, a heti rendszerességű találkozások értékelődnek fel. Ha valaki nem tud megfelelő szolgáltatásokhoz jutni és nem tudjuk a támogató közeget megkeresni, akkor gyakran lehet mellékhatásként az elmagányosodás, a hajléktalanság, az elszegé-

nyedés. Lefelé mondva a mobilitást. Felfele pedig, ha jók az alapok és jók a rehabilitációs munkák, jó szolgáltatásokat rendelünk mellé, akkor az elsődleges munkaerőpiac, a családtervezés, a felépülés az benne van a pakliban.” (Idézet közösségi ellátást koordináló, szolgáltatást vezető szakemberrel készített interjúból. MTA kutatás 2019)

A nagyobb városokban, vagy azok közelében élők szerencsésebb helyzetben vannak. Jól példázza ezt kutatásunk egyik helyszínéül szolgáló Budapest agglomerációjába tartozó település. A településen nincsen közösségi ellátás, nappali klub.

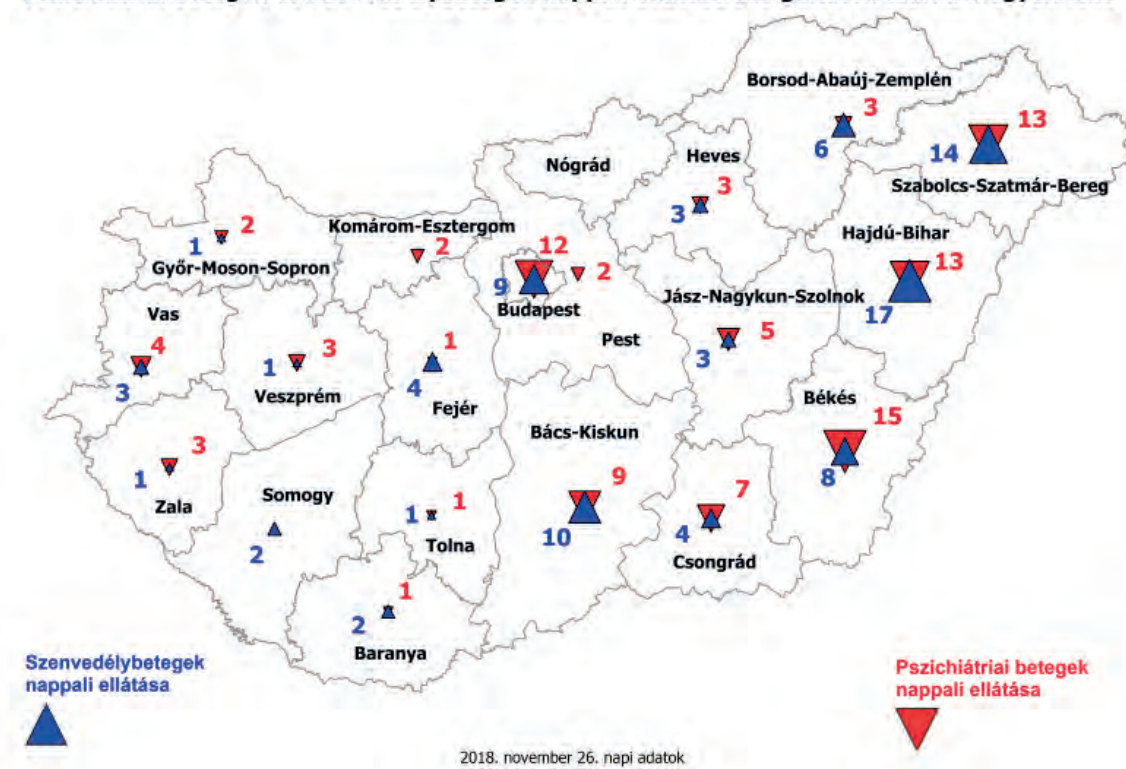
„falu bolondjaként kóvályognak a településen vagy környező falvakban” (Idézet a települési Család és Gyermejkölési Központ és Szolgálat munkatársával készült interjúból. MTA kutatás 2019)

Szerencsésebb esetben a család, a közösség, mint természetes támasz jelenik meg és segíti a rászorulókat.

„... a település valamilyen módon, formálisan ellátja, nem ellátórendszerben. Akik meg jó-módú családokban élnek, azokkal nagyon kevésbé találkozunk. Inkább családtag jön tanácsért. Mert ahol van egy viszonylag jó szinten, jó anyagi körülményekkel, azt meg tudják oldani, hogy így otthon el van a családtag. Csak kvázi szórakozást kell biztosítani tényleg vagy kórházi kezelés kell, akkor eljuttatják. Tehát, nem jelenik meg sem az egzisztenciális krízis, se az, hogy ne tudnának rá figyelni.” (Idézet a települési Család és Gyermejkölési Központ és Szolgálat munkatársával készült interjúból MTA kutatás 2019.)

Ugyan a településen nincsen közösségi ellátó, de a fővárosi erőforrásokat használva igyekeznek segíteni a rászorulóknak. A kisebb települések ellátás nélkül maradnak sok esetben. Hasonló a helyzet a nappali ellátás területén is. Országosan 99 nappali klub működik. A területi egyenlőtlenségek itt is tetten érhetőek.

Pszichiátriai betegek és Szenvedélybetegek nappali ellátása szolgáltatók száma megyénként



12. számú ábra

Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

„a nappali ellátást gyűjtő intézmény. Ugyancsak, talán alig 20 éve van erről egy rendelkezés, hogy kell egy bizonyos lélekszám felett, ami Budapesten gyakorlatilag minden kerületet jelent és vidéken is nagyon sok települést, kell pszichiátriai betegeknek nappali gondoskodást nyújtó intézményt létrehozni. Most ilyen van a bélyeggyűjtőknek, az időseknek,.... És álnéven még olyan is előfordul, hogy lehet, hogy még pszichiátriai beteg is beteheti a lábát. De, hogy közel sincs teljesítve, országosan a minimum standard az egészen biztos! Ha a politika hoz egy szabályozást, majd azt nem tartja be, azt nem lehet sem oktatással, sem a betegek megfelelő hozzáállással, de még stigma csökkentéssel sem helyre hozni. Itt egy kérdőjelet fel lehet rajzolni, miért nem valósul meg? Amikor minden más megvalósul és tényleg klubok vannak, összejön millió ember, közösségi terek vannak, tehát nem is lenne bonyolult azt mondani, hogy 6-7-ig ti jöhettek, csak ez senkit nem érdekel! Lehet, hogy valakinek el kell olvasni, hogy van ilyen.” (Idézet az érdekvédővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

Az intézményi férőhelykiváltás keretében támogatott lakhatási otthonokba költözők számára is elérhetővé, biztosítottá kell tenni a szociális alapellátásban megjelenő szolgáltatásokat. A szolgáltatások bővítése, fejlesztése elengedhetetlen, nem lehet elodázni. Jelenleg sok helyen nincsenek ilyen szolgáltatások, amit igénybe lehet venni.

b) Az önszolgáltatók aktivitásának elősegítése, támogatása.

„az önszolgáltatást még jobban meg az érdekvédelmet segíteni lehetne. És az önszolgáltató és civil csoportoknak több forrást adni. A tapasztalati és kísérő szakértőket minden szolgáltatásnál az

előírt módon és államilag finanszírozottan alkalmazni. Hogy legyenek ott a sorstárs segítők és kísérő szakértők. És, mindenféle csoport tudjon még jobban fejlődni és országosan terjedni is. Ez tovább vezet oda, hogy tulajdonképpen a jó gyakorlatoknak kéne a tovább terjesztését segíteni.” (Idézet közösségi ellátást koordináló, integrált ellátást vezető pszichiáterrel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

A jó gyakorlatra példa az Ébredések Alapítvány, ahol az integrált pszichiátriai ellátás biztosításában tapasztalati és kísérő szakértők is részt vesznek.

A támogatott lakhatások létrehozását szakmailag támogató FSZK Társ projektje is teret adott, hogy tapasztalati szakértők Lakótámogatási Munkacsoport keretében segítsék a nagylétszámú bentlakásos intézetekben élők felkészítését az önálló életre.

„Meg próbálok valahogy hatni ott a sorstársakra, valahogy jobbá tenni ott az életüket” (Idézet a tapasztalati szakértővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

A tapasztalati és a kísérő szakértők jelenléte a szolgáltatásban a pszichoszociális akadályozottsággal élők felépüléshez vezető útján fontos erőforrást jelentenek.

c) Érték és evidencia alapú szolgáltatások létrehozása. Képzett segítők jelenléte.

Látnunk kell, hogy jelenleg az 1/2000-es SZCSM rendeletben megjelenő közösségi ellátásban szereplő szolgáltatási elemek háttérben lévő módszertan nem minden szolgáltatónál jelenik meg módszer híven. Fontos lenne a szolgáltatók minőségellenőrzése. Ezen minőségellenőrzésben a felhasználók jelenléte. Ahhoz, hogy jó szolgáltatást tudjon nyújtani egy közösségi ellátó ahhoz fontos, hogy jól képzett, humanisztikus értékrenddel, szemlélettel bíró segítőt tudjon foglalkoztatni. Fontos lenne a munkakör betöltéséhez szükséges képzésen mindenki, minél előbb részt tudjon venni. Fontos lenne, hogy a képzési bemeneti feltételeket emeljék fel 8. általános iskolai végzettségről minimum érettségire. A nappali ellátásban dolgozó kollégák számára is elérhető a közösségi pszichiátriai ellátás képzése, de nem kötelező. Azáltal, hogy nem kötelező a képzés a munkáltatók nem iskolázzák be a foglalkoztatottjaikat. Jó minőségű szolgáltatás biztosításához nélkülözhetetlen, hogy a szemberek fel legyenek vértézve módszertani eszközökkel.

„nagyon meghatározó, hogy az eü.-ben és a szoc. ellátásban is olyan szervezeti kultúrára lehessen költeni, tanulni, szervezete fejlesztést használni, vezetőképzést végezni, ami a szervezet humanisztikus működését is elősegíti.”(Idézet közösségi ellátást koordináló, integrált ellátást vezető pszichiáterrel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

„A szakmai részben pedig azt gondolom, hogy azok a továbbképzések kelljenek, amik az alapképzésre épülnek. Azoknak időnként a frissítése és a továbbvitele. Mert a tudás, ugye egy idő után rutinná tud válni. Ezeket érdemes erősíteni! Nem stresszesen, nem vizsgáztatva, hanem műhelymunkákkal, gyakorlati összejövetelekkel. Ebben látnám a másik részt. Az alapképzés az egész jó, de utána mondjuk 8 éve bent van valaki a szakmában, akkor fontos lenne a továbbkép-

zés, ami az alap modulokra épül. Tehát, ezt fontosnak látnám. meg azt, hogy megint csak mind finanszírozásban, mind elérhetőségben magasabban képzett kollegákat tudnának választani a szolgáltatók. Jobb alapokat látunk e mögött.”(Idézet közösségi ellátást koordináló, szolgáltatást vezető szakemberrel készített interjúból MTA kutatás 2019.)

Látnunk kell, hogy a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek felépülésének útján a képzett, reményt adó szakember jelenléte kiemelkedően fontos.

„kerestem egy helyet az interneten, hogy van-e olyan hely Magyarországon, ahol igazán foglalkoznak az emberrel? Van-e olyan hely, ahol nem csak 5 perc alatt megírják a gyógyszert és utána már nem is beszélgetnek a beteggel? Olyan helyet kerestem, ahol tényleg érdekli az orvosokat, hogy mi van a beteggel, ahol tudnak vele beszélgetni meg tényleg érdekli, hogy mi van vele és lehetőleg olcsón vagy ingyen.... (Idézet a tapasztalati szakértővel készült interjúból. MTA kutatás 2019)

A közösségben elérhető szociális ellátások (közösségi pszichiátriai ellátás, nappali klub, támogatott lakhatás) a komplex, személyre szabott pszichoszociális rehabilitációs szolgáltatás biztosításával, a természetes erőforrásként jelenlévő családtagok, barátok bevonásával elősegítheti a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek felépülését, pozitív társadalmi mobilitását. A humanisztikus segítő kapcsolatban az egyén és családja olyan eszközöket kap, melyekkel hatékonyabban tudják megvalósítani örömteli céljaikat és megoldani a célok elérésében akadályt jelentő problémáikat.

„A javulás leginkább abban nyilvánul meg, ha valaki a személyes céljait meg tudja valósítani. Ez az a szubjektív rész, ami valahol mérhető. Azt látjuk, hogy hatékonyabb lesz valahogy, akár az eü. ellátásnak a kivitelezése is, ha kap valaki pszichoszociális támogatást. Készségeikben fejlődnek, erősebbek lesznek, asszertívebbek, magabiztosabbak. A családi szerepeik korrigálódnak, visszaállnak, de legalábbis problémamentesebbek lesznek. Többeknél sikerül munkaerőpiaci elhelyezést elérnünk és annak a megtartását is. Társas kapcsolataikban minőségi javulásokat látunk.” (Idézet közösségi ellátást koordináló, szolgáltatást vezető szakemberrel készített interjúból MTA kutatás 2019.)

A szolgáltatások hatékonyságát növeli, ha tapasztalati és kísérő szakértők bevonásával valósul meg a szolgáltatás. Az önsegítő erőforrások előmozdíthatják a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy pozitív fejlődési útját.

Fontos, hogy minden érintett számára elérhető, jó minőségű szolgáltatások legyenek.

IV. Mit jelent a felépülés?

„Tünettelen vagy tünet nélkül történik ez, az nagyjából lényegtelen a lényeg az, hogy jól érzem magam. Az örömben és az életemben. Nekem ez a felépülés.”

Mit is jelent a felépülés? Mit gondol erről a felépülés útján járó személy és mit gondol a szakember? Milyen tényezők segítik a felépülést? Ezekre a kérdésekre próbálok áttekintést adni a következőkben.

1. Mi a felépülés?

A felépülés fogalmát sok egymáshoz kapcsolódó definíciók összessége alkotja. A felépülés fogalmát nem könnyű meghatározni. A pszichiátriai ellátásban, klinikumban dolgozó orvosok inkább a mérhető tényezőket, változásokat tartják fontosnak. Például képes-e az érintett ember az önálló életvitelre, van –e munkája, képes a gyógyszerszedését önállóan kézben tartani (Lieberman 2010, Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018).

A klinikai felépülés fogalma:

- „kimeneti szempontú megközelítés, amely a kimeneti állapotot írja le
- e leírás a klinikusok megfigyelése és értékelése alapján történik
- a leírás nem individualizált, hanem a leíró pszichiátria kategória rendszerébe illeszkedő »besorolást« képvisel” (Szabó 2014, Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat)

Kritériumok:

- az adott személy rendelkezik előzetesen felállított pszichiátriai diagnózissal
 - jelen állapotban az ahhoz kapcsolódó pszichiátriai diagnosztikai kritériumok nem állnak fenn
 - több mint 5 év telt el az utolsó kórházi kezelés óta
 - pszichoszociális funkciói jelenleg „normál sávba” vannak (GAF (Global Assessment of Functioning) pontérték pl. 65 pont/
 - antipszichotikus gyógyszerek alacsony szinten kerülnek alkalmazásra
- (Szabó 2014, Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat)

Lieberman és Kopelowicz (2002) emellett kiemeli az alábbi szempontokat:

- a mentális zavar diagnózis felállításában szerepet játszó tünetetek tartós remissziója
- teljes vagy részidejű munka vagy tanulás, ami hasznos, eredményes és az életkorának megfelelő
- független életvitel (informális gondozók ellenőrzése nélkül)
- bensőséges családi, baráti kapcsolatok, akikkel, a mentális zavarral élő személy eltölti szabadidejét
- állapota legalább két éve stabil
- szabadidős tevékenységek

(Lieberman 2010, Szabó 2014, Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat)

Egy másik megközelítés a felhasználók szempontjait követi és ez a legelfogadottabb. Anthony szerint (Szabó 2014; Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018) a felépülés egy nagyon személyes változás-folyamat. A mentális zavarból adódó akadályok, nehézségek ellenére a személyes felépülés egy élhetőbb, és örömteli élet esélyét teremti meg, egyben új jelentést és célt ad az egyén életének, és lehetőséget kínál arra, hogy túljusson a mentális zavar következményein (Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

A mentális zavarral élő személy szemszögéből tekintve a felépülés azt is jelenti, hogy az életét nem egészségügyi intézményekben, kórházakban tölti, és nem is egy szociális bentlakásos intézetben (szociális otthonokban), ahol mások ellenőrzik az életét. Képes mentális zavarra ellenére életét formálni, irányítani miközben nem függ szükségszerűen a gyógyszerektől, akár gyógyszermentesen is tünetmentesen élheti az életét. A felépülés ilyen irányú megközelítésének fontos eleme, hogy a mentális zavarral élő személy az izoláció helyett egy aktívabb részvételt feltételez az életvitelben, és a védekező elutasítás helyett a mentális zavarral való szembenézést és elfogadást ösztönöz. A felépülés fogalom jelentése tágabb, mint a gyógyítás hatására bekövetkező változás. Nem egy körülhatárolt elméletre épül és sokféle útja lehetséges. A felépüléshez vezető út változatos, sokszínű. Fontos azt is látni, hogy a felépülés létrejöhet professzionális segítség, gondozás nélkül is. A felépülés nagyon egyéni, személyes változás folyamat, amelyben az akaraterőnek és a jövőbe vetett hitnek, reménynek fontos szerepe van. A felépülés során megerősödik az a törekvés, hogy a mentális zavarral élő személy visszaszerezze kontrollját az élete felett, és egy olyan pozitív önkép formálódjon, amely nyomán az egyén önmeghatározásában nem pusztán „pszichiátriai betegként” definálja magát. Melynek hozama az önstigmatizáció terhe alól való felszabadulás. A felépülés folyamata nem csak a felépülő személyt érinti, nem csupán önmagára támaszkodó változás folyamatról van szó, hanem feltételezi mások támogató jelenlétét (pl. családtagok, barátok). A felépülés ugyanakkor nem lineáris folyamat, egy megtorpanásokkal átszótt „utazás”. A felépült személyek életében is lehet relapszus és sor kerülhet kórházi elhelyezésre. Fontos változás az, hogy a felépült személy reménnyel van a változásokkal kapcsolatban és felelősséget vállal a folyamatban.

„Tehát tudom, hogy ez egy átmeneti időszak, hogy most rosszul vagyok, de kijövök belőle és van kiút arra, hogy jobban legyek. És hogy segít a környezet, meg a technikák, amit itt elsajátítottam.” (Annamária). A felépülés jelensége alapvetően a mentális zavarral sikeresen megbirkózók személyes narratíváin keresztül került ismertetésre. A felépülés koncepció empirikus vizsgálata elég nehéz. Ugyanakkor fontos jellemzői jól megfoghatóak, így az „empowerment,” a remény és optimizmus, és az étellel kapcsolatos elégedettség érzése (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

A mentális zavarból önmagukat felépültnek tekintők sokféle képen fogalmazták meg, hogy mit is jelent számukra a felépülés. Mit is jelent?

„Felépülésem útján haladva megnőtt az önbizalmam, teljes értékűnek érzem magam és bízok az emberekben. A kommunikációm megváltozott. Ma én segítek átadni a hatékony kommunikáció alapjait. Nem bezárva élem napjaimat. Nyitottá vált a világ számomra.”

Kaszás Jánosné Ica (Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018:7).

„A felépülés azt jelenti, hogy kihozom az életből a maximumot, ami nem törvényellenes, olyan életet élek, ami színes és jól érzem magam. Itt rosszul éreztem magam az életben, és kellett mindenféle pótcselekvés, ami egyszer aztán nagyot rontott rajta, mint később kiderült. Alkohol nélkül törekednem kell egy olyan életre, amiben jól érzem magam... Tünettől vagy tünet nélkül történik, az nagyjából lényegtelen. A lényeg az, hogy jól érezzem magam. Az örömben és az életben. Nekem ez a felépülés.” (Imre)

„Pozitív szemlélet. Van miért csinálni, jól érzem magam, sikerem van.

Hasznos tagjának lenni a társadalomnak.

Nem lógok ki a sorból és ez jó, helyt tudok állni, nem vagyok áldozat.” (Bence)

„Szerintem ez is a felépülés része lehet, hogy az ember az önstigmatizációt, azt kicsit átlépi azt a határt, amivel... Hát az egy nagy dolog, hogy így elfogadtak a barátok és mellettem maradtak.” (Annamária)

„Bölcsesség és értelem.” (Dénes)

„Megértést. Megértem, hogy mi történt, miért történt, és ennek megfelelően tovább tudok lépni.” (Dalma)

„Hát hogy boldog életet éljek, önálló életet éljek, legyen munkám, el tudjam magam egyedül látni, legyen családom, ilyesmi.” (Lola)

„Örültem mikor megtudtam, hogy van bajom, így legalább tudtam, hogy, hogy kell magamhoz hozzá állni. Mi a bajom, és tudom magam kontrolálni. Így, hogy tudom mi a baj, tudok változtatni magamon, tudom, mit kell tenni, ahhoz, hogy jobban legyek, ne érezzem magam szarul, felépüljek.” (Imre)

Fontos kérdés az, hogy egymástól élesen elkülönülő fogalom-e a klinikai és személyes felépülés.

Ennek kapcsán három komponenst kell kiemelnünk:

a) A felépülés természetes folyamat, vannak, akik pszichiátriai diagnózisuk és a mentális zavar megfogható kritériumai ellenére képesek túljutni a mentális zavar okozta nehézségeken

boldogulnak az életben, és képesek elérni örömteli céljaikat pszichiátriai rehabilitáció nélkül (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

b) Mások elsősorban megfelelő pszichiátriai rehabilitáció nyomán tudnak felépülni a mentális zavarból, de láthatunk spontán felépülést is, miközben örömteli céljaik elérése és elégedettségük különféle támogató hátterek igénybe vételével volt csak megvalósítható (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

c) Fontos tényező a remény, annak felismerése, hogy a mentális zavar diagnózisa ellenére nem szükségszerű, hogy a mentális zavarral élő ember élete intézményi létre korlátozódjon, a remény megtartásában fontos szerepe van a segítő szakembernek a felépülés útján (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

Sok pszichiátriai rehabilitációs program a klinikai felépülést helyezi előtérbe. Slade (2009) megközelítésében az alapvető cél a mentális zavarral élők személyes felépülésének támogatása (a klinikai felépülés ennél szűkebb, és a személyes felépülésnek alárendelt cél). A személyes felépülés kiemeli a remény, a jelentés és identitás, valamint a személyes felelősség jelentőségét (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

Míg a mentális zavarral élő személy az akadályozottságból a felépülés irányába halad számos szubjektív érzést és objektív tényezőt tapasztal meg. Így például:

- Remény egy jobb jövőbe, szebb életbe. A remény a mentális zavarból adódó tünetekkel és akadályozottsággal való sikeresebb megküzdésből, és a pozitív énkép visszaszerzéséből adódik.
- Felhatalmazottság, mely a célok elérésének a sikeréből és a rehabilitációban való részvételből adódik (Ez az én életem. Képes vagyok a változásra. Megtudom csinálni.)
- Spirituális erő, amely hittel és reménnyel köti össze az embereket.
- Önsegítés és szociális támogatás a sorstársaktól, tapasztalati és kísérő szakértőktől.
- Stigmatizáció leküzdése, amely a mentális betegségeket és a mentális betegeket megbélyegzi.

(Lieberman 2010)

2. A személyes felépülés tényezői:

A felépülés kapcsán kétféle megközelítéssel találkozhatunk: a nomotétikus tudással és az ideografikus tudással. Gyakran tapasztalható feszültség a nomotetikus és ideografikus megközelítés között. A probléma orientált megközelítés, tünet redukció, rizikótényezők feltérképezése, krízis ellátási protokollok kontra posztmodern konstruktivista megközelítés, amely prioritásként a szolgáltatást felhasználók preferenciájához igazodik.

Arra figyelve, hogy a mentális zavarral élők mit várnak a szolgáltatástól, az alábbiakat emelhetjük ki:

- elfogadást, megértést
- a tapasztalatok megosztását
- emocionális támogatást

- az életük jelentésére, céljára vonatkozó támpontokat
- békét, nyugalmat
- biztonságot
- választási lehetőségeket életvitelük kapcsán
- végül örömet az élet élése során

A feszültség fontos eleme az, hogy a nomotetikus megközelítés nem árnyalt, nem individualizált, inkább személytelen. Másrészt az ideografikus megközelítés túlhangsúlyozása szubjektív torzításokhoz vezethet, bizalmatlanságot erősíthet, és az objektív tényezők leértékelését eredményezheti (Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

Slade (2009) álláspontja az, hogy a két megközelítés egyensúlyát kell megtalálni. Ennek kiinduló pontjaként négy alapelvet fogalmaz meg:

1. a klinikusoknak az értékorientációja, feltevéseik, és a nehézségekkel küzdő emberről alkotott kép jelentős szerepet játszik segítő munkájukban
2. a klinikai modell jellegét tekintve hipotézisépítő – önmagában nem tekinthető „objektív realitásnak”, így a tapasztalatok nyomán megerősíthető vagy elvethető
3. a klinikai modell akkor értékes, ha hasznosítható a mentális zavarral élő emberek segítségében, rehabilitációjában
4. a klinikai munka az együttműködésre fókuszál, a mentális zavarral élő és a klinikus együttes rekonstrukciós munkája, amely segíti az egyénnek és világának megértését.

(Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 Kézirat)

Amikor a mentális zavarral élők nehézségeit diagnosztikai kategóriák mentén közelítjük meg egy sor negatív következménnyel kell az érintetteknek szembe néznie, így:

- „a »mentális beteg« identitás meghatározó szerepe
- a saját sors feletti hatalom elvesztése
- reményvesztés, feladás, visszahúzódás

Ezzel állítják szembe a felépülés alábbi tényezőit:

- remény
- önbecsülés
- személyes identitás
- etnikai identitás
- kulturális identitás
- nemi identitás
- megszabadulás a beteg identitástól

(Szabó 2014: 63; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019)

Andresen és munkatársai az alábbiakat emelik ki:

1. **„Remény** – jövő irányultságú várakozás a személyes célok elérése kapcsán. Központi kérdése: mi fog történni velem? A remény alapvetően mentális zavarból adódó következmények, hátrányok megszűnéséhez, egy szebb jövő várásához kapcsolódik.
2. **Identitás** – az egyediség megerősödése. Központi kérdése: Ki vagyok én? Az identitás megerősödése azért kiemelkedő jelentőségű, mert a mentális zavar aláássa a személyes és szociális identitást.
3. **Jelentés** – a mentális zavar kapcsán szerzett tapasztalatok megértése. Központi kérdése: Mi történt velem? Azt tapasztalhatjuk, hogy a mentális zavar megélése mély nyomott hagy, és a személyre szóló kielégítő magyarázat meghatározó. Van azonban egy indirekt jelentés is, amelynek központi kérdése: Mit jelent ez számomra? Az erre adott válasz az identitás megerősítése szempontjából fontos.” (Szabó 2014: 63; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019)
4. **Személyes felelősség** – Központi kérdés: Mit tudok tenni? A kérdésre adott válasz meghatározó jelentőségű, mert azt láthatjuk, hogy a mentális zavar gyengíti az egyén azon képességét, hogy felelősséget vállaljon sorsáért, jövőjéért, életéért (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

3. A személyes felépülés szakaszai:

- kontroll vesztés az élete felett, az önbizalom elvesztése, kapcsolati háló beszűkülése, a mentális zavar okozta akadályozottság a mindennapi élet élésében
- Küzdelem a mentális zavarból adódó akadályozottsággal szemben, törekvés a mentális zavarral kapcsolatos magyarázat megtalálására, remény, kudarc - félelem, belső erőforrások keresése
- együttélés az akadályozottsággal, a mentális zavar okozta helyzet kezelésének kísérlete az akadályozottság határain belül
- túllépés az akadályozottságon – teljesebb élet, jelentés és cél megtalálása az akadályozottság leküzdésével (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat).

„Andresen ötfázisú felépülés

1. **Moratórium** – elutasítás, zavartság, reménytelenség, identitás zavar és visszahúzódás.
2. **Tudatosulás** - felcsillan a jobb élet reménye és az, hogy lehetőség van a felépülésre. Ezt a környezetében lévő fontos mások erősíthetik, szerepminták vagy a klinikus támogatása segítségével. Tudatosul az, hogy a beteg identitás helyett másféle identitás is kialakulhat.
3. **Előkészület** – az egyén elkezd a felépülésén dolgozni felmérve személyes forrásait és határait, tanulva a mentális zavaráról és az elérhető szolgáltatásokról, miközben másokhoz csatlakozik, akik szintén a felépülés útján haladnak.
4. **Újraépítés** - egy kemény munka fázis, amelyben a pozitív identitás, a személyes értékek, célok kialakítása folyik a mentális zavarral történő megküzdés felelősségével és a saját élet feletti kontroll visszanyerésével. Ebben fontos az egyéni rizikó vállalása is.

5. **Fejlődés** – az egyén képes mentális zavarát kézben tartani és egyensúlyát megőrizni. Megküzdő képesség, önbizalom, optimizmus jellemzi a jövővel kapcsolatban. Pozitív önképe van és hisz abban, hogy a mentális zavarral kapcsolatos tapasztalata nyomán jobb emberré vált. (Szabó 2014: 64; Bulyáki, Gallai, Kaszás, Harangozó 2008; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).”

Az előbbieken bemutatott felépülés több fázisú modellje több klinikai előnnyel jár:

- megerősíti a terápiás optimizmust,
- az egyén képessé válik arra, hogy a felépülésben megjelenő folyamatokat nem stigmatizáló módon, nem patologizáló megközelítésben lássa, ugyanakkor segíti a klinikust abban, hogy támogatását a felépülés megfelelő szakaszaihoz kapcsolja (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

4. A felépülés négy feladata:

- **Pozitív identitás kialakítása:** a pozitív identitás kialakulásában kiemelkedően fontos az, hogy a mentális zavarral élő személy különbséget tud tenni önmaga és a mentális zavara között, és a vele történeteket képes személyében, nem betegként megélni szemben a „beteg-identitással”. A pozitív identitás nem egyenlő a mentális zavar semmibe vételével. Az új, pozitív identitás kialakulása küzdelmes folyamat, ezen változás nem az egyik napról a másikra következik be, szorosan kapcsolódik az identitást erősítő kapcsolatokhoz és alapvetően a személyes fejlődésről szól. Fontos felismerés az, hogy nem lehet visszatérni a mentális zavar kialakulása előtti énhez, az átélt akadályozottság és a mentális zavarhoz kapcsolódó stigma nyomokat hagy. A betegség hangsúlyú identitástól el lehet szakadni, és egy jobb jövő lehetősége bontakozhat ki, ami reményt ad (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).
- **A „mentális zavar” átfogalmazása:** E feladat szorosan kapcsolódik a mentális zavarhoz kötődő tapasztalatokhoz, továbbá ahhoz, hogy milyen jelentését fogalmazzuk meg magunk számára. „A jelentés hozzá tapadhat a klinikai modellhez hangsúlyt adva a diagnózisnak, vagy el tudunk tőle szakadni megfogalmazva azt, hogy a mentális zavar bár jelenlévő része lehet önmagunknak, nem személyünk egészét jelenti, és nem bénítja meg életünket (szemben a „nem tudom megtenni, mert beteg vagyok” típusú reakciókkal) (Szabó 2014: 64; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).
- **A mentális zavar „önmenedzselése”** – a cél: megszabadulni a mentális zavartól. Megtanulni, hogy hogyan lehet vele élni, pozitív átfogalmazás során valamilyen értéket találni benne. Milyen pozitív hozama van a mentális zavarnak a problémával élő számára? Minimalizálni a mentális zavar okozta kedvezőtlen hatást az identitás kapcsán, és elsajátítani azt, hogy hogyan helyettesíthető más fontos dolgokkal. A felépülés folyamatának kulcsfontosságú eleme a személyes felelősség vállalás, amely azt fejezi ki, hogy felelős a saját örömteli életéért. A mentális zavarral élő személy felelős a felépülés útján a segítség keresése, és mások támogatásának megszerzésére kapcsán. Patricia Deegan tapasztalati szakér-

tő írja azt, hogy számára a felépülés azt jelentette, hogy törekedett arra, hogy ő irányítsa az életét és szakértője legyen saját öngondoskodásának. A gyógyszereket is ő használja saját felépülési folyamatának részeként, és a mentális egészségügyi szolgáltatásokat is, amikor arra van szüksége. A pszichiátriai rehabilitáció passzív elfogadása a beteg-identitás erősödéséhez vezet (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

- **A szociális szerepek újraértékelése:** pozitív szociális identitás formálása, a személyes és szociális értékek megszilárdítása kiemelkedő feladata a felépülés irányába ható utazásnak (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

5. A professzionális segítők szerepe:

- „a remény megerősödésének támogatása
- az identitás támogatása, pozitív identitás erősítése a személyes fejlődés ösztönzése,
- a személyes felelősség vállalás ösztönzése,
- a jelentés keresés segítése”

(Szabó 2014: 65; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

Ron Coleman (1990) az ismert hanghalló (aki megírta a hanghallásból való felépülési útját) a felépülésével kapcsolatban négy fontos tényezőről számol be:

- „Vonjunk be másokat: szükségünk van útmutatásra, reményre, irányításra és barátságra.
- Dolgozzunk az én-erősségeken: az önbecsülésen, az önbizalom, az önismereten és önmagunk elfogadásán.
- Hozzunk döntéseket: vállaljuk a felelősséget a saját döntéseinkért, és találjunk magunknak életcélt.
- Vegyük birtokba a tulajdonunkat: tanuljuk meg azt, hogy hogyan legyen a sajátunk a hanghallás-élményünk.” (Romme, idézi: Escher, Dillon, Corstens, Morris 2019:14)

6. A felépülés útján haladva számos dolog segíthet a változásban. Hogyan látják ezt a felépülők?

Először Gallai István tapasztalati szakértő gondolatit olvashatjuk, hogy mit gondol, mi segíti elő a felépülést. Ezt követően a PHD kutatásom interjúalanyainak a meglátásait, gondolatait olvashatjuk.

- „fontos felismerni a bajt, plusz felismerni, hogy segítségre van szükségünk,
- nem szégyellni segítséget kérni és fogadjuk el azt,
- nálam a leszokás a szenvedélyeimről (cigi, füves cigi, alkohol) sokat segített a felépülésben, kitisztult a fejem (ezáltal a realitás kontrollom nagyban visszaállt) (hónapok-évek alatt),
- nem kell szégyellni magunkat a diagnózisunk miatt, azok nem mi vagyunk,
- ne foglalkozzunk az előítéletekkel, előbb ismerjenek meg minket,
- legyünk büszkéek rá, hogy mire vagyunk képesek,
- fontos hinni, bízni a felépülésben,
- tenni, gondolkodni, fejleszteni magunkat a felépülésért,

- fontos az önismeret, elismerni jó és rossz oldalunkat, hibáinkat,
- apró célokat kitűzni magunk elé, és törekedni, hogy elérjük (sikerélmény koronázza!) (pl.: elég kitakarítani a szobánkat, vagy mindennap felkelés után igazítsuk meg ágyunkat)
- váljunk áldozatból győztesé,
- nem szabad állandóan a diagnózisunk mögé bújni (pl.: ha tenni kell),
- fontos a jövőkép, pl.: mi lesz velünk, ha nem lesznek szüleink, mit akarunk elérni az életben? Kitalálni mi motiválhat.
- találni egy jó pszichiátert, aki támogat, bízunk bennünk,
- pszichiáter, aki megért minket, nem csak gyógyszert ad, hanem foglalkozik a lelkivilágunkkal is, mert ez az állapot is „onnan jön”, (megkeresi a probléma gyökerét), (trauma-feldolgozás). Vagy mit csináltunk rosszul, hogy ide jutottunk (változtatni kell), (de lehet, hogy nem mi vagyunk a hibásak),
- fontos a támogató környezet (jó családi háttér sokat segíthet a felépülésben) plusz közösségi pszichiátria (Pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, család-terápia, művészet-terápia, hanghalló csoport, stb.) Ők segítenek céljaink elérésében. Ők nem a diagnózissal foglalkoznak, hanem a személlyel. Segítenek a mindennapi életben. Mankók is egyben. Megértenek.
- fontos a sorstársi közösség, ami akár mankó, kapaszkodó is lehet a számunkra, pl.: hanghalló csoport (nem csak mi hallunk hangokat, nem vagyunk egyedül)
- pl.: skizofréniánál fontos felismerni a realitást a téveszméknél, ez sokat segíthet a felépülésben
- fontos megismerni határainkat (stressz miatt is, ami nagyban okozhatja hangjainkat)
- át kell, lehet venni az irányítást a hangoktól
- a jó gyógyszerbeállítás is nagyon fontos (ha lehet, minél kevesebb legyen)
- örömteli dolgok, hobbi megtalálása, űzése
- érezzük hasznosnak magunkat, dolgozzunk!
- keressünk pénzt! tervezgessünk!
- küzdjünk! Kitartónak kell lenni! Az élet nem könnyű sokszor (az „egészséges” embereknek sem),
- az időtényező is fontos, idővel bölcsőbbek leszünk és rájövünk hibáinkra, dolgainkra,
- szabadság nagyon fontos (pl.: ha lehet, költözzünk el szüleinktől),
- használjuk a hangunkat előnyünkre, mire utalhat, mi a szimbolikus jelentése? (általában a problémáinkra utal),
- fontos a hanghalló módszer elsajátítása a mindennapok túléléséhez,
- győzzük le magunkat,
- tegyük rendbe életünket, kívül-belül,
- asszertív kommunikáció,
- **legyünk működőképesek (nem baj, ha néha van hang), tudjunk önálló életet élni, érezzük jól magunkat (ezek a végcélok). Számomra ezek jelentik a felépülést.**
- talán ez is segít: tudatos életet kell élni, de néha lehet sodródni az árral! (Gallai István)” (Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018: 9-11).

„Segítséget kértem, és felismertem a problémát, elhatároztam magam. Át tudtam beszélni a dolgokat. Hogy tudtam tanulni. Egy stáb kell a sikeres felépüléshez. Néha segíteni kell a döntésben is.” (Bence)

„Ha az ember azt szereti csinálni, amit szeret, akkor boldog ember. A legfontosabb a család.” (Bence)

„Meditáció. Az. Ez egy elég nagy fogalom és ebbe sok minden belefér..meditáció nem csak az hogy leülünk és csak csendesen üldögélünk hanem az hogy a mindennapi életben jövünk megünk és az életben jelen vagyunk. Az adott pillanatban jelen vagyunk..ez ide..érkeztem..és ez most még jobban erre most ráfekszem ezt gyakorlom.” (Cili)

„A Hanghalló csoport tagjai (L., N. és B.)” (Dénes)

„Nekem az nehéz volt, hogy skizofrén vagyok, na, én nem vagyok beteg. Ha ezt elfogadom, át engedem magam ennek, akkor vége. A család látogatott folyamatosan, és nekik is mondtam, hogy nem vagyok beteg. Rohanni akartam mindig vissza dolgozni, hogy fel ne tűnjön, hogy bajom van. Kétszer is hibába estem, és túl gyorsan mentem dolgozni. Így próbáltam a betegségtudatból kilépni. A hétköznapi döntéseket is meg kellett honi. Minél hamarabb vissza akartam a régi kérvégzésbe esni, de ez segített. Felmerülnek azok a kérdések is a kórházban, hogy mit mondok a főnökömnek, a munkatársaknak, mi a baj, mikor megyek dolgozni. Ezek a problémák a valóságba rántottak, és döntéseket kellett hoznom. Ha vissza mentem dolgozni, ott is kellett maradnom. Az élet nem áll meg, vissza kell tudni lépni a valóságban, adja a szituációkat. A munkahelyen a családban felmerülnek kérdések, és ezekre is tudni kell adni válaszokat.” (Dalma)

„Cél. Fontos, hogy legyen célom.” (Bence)

„Ha valami hajtja az embert belülről, bizni kell magunkba, hogy jó dolog hajt belülről. Küzdés, bizás, kitartás. Bizni az embernek magában.

Az ember sokszor saját magában is elveszíti a kitartását ebben az állapotban.

Nekem a sok küzdelem meg szenvedés tartja meg a kitartásom. Még én sem nyertem vissza a bizalmam magammal szembe, majd csak akkor fogok, ha olyan dolgot elérek. A becsület nagyon fontos, engem paranoiddá tettek a fű és az alkohol. Félttem, hogy elkapnak a rendőrök, mert füvezek. Ha nincs ilyen nem kell parázni. Becsületes élni, megismerni a lelki világunkat fontos, meddig mehetünk el a rosszban. Ismerje meg magát az ember, a becsületes kikapukat. Hogy megismerje az ember magát” (Imre)

„Én a családomtól kaptam olyan értékrend, ami jó. Mindenre van megoldás, nem szabad kétségbe esni. Nem szabad egész éltre vonatkozó következtetéseket levonni. Én nem érzem szarnak az életet, még akkor sem, ha minden hullám összecsapott a fejem felett” (Jenő)

„Azt szoktam mondani, hogy nyilván a pszichiátria a szociális szféra meg nyilván ti...nem biztos ,hogy utolsó sorban meg a saját törekvésem vágyam akaratom egy jobb életre. Tehát szinte minden segített még a zsákutcák is.” (Jakab)

„egyrészt szerintem édesapám segítsége hogy nem adta fel..... hogy jó orvosokhoz kerültem az nagyon fontos hogy szerintem, hogy az embert megértsék, és ne kezeljék el.” (Lola)

„Hellinger családállítás. A spiritualitás. A gyógyszeres terápia. Objektíven tudom látni önmagam.” (Zsuzsanna)

„Tisztába kellett először is lennem, hogy mi a bajom. Ami bajom van az tulajdonképpen micsoda. A gyógyszereszedés fontos állomás.Rajtam múlik minden. Meg akarok gyógyulni. Ezt én csináltam magamnak, hogy nincsenek problémáim.” (Sámuel)

„Valahogy ki kell rángatni a mélypontból. Az ember eljut odáig, hogy semmi sem érdekli és nincs célom az tényleg úgy mond már az akkor öngyilkosságba vezet. Mert minek élek. Engem szerintem továbbra is azt mondom, ami segített: rengeteget a barátok, szülők mellettem voltak támogattak. Doktornő.....A doktornőnél így megmondom őszintén sokszor úgy éreztem, hogy nekem nem kell orvos. Írja ki a gyógyszert. Jó lesz. Majd én egyedül mindent megoldok. De kell szakember. Persze, hogy kell utólag belegondolva.” (Szilvia)

„Beszélünk a lelki békéről, ezt kell megteremteni. Nem csak megteremteni kell, hanem meg is kell tartani. Ezt úgy lehet megtartani, ha nem hagyjuk magunkat kizökkenteni. Nem kell túl reagálni a zavaró helyzeteket. Nem izgatjuk magunkat olyasmivel, amin nem tudunk egyből változtatni.....Az önkontroll. Se érzelmileg, se gondolatban ne reagáljak túl egy ilyen helyzetet. Ne is váltson ki egy esemény olyan hosszú gondolatmenetet, egy tünetet. Ez maga az önkontroll.” (Zalán)

A felépülés útját a korlátozottságot adó tünetektől való felszabadulás az életbe való visszatérés jellemez.

Hogyan is jelenik meg a segítő életviteli támogatás a felépülés útján haladó mentális zavarral élő személynél? Slade leírásában a személyes felépülés egy „utazás”, amelyben a segítő utitárs és támogató, ösztönző részvételével átsegíti a mentális zavarral élő személyt a mentális zavar okozta akadályokon. Egy későbbi fejezetben részletesebben olvashatunk a humanisztikus segítőről és a felépülésre gyakorolt személyes hatásáról és Carl Rogers munkásságáról. Slade felépülés megközelítése felidézi Rogersnek a segítő és kliense közti viszonyról írt sorait. A rogersi megfogalmazásban a segítő és kliens viszonya eltér a hagyományos, paternalisztikus gyógyító – beteg egyenlőtlen viszonyt tükröző kapcsolatától. Rogers megfogalmazásában a segítő és kliens kapcsolata leginkább a felismerés és mélyebb önmegértés ösztönzője. A felépülés útján a segítő a klienst erőforrásainak facilitálásával, az erőforrások hozzáféréseinek elősegítésével segíti. A koráb-

biakban bemutatott „Strengths modell” keretei jól szemléltetik az erőforrások aktivizálását, ami a mentális zavarral élő emberek felépülését, pozitív fejlődését elősegíti. Az erőforrásokra való fókuszálás szemben a deficitekre fókuszáló segítő tevékenységekkel, visszaadja az értelmes élet élésébe adott reményt (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

Az erőforrásokon alapuló megközelítés célja a mentális zavarral élők felépülésének segítése, hogy örömben éljék életüket. A segítő munka abból indul ki, hogy a mentális zavarral élők egy személyes felépülés folyamán képesek visszanyerni azt a képességüket, hogy maguk alakítsák életüket. Ebben fontos szerepet játszik az, hogy támaszkodni tudnak korábbi tapasztalataikra, problémákkal való megküzdési stratégiáikra, képességeikre és a korábban jelenlévő, támogató szerepet játszó emberi kapcsolataikra. A kapcsolatok közül kiemelt szerepet kap a segítővel kialakult bizalmi kapcsolat. A jó segítői kapcsolat reményt ad a jövőt illetően. Ezért fontos, hogy a segítő tudjon hinni a kliense változásra, fejlődésre való készségében. Ehhez kapcsolódik a segítő szakértelme és a segítő munka során alkalmazott modell hatékonysága. Rapp és Goscha (2012) kutatása nyomán elmondhatjuk, hogy a hatékonyság tényezői közül a legjelentősebbnek kliens „erőforrásai” bizonyultak: mintegy 40%-ban, a segítő kapcsolat jelentőségét 30%-nak ítélték meg, a remény és a szaktudás, ill. alkalmazott módszer 15–15%-ot képviselt. Jerome Frank a pszichoterápiák hatékonysága kapcsán végzett felmérésére szerint a pozitív kimeneti várakozás, remény ennél fontosabb szerepet játszik, és ezen belül a segítő kimeneti várakozása, optimizmusa is meghatározó jelentőségű. Lewis Wolberg pszichoterapeuta kiemeli, hogy a képzetlen laikus segítő hatékonyasága 50% körül mozog, ezt a szakképzett segítő kb. 15-20%-kal haladják meg, és a legtehetségesebb, legtapasztaltabb segítő hatékonyasága is alig haladja meg a 75%-ot (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019. kézirat). Rapp és Goscha Rogers hasonlóan a személyközpontú megközelítésben szintén a kibontható belső változás képességet és a segítő kapcsolat fontosságát emeli ki (a „segítő munka aspecifikus tényezői”). Rappék felfogása szerint a közösség szerepe a források tekintetében kulcsfontosságú. A „különösen sérülékeny kliens csoportokkal” – így a mentális zavarral élők segítségével – foglalkozó segítőik igen gyakran a szociális környezetben tapasztalható negatív jelenségekre fókuszálnak (pl. kirekesztődés, stigmatizálódás, izoláció, munkanélküliség, lakhatási problémák, izoláció), és a közösség szegregáló magatartását hangsúlyozzák. Az erőforrásokon alapuló megközelítés figyelme a közösség mobilizálható forrásai, pozitív megerősítése felé fordul, keresve a természetes segítőket, közösségi kulcsszemélyeket és a lakókörnyezetben elérhető közösségi szolgáltatásokat. Cél a szociális erőterben felkínálódó források és alkalmak felhasználása, és csak a legszükségesebb mértékig a pszichiátriai szolgáltatásokra, intézményi hátterekre való támaszkodás (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

A mentális zavarral élő egyén úgy jelenik meg ebben a megközelítésben, mint a változáskezelés, pszichoszociális rehabilitációs folyamat kulcsszemélye. Ez feltételezi azt, hogy a segítő munka során a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy aktív résztvevője, partnere a segítő munka kialakításának, és álláspontja a döntési pontokon meghatározó. A közösség a segítő munka elsődleges terepe. Ez azt jelenti, hogy a segítő munka nem szorul intézményi falak közé, nem passzívan várja a klienseit, hanem aktív felkutató programokon, közösségi jelzőrendszeren keresztül aktívan próbálja elérni potenciális klienseit. Az erőforrásokon alapuló megközelítés egyben „empowerment” orientált megközelítés is. Az „empowerment” orientált megközelítés

kliens autonómiájának, önérvényesítő képességének megerősítését jelenti, másrészt a társadalmi önérvényesítés ösztönzését is. Rapp és Goscha ezzel kapcsolatban azt írja, hogy nemcsak a kliens kerül hátrányos helyzetbe, hanem az őt segítő is. A szakma alacsony presztízse, egzisztenciális körülményei és érdekérvényesítési nehézségei révén kerül hátrányos helyzetbe, ez a segítő munka hatékonyságát is érinti. Az erőforráson alapuló megközelítés azonban esélyt ad arra, hogy a közösségi erőforrásokra súlyozva olyan konstruktív szerepet találjunk, amely a szakmai identitás pozitív megerősítését elősegíti (Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

Néhány kiinduló szempont az erőforrásokon alapuló életviteli támogatás kialakításához:

- „A szociális környezet minősége, amelyben élünk meghatározza teljesítményünket, sikereinket és életünk minőségét, de ennek alakulásában személyes hozzájárulásunk is meghatározó jelentőségű.
 - Azok tudnak sikeresek lenni, akiknek vannak céljaik és álmaik.
 - Akik sikeresek az életben, képesek erőforrásaikat használni vágyaik, törekvéseik megvalósítására.
 - Akik sikeresek az életben, biztosak abban, hogy amit tesznek, az előrevisz céljaik elérésében.
 - Akik sikeresek az életben, egy adott időben legalább egy világosan megfogalmazott céllal rendelkeznek, és rendelkeznek olyan képességekkel és magabiztossággal, amely előreviszik őket a cél megvalósításában.
 - Akik sikeresek az életben, képesek elérni azokat a forrásokat, amelyekre szükségük van céljaik megvalósításához.
 - Akik sikeresek az életben, rendelkeznek olyan fontos emberi kapcsolatokkal, amelyekre támaszkodhatnak.
 - Akik sikeresek az életben, képesek élni a céljaik szempontjából fontos lehetőségekkel.
 - A sikerhez egyaránt szükség van arra, hogy elérjük a megfelelő forrásokat, és legyenek olyan lehetőségek, alkalmak, valamint emberi kapcsolatok, amelyek hozzájárulnak a siker eléréséhez.
- (Rapp és Goscha 2012:50, Szabó 2014:68,69; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

Az itt felsorolt szempontok nyomán kiemelhetjük azokat a tényezőket, amelyek mentén leírhatjuk a belső és környezeti erőforrások meghatározó komponenseit – ezek:

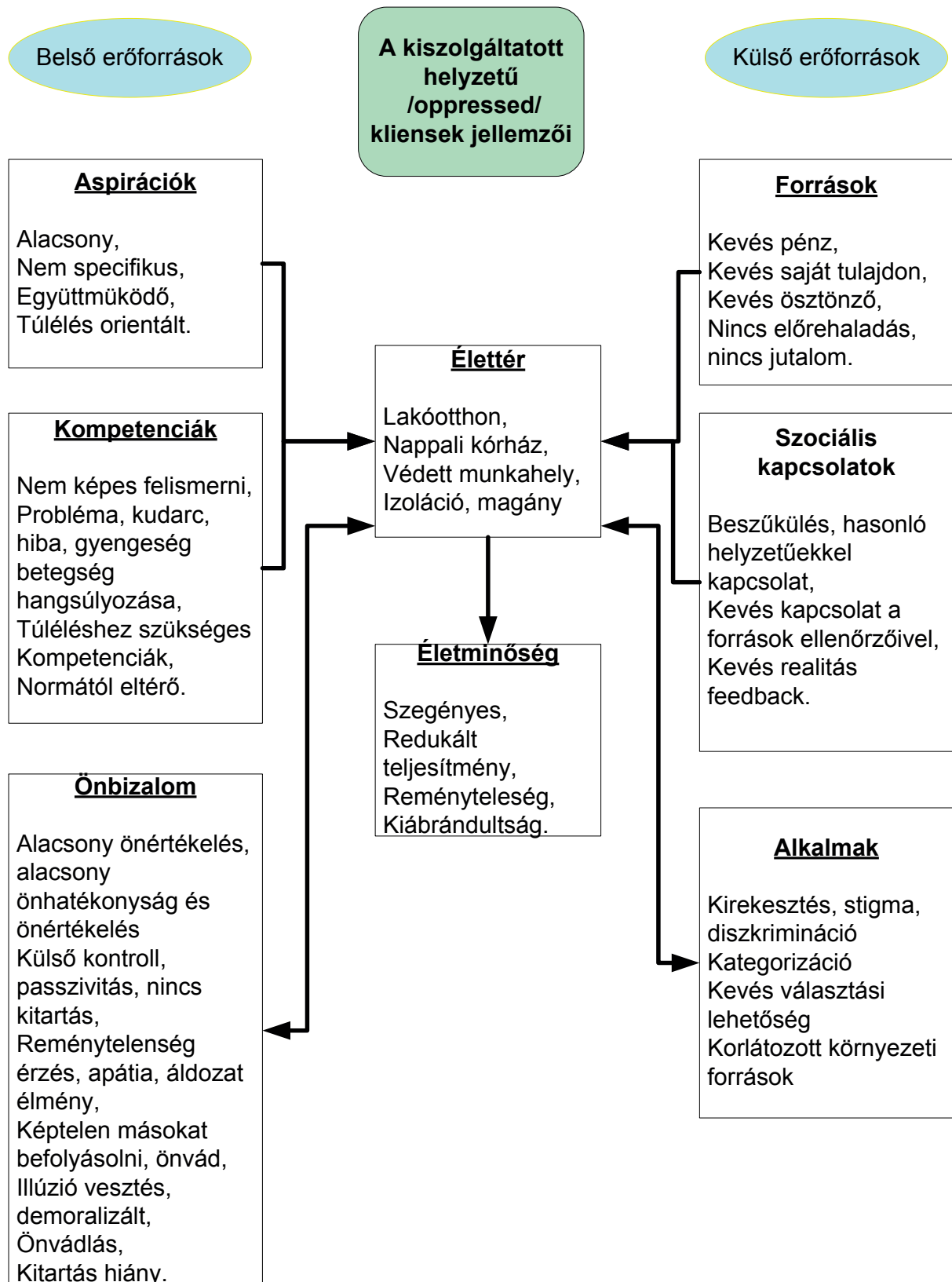
„Belső erőforrások:

- a kliens vágyai, törekvései, céljai
- a célok megvalósításához szükséges kompetenciák,
- a kliens önbizalma, önmagáról alkotott képe.

Külső erőforrások:

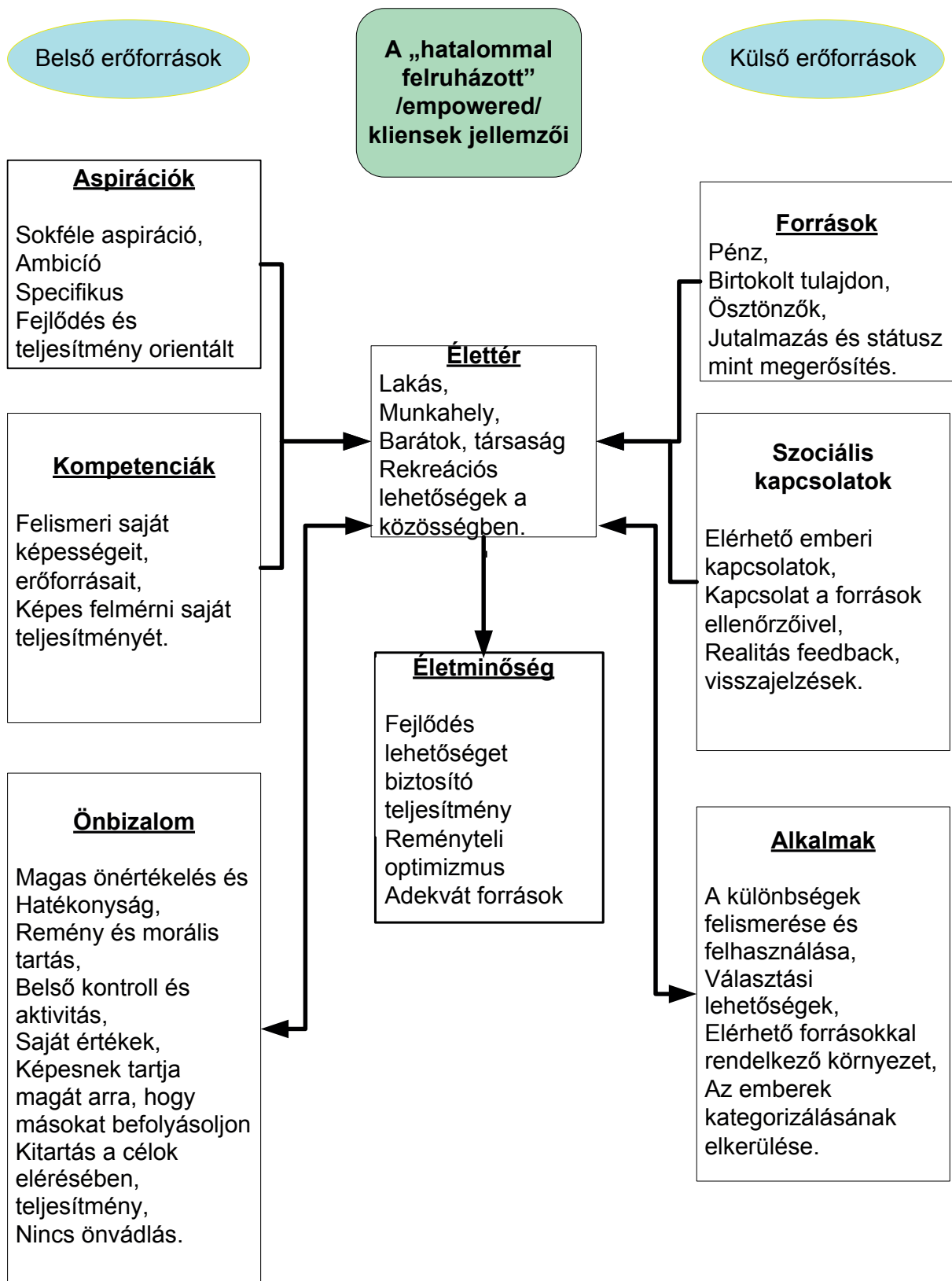
- a kliens számára szükséges források,
- a kliens szociális kapcsolatai,
- a felkínálkozó lehetőségek, alkalmak.”

Rapp és Goscha e tényezőket az „elnyomott” (oppressed) és a „hatalommal rendelkező” (empowered) kliensek jellemzői mentén tekinti át (Rapp, Goscha 2012 49 -50.):



13. számú ábra.

A kiszolgáltatott helyzetű kliensek jellemzői (Rapp, Goscha 2012: 49.; Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat)



14. számú ábra.

A „hatalommal felruházott” kliensek jellemzői (Rapp, Goscha 2012: 50.)

(Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat)

7. A környezeti tényezők szerepe:

A közösségi erőfeszítések kapcsán felmerül a környezeti tényezők fontossága a segítő munkában. A mentális zavarral élőket körülvevő környezet két jellegzetes típusát különböztethetjük meg: a „csapdába ejtő” környezetet és a „megerősítő” környezetet (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019. kézirat)

„A »csapdába ejtő környezet« jellemzői:

- Stigmatizál, kirekeszt.
- Beszűkíti az emberi kapcsolatokat.
- Beskatulyáz, elszemélytelenít.
- Nem veszi figyelembe a mentális zavarral élő személy vágyait, törekvéseit.
- Nem ösztönzi a mentális zavarral élő személyt a hosszú távú célok elérésére.
- Kevés a visszajelzés, korrekciós lehetőség.
- Kevés a tanulási, fejlődési alkalom, sok az üresjárat.
- A mentális zavarral élő személy elszigetelődik, izolálódik.
- Elégtelenek az anyagi források

A »megerősítő környezet« jellemzői:

- Társadalmi befogadás.
- Tágabb szociális mozgástér, gazdagabb emberi kapcsolatok.
- Az individualitás és egyéni szükségletek figyelembe vétele.
- Alkalmak, lehetőségek a realisztikus célok megvalósítására.
- A realitások felismerésének megerősítése, konstruktív visszajelzések.
- Új készségek kialakulásának ösztönzése, fejlődés és tanulás lehetősége,
- Megfelelő és elérhető anyagi források”

(Szabó 2014: 72; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

A „csapdába ejtő környezet” nagymértékben kirekesztő, stigmatizáló, a társadalom peremére szorítja a mentális zavarral élőket, akik elszegényednek, izolálódnak, és kiszorulnak a közösségek közül, az élet fontos szintereiről. A „megerősítő környezet” ezzel szemben egy olyan befogadó környezet, amely megerősíti a mentális zavarral élők közösséghez tartozását, és alkalmat nyújt törekvései, céljai megvalósításához (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

Áttekintve a környezeti tényezőket körvonalazhatóvá válik számunkra az életviteli támogatásnak az a praxis modellje, amely lehetőséget ad a mentális zavarral élő emberek személyes felépülését ösztönző, életviteli autonómiájukat megerősítő segítő munkára. E praxis modell elemei a következők:

- *csatlakozás és kapcsolatépítés*: ez a segítő munka első lépése. Kölcsönös elfogadásra, bizalmi kapcsolatra, partnersége épít a segítő munka.
- *az erőforrások felmérése*: az életviteli támogatáshoz az önálló életvitel elősegítéséhez felhasználható belső és külső erőforrások körvonalazása a kliens törekvései nyomán.

Ez a felmérés a belső erőforrások (aspirációk, kompetenciák, önhatékonyság) és a külső tényezők (források, szociális kapcsolatok, lehetőségek, alkalmak és a környezeti kontextus) mentén történik.

- *a személyes felépülésre irányuló tervezés*: a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy által megfogalmazott rövid és hosszú távú örömteli célok kibontása a feladatok és felelősségek megfogalmazásával, a megvalósítás időkereteivel, a felhasználható erőforrások figyelembe vételével. A tervezés munkája az egyén és segítő együttműködésén alapuló – a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy preferenciái mentén haladó – közös erőfeszítés,
- *a források elérése*: A pszichoszociális akadályozottsággal élő személy céljainak eléréséhez szükséges külső erőforrások mobilizálása áll. A közösségi integráció elősegítése.
- *az együttműködés fenntartása*: a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy reményének, motivációjának erősítése. Az erőfeszítéseinek elismerése, ösztönzése a „személyes felépülésre irányuló terv” „Gondozási” tervre építve. Fontos a felépülésben utazó autonómiájának, önhatékonyságának és közösségi integrációnak a megerősítése személyes örömteli célok, vágyak, törekvések prioritásai mentén. Az önhatékonyság erősítése „saját élet feletti hatalom vissza vétele” nyomán

(Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

Az itt felvázolt modell a segítő munkának egy olyan keretét mutatja be, amelynek meghatározó jellemzői az alábbiakban írhatók le:

- Ez egy hosszú távú esetviteli munka, amelynek terepe az a természetes környezet, amelyben a mentális egyén élete zajlik. Tartalma az élet folyamában felmerülő nehézségek és akadályok, irányát pedig az egyén törekvései, személyes örömteli céljai határozzák meg (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).
- Az életviteli támogatásnak ez az együttműködésre alapuló modellje, kölcsönösségre, szoros partnerségre épül. A segítségnek ez a formája alapvetően professzionális segítség, amely jól felkészült szakember tevékenységére épít. A Kansasi Egyetem munkacsoportja ezt elsősorban szociális munkás tevékenységnek tekinti, ugyanakkor hangsúlyozza az informális segítőkkel való együttműködés jelentőségét. Látnunk kell azt, hogy az életviteli támogatás szakértelmet feltételező szolgáltatás, amelyet a pszichoszociális akadályozottsággal élő egyén nehézségei kapcsán ugyanúgy „használhatja” mint bármilyen más a szükségletei kielégítésére fókuszáló szolgáltatást (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).
- A segítő munka kulcsfontosságú eleme az interprofesszionális együttműködés. A multidiszciplináris munka, amely során az ellátó rendszer kulcsintézményeivel való kapcsolattartás, az intézményközi esetkonferencia fontos szerepet játszik (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).
- A segítő munkája során nem kérdőjelezi meg a pszichiátriai konzultációs hátterek jelenlétének fontosságát. Nem vitatja a pszichiáter kompetencia körébe tartozó diagnosztikai

megállapításokat és a terápiás döntéseit, a sürgősségi ellátás kapcsán felmerülő intézkedéseit. A segítő munkában a segítő saját felelőssége a pszichiátriai konzultációs háttér igénybevételének mérlegelése és a segítségkérés. Ennek során azonban jelen van az a feladata is, hogy a döntések mérlegelése során az együttműködési viszony fenntartásával egy nyílt párbeszédben ösztönözze a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyt arra, hogy egy realiztikusabb mérlegelés és önbelátás nyomán elfogadja, ha szükséges pszichiátriai segítséget. Segítse klienst, hogy a pszichiátriai rehabilitációban képes legyen a saját érdekeit képviselni pl. a gyógyszeres terápia kapcsán is (Szabó 2014; Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó kézirat 2019).

- A pszichoszociális akadályozottsággal élő emberek segítésében a segítőnek a klienseikről alkotott képe, értékorientációja és etikai tartása kiemelkedően fontos. Ez különösen fontos a segítő kliens-képviselői funkciója kapcsán. „A korai szociális munka megfogalmazása szerint e funkciójában a szociális munkás a társadalom „felettes énje”, amely szembesít minket a „különösen sérülékeny” kliensek iránti kötelezettségeinkkel. Ez a gondolat újra és újra felbukkan a szociális munka történetében. Jelen van ma is a szociális munka „anti-opresszív” stratégiái kapcsán, továbbá megtalálhatjuk a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában a pszichoszociális akadályozottsággal élő emberek „személyes céljainak” megvalósítására irányuló törekvésekben is. Fontos felismernünk azt, hogy a személyes felépülés, a realitások elfogadásának képessége a sorsunk iránt vállalt személyes felelősség is. Ebben az aspektusban látnunk kell azt is, hogy a segítő nem csupán a kliens vágyainak, személyes törekvéseinek segítője, továbbá a társadalmi felelősségvállalás ösztönzője, de egyben társadalmi értékek és elvárások közvetítője is (Szabó 2014, Bulyáki, Gallai, Harangozó, Szabó 2019 kézirat)

Láthatjuk, hogy a felépülés egy pozitív pszichológiai fejlődés, egy utazás, ahol segítő út-társként” támogatja ez reményteli változást. Kaszás Jánosné tapasztalati szakértő így vall a felépüléséről:

„Felépüléstörténetem

Állami gondozásban nevelkedtem. A gyerekkoromat többnyire a pszichiátrián töltöttem el. Hiperaktivitással és borderline személyiségzavar diagnózisokkal kezeltek. A későbbi években megismerkedtem a ma már volt férjemmel, aki több éven keresztül, mint fizikálisan, mint lelkileg bántalmazott. Felépülésem a férjem otthagynya után kezdődött el. Éveken keresztül küzdöttem a gyógyszereszedés ellen. Mikor jobban éreztem magam, rendszeresen elhagytam a gyógyszereket. A hallucinációk is visszatértek, ami abban merül ki, hogy utazás közben lebecsmérlően kritizálnak párbeszédemben. Félelemmel és rettenetes szorongással töltöttek el. Úgy éreztem, hogy a környezetemben kamerával és lehallgató készülékekkel belelátta a gondolatomba is. Fontos megjegyezni, a sérelmeimet mindig magamban tartottam. Nem beszéltem róla, evvel is büntetve magam. Amikor elkezdtem beszélni a problémáimról, a hétköznapijaim könnyebbé váltak, pedig a saját beszűkült világomban nagyobb biztonságban éreztem magam.

Elkezdtem szembeszállni a félelmeimmel. Nyitottam kifelé, és elkezdtem bízni az orvosban. A bizalomnak köszönhetően kezdtem elfogadni az orvos javaslatait. Volt, hogy egyszer megkért arra, hogy diktafonra vegyem fel, amit beszélnek rólam. Meg is tettem, de nem hallatszott semmi a felvételen. A kezelőorvos javaslatára bementem a hanghalló csoportra, ahol számomra kiderült, hogy csak a képzelet játszik velem, amit nagyon nehéz volt elfogadnom. A hanghalló módszer segítségével a későbbiekben sikerült az észleléseimet realizálni. A kórházi bent fekvések egyre ritkábbá váltak, igaz, most is vannak állapotingadozások, amelyek esetenként gyógyszeremelést igényelnek. Ma már állapotom kiegyensúlyozottnak mondható, az emberek keresik a társaságomat, és én is keresem az ő társaságukat. Rengeteg barátom van, sokan szeretnek. Ma már napjaimat nem a négy fal között töltöm, hanem napi szinten közösségekben. Tapasztalati szakértőként dolgozom, tapasztalataimból merítve segítek sorstársaimnak és az asszertív kommunikáció továbbadásában veszek részt. Verseket írok, rajzolok, méhészkedem és ápolom a kapcsolataimat.

Kaszás Jánosné”

(Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018: 12)

V. Mentális zavarral élő emberek felépülésének kutatása

A felépülést objektív és szubjektív módon is meg tudjuk közelíteni (lásd a korábbi fejezetet, melyben a felépülés terminológiája, kritériumai bemutatásra kerültek). Objektív szempontból nézve akkor mondhatjuk azt, hogy valaki felépült a mentális akadályozottsággal járó nehézségből, ha nincsenek jelen a mindennapi életében olyan tünetek, melyek korlátozzák a mindennapi tevékenységében, vagy rontják az életminőségét. Szubjektív szempontból a felépülés élménye magában foglalja az önhatékonyt és a szebb jövőbe vetett hitet (Lieberman 2010).

Kutatásom célja az volt, hogy közelebb jussak a felépülés szubjektív értelmezésében, ahhoz hogy a mentális zavarral élő személyek mit gondolnak a felépülésről, számukra mit jelent a felépülés, továbbá feltárjam, hogy milyen tényezők segítik elő a mentális zavarral élő személyek felépülését

Kutatási hipotéziseim:

- A mentális zavarral élő személyek felépülését elősegíti, ha motiváltak a változás iránt és hisznek benne.
- A mentális zavarral élők felépülésének útján fontos szerepe van a családnak, a természetes támaszként jelenlévő barátoknak.
- A felépülésre hatással van a társadalmi elfogadás, a támogató környezet. Aigmatizáció akadályozza, nehezíti a mentális zavarral élő személyt a felépülésben.
- A felépülést elősegíti a személyes, örömteli célokra épülő azok elérését elősegítő, hatékony pszichoszociális rehabilitáció és az elérhető közösségi pszichiátriai szolgáltatások.
- A felépülésben az önsegítő aktivitásoknak fontos szerepe van.
- A felépülés egyik kulcsa a segítő, akinek fontos a mentális zavarral élő személy felépüléséhez segítése.

Kutatási minta:

Kutatásomban 16 mentális zavarral élő (8 nő, 8 férfi) Budapesten a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum- Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátást igénybevevő személy vett részt. A kutatás 2015 június 16- és 2015 szeptember 18 között valósult meg. Az interjúalanyok BNO besorolás szerint szkizofrénia (F20), szkizoaffektív pszichózis (F25) vagy bipoláris zavarral (F31) diagnózissal rendelkeznek. Az interjú alanyok a közösségi pszichiátriai ellátás keretében családjuk, valamint természetes támaszuk bevonásával kapnak támogatást a felépülés útján. Az életútinterjúk időtartalma változó volt, 60 perctől négy és fél óráig terjedő tartamban. A széleskörű kutatási pillérekre épülő életútinterjúk lehetőséget adtak a felépülés árnyalt folyamatának megismerésére.

A kutatás helyszínéül szolgáló Ébredések Alapítvány rövid bemutatása:

Az alapítvány 1991-ben alakult az InterCom ZRT jóvoltából az Ébredések című film magyarországi bemutatója után. Az alapítvány 1995 óta innovációs misszióval működő bölcső-

szervezet, amely partnereivel létrehozta a közösségi pszichiátriát Magyarországon és számos civil szervezetet (pl. Pszichiátria Érdekvédelmi Fórum, Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért, Gyöngysor Alapítvány). Az alapítvány egyik fő célja a mentális zavarral élők stigmatizációja elleni küzdelem és a társadalmi befogadás. A szervezet missziója az érintettek felépülésének segítése, amely által kezükbe vehetik a saját életük irányítását. A rehabilitációs folyamatban, és a közösségi pszichiátriai ellátásban a mentális zavarral élő személyt szabad, felelős és egyenrangú közreműködőknek tekintik. A felépülés útját szakemberek (multidiszciplináris teamben) és önszolgáltató csoportok (pl. Hanghalló csoport) egyaránt kísérik. Szervezeti kultúrájuk is a felépülés köré szerveződik. Az alapítvány honlapján a következőt olvashatjuk: „Nem engedjük, hogy az intézmény uralkodjon a felhasználókon, azt akarjuk, hogy az ő szükségleteik határozzák meg a mi működésünket. Ettől jó itt dolgozni” (<https://ebredések.hu/rolunk/what-we-do/> letöltés dátuma 2019. július 16.).

A kutatásban szereplők jellemzői kapcsán még elmondható, hogy 9 fő diplomával, 6 fő középiskolai végzettséggel, 1 fő 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezett. Olyan személyekkel készítettem interjút, akiket az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai koordinátori feladatait betöltő intézetvezető pszichiáter objektív (lásd a korábbiakban bemutatott felépülés objektív szempontjait) szempontok alapján felépültnek tekintett, illetve maguk is felépültként tekintettek önmagukra. Az interjú alanyok közül heten tapasztalati szakértőként az Ébredések Alapítvány önszolgáltató mozgalmában aktívan részt vesznek a mindennapokban. Két fő pedig professzionális segítővé vált időközben és szociális munkásként ugyan a szociális munka más alkalmazási területén, de segítőként dolgozik. A legfiatalabb interjú alany 25 éves a legidősebb 65 éves volt.

Kutatási eszköz

Kutatásom során félig strukturált életútinterjúkat készítettem. A kutatásban önkéntesen vettek részt az interjúalanyok. Belegyező nyilatkozat (lásd melléklet) aláírásával hozzájárultak az interjú rögzítéséhez és az interjúanyag felhasználásához jelen munkához kapcsolódóan. Az interjúalanyok élettörténeteiből készült esetismertetések a mellékletben megtalálhatóak. Az anonimitás megőrzése végett a neveket megváltoztam.

A félig strukturált életútinterjú pillérei a következők voltak:

1. Élettörténeti csomópontok áttekintése, jelen helyzet.
2. Az interjú alany mentális zavarának megismerése.
 - tünetek, tünetmentesség
 - milyen rehabilitációs szolgáltatásokat vett igénybe?
 - milyen gyógyszeres terápiában részesül jelenleg?
 - mikor volt legutoljára állapotrosszabodása?
3. Identitás, viszony a megélt mentális zavarhoz. Stigmatizáció kezelése.
 - Mit gondol a mentális zavaráról?
 - Hogyan viszonyul a mentális zavarához?
 - Érte önt hátrányos megkülönböztetés a mentális zavara végett? Ha igen az élete mely területén?

- Mit gondol a mentális zavarokhoz kapcsolódó előítéletről?
 - Ön hogyan viszonyul a stigmatizációhoz?
 - Mit gondol, mit lehetne a stigmatizáció ellen tenni?
4. Életviteli készségek, önállóság, hatékonyság, kompetenciák.
 5. Tevékenységek, aktivitás (mivel foglalja el magát/-munka, tanulás, szabadidős tevékenység.
 6. Kapcsolati háló, kötődések, társas támogatás, szociális kompetencia tényezők.
 7. Önbecsülés, önértékelés, önhatékonyság.
 8. Szerep identitás, az interjú alany helye a világban.
 9. Személyes felelősségvállalás, „önmenedzselés”
 10. Belső erőforrások: vágyak, törekvések, célok.
 11. Család, mint erőforrás.
 12. Külső erőforrások megléte / szükséges anyagi és intézményi források, segítő hálózat, önsegítés.
 13. Megerősítő környezeti tényezők. Befogadás, az individualitás és személyes szükségletek akceptálása, ösztönzés, inspiráció, fejlődés lehetősége.
 14. Az élet élésének külső realitásai, keretei. A mai magyar társadalmi viszonyok között milyen lehetősége van a mentális zavarral élő embereknek?
 15. Mit gondol a felépülésről?
 16. A változás iránti attitűd / kimeneti várakozás, remény, optimizmus.

Miért is épül a kutatás ezekre a pillérekre? A felépülés szakirodalmi háttere és a klinikumban, közösségi pszichiátriai ellátásban eltöltött évek tapasztalatai, kutatási hipotéziseim alapján definiálódtak a félig strukturált életútinterjú kérdéskörei. A kutatásom fókuszában nem a mentális zavar epigenezise illetve patogenezise áll. Ugyanakkor fontos látni, hogy hogyan alakult ki a mentális zavar az adott személynél, milyen különbségek milyen hasonlóságok érhetőek tetten az interjúalanyok életében. A mindennapi életünkben láthatjuk, hogy a mentális zavarhoz erős stigmatizáció kapcsolódik. A felépülés útján a legnagyobb akadályt maga a stigma adja, ami lehet megélt stigma vagy önstigma. Fontosnak tartottam, hogy megismerjem interjú alanyaim identitás tudatát. Hogyan viszonyulnak a mentális zavarhoz. Mit gondolnak a stigmatizációról, milyen megoldást tartanának célravezetőnek a stigmatizáció kezelésére. Gyakran látjuk, hogy a mentális zavarral élő személyek a mentális probléma következtében kiesnek a társadalomba integrált, aktív élet teréből, és izolálódnak. A külső és belső erőforrások beszűkülnek. A közösségi pszichiátriai ellátási tapasztalatok megmutatták számomra, hogy a család, mint erőforrás, hogy a barátok támogató szerepe kulcsfontosságú a mentális zavarral élő személyek fejlődéséhez, felépüléshez vezető útján. Kíváncsi voltam arra, hogy az interjú alanyok hogyan látják a családtagok és a barátok szerepét a felépülésben. A mentális zavarral élő emberek mindennapi élet éléséhez szükséges készségeik gyakran nem elégséges szinten vannak jelen. Fiatal felnőttként lehet, hogy nem is volt lehetősége, szüksége ezen készségek használatára, de az önálló élet éléséhez ezek elengedhetetlenek. Közösségi pszichiátriai ellátás egy komplex pszichoszociális

rehabilitációt biztosít a mentális zavarral élő emberek és családjuk számára. A rehabilitációban megjelenő stratégiák (pszichoedukáció, életviteli készségek tréningje, stresszkezelő stratégiák, speciális technikák) hozzásegítik a mentális zavarral élő személyt és családját, hogy megismerje, értse a mentális zavarát és képes legyen örömteli céljait elérni, a stresszhelyzetekben pedig asszertívan jelen lenni. A jó szolgáltatás tervezéséhez, nyújtásához látnunk kell, hogy milyen szolgáltatási elem az, amely hatékony a felépülés elősegítésében. A változás, fejlődés útján fontos, hogy motivált legyen a mentális zavarral élő személy és higgyen a változásban. Ehhez szükséges még egy humanisztikus segítő, akinek fontos a kliense fejlődése. A rehabilitáció kiinduló pontja a mentális zavarral élő személy örömteli céljai. Vajon ez hogyan jelenik meg a felépülés folyamatában? Sokszor reményvesztett, a pozitív változás esélyeit nem látó emberekkel kerülünk kapcsolatba a közösségi pszichiátriai ellátásban. A mentális zavar szenvedést okozó tartalma, a stigmatizáció, az elnyomó és nem partneri viszonyt létrehozó szolgáltatások sokszor elveszik a mentális zavarral élő embertől a vágyat, hitet az örömteli élettől. Ezen, hogyan lehet változtatni? A személyre szabott rehabilitáció hogyan segíti elő azt, hogy a kliens boldog, örömteli, sikeres életet élhessen? A professzionális segítségnyújtás mellett az önsegítő aktivitásoknak, a sorstársi segítségnek kiemelkedő szerepe van. Vajon az önsegítő csoportok, a tapasztalati és kísérő szakértők jelenléte elősegíti a felépülést? Az önsegítésnek milyen hozama van a mentális zavarral élő emberek életében? Ezekre a kérdésekre megpróbáltam választ kapni az interjúk során. A stigmatizáció kapcsán már említésre került a társadalmi elfogadás, befogadás. A felépülésre hat az, hogy milyen lehetőségek vannak az adott társadalmi keretek között. Ennek ismerete elengedhetetlen az esélyegyenlőség elősegítéséhez szükséges törekvések megfogalmazásához. Végezetül kíváncsi voltam, hogy az interjú alany mit gondol a felépülésről és az ő személyes jövőjéről.

A kvalitatív idiografikus módszerű kutatásom részletgazdag bemutatást tesz lehetővé. Az életútinterjúkból készült átiratot többször elolvastam, (ez az ún. „elmerülés az adatokban”: Smith és mtsai, 2009 idézi Rácz és mtsai 2006:323) miközben a kutatási hipotéziseimben megfogalmazott kérdésekre, állításokra kerestem a választ. Az életútinterjúk átolvasása, elemzése lehetőséget adott az élettörténeti csomópontok áttekintésére is. Milyen hasonlóságokat, különbözőségeket láthatunk a mentális zavarral élő emberek élettörténetében? Milyen tényezők játszhatnak szerepet a mentális zavar kialakulásában? Bár a kutatásom fókuszában nem ez állt (mint ezt a korábbiakban írtam), de az interjúk feldolgozása ezen tényezők megismerésére is lehetőséget adott. Az egyes kibontakozó - a kutatási hipotéziseimben megfogalmazott- témákhoz az átiratokból idézeteket rendeltem, majd a témák közötti kapcsolatkeresés során a témákat és a hozzájuk kapcsolódó idézeteket - külön dokumentumban – összegyűjtöttem. Ezután meghatározásra kerültek azok a felépülés pillérek, melyek minden vagy a legtöbb résztvevőnél megjelentek, valamint azok, amelyek speciálisan egy-egy résztvevőnél figyelhetők meg. Ezek az eredmények rácsengnek a kutatási hipotézisekben megfogalmazottakra, a tapasztalati szakértők által megosztott beszámolókra, és a közösségi pszichiátriai ellátásban szerzett saját tapasztalataimra.

Az így kapott eredmények alapján mutatom be a felépülést elősegítő tényezőket.

VI. Eredmények

Az életútinterjúk feldolgozása igen változatos képet ad a felépülésről a felépülést elősegítő tényezőkről. Mégis elmondható, hogy vannak jellegzetességek, kulcselemek, melyek a felépülés útján fontos előrevivő szerepet játszanak.

Felépülést elősegítő tényezők az interjúalanyok meglátása szerint:

- akaraterő, önhatékonyság hite
- örömteli célok
- támogató családi és baráti kapcsolatok
- inspiráló, támogató személy
- közösségi pszichiátriai ellátás, családgondozás (hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégiák)
- elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat
- önsegítés, sorstársi segítség
- spiritualitás
- munkavállalás

A felépülés definiálásában a mentális zavarral élő személyek szempontjai a legfontosabbak. A felépülés tényezőinek ismerete elősegíti a személyre szabott hatékony pszichoszociális rehabilitációt, a felépülésértékekre épülő rehabilitációs szolgáltatást.

Patricia Deegan tapasztalati szakértőként később pedig pszichológusként segíti mentális zavarral élő embertársait. Számos a mentális zavarból való felépüléssel foglalkozó szakirodalom köthető személyéhez. Deegan és kutatócsoportja 2006-ban Kansasben kvalitatív módszereket használva megpróbálta feltárni, hogy milyen tényezők segítik a mentális zavarral élő személyeket a mentális zavar következményeivel való megbirkózásban, az akadályozottság leküzdésében. A kutatásban 29 fő vett részt, 10 férfi és 19 nő 20 és 69 év között. Diagnózisukat tekintve szkizofrénia, bipoláris zavar súlyos depressziós rendellenesség és személyiségzavar. A kutatásban résztvevő személyek közel fele szerhasználó is volt. A résztvevők közül három fő nem szedett a mentális problémája kapcsán gyógyszereket az interjú idején. Minden interjú alany részt vett pszichiátriai járóbeteg kezelésben. A félig strukturált interjúkat a kliensek otthonában készítették el. Az interjúk elkészítése előtt egy könyvtárban volt találkozó ahol a kutatás céljáról, módszéről tartott előadást Patricia Deegan. A találkozón Deegan először, mint szakember mutatkozott be ezután osztotta meg a résztvevőkkel a mentális zavarral való személyes érintettségét. Ezzel a megbízhatóbb légkör kialakítása volt a célja. A félig strukturált interjúkat Amedeo fenomenológiai módszerével elemezték, amely a résztvevők tapasztalatainak kontextuális megértéséhez vezetett. Az eredményeket többször megvitatták egy kutatási fókuszcsoportban mentális zavarral élő személyek részvételével. A kutatás eredményekén elmondható, hogy az interjúalanyok a gyógyszeres terápia mellett fontosnak tartják a felépülés elérésének szempontjából:

- a tevékenységeket, melyek értelmet és célt adnak az életnek,
- a személyre szabott gondozást,

- a társadalmi szerepek pozitív értékelését, mely növeli az önbizalmat,
- az önsegítést,
- a munkát,
- a másoknak való segítést,
- időt tölteni szeretteivel,
- természetben létezést (Amering, Schmolke 2008).

A következő ismertetésre kerülő kutatás a Scottish Recovery Network (SRN) felépülés tényezőit feltáró kutatása. A skót mentális egészségügy szakemberei 2006-ban missziójuknak tartották, hogy feltárják a mentális zavarból való felépülést elősegítő és akadályozó tényezőket. A kvalitatív kutatás módszertanát alkalmazták. A szakemberek abban reménykedtek, hogy a kutatás eredményeként a személyes élettörtétek megismerésén túl sikerül azonosítani azokat a tényezőket mely az interjúalanyok felépülésében kulcsszerepet játszottak. A kutatást vezető szakemberek azt gondolták, hogy az egyes történetekből összegyűjtött „anekdotikus bizonyítékok” segíthetik a mentális zavarból való felépülést elősegítő tényezők megértését és az egészségügyi politika és jó gyakorlatok fejlesztését Skócia minden területén. A kutatási projekt abból a feltevésből indult ki, hogy az interjúalanyok által megosztott élettörténetek különféle hivatkozásokat tartalmazhatnak szolgáltatások és programokra vonatkozóan (orvosi ellátás, lakhatás, szociális munka, önkéntesség), valamint arról, hogy a tágabb társadalom hogyan befolyásolja a gyógyulást. A kutatás 2005 folyamán Skócia hat különböző helyszínén zajlott. A kutatásban 67 mentális zavarral élő személy vett részt. Az élettörténeteket félig strukturált interjúkban gyűjtötték össze. Bár a kutatás csak pillanatképet adott, de mégis jól tükrözi a felépülési folyamatokat. A kutatók arra a következtésre jutottak, hogy több információhoz lehet jutni a felépülést elősegítő tényezőkkel kapcsolatban, ha azokkal, akikkel interjút készítettek 3-5 éven belül megismételnék az interjút. További következtetésként megemlítik, hogy a felépülés faktorjainak a feltárásában szükséges a hozzátartozókkal és a mentális zavarral élő személyt segítő szakemberrel is interjút készíteni. A narratív kutatásban feltárt a felépülést elősegítő tényezők:

- pozitív szemlélet kialakítása magadról és a jövő reményének megteremtése,
- értelmes tevékenységekkel és céllal rendelkezik az életben,
- tevőleges részvétel az életben, személyes döntéshozatal,
- támogató kapcsolatok
- a gyógyító kezelések és támogatások megfelelő keveréke.

További kutatási következtetésként elmondható, hogy jó alapot teremt a felépülésre:

- ha van egy biztonságos hely ahol a mentális zavarral élő személy elindulhat a felépüléshez vezető utazásban,
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége,
- a felépülést elősegíti, ha mentális zavarral élő személy hisz a felépülés lehetőségében; felépülés reménye erősíti az önértékelést és a magabiztosságot,
- kontrol a saját mentális állapot felett, tünetek kontrolálása,
- az élet pozitívumainak a keresése,

- a megfelelő támogatás és gyógyítás megtalálása,
- az élet jelentésének és a személyes céloknak a meghatározása (Amering, Schmolke 2008).

Andresen és munkatársai (2003, Slade 2009) kísérletet tesznek a felépülés definiálására, a mentális zavarral élő személyek felépülésről alkotott véleményének feltárására és a felépülési modell kidolgozására. Áttekintették a skizofrénia vagy más súlyos mentális zavarban szenvedő emberek megosztott tapasztalati beszámolóit a felépülésről, a felépülés fogalmáról szóló felhasználói cikkeket, valamint a felépülésre vonatkozó kvalitatív kutatást és elméleti irodalmat. A felépülés fogalmát a felhasználók által használt fogalmak alapján keresték. A felhasználók által használt felépülés meghatározását úgy azonosították, mint a mentális zavar következményeitől való pszichés gyógyulást. Négy kulcsfontosságú felépülési folyamatot azonosítottak:

- remény megtalálása,
- az identitás helyreállítása,
- az élet értelmének megtalálása,
- felelősségvállalás a felépülésért

Öt fázist azonosítottak:

- moratórium,
- tudatosság,
- előkészítés,
- újjáépítés,
- növekedés (lásd részletesen a Mít jelent a felépülés? fejezetet).

Kutatásom korlátai

A rövid szakirodalmi kitekintés után beszélnem kell a kutatásom korlátairól, a kapott eredmények értelmezhetőségéről, és ezekből általános következtetések levonásáról.

A kutatásom helyszínéül szolgáló Ébredések Alapítvány a hazai közösségi pszichiátriai ellátás módszertani intézménye, a közösségi pszichiátriai ellátás programjának egyik megalotója. A közösségi pszichiátriai gondozó képzésben oktatóként eltöltött évek tapasztalata, az ellátásban dolgozó szakemberekkel való találkozás alapján elmondható hogy a hazai közösségi pszichiátriai ellátás töredékes. Nem minden szolgáltatónál jelenik meg módszer hűen az 1/2000 SZCSM rendeletben szabályozott alapellátás. Van olyan közösségi gondozást biztosító szolgáltatás ahol a közösségi gondozás a hozzátartozók bevonása nélkül, intézményi keretek között és nem a kliens otthonában a természetes támaszként jelenlévő hozzátartozók bevonásával valósul meg. Ez a töredékesség az esetvitelt támogató dokumentációjában is tetten érhető. További nehézség, hogy (a korábbi fejezetben ismertetésre került) nem minden mentális zavarral élő személy tudja igénybe venni a közösségi pszichiátriai ellátást illetve a pszichiátriai betegek nappali ellátását. A szolgáltatási kapacitások nem minden településen jelennek meg. Így látnunk kell, hogy a kutatásban felépülést elősegítő tényezőként megjelenő faktor a „közösségi pszichiátriai ellátás, családgondozás (hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégiák)” nem minden mentális zavarral élő felépült esetében releváns. A közösségi pszichiátriai ellátáshoz hasonló-

an az önsegítő aktivitások elérhetőségében is vannak egyenlőtlenségek. Az önhatékonyság hite, akaraterő szoros összefüggésben van a pszichoszociális rehabilitációban elért sikerekkel.

Azt láthatjuk, hogy a felépülés lehetősége elérhetőbb olyan településen élő emberek esetében, ahol a hozzáférés biztosított a felépülést támogató pszichoszociális rehabilitációt nyújtó szolgáltatásokhoz, az önsegítő erőforrásokhoz.

A felépülést elősegítő tényezők megismerését hatékonyabbá tette volna, ha családtagokkal és a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó szakemberekkel is készítettem volna interjút.

Az elkövetkező fejezetekben a felépülést elősegítő tényezők bemutatására kerül sor a félig strukturált interjúkra támaszkodva.

VII. Megbeszélés

„Kezd élni az életedet, ne a diagnózisodat..... A diagnózisom nem határoz meg. A tiéd sem határoz meg téged. Nem úgy épülünk fel, mint ahogy egy autó megjavul. Aktívnak kell lennünk. A felépülés azt jelenti, hogy megismerjük belső bölcsességünket, megtanulunk beszélni a szakemberekkel, és meghozhatjuk a nekünk megfelelő döntéseket.” (Deegan 2019)

1. Élettörténeti csomópontok áttekintése. Stressz, bántalmazás, trauma.

Bár a kutatásom fókuszában nem a mentális zavarok kialakulásához vezető tényezők feltárása, bemutatása áll, de mégis fontos röviden az élettörténeti csomópontok feldolgozásának eredményét áttekinteni. Az interjúk elemzése során két fontos tényező körvonalazódott, a stressz szerepe és a trauma, amit a mentális zavarral élő személyek megéltek, és amelyeket mint sebeket hordoztak magukkal. Mára már tudjuk, hogy a mentális zavarok nem csak biológiai tényezőkkel függenek össze, hanem a mindennapi életben keletkezett stresszek is hatnak rájuk (Harangozó 2018). A stressz fogalmát eredetileg Selye János vezette be, magatartás- orvostan területén, mint pszichoszociális eredetű feszültség fogható fel. Az ember társas közegben él, feszültségforrásai is innen származnak (Tringer 2010; Bulyáki, Szécsi 2018). Kétféle stresszt különíthetünk el a környezeti és az életeseményeket. A környezeti stressz, melyet a közösségben napról napra átélt konfliktusos események során megélünk. A családi életben, a szociális és szabadidős tevékenységek, a munkavégzés közben az egyént ért stressz összessége. A stresszt nehéz mennyiségileg meghatározni. A családi életben jelentkező stressz kifejezésére a következő két index szolgál: az „expressed emotion” a kifejezett érzelmek (Falloon 1998) és a „family burden”, vagy a családi terhek (Falloon 1998). A mindennapi stressztényezők között kiemelkedő jelentősége van az emberi kommunikációnak. Különösen a túlzottan aggódó és ugyanakkor ellenséges, kritikus kommunikáció lehet megterhelő. Ezért is fontos a hatékony stresszkezelés elsajátítása, melyről a későbbiekben még lesz szó. Ma már tudjuk, hogy a környezeti tényezők „bevésődnek” a génjeinkbe, nyomot hagynak bennünk és megváltoztatják a belső világunkat (Harangozó 2018). Az újabb kutatások tanulságai szerint az előző generációk történelmi és személyes traumáit mindnyájan hordozzuk és tudattalanul is hatnak ránk. Holocaust-túlélők leszármazottainál érzékenyített stresszrendszer „íródik be” egyes génekbe, másoknál viszont nagyobb ellenállóképesség öröklődik (R.Yehuda és mtsai 2016; Harangozó 2017 Közösségi Pszichiátriai Konferencia). Az életesemény kifejezést a jól elhatárolható eseményekhez kapcsolódó stressz megnevezésére használjuk, mint például közeli barát/ rokon elvesztése, munkahely elvesztése, párkapcsolat/házasság felbomlása (Falloon 1998). A magyar Selye János igazolta, hogy a stressz lehet pozitív, amikor is sikeresen megküzdünk valamivel. Amennyiben túlterhel bennünket a stressz, létrejön a kimerülés. Fontos látnunk, hogy különbözőképpen küzdünk meg a stresszel terhelt élethelyzetekkel. Vannak olyan fiatal felnőttek, akiknek nehezebben megy a mindennapi élet problémáival való megbirkózás. Vannak, akiknél fennállhat a mentális zavar kialakulásának az esélye. A sérülékenység- stressz modell szerint a mentális zavarral járó károsodás megnyilvánulásának valószínűsége akkor a legnagyobb, amikor a sérülékenységi és a stressz tényezők kombinációja meghaladja az adott személy bio-pszichológiai alkalmazkodó

képességét, és kiváltja azokat a válaszreakciókat, amelyek az adott személy mentális zavarát jellemzi (Falloon 1998). A sérülékenység fogalma olyan tényezőket takar, amelyek hajlamossá teszik az adott személyt arra, hogy bármikor megjelenjenek nála bizonyos tünetek. A biokémiai változások önmagukban nem mindig elegendőek ahhoz, hogy mentális zavart idézzenek elő, de pszichológiai és szociális tényezőkkel együtt már kialakíthatnak hátránnyal járó mentális zavart (Falloon 1998). A hátrányos társadalmi helyzet és az urbanizáció elősegítheti a mentális és más egészségproblémákat. Az egyenlőtlenség fontosabb tényező, mint a gazdagság (Harangozó, előadásanyag kézirat). Rudolf Virchow az 1880-as évek közepén a betegségek háttérében a szegénységet, a munkanélküliséget, az iskolázottság hiányát és a politikai elnyomottságot látta. Friedrich Engels a szegénységet és a munkanélküliséget tartotta a megbetegedések előidézőjeként. Az 1800-as évek végén Durkheim az öngyilkosságok gyakorisága mögött sokkal inkább társadalmi, semmint individuális okokat írt le (Kapócs 2010).

„Az se jó, ha az ember túl jó, mert sérülékenyebb lesz.” (Magdolna)

Régebbi elképzelések szerint a mentális betegségek esetében az agy eltéréseit hangsúlyozták, amit legtöbbször úgy képeltünk el, hogy ezek adottságok. Ma már tudjuk, hogy a környezeti tényezők fontos szerepet játszanak a mentális zavar kialakulásában. Szinte minden mentális zavar mögött van bántalmazás vagy trauma (Harangozó 2018).



15. számú ábra

Frida Kahlo: A megsebzett szarvas 1946

Patricia E. Degan újraértelmezte a lelki egészség legnagyobb problémájának tekinthető pszichotikus állapotot, e felfogás szerint többnyire a korai gyermekkorban fennálló traumatikus, stresszes életkörülmények és életesemények sorozatából eredeztethetőek (Mérey 2019).

Harangozó szerint jelentős a kapcsolat az érzelmi, fizikai, szexuális zaklatás és a disszociatív tünetek kialakulása között szkizofréniával diagnosztizáltak körében. Egyes tanulmányok azt mutatják, hogy a gyerekkori trauma és zavarok kialakulása a szkizofrén spektrumú disszociációt közvetítheti (Harangozó et al. 2015). Varese, Barkus, Bentall tanulmányukban kutatásuk eredményeképpen a gyerekkori szexuális bántalmazással hozzák összefüggésbe a hallucinációk kialakulását (Varese F, Barkus E, Bentall RP.2012). Romme-Escher (1989,1993,2000) és Read (2005) kutatásaikban kimutatták, hogy az átélt traumák számával szignifikánsan nő annak a veszélye, hogy valaki pszichotikus jelenséget megtapasztaljon (Romme, Escher, Dillon, Corstens, Morris 2009).

A traumás zavarok sprektuma az egyszeri esemény viharos hatásaitól, a hosszantartó, visszatérő bántalmazás összeszedettebb hatásáig terjed. Miként a traumatizált embereknek, nekünk is meg kell értenünk a múltat, hogy magunkénak tehesük a jelent, a jövőt (Herman 2011).

„Örömteli gyerekkorra emlékszem, de sajnós az én anyukámat bántalmazta az apukám és én erről nagyon sokáig nem beszéltem még a doktornőnek sem. Valószínűleg tabunak tekintetem, vagy szégyelltem. Vagy arra gondoltam, hogy ez más családban is így van, csak nem beszélnek róla. Tehát voltak olyan éjszakák, amikor repültek a pofonok és engem, a puffogást nem akarta anyukám, hogy halljam, átvitt a szomszédba aludni. És akkor én hallottam, hogy ő kiabál és sír és veszekszik az apukámmal. A lépcsőházba kihallatszott és én a szomszéd családban kellett, hogy aludjak, amik nagyon rossz éjszakák voltak. Erre nagyon rosszul emlékszem vissza. És hát aztán született egy öcsém, ebbe a rossz házasságba majd tíz év, kilenc évre rá, akinek én nagyon örültem, hogy lett egy testvérem. De amikor ő egy éves volt, anyukámék el is váltak. És aztán most felnőttkorban örülök, hogy van egy öcsém, meg lett egy unokaöcsém.” (Annamária)

A gyermekekkel és felnőtt emberekkel szemben elkövetett bántalmazásnak különböző megjelenési formái lehetnek. A bántalmazás típusainak bemutatása előtt fontos néhány fogalmat tisztázni.

Veszélyeztettség

Olyan magatartás, mulasztás miatt kialakult állapot, mely a gyermek és a fiatal felnőtt testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését akadályozza vagy gátolja (Vizi, Ferenczi-Dallos 2015; Bulyáki, Szécsi 2018).

Elhanyagolás

Minden olyan mulasztás vagy baj okozása (ez lehet szándékos, vagy óvatlanságból, nemtörődömségből eredő), mely árt a gyermek egészségének, akadályozza vagy lassítja szomatikus, mentális vagy érzelmi fejlődését (Vizi, Ferenczi-Dallos 2015; Bulyáki, Szécsi 2018).

Az elhanyagolás fajtái:

Érzelmi elhanyagolás: érzelmi biztonság, szeretetkapcsolat hiánya.

A gyermek érzelmi szükségletei nincsenek megfelelően kielégítve, de ez nehezebben tetten érhető, mint a fizikai elhanyagolás, mert a külvilág számára az látható, hogy a szülő megfele-

lően gondozza, ápolja, neveli a gyermekét, de egyébként érzelmileg nincs közöttük semmilyen szülő-gyermek kötődés, kapcsolat (Révész 2004; Bulyáki, Szécsi 2018). Az érzelmi elhanyagolás egyik következménye, hogy nem alakul ki meleg, stabilitást, biztonságot jelentő szülő-gyermek kötődés, ehelyett egy ambivalens, bizonytalan, rideg kapcsolat jön létre közöttük. Aki érzelmileg ingerszegény környezetben nevelkedett annak a szociális készségei hiányosak lehetnek, ezek gátolják abban, hogy barátokat szerezzen (Révész 2004).

Fizikai elhanyagolás:

Alapvető fizikai szükségletek, higiénés feltételek hiánya. Ide tartozik pl. a csecsemő, kisgyermek magára hagyása, a gyermek védelmének elmulasztása, az orvosi ellátás késleltetése, a gyermek egészségének veszélyeztetése. (Vizi, Ferenczi-Dallos 2015; Bulyáki, Szécsi 2018). Ennek hátterében az állhat, hogy gondozói készségek hiányában nem reagálnak a gyermek szükségleteire, ha mondjuk éhes, szomjas, álmos. Továbbá előfordulhat az is, hogy a szülő szociális helyzete miatt nem képes megfelelően kielégíteni a szükségleteit, mert nincs meg hozzá például a megfelelő anyagi forrása (Babit 2005). Közrejátszhat az is, hogy a szülő egyedül neveli a gyermekét és nincs segítő, védő családi háttere, akikre tudna támaszkodni bármilyen probléma esetén. Továbbá maga a szülő folytathat olyan önpusztító tevékenységet, mint a prostitúció, szerhasználat, önsértés, ami által veszélyezteti gyermeke testi épségét, vagy éppen ezek miatt a kiskorú nem részsül megfelelő ellátásban (Herczog 2007).

Oktatási, nevelési elhanyagolás:

Az iskolalátogatás kötelezettségének elhanyagolása, az iskolai feladatok figyelmen kívül hagyása. (Vizi, Ferenczi-Dallos 2015).

Bántalmazás

Ha valaki testi, lelki sérülést, szenvedést, fájdalmat okoz egy gyermeknek vagy felnőttnek, vagy a gyermek sérelmére elkövetett cselekményt nem akadályozza meg, illetve ha nem jelenti.

A gyermekbántalmazás fajtái:

Érzelmi bántalmazás:

Gyermek vagy felnőtt érzelmeivel való tartós vagy rendszeres visszaélés, a gyermekben az értéktelenség, hasznavehetetlenség érzésének keltése. Ide tartozik a bántalmazással, erőszakkal való rendszeres fenyegetés. A szorongás keltése, megszegényítés, állandó kritizálás, érzelmi zsarolás, a gyerek kihasználása. Érzelmi bántalmazás, amikor a gyerek tanúja mások bántalmazásának. Ide tartozik még a különélő szülővel való kapcsolat akadályozása is (Vizi, Ferenczi-Dallos 2015).

Néhány példa az interjúalanyok által megélt bántalmazásokra:

„a mai napig az apukám nem is akar velem találkozni. Hárítja a találkozásokat, lemondja a kezdeményezéseimet. És ezt is egyfajta bántalmazásnak élem meg... És ez nekem olyan borzasztó

fájdalom, hogy ennyire nem kíváncsi, hogy ennyire ignorál az életéből a saját apukám, hogy ez nekem egy nagyon nagy fájdalom. Feldolgozni, hogy ennyire nem kíváncsi a gyerekére.” (Annamária)

„Mér földkő volt, hogy a szüleim elváltak. 6 éves voltam, amikor külön váltak” (Bence)

„Egy első törés az életemben volt a nagymamám halála, mert nagyon szerettem őt és ő nevelt, mert akkor még nem volt gyés gyed meg ilyenek, úgyhogy a szüleim dolgoztak, nővérem is segített azért, mert ő 7 évvel idősebb nálam. De nagymamám volt nagyon sokat velem, úgyhogy azt gondolom, hogy ez egy nagyon nagy törés volt, emlékszem, hogy akkor nagyon kivoltam nagyon sírtam, hogy elment. Aztán meg jött a tinédzser kor annak mindenféle kellemes és kevésbé kellemes oldala, úgyhogy ez aztán végül is feldolgozásra került. A szüleimnek a házassága nagyon hektikus volt, nagyon sokat veszekedtek, bántalmazás nem volt, de nagyon sokat veszekedtek, ami nagyon megviselt, főleg hogy nővérem férjhez ment, amikor 13-12 éves voltam és akkor egyedül maradtam ugye velük. Úgy éreztem, hogy én vagyok a mérleg, az is vagyok horoszkópot tekintve, de egy mérleg is voltam a két szülő között végül is őket összetartottam.” (Cili)

„A szüleim azért veszekedtek, elég sokszor... Ez után csapás csapás hátán ért engem.” (Imre)

„Anyám kórházban hagyott. Állami gondozásba kerültem...” (Sámuel)

„Én teherbe estem, és el kellett vetetnem a gyereket. Amikor fiatal voltam és szerelmes, nem értettem a dolgokat, zsidó gyerekelem lett volna, de mivel nem vettem fel az ő zsidó vallásukat, nem szülhettem meg a gyereket..... Óriási trauma mikor valaki elveszíti a gyereket. Nem mehettem haza terhesen, nem volt hova menni, vártam a gyereket. Mérhetetlen torzulásokat okoz egy abortuszos nő élete, nem feltétlenül önként végzi ezt az abortuszt.” (Magdolna)



16. számú ábra

Frida Kahlo: *Henry Ford Kórház vagy A repülő ágy (Henry Ford Hospital)* 1932

Fizikai bántalmazás:

Fizikai sérülés okozása.

„A sógorom rendszeresen fojtogatott, bántalmazott, terror alatt tartott, rendszeresen járt hozzánk. Az evéssel meg mindennel piszkált. A kamasz lányok ilyenkor kezdik felismerni a testüket, hogy nagylány lesz a kislányból.” (Emma)

„És akkor bepörgött valamiért és nekem esett a sodrófával. Kitekertem a kezéből és bevágtam a kemencébe” (Sámuel)



17. számú ábra

Frida Kahlo: *Unos cuantos piquetitos!* 1935

Szexuális abúzus

A gyermek vagy fiatal szexuális tevékenységre való kényszerítése vagy csábítása, függetlenül attól, hogy az áldozat tisztában van e azzal, hogy mi történik vele.

Az is előfordulhat, hogy a bántalmazó a rokonával létesít szexuális kapcsolatot.

„Nem volt magánszférám, befelé forduló lettem a sógorom miatt, előtte sikeres gyerek voltam a középpontban. Családon belüli erőszakról beszélhetünk, amit a sógorom csinált velem. Sikerült neki a szüleimet ellenem fordítani. . Én nem mertem elmondani, hogy bántalmaz a sógorom. Apuék teljesen ellenem fordultak. Kamasz koromban elhittem, hogy kövér vagyok, csúnya vagyok, nagy a fejem, amiket mondott. Odáig fajult a dolog, hogy nem ettem, eleinte csak nem volt étvágyam, de 16 éves koromra 36 kilóval kórházba kerültem. Kérdezték az orvosok, hogy miért csak akkor vittek be. „ (Emma)

Egyéb formák:

- *koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra való kényszerítés*
- *szociális bántalmazás alatt értjük a bántalmazott bezárását, a lakóhely elhagyásának akadályozását, szociális kapcsolatok korlátozását, lehetetlenné tételét.*
- *gazdasági bántalmazás elsősorban partnerkapcsolatban élők között lép fel*

„ A szüleimet nem is érdekelte a dolog, anyagi segítséget sem kaptam, nem kaptam támogatást tőlük.”(Emma)

A gyermekbántalmazás különleges formái:

- Méhmagzatot károsító magatartás: ha a várandós nő életmódjával veszélyezteti magzata egészségét (pl. drog, alkohol fogyasztása, dohányzás, prostitúció). A várandós nő bántalmazása is ide sorolható. Ebbe a csoportba tartozik az újszülött megölése is.
- Alkohol és drogabúzus : a szülők szerhasználatának olyan következményei lehetnek amelyek a gyermekre veszélyt jelenthetnek.
- „Münchenhausen by proxy”. Súlyos következményei lehetnek e bántalmazási formának. A bántalmazást azért követi el a gyerekénél szándékosan a szülő (szándékosan betegséget okoz) hogy ezáltal kapjon figyelmet.
- A gyermek önbántalmazása. Az önsértés, melynek súlyos formája az öngyilkossági kísérlet (Vizi, Ferenczi-Dallos 2015).
- Kortársak egymás közötti bántalmazása. A gyermeket, serdülőt nem csak a családon belül érheti bántalmazás, trauma, hanem az iskolában a kortársaik által is, amit bullyingnak nevezünk. Egyik formája, amikor fizikai erőszakhoz fordulnak, ami megjelenhet ütés, verés, rúgás vagy akár viselkedéses agresszióban, amikor követelhetik az áldozattól, hogy adja nekik oda az otthonról hozott élelmét. Másik típusa a szóbeli, verbális, ebben az esetben a gyengébbik fél állandó csúfolásnak, gúnyolásnak van kitéve a társai által (Révész 2007).

A bántalmazás sokszínűségét ismerhettük meg a fentiekben melyek gyermek és felnőttkorban egyaránt kialakulhatnak. A traumák mögött meghúzódhatnak természeti katasztrófák más életeseemények is, melynek az egyén számára trauma hozama van és a mentális probléma kialakulásához vezethet. A trauma pillanatában az áldozat tehetetlen az őt érő erőbehatással szemben. Ha a traumát valamilyen természeti erő okozza, katasztrófáról beszélünk. Amennyiben emberek az előidézői akkor erőszokról beszélünk (Hermann 2011). A traumát Juliet Mitchell következőképpen fogalmazza meg: „A trauma – legyen fizikai vagy pszichikai természetű – valamely védőréteg olyan mérvű sérülése, hogy az már nem kezelhető azokkal a mechanizmusokkal, amelyekkel a fájdalmat és a veszteséget általában kezelni szoktuk. A sérülés annyira súlyos, hogy még ha számítunk is az esemény bekövetkezésére, a hatást akkor sem lehet megijósolni.” (Mitchell, 1999, idézi Pohárnok, Lénárd 2015:221). A 80-as években az Amerikai Pszichiátriai társaság úgy határozza meg a traumatikus eseményt, mint ami „kívül esik a mindennapi emberi tapasztalatok körén” (Hermann 2011). Mára már világos, hogy ez a meghatározás felülvizsgálatra szorul. A szexuális abúzus, az iskolai kortárs bántalmazás, a családon belüli bántalmazás és a bántalmazás egyéb formái nehezen nevezhető a mindennapi tapasztalatok körén kívül eső jelenségnek (Hermann 2011). A háborús traumákat szintén az emberi tapasztalat részeként kell tekintenünk. A traumatikus események a tehetetlenséggel és rettegéssel szembesítik az embert és katasztrófa reakciókat idéznek elő. A pszichés traumák közös jellemzője „az intenzív félelem, a kiszolgáltatottság, a kontrollvesztés és a megsemmisülés fenyegetésének” érzése (Hermann 2011). Hermann szerint a traumás reakciók akkor alakulnak ki, mikor az egyéni cselekvés hatástalan. Sem a küzdelem, sem a menekülés nem lehetséges, az ember önvédelmi rendszere túlterhelődik, működése felborul.

A legtöbb szerző szerint a trauma legfontosabb pszichés tényezői a következők:

- „a szokásos élethelyzetektől való extrém eltérés;
- a világ megbízhatóságában való hit összeomlása;
- a kiszolgáltatottság és fenyegetettség érzése;
- tehetetlenség, a helyzet felett való kontroll elvesztése;
- olyan élmény, esemény, amely meghaladja a mindennapiság szintjét;
- az áldozat világról kialakított kepe összeomlik;
- az én, a kapcsolatok és a világ egység-élménye szétesik” (Pohárnok, Lénárd 2015:222)

Herman (2011) szerint a pszichés trauma kutatásának három fontos szakasza az elmúlt százötven évben, mely köztudatban is megjelent:

Az első a tizenkilencedik század végére tehető, amikor többek között Jean-Martin Charcot, Pierre Janet és Sigmund Freud munkásságának eredménye képen a tudományos kutatások fókuszába került a hisztéria és a hisztériás páciensek. A hisztériás tünetek azonosításával, a tünetek eredetének részletekbe menő vizsgálatával ezek a szerzők betekintést adtak a traumatikus eseményekre adott elviselhetetlen érzelmi reakciók, testi tünetek, módosult tudatállapotok világába (Pohárnok, Lénárd 2015). A második szakaszban a pszichés trauma valóságát az első világháború katasztrófája hozta be újra a köztudatba. A harctéren jelentkező pszichés tüneteket eredetileg fizikai okoknak tudták be. Az angol Charles Myers a tüneteket annak tulajdonította, hogy a katonák a gránátrobbanások következtében agyrázkódást kapnak, a kialakuló idegrendszeri betegséget „gránátsokknak” nevezte el. Bár hamar nyilvánvalóvá vált, hogy a gránátsokk tüneteit pszichés trauma okozza. Az első és második világháborút, a vietnámi háborút követően született tudományos munkák sokasága arra törekedett, hogy rendszerezék a traumák okozta tüneteket. Ennek eredményeképpen született meg a traumás tünetegyüttes fogalma (Herman 2011). Ebben az időszakban változás állt be a pszichés traumáról való gondolkodásban is. A morális és jogi megítélést felváltotta az orvosi, pszichiátriai, pszichológiai szemlelet. Ekkor kezdték el használni „harctéri sokk” kifejezést, mely Ferenczi Sándor nevéhez fűződik. A harmadik szakasz a huszadik század hetvenes éveitől kezdődik, amikor a vizsgálatok fókusza a családokra helyeződik.

A feminista mozgalmak megerősödésének hozamaként jelent meg a köztudatban a nők elleni erőszak. Ezzel párhuzamosan került a figyelem középpontjába a gyermekek bántalmazása, a családon belüli erőszak.

A pszichiátriai ellátórendszerben dolgozóként sokszor találkozhatunk hosszantartó, ismételt gyerekkori traumák túlélőivel. Nem minden bántalmazott ember kerül a pszichiátria látókörébe, sokan önerőből épülnek fel a traumatizáltságukból. A pszichiátriákon ápolott emberek közül sokan gyerekkori bántalmazás túlélői. A pszichiátriai intézetekben bentlakó mentális zavarral élő személyek 50-60 százaléka, az ambuláns ellátás igénybevevők 40-60 százaléka számol be a gyerekkori testi, szexuális vagy mindkét típusú bántalmazásról (Hermann 2011). Egy pszichiátriai sürgősségi ügyeleten készült felmérés szerint az ott ellátott személyek 70 százalékának volt bántalmazásos múltja (Hermann 2011).

Beszélnünk kell még a korábbiakban már érintett generációkon átívelő traumákról, a transzgenerációs traumatizációról. A családterápia rendszerszemléletű megközelítése és a

kötődési elméletek osztják azt az álláspontot, hogy a kötődési stílus és a személyek közötti viselkedési mód a családon belül, ha egyszer kialakult, akkor az stabil marad (Havelka 2011). Ez a jelenség generációkon is átível (Havelka 2011). Traumatizáció hatására még a jól funkcionáló családok is problematikus családi viszonyokat alakíthatnak ki. Azokban a családokban ahol háború, erőszak, hosszantartó betegség, vagy váratlan haláleset, vagy öngyilkosság volt a trauma hátterében, a családban gyakorta diszfunkcionális interakciós minták jöttek létre (Havelka 2011). A szülők saját gyerekkori traumatizáltsága hasonló helyzetet eredményez. A traumatizált családokban sokszor nem kap a mindennapi élet, és ezzel együtt a családban élő gyermek megfelelő figyelmet. Sokszor tapasztalható bizalomhiány és csökkent bevonódás egymás iránt, vagy ezzel ellenkezőleg túlzott félelemmel átítatott bevonódás, nagyon erős összetartozás és túlzott védettség. A gyerekeket eltölthetik félelmek, melyeknek az okát nem tudják, megérezhetik, ami a szüleiknek, nagyszüleiknek fáj és próbálják azt elkerülni. Néha a gyerekeknek kell megtenni azt, amit a szülők nem tudnak.

*„Azért kellett szkizofrénné válnom, hogy valaki szembe nézzen a családi traumákkal”
(Zsuzsanna)*

A felmenők elszenvedett traumái nem tűnnek el nyomtalanul az utódokban élnek tovább.

„A holokauszt, a kitelepítés, a meghurcolás, a megkínzatos, a sok háború mind idesorolható, de transzgenerációs traumát okozhat a kegyetlen bánásmód a családban, az alkoholizmus, a bántalmazás, a kitagadás, egy eltitkolt gyerek. Bizonyos esetben nem is tudunk ezekről, és úgy tűnik, minél kevésbé van fogalmunk róluk, annál jobban hatnak, mert a tudattalanban átörökítődnék... A traumának van genetikai nyoma is, tehát a múlt beleivódik a génjeinkbe. A genetika nem egy statikus dolog, sokszor a környezeti tényezők aktiválják vagy gátolják egy génszakasz működését. A gén tulajdonképpen egy térképet ad a múltunkról és az életünkről, amit átörökítünk” (Hidvégi interjú részlet Harangozó Judittal 2019)

A holokauszt túlélőinek traumái gyermekeinek pszichológiai problémái gyakorta a szülői házban tapasztalt szorongás, a fel nem dolgozott veszteség és gyász jelenlévő érzésében gyökereznek (Békés 2008).



18. számú ábra

Generációk a deportáló vonatonál

Az interjú alanyaim között volt egy hölgy nevezzük Zsuzsának, aki harmadikgenerációs holokauszt túlélő. Ugyan ezt ő sokáig nem tudta, mert a családja eltitkolta előle. Zsuzsa szerint fordulópont volt, hogy elment agykontrolra, ami megváltoztatta a világról alkotott gondolatait és valamit megbolygatott benne. Zsuzsa 36 éves volt, amikor először tapasztalta a furcsa tüneteket. Kellemetlen gondolatoktól szenvedett. Félelem töltötte el, hogy baja eshet a családtagjainak. Nem mert kimenni az utcára, úgy érezte, hogy üldözik. A TV-ben a reklámok kellemetlen gondolatokat ébresztettek benne és női hangokat hallott. A hanghalláskor sikolyokat hallott. Először bekerült az OPNI-ba, ahol paranoid szkizofrénia diagnózist kapott. Egy pszichológus javaslatára kereste meg az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai centrumát 2007-ben. A közösségi pszichiátriai ellátás során a család bevonása is megvalósult a segítő folyamatban. Zsuzsa alternatív segítségként elment Hellinger csoportra, családállításra. A családgondozás aktív szakaszában kiderült, hogy Zsuzsa zsidó. A családja ezt a korábbiakban teljesen eltitkolta. Zsuzsa, ahogy visszaemlékezik 16 éves lehetett, amikor a nagynéni temetésén zsidó szertartásnak megfelelően volt a temetés. Akkor már sejtette, de nem tudta, hogy ő is zsidó származású. Édesanyja nem gyakorolta vallását és Zsuzsa véleménye szerint édesanyja nem is tudott a zsidóságával azonosulni. A közösségi pszichiátriai ellátás során számos családi tabu került a felszínre. Zsuzsa megtudta, hogy anyai nagymamája megjárta az auschwitzi koncentrációs tábor, hogy nagypapája nem vérhas áldozata lett, hanem öngyilkos volt. Kiderült még, hogy akiről Zsuzsa azt tudta, hogy az anyai nagymamája az a hölgy igazából az édesanyja nagynénje. Amikor Zsuzsa nagypapája öngyilkos lett a család a nagymamát hibáztatta és a gyereket elvették tőle. A Hanghalló önszegítő csoportra rendszeresen jár. Zsuzsa részt vett a Hanghalló csoport által szervezett tréningen, amit a skót származású Ron Coleman vezetett, aki tapasztalati szak-

értő, hanghallóknak nyújt segítséget és felépülés farmot működtet. Coleman szerint a legtöbb esetben a hangok utasításokként vagy negatív megjegyzéseként jelennek meg, sikolyokat a zsidók hallanak. Ekkor lett világos Zsuzsa számára, hogy a hangok, amiket hall azok *a gázkamrában haldokló emberek sikolyai lehetnek.* (Zsuzsanna esete lásd mellékletet).

A holokauszt traumái nem csak az áldozatokat és azok leszármazottait érinti. Egy német evangélikus lelkész Jobst Bittner észrevette, hogy a gyülekezetének sok olyan tagja van, aki testi, lelki problémákkal küzd, aminek az eredete a múltban rejlik. Ezekről az emberekről időközben kiderült, hogy tettesek, nácik leszármazottai. A háború traumái náluk is jelenlévő a múltat fel nem dolgozó sebet jelent. Hiszen koncentrációs táborban gyilkoltak, mentálisan sérültek és a sebeiket átadták a következő generációnak.

„A hallgatás leple alatt élünk, és többnyire nem vesszük észre. Ez a lepel nemzedékről nemzedékre továbbadódik és megakadályozza a kiengesztelődést, a gyógyulást és a helyes viszonyok helyreállítását. Elképzelhető –e, hogy a háború nemzedékének hallgatása a holokausztról még mindig a csontjainkban rejtőzik? Az európai zsidók megsemmisítésének sajnos sosem volt igazán helye a németek családi emlékezetében. Németországban az utódnemzedék csak a 80-as évek elején fedezték fel a háború késői következményeit. A legtöbb németországi család mindmáig a múlt árnyékában él.” (Bittner 2014: 25)



19. számú ábra

A hallgatás leplének szétszakítása.

Bittner létrehozott egy mozgalmat Menetelés az Életért, melynek lényege, hogy a nácik leszármazottai holokauszt túlélőkkel találkoznak és beszélgetnek.

A traumatizált személynek az értelmes világban való hitének visszaszerzésében fontos, hogy a túlélő másokkal is megoszthassa traumatikus élményeit. A családtagokon, barátokon kívül a tágabb közösség segítségét is igényli ez. A közösség két reakciója az elismerés és a jóvátétel szükséges a túlélő igazságérzetének újjáépítéséhez (Hermann 2011).

A családi titkok és tabuk tovább mélyítik a traumát. Azt üzenik, hogy vannak olyan dolgok, melyek olyan elviselhetetlenek, hogy nem is szabad tudni róluk. Ezzel a trauma feldolgozás esélye vész el. A család titkok felfedése és kimondása hatalmas erőt adhat. A kimondás elemi ereje az igazság kimondásának aktusában rejlik (Herman 2011).

„A családban is volt egy titok, hogy a nagybátyámnak is pszichés problémája van, akkoriban a Lipóton is kezelték őt” Azt gondolom, ez is egy forduló pont, hogy ha anyámék ezt nem kezelik titokként, hogy a nagybátyámnak problémái vannak, és ha azzal is tisztában lettek volna, hogy ez fiú ágon öröklődik, akkor már az elején lehetett volna tudni, hogy gondok lesznek. Ez is azt gondolom, hogy hozzá tartozik, hogy a családban problémák voltak, apám piás, alkoholista, öntelt” Ha valamit megtanultam, akkor az, hogy ezt kell tudni kezelni, oda kell figyelni rá, ez nem egy családi titok” (Kristóf)

„Anyuék eltitkolták, hogy anyu zsidó.... Decemberben tudtam meg, hogy harmadik generációs holokauszt túlélő vagyok. Februárban tudtam meg, hogy a nagyapám öngyilkos volt..... Az apai nagynéni a nagymamát okolta a nagypapa öngyilkossága miatt. Elvették a gyereket tőle. Anyut ő nevelte fel” (Zsuzsanna)

Szembe kell néznünk azzal a ténnyel, hogy a mentális zavarral élő emberek gyakran a segítőtől a mentális egészségügyi és szociális szolgáltatásban dolgozóktól szenvednek el újabb bántalmazást, traumatizálást. Az interjúrészek jól illusztrálják, hogy az érzelmi és fizikai bántalmazás egyaránt tetten érhető a segítők oldaláról.

„Egy olyan figurával sikerült összekeverednem aki, egy meleg pasi volt. Ő egy homoszexuális pszichiáter volt....Visszatérve erre a pasira, úgy gondolom, hogy visszaélt azzal, hogy én akkor még milyen éretlen voltam. Ölelgetett engem, de mivel én heteroszexuális vagyok, és a lányokhoz vonzódok, én ezekkel a dolgokkal nem tudtam mit kezdeni. Megölelt és kinyitotta a száját, én ezektől úgy viszolyogtam.

Etikátlanul viselkedett az a pofa, ráadásul, elmondása szerint alkoholista volt” (Kristóf)

„az ápolók is fizikailag bántottak engem és nagyon, nagyon rossz volt és hát..”... Hát ugye lelkileg úgy hogy folyton beszóltak, hogy hülye vagyok meg mi az, hogy nekem ilyen bajom van ilyesmi fizikailag meg mit tudom én úgy hogy hát hogy ha olyanjuk volt adtak egy taslit ha felidegesítettem őket és csak úgy adtak egyet az embernek...de ezekre az évekre annyira nem is emlékszem mert úgy begyógyasztereztek hogy az már nem igaz.” (Lola)

„Az orvos azt mondta, hogy magának otthon csendbe kell lenni, tőrni kell, és azt csinál magával a családja, amit akar, mert maga egy gond. Meg hogy maga nagyon vigyázzon, mert bármit magára süthetnek.” (Magdolna)

Gyakran maga a zárt intézményi keretek közötti rehabilitáció az, ami tovább traumatizál.

„Kihívták a mentőt, akaratom ellenére kórházba kerültem. Lebilincseltek. Utána a kórházban ébredtem föl. Azt álmodtam, hogy visszatoloncolnak. Nem vagyok önálló cselekvőképes személy. Mikor feleszméltem, nem tudtam, hogy mi van, azt hittem, hogy visszatoloncoltak. Azt hittem, hogy vége mindennek, és ki sem jövök többet.” (Bence)

„Az én szempontomból, meg mástól is hallottam, hogy annyira rossz, meg undorító volt a dolog, ami ott történt, hogy fordítva történt minden. Mi voltunk értük, akik ott dolgoztak, és nem fordítva. A hatalmukkal folyamatosan vissza éltek stb. Jó volna elégtételt venni ezért a pár évért. Vagy a szemüket felnyitni. Az én példám az a legjobb példa erre az egészre. Egy nem rosszul induló életet, hogy lehet elgörbíteni egy kilátástalan helyzetbe, véletlenek sorozatából, hogy lehet elindítani.” (Kristóf)

Hermann beszél a trauma fertőző voltáról. A katasztrófák vagy erőszak tanújaként időnként a terapeutákon is eluralkodhatnak az érzelmek. Kisebb intenzitással, de ugyanazt a dühöt, retteget, kétségbeesést éli át, amit a kliense. E jelenség a „traumás viszontáttétel” vagy „vikariáló traumatizáció”. A trauma túlélő élettörténetének hallgatása valószínű, hogy a terapeutában is felidézi esetleges múltbeli traumatikus élményeit.

A segítők mintegy háromnegyede saját, ill. családi traumái miatt választja a segítő szakmát. Minden hatásos kezelés a segítő mély önvizsgálatán alapul. A segítő saját sérülése az, ami a gyógyító erőt adja (Harangozó kézirat)

A sebzett segítő fogalmát Carl Gustav Junghez köthetjük. A görög mitológia egyik szereplője volt Chiron a kentaur, a sebzett segítő archetípusa. Chiron megsebesült egy nyílveszőtől, amit Hydra vérébe mártottak. A méreg örök szenvedést okozott neki. Mialatt a saját gyógyulásának a módját kereste, felfedezte, hogyan segíthet másoknak. Ahogy másokat segített és tanított a gyógyítás művészetére, megnyugvást talált saját fájdalmára is.

A traumából való felépülés folyamata három szakaszra osztható:

- a biztonság megteremtése
- az emlékezés és a gyász
- a mindennapi életbe történő visszakapcsolás

Mivel a biológiai szinttől a társas szintig az emberi funkciók minden területére kihat a trauma, a segítségnek komplexnek kell lenni. A felépüléselvű kritikai pszichiátria a Bleuler-Jung koncepciót követve abból a feltételezésből indul ki, hogy a traumák feldolgozhatóak, a traumatizációs körülmények megváltoztathatóak, és mindez elvezethet a felépüléshez (Harangozó et al. 2015). A traumák feldolgozásában a felépülés előmozdításában az önsegítő aktivitásoknak

nagy szerepük van. Erre jó példa a Hanghalló csoport tevékenysége lásd az önsegítésről szóló fejezetet.

2. Stigma

„agybajos, agyilag zokni, abnormális, bolond, buggyant, debil, degenerált, dilibogyó, el-meháborodott, elmezavarodott, eszelős, eszement, félcédulás, féleszű, félkegyelmű félnotás, flepnis, flúgos, fogyatékos, futóbolond, golyós, gyengeelmű, gyagyás, gyolyós, habókos, háborodott, hangyás, hibás, hibbant, idióta, ketyós, kretén, nemszáz normálatlan, örült, selejt, selejtes, tökkelütött, zakkant, skizofrén, elmebeteg depressziós elmebajos, betegagyú”²

„Másképp bánik a közvélemény egy szívbeteggel, vagy azzal, akinek idegösszeroppanása van. Nem vagyunk tisztába a szavak valódi jelentésével. Az emberek félnek, kirekesztik az ilyen embereket. Végig élni ezt is nagyon nehéz.” (Dalma)

Az interjúalanyok meglátása szerint a mentális zavarhoz kapcsolódó stigmatizáció nehezíti a társadalomban való aktív élet élését. A kutatási tapasztalatom alapján az önstigmatizáció az, ami hangsúlyosabban van jelen a megélt stigmával szemben. A mentális zavarral élő személyek felépülésének útján a legnagyobb akadályként a stigma állhat. A mentális zavarral élő személyek a megbélyegzésnek különösen kitett csoportot alkotnak. A stigma elveheti a hitet és a reményt a pozitív pszichológiai fejlődés lehetőségére vonatkozóan, így a felépülés elérése lehetetlennek tűnhet. Hogy mit lehet tenni ezen felépülést nehezítő akadály leküzdésére? Összetett a válasz és előtte mindenképpen látnunk és értenünk kell a stigma, stigmatizáció keletkezésének okait, megjelenési formát, következményeit.

A stigma terminust eredetileg az ókori görögök vezették be. Olyan testi jelekre utaltak vele, melyeket azért alkottak, hogy a jel viselőjének erkölcsi státuszával kapcsolatban áruljanak el kedvezőtlen dolgot. Ezeket a jeleket belevésték vagy beleégették az adott személy testébe és ezzel hirdették, hogy viselőjük rabszolga, bűnöző vagy olyan megbecstelenített személy, akit el kell kerülni. A stigma három alapvető típusát különíthetjük el. Az első a testi fogyatékoság, a második az egyéni jellem „szégyenfoltjai” (pl. mentális zavarok, alkoholizmus), a harmadik a faji, nemzeti, vallási hovatartozás stigmái (Goffman 1963).

Goffman szerint mindennapjaink találkozásai során megszokjuk, azt hogy már az ismeretségkötés során akaratlanul és tudat alatt elvárásokat támasszunk másokkal szemben. Nem vesszük észre, hogy kategorizáljuk az illetőt, attribútumokkal ruházzuk fel, szociális identitása mellett virtuális szociális identitást hozunk létre számára. Ha mégis úgy találjuk, hogy az elvárthoz képest kevésbé szimpatikus attribútumokkal rendelkezik, leminősítjük őt. Ilyen attribútum a stigma, melyről akkor beszélünk, ha nagy az eltérés a vélt és valós szociális identitás között (Szabó 2017). Az egyén, akit a mindennapos szociális érintkezés során könnyen elfogadhatnánk, olyan jellemvonással is rendelkezik, mely figyelmünkre erőlteti magát és mindazokat,

2 *Ébredések Alapítvány kliensei által összegyűjtött kifejezések*

akik találkoznak vele, arra kényszeríti, hogy elforduljon az illetőtől, tekintet nélkül, hogy egyéb tulajdonságai milyen hatást tennének rá. Az adott személy stigmát visel (Goffman 1963).

A stigma fogalmát meghatározhatjuk stigmatizáló attitűdök összjátékaként, mely attitűdök a sztereotípiák, az előítélet és a diszkrimináció (Lauber et al 2006; Szabó 2017). Ezt nevezzük a stigma szociális kognitív modelljének, melyben a sztereotípiák kognitív, az előítélet affektív és a diszkrimináció viselkedési válaszreakciót jelent különböző csoportokkal, helyzetekkel szemben (Corrigan, Watson, Ottai 2003, Eagly, Chaiken 1998; Szabó 2017).

A nem hozzánk tartozó felületesen ismert, más kultúrájú, etnikumú csoportok tagjaira könnyű kivetíteni bizonyos tulajdonságokat és bűnbakként, a társadalmi nehézségeikért felelőssé tenni őket. Ezeket az embereket aztán könnyű diszkriminálni, kizárni bizonyos többségi cselekvésekből, javakból, gátolni az előrejutást, a lehetőségekhez való hozzáférést.

Torzító tényező az érzékelésben, gondolkodásban, tettekben:

- kategorizáció
- sztereotípiák
- tulajdonítás (attribúció)
- projekció
- a mi csoportunk – az ő csoportjuk
- előítélet
- bűnbakképzés
- diszkrimináció, megkülönböztetés

(Barczy 2012)

A mentális zavarral élő személyekkel kapcsolatos attitűdökkel kapcsolatban feltételezhető a távolság vágya. Thornicroft a stigma fogalmát három összetevővel jellemzi: tudást érintő problémák (vagyis tudatlanság), attitűdben felmerülő problémák (vagyis előítélet) és viselkedésben jelentkező problémák (azaz diszkrimináció). Link és Phelan 2001-ben megalkotott konceptualizáló elmélete szerint az emberek először a megkülönböztetett tulajdonságokat kiemelik és címkézik, majd ezt követően a címkézett személyeket nemkívánatos tulajdonságokkal ruházzák fel bizonyos társadalmi hiedelmek hatására, tehát sztereotipizálnak. A címkézett személyeket elkülönítik maguktól, nem tekintik őket a csoportjuk tagjainak. Ennek eredményeként a mentális zavarral élő személyek az életük több területén is a lehetőségeik beszűkülését élik meg, diszkriminatív bánásmódot élnek meg (Link, Phelan 2001; Szabó 2017).

A stigmatizáció okát, kialakulásának következményeit vizsgáló szakirodalmak több komponenst is azonosítanak a stigmatizáció folyamatában.

Címkézés

Azokat az emberi különbségeket, amelyeknek szociális szempontból jelentősége van, a társadalom azonosítja és kiszelektálja, és e kategóriák létezését ezek után természetesnek tekinti (Link et al. 1999 ; Szabó 2017). Ha valaki pszichiátriai diagnózist kap, azt a társadalom szintén címkéként kezeli, bekategorizálja az illetőt (Link 2001; Szabó 2017).

Nieradzik és Cochrane szerint a mentális betegekkel szembeni hozzáállást jobban befolyásolja a pszichiátriai diagnózis, mint magának a személynek a viselkedése pszichiátriai diagnózis nélkül (Nieradzik, Cochrane 1985; Szabó 2017). A címkézéstől való félelem aláássa a mentális zavarral élő motivációját a segítségkérés tekintetében. Jól példázza ezt a hajléktalanságban élő mentális zavarral élő emberek esete, akik a hajléktalanság stigmáján túl nem szeretnék újabb stigmát magukra venni és ezért a mentális problémájuk kapcsán nem vesznek igénybe segítséget, szolgáltatást.

Tudatlanság/ valós tudás hiánya

A mentális zavarral élő személyek problémájának természetére vonatkozó tudás nem elégséges a laikus emberek esetében. A médiákban közvetített információk pedig az esetek nagy részében nem a pontos tájékoztatást, hanem sok esetben a félelemkeltést érik el.

Sztereotípiák

Egy embercsoport bizonyos jellemvonásainak vagy motívumainak általánosítását „sztereotipizálásnak nevezzük” (Aronson 1972). A sztereotipizálás során egy szociális csoport tagjaihoz bizonyos viselkedést társítunk nem feltétlenül létező kapcsolat alapján (például a mentális zavarral élő emberek veszélyesek) (Corrigan et al 2001; Hamilton, Rose 1980; Szabó 2017). Ezek a megállapítások és elvárások gyorsan alakulnak ki bennünk, tapasztalatokkal, érvekkel szemben ellenállóak (Szabó 2017). Feltételezések szerint ellenállóságuk abban rejlik, hogy a nekik megfelelő információ feldolgozását elősegítik, míg a nekik ellentmondóét gátolják (Szabó 2017). Amennyiben a sztereotípiák nem igaz, egyetlen személyre igaznak találva önbeteljesítő jóslattá válik (Szabó 2017). A sztereotípiák ellenálló volta pedig a mentális zavarral élők felé tanúsított hozzáállás megváltoztatását is megnehezíti.

A sztereotipizálás különleges esete a tulajdonítás (attribúció). Amikor valaki cselekszik valamit, akkor a megfigyelők következtetéseket próbálnak levonni arról, hogy mi okozhatta az egyén viselkedését. Ezt az oksági következtetést nevezzük attribúciónak.

Előítéletek

Előítéletről akkor beszélhetünk, ha az illető egyetért a sztereotípiával, és érzelmi reakciót is mutat ezzel kapcsolatban. Amennyiben az illető az előítéletnek megfelelően cselekszik, akkor diszkriminatív viselkedésről beszélünk. A diszkriminációt sokkal inkább hozzájuk összefüggésbe a kutatók az előítélettel, mint a sztereotípiával. Kevésbé előítéletesek azok, akik több ismerettel rendelkeznek a mentális zavarok terén, akár az oktatásnak, akár személyes ismeretségnek köszönhetően, illetve a kisebbséghez tartozók (csoporton kívüliek) is (Corrigan et al.2001; Szabó 2017). A mentális betegséggel élők által kiváltott érzelmi reakciók közül leginkább az agresszivitástól való félelmet ismerjük.

Diszkrimináció

Minden olyan pozitív vagy negatív viselkedés, mely egy társadalmi csoport és annak tagjai felé irányul (Barczy 2012).

Hátrányos megkülönböztetésről, diszkriminációról akkor beszélünk, ha valakit nemcsak érzelmileg befolyásol az előítélet, hanem a cselekvéseit is meghatározza. Negatív diszkriminációhoz tartozik a szociális távolságtartás is. Amikor valaki elzárkózik a mentális zavarral élő emberekkel való kapcsolattartásra.

„Kétszer munkanélküli lettem, e miatt, talán e miatt. Az első kórház után, munkanélküli lettem, és a második után is. Irodai adminisztrációs munkám volt, könyvelés. Bántani nem bántottak. Látszott, hogy bajom van. Aggódtak értem, de nem tudtak mit kezdeni velem. Másik munkahelyemnél, is lépités volt, de ott nem is akartak mit kezdeni velem. Mesélték, hogy az elődömmel is pont ez történt, és másodjára ezt nem akarják. Itt már nagyobb szerepe volt a betegségemnek” (Dalma)

Megkülönböztethetünk egyéni, intézményes és strukturális diszkriminációt. Más megközelítésben megkülönböztethetünk tapasztalt és anticipált diszkriminációt. Tapasztalt diszkriminációról és szociális távolságtartásról annál gyakrabban számolnak be, minél súlyosabb az illető állapota, minél rosszabb a prognózisa a mentális zavarának (Szabó 2014).



20. számú ábra

Claire Henderson: *A stigma manifesztálódása.*

Az érzékelt diszkrimináció a diszkriminációt elszenvedő egyénből stresszreakciót vált ki, amely hatással van mind mentális, mind fizikális jólétére (Szabó 2014). Anticipált (előrevetített) diszkrimináció esetén az egyén bizonyos helyzeteket elkerül, mivel attól tart, hogy diszkriminálni fogják, ennek következtében az élet bizonyos területeiből (párkapcsolat, oktatás, munkavállalás) kiszorul. Létrejöhét oly módon, hogy az egyént bizonyos helyzetekben diszkrimináció érte, így hasonló helyzetekben előre tart tőle, és előzetesen tapasztalt diszkrimináció nélkül is létrejöhét, amennyiben az egyén korábban sztereotípiákat bensővé tett (Szabó 2014).

Thornicroft és társai az INDIGO kutatás keretében 27 országban megkérdezett 732 szkizofréniával élő adatait felhasználva felmérték a diszkrimináció előfordulását szkizofréniával érintett emberek életében. Tapasztalt diszkriminációt ritkán észleltek, és főleg a családi élet és a vagyonszerzés terén érzékelték. Előrevetített diszkriminációt nagyobb arányban mértek, és különösen a munkaszerzés (a megkérdezettek kb. harmada számolt be erről) és a személyes kapcsolatok terén. A megkérdezettek 47%-a tapasztalt diszkriminációt a barátság, 43% a családi élet, 29% a munkavállalás során, 64% előfeltételezte a megkülönböztetést a munkában és a tanulásban, 72% eltitkolja a diagnózist, 38% érzi diszkriminatívnak a szakembereket.

A stigmának különböző típusait különíthetjük el az alapján, hogy ki gyakorolja a megbélyegzést és kivel szemben. Beszélhetünk közösségi stigmáról, önstigmáról, asszociatív stigmáról.

A stigma típusai

Parcesepe és Cabassa megfogalmazása szerint a **közösségi stigma** negatív attitűdök és hiedelmek sokaságát foglalja magában, amelyek arra ösztönzik az egyént, hogy a mentális zavarral élőket elkerüljék, diszkriminálják, féljenek tőlük. A közvélemény gyakorta tekinti a mentális zavarral élő személyeket veszélyesnek. A drogfogyasztókat tartják mind magukra, mind másokra nézve a legveszélyesebbnek. Az alkoholproblémával élőket és a szkizofréniával élőket is ön-, illetve közveszélyesnek hiszik, a depressziósokat pedig főleg önmagukra gondolják veszélyesnek (Parcesepe, Cabassa 2013; Corrigan 2009; Szabó 2017). A veszélyesség megítélése lehet felelős a szkizofrénia, a szkizofréniával élő személy kevésbé pozitív megítéléseért – vagyis a stigmatizációért (Sztancsik 2017). A mentális zavarral élő emberek körében nem gyakoribb az elkövetett bűncselekmények aránya, mint az átlag lakosság körében. A közvélemény mégis az erőszakosságot összekapcsolja a mentális zavarral.

A média a mentális zavarokkal kapcsolatban gyakran homályosan fogalmaz, a történeteket nem a valóságnak megfelelően közli. A mentális zavarral élők agressziójára nézve eltúlzott, negatív képet fest. Gerbner kutatásai szerint a mentális zavarral élő személyek drámai és hírműsorokban többnyire deviáns szerepben láthatók. Úgy tűnik, a média az ön- és közveszélyes örült mítoszt elősegíti, megerősíti a társadalomban a mentális zavarral szemben élő előítéleteket, a velük való bizalmatlan, elzárkózó, gyakran agresszív viselkedést (Gerbner 2002; Légmán 2011). Nunally már 1961-es kutatásában beszámolt arról, hogy a közvélemény az információhiánynak köszönhetően a mentális zavarokhoz bizalmatlanságot, ellenszenvet társít (Légmán 2011).

Watson és munkatársai szerint, amennyiben egy mentális zavarral élő személy internalizálja a közösségi stigmát, tehát önmagára nézve igaznak fogadja el a kulturális sztereotípiákat, **önstigmáról** beszélhetünk.

„Te magad vagy az első, aki stigmatizál” (interjú részlet Mizsur 2018)

Amint az egyén megkapja egy mentális zavar valamely diagnózisát, a degradáló attitűdök, amelyeket eddigi élete során társadalmilag elfogadottnak érzékelt, relevánssá válnak a számára. Ha az ő hozzáállásában, viselkedésében is megmutatkoztak korábban az előítéletek, még inkább úgy érezheti, hogy a mentális zavar kettétöri életét (Szabó 2017). Az érzékelt stigma az önértékelés csökkenéséhez vezethet.

„a felépülés része lehet, hogy az ember az önstigmatizációt, azt kicsit átlépni azt a határt, amivel... Hát az egy nagy dolog, hogy így elfogadtak barátok és mellettem maradtak.” (Annamária)

Az anticipált diszkrimináció öndiszkriminációban manifesztálódhat. A stigmatizációtól való félelem miatt elkerülik az olyan helyzetet ahol stigmatizálódhatnak. A mentális zavarral élő személy a párkapcsolatok, a munka végzés és számos társaskapcsolati helyzettől visszahúzódnak. Ez a folyamat eredményezheti az elmagányosodást, az életminőség romlását, társadalmi marginalizációt.

Az önstigmatizáció lépcsőzetes modelljének fokozatai jól tükrözik az önstigmatizáció folyamatát, jelenségét. Az első lépcsőfok a tudatosság, az egyén tisztában van a társadalomban általánosan uralkodó attitűddel. A második fokozat az egyetértés, a mentális zavarral élő személy a negatív sztereotípiákat igaznak fogadja el. A harmadik lépcsőfok az alkalmazás során a negatív előítéletet magára vonatkoztatja, mely önmaga leértékeléséhez vezet (Szabó 2017). A mentális zavarral élők, hogy kinek mennyit mondanak el a mentális problémájukkal kapcsolatban változó.

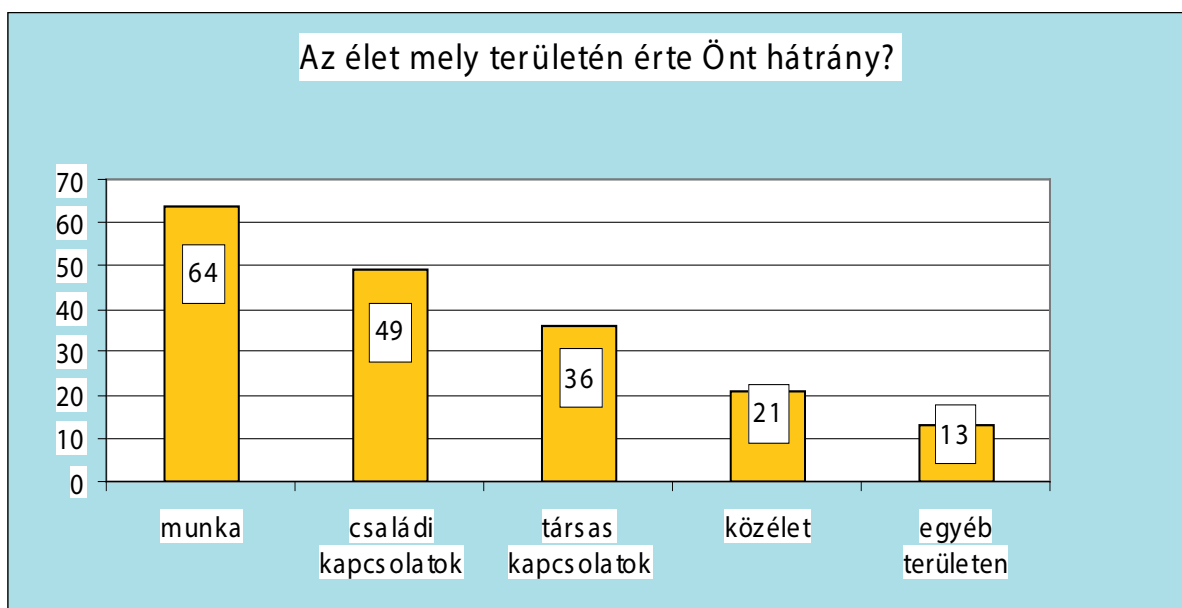
„Én az első órán beismertem, hogy mi a betegségem, meg akartam előzni a dolgokat, azt hittem, hogy mindenki látja rajtam, hogy tudathasadásom van.” (Bence)

Van, aki kerüli a szociális kontaktus lehetőségét is és visszahúzódik, izolálódik a társadalomban való aktív részvételtől. Mások nem húzódnak vissza, de eltitkolják a mentális zavaruk létét. Vannak, akik megosztják a mentális zavaruk létét az ebből adódó nehézségeket a támogató családtagokkal és barátokkal. Végül vannak olyan személyek, akik nyíltan vállalják a mentális problémáikat. Ezeknek a tapasztalati szakértőknek kulcsszerepe van a társadalmat érzékenyítő programokban (későbbiekben szó lesz róla), továbbá a sorstársak felépülésének elősegítésében. A probléma nyílt felvállalása megerősítést nyújt az egyénnek, hogy képes a pozitív pszichológiai fejlődésre.

Az **asszociatív stigma** révén a családtagok és a mentális egészségügyben, szociális ellátórendszerben dolgozó szakemberek szenvednek el megbélyegzést, nem saját személyük miatt, hanem annak következményeként, hogy egy szociálisan erősen stigmatizált csoporttal állnak kapcsolatban (Szabó 2017). Az asszociatív stigma az egyén kimerüléséhez, kiegészéséhez vezethet. A szakemberek kiegészése a mentális zavarral élő személyek ellátásának minőségi romlásához eredményezheti. Nyilván a nem megfelelő minőségű pszichoszociális rehabilitációt biztosító szolgáltatók nem segítik elő a kliens képessé tételét a felépülésre.

Szembe kell nézni a ténnyel is, hogy ugyan az egyik legfőbb erőforrás a felépülés során a család, van amikor a természetes támaszként jelenlévő családtagok stigmatizálják a mentális zavarral élő személyt. A TÁRKI 2001 nyarán végzett kutatásban megkérdezett 200 szkizofréniával diagnosztizált személyt a helyzetükről, ellátásukról, gondozásukról. A kérdések között szerepelt, hogy érte –e a megkérdezett személy hátrány azért mert megtudták róla, hogy

mentális problémája van. A válaszadók 52%-a válaszolt igennel, 49%-a családi kapcsolatok terén szenvedett el hátrányt a mentális zavara végett. Hogy az élet milyen területén jelentkeztek ezek a hátrányok az alábbi ábra szemlélteti.



21. számú ábra

Az élet mely területén érte hátrány? Tárki 2001. Harangozó, Gombos, Szabó 2002

„Anyukám mondta, hogy ő megmondta, hogy bolond vagyok, az orvosok megnyugtatták, hogy nem az ő nevelése miatt.” (Emma)

A családtagok sokszor nem értik a mentális zavarral élő hozzátartozójuk életében beálló változásokat. A gyógyszeres terápia nem kívánatos mellékhatásait gyakran a mentális zavarral élő személy „nem megfelelő” viselkedésének tudják be. Az egyik interjú alany elmesélte, hogy a korábbiakban volt, hogy mozgáskényszere volt, lábaival egyhelyben állva topogott. A közösségi gondozás során is volt ilyen alkalom, hogy ez a mozgáskényszer előjött, édesanyja rászólt, hogy ne csinálja ezt. Ekkor a közösségi gondozó pszichiáter tájékoztatta őket (pszichoedukáció), hogy ez a mozgáskényszer az antipszichotikumok mellékhatásaként jelentkezik. Fontos, hogy a stigmatizációval való megküzdéshez a családtagok, barátok is kapjanak támogatást a hatékony pszichoszociális rehabilitáció során.

Az egészségügyi ellátásban dolgozók által kifejtett stigmatizáló hatással sajnos gyakran találkozhatunk. Angliában a kutatások szerint a hátrányos megkülönböztetés szintje az angliai mentálhigiénés szolgáltatások igénybevevői között magas, ám a stigma és a diszkrimináció csökkentésére irányuló Time to Change antistigma program első szakaszában (2008-2011) visszaesett (Henderson et al. 2014). Több kutatásban azt találták, hogy a mentális zavarral élők alacsonyabb szintű egészségügyi ellátást kaptak a mentális diagnózissal nem rendelkezőkhöz képest (Szabó 2017). Sajnos a mentális egészségügyi területe sem mentes a stigmatizáció jelenlététől, amit kísérhet a verbális bántalmazás is.

„...orvos az édesanyámnak azt mondta, hogy a maga lányából soha nem lesz egész ember. Tehát főiskolára járni nem, nem lesz családja, nem lesz önellátó. És akkor Haloperidon nevű gyógyszertől kaptam gyógyszer mellékhatást és szájjáram volt. És folyt a nyálam. És olyan kiszolgáltatott helyzetben ott álltam az anyukám mellett, szájjárral, folyó nyállal és mindent hallottam, amit a főorvos úr mondott. Ideg, csak így akadozva, ilyen i, a, i. Így tudtam beszélni. És olyan kiszolgáltatott volt ez az egész helyzet, és mindent értek, ami a fejem fölött elhangzik, és semmit nem tudok ellene tenni. És akkor én így megfogadtam, hogy én nem hagyom ezt, hogy így legyen, és hogy én küzdeni fogok ez ellen, hogy én belőlem teljes értékű ember legyen.” (Annamária)

„10 perc után azt a diagnózist adta, így mondta, hogy „maga elmebeteg” maga paranoid szkizofrén és hát igen még azt hozzá kell tenni, hogy annyira eldurvult a dolog, hogy bebújtam az asztal alá, hogy jönnek megölnék ilyesmi..”(Lola)

A mentális egészségügyben és a szociális ellátásban dolgozók attitűdjei befolyásolják a bio-pszichoszociális rehabilitáció eredményességét. A stigmának kitett mentális zavarral élő emberek elveszítik a reményüket és megfelelő aktivitásukat a felépüléssel kapcsolatban.

A stigmatizáció hatásai

A szakemberek stigmatizáló attitűdjének következményeként romlik az ellátás minősége. Ez a folyamat a segítő kiégését is előidézheti. A segítő kapcsolatban a mentális zavarral élő személy eltárgyasul, munkadarabbá válik. Ebben az esetben a segítő kapcsolat nem segíti elő a pozitív pszichológiai fejlődést, a felépülést. További probléma a mentális egészségügyi és szociális szolgáltatások kapcsán az alulfinanszírozottság. Az alulfinanszírozott szolgáltatások nem megfelelő szintű szolgáltatásokat eredményezhetnek, melyek nem segítik elő a rehabilitációt, így a stigmatizációt erősítik.

A mentális zavarral élő személyek interperszonális kapcsolataira is hat a stigmatizáció. A családi kapcsolatok lehetnek támogatóak és lehet az is, hogy kevésbé tudnak a mentális zavarral élő személlyel együttérezni. A közösségi pszichiátriai ellátás rendszerszemléleti keretben a családdal, mint egészszel foglalkozik, ami elősegíti, hogy a hozzátartozók jobban értsék a mentális zavarral élő hozzátartozójuk problémáját.

A stigmatizáció hathat a baráti kapcsolatokra, a pártalálásra, családalapításra egyaránt. Korábbiakban már szó volt róla, hogy a stigmatizációtól való félelem következményeként a mentális zavarral élő személy gyakran elkerüli az ilyen társas helyzeteket. Ez az elkerülő magatartás izolációhoz, elmagányosodáshoz vezet.

Harangozó és munkatársai szkizofréniával élőkkel végzett kutatásában a válaszolók kétharmada érzett megkülönböztető bánásmódot, amikor családalapításba szeretett volna kezdeni, és negyede tapasztalt diszkriminációt a várandósság és szülés során. Azok, akik a családalapítással kapcsolatban stigmatizációt tapasztaltak, gyakrabban érezték, hogy el kellene titkolni betegségüket. A válaszadók 44%-a emellett diszkriminációt élt meg azzal kapcsolatban, hogy mennyire tartják őt alkalmas szülőnek (Szabó 2017).

A 2001-es TÁRKI kutatásban 200 magyar szkizofréniával élőember 42%-a munkanélküli volt, akik ezt jelölték meg a diszkrimináció legsúlyosabb következményeként (Harangozó, Gombos, Szabó 2002).

A stigmatizáció összefügg a kulturális kontextussal is. Egy 2014-es antropológiai kutatás is beszámol arról, hogy az adott kultúra, melyben a hanghalló személy él, komoly strukturáló erővel bír. Más történik Amerikában, Ghánában és Indiában a hanghalló személyekkel. Amerikában például „szkizofrénia” diagnózist kap, ezzel szemben Ghánában a hanghallás társadalmi megítélése kedvező sokszor hitbéli dolgokkal hozzák összefüggésbe. Indiában gyakran nevelő célzat jelenik meg a hangokban, amely tanácsokat ad és véleményez (Mérey, Csontos 2017).

A stigmatizáció a mentális zavarral élő ember életének minden területére kihathat. Egyesek tehetetlenül szenvednek a stigmatizációtól, míg mások tudomást nem véve, vagy harcolva aktívan képviselik saját és sorstársaik érdekeit is.

Számtalan program létezik már melynek a fókuszában a stigma csökkentése áll.

A stigma csökkentése

„Jól vagyok, és járok konzultációra, és tudok úgy élni, hogy nem kell szégyellnem magam, mert másoknak is van ilyen problémája. Nem vagyok egyedül. Így is lehet élni. Nincs mit szégyellnem, de nem verem nagydobra.” (Bence)

A stigma csökkentése javítja a mentális zavarral élő személy és családja életminőségét. Ezért kiemelkedően fontos, hogy ismerjük, alkalmazzuk azokat a stratégiákat mely a stigmatizáció csökkentését eredményezheti. Corrigan és Penn három alapvető stigmacsökkentő stratégiát különít el, melyek a közösségi stigma csökkentését célozzák meg: a tiltakozást, az oktatást és a személyes kontaktust (Szabó 2017).

Az interjú alanyok meglátása szerint a stigmatizáció kezelését elősegíti az oktatás, a korrekt tájékoztató előadások tapasztalati szakértők aktív részvételével.

„a tájékoztatás, az nagyon fontos azért, úgy gondolom. Tehát hogy az egyik első lépés a tájékoztatás. De nehéz lehet, mert milyen fórumokon lehet? Tehát televízióba, rádióba, csak pont az ellentétje jön ennek le. Tehát nem arról van szó, hogy ismertetnék a nehézségeket, vagy edukálnák a tömegeket, hanem inkább a félelemkeltés, vagy a félreinformálás jellemző, úgy gondolom.... kis közösségekbe voltunk, hogy nyílt napokon gimnáziumokban kettő helyen is. Szerintem az is fontos, hogy kamasz korban, tinédzsereknél elkezdni a tájékoztatást, mert ők a jövő nemzedéke. És ha már ő úgy nő fel, hogy nem fél ettől ennyire, akkor talán ő otthon, családban tud erről beszélni a szüleivel. És akkor az ő viszonyulása is, ahogy nő föl, már más lesz ehhez a kérdéskörhöz” (Annamária)

„Oktatás, személyes előadásokkal, tapasztalati szakértő. Középiskolákban-főiskolákban át-fogó talán tárgyként kellene ismertetni.” (Bence)

Az oktatások hatékonyabbak, ha mentális zavarral élő tapasztalati szakértők bevonásával valósulnak meg. Ezek a pszichoedukációs előadások lehetőséget adnak arra, hogy közvetlenül találkozhassanak a résztvevők mentális zavarral élő személyekkel. A személyes élmény elősegíti a stigmák csökkenését. Jó példa erre az Ébredések Alapítvány. Az alapítvány munkatársai, tapasztalati és kísérő szakértői nagy sikerrel évek óta tartanak érzékenyítő órákat középiskolásoknak.

Számos antistigma program működik a világban. A szakértők szerint a legjobb eredményeket implikáló üzenetek a kampányokban a felépülésközpontúság, valamint a páciens személyének meglátása tünete mögött (Szabó 2017).

A Pszichiátriai Világszövetség (World Psychiatric Association) által 1996-ban indított „*Open The Doors*” nevezetű kampány az egyik legátfogóbb antistigma kampány. A program keretében 200 projektet hoztak létre a világ több mint 20 országában köztük 8 európai országban (pl. Görögországban, Németországban, Lengyelországban, Svájcban). Az *Open The Doors* alapítója, Sartorius szerint antistigma kampányok bármely országban szervezhetők, függetlenül annak méretétől vagy gazdasági helyzetétől (Sartorius 2006; Szabó 2017). A sorok írójának lehetősége volt a Görögországi programba betekinteni. Görögországban a program keretében az önkormányzatok lakossági fórumán a tapasztalati szakértők, hozzátartozók és a szakemberek együtt beszélgettek a mentális problémákról. Készítettek egy kis filmet az Egy csodálatos elme című film felhasználásával, amit ezeken a találkozókön levetítettek. Program részeként rövid tájékoztató broszúrákat csatoltak a közüzemi számlákhoz és így jutatták el a lakossághoz.

Magyarországon az Ébredések Alapítvány által működtetett Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés csatlakozott „*Open The Doors*” programhoz. A Nyitnikék az első magyar antistigma kezdeményezés, melyhez több civil szervezet és magánszemély csatlakozott. A Nyitnikékhez csatlakozó szervezetek vállalják, hogy a WPA (Pszichiátriai Világszövetség) és a WHO antistigma-alapelveinek és jó gyakorlatokra vonatkozó ajánlásainak megfelelően együttműködnek a mentális zavarokkal és pszichoszociális akadályozottsággal élőkkel szembeni stigma és diszkrimináció csökkentése érdekében. Minden évben két alkalommal a Közösségi Pszichiátriai Konferencia keretében Antistigma Díjjal ismerik el a média azon szereplőinek munkáját, akik tevékenységükkel sokat tesznek a mentális zavarral élők diszkrimináció ellen, a megbélyegzés csökkentéséért, akik hiteles tájékoztatást nyújtanak e témában.

Az Ébredések Alapítvány több éve jelen van különböző fesztiválokon. A korábbiakban a Művészetek Völgyében és napjainkig a Sziget Fesztiválon. Ezeken a fesztiválokon olyan programokat szerveznek meg („Élő könyvtár”, filmvetítés, beszélgetés tapasztalati és kísérő szakértőkkel, kvizek, festés) amelyek a mentális zavarok jobb és tárgyyszerű megismerését, a stigmatizáció csökkentését célozzák meg.



22. számú ábra. Ébredések Alapítvány - Sziget Fesztivál



23. számú ábra. Ébredések Alapítvány - Sziget Fesztivál

A stigmák csökkentését elősegíti, ha közismert személyek felvállalják mentális problémájukat. Az időközben elhunyt Albert Györgyi: *Miért pont én? A depresszió szorításában* című könyvében vall mentális zavaráról. Nagy bátorságra tett tanúbizonyságot dr. Petke Zsolt is, aki az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) addiktológiai osztályát vezeti, amikor is függőségét felvállalt 2017-ben egy HVG interjúban („A függőségem az én szupererőm” Mizsur 2017).

Az egészségügyben és a szociális ellátórendszerben dolgozók stigmatizáló attitűdjét csökkentheti, ha képzésük során találkozhatnak tapasztalati szakértőkkel. Ezt célozza meg King’s College programja is. Az érzékelt és anticipált diszkrimináció kezeléséről szóló képzés hatékonysága (*The Effectiveness of Responding to Experienced and Anticipated Discrimination (READ) Training*) nevezetű kutatás a King’s College London (KCL) szervezésében valósul meg dr. Claire Henderson és dr. Tanya Deb vezetésével. A program pszichiátriai ismeretekkel már rendelkező orvosoknak nyújt oktatást személyes kontaktus formájában a mentális zavarokkal élőket sújtó stigmatizáció csökkentésének céljából, eközben méri attitűdjeik változását. A projekthez 38 ország orvostudományi egyetemei csatlakoztak. A magyarországi vizsgálat a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centruma Ébredések Alapítvány szervezésében, dr. Harangozó Judit vezetésével Ács Andrea, Bulyáki Tünde, Gecse Andrea, Streit Zsófia, Szabó Gyöngyi közreműködésével valósult meg, és orvostanhallgatók mellett ápolástan- és szociálmunkás-hallgatók bevonásával egészült ki, akik szintén részesülnek pszichiátriai képzésben az orvostanhallgatókhoz hasonlóan (Szabó 2017). A programba bevontak a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának hallgatói, a SE Egészségtudományi Kara Ápolástani Tanszékének hallgatói, illetve az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kara Szociális Munka Tanszékének hallgatói közül kerültek ki. A kutatás hipotézise az, hogy a segítő szakmák hallgatóinak adott oktatást és mentális zavarral élő személlyel való személyes kontaktust ötvöző tréning program eredményeképpen javulnak a mentális zavarokkal kapcsolatos attitűdök. A Magyarországi kutatás eredményeit tekintve a fókuszcsoport összpontszámainak szignifikáns javulása arra enged következtetni, hogy a tapasztalati szakértők bevonásával megvalósuló oktatás, személyes kontaktust hatására a hallgatók jelentős részének mentális zavarokkal élőkkel szembeni attitűdjei javultak. A mentális egészségre vonatkozó ismereteik gyarapodtak, az empátia fontossága felértékelődött a szemükben (Szabó 2017).

Hatalmas előrelépésnek mondhatjuk, hogy a szociális ágazatban a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozók képzésében az ismeretátadást az oktatók tapasztalati szakértőkkel, illetve kísérelő szakértőkkel végzik (Bulyáki, Gordos, Mérey 2019).

A közösségi stigma csökkentése mellett az önstigmatizáció redukálása is fontos. Az önstigmatizációt csökkentheti, ha mentális zavarral élő személy önszertartó csoport tagja, ahol hozzá hasonló nehézségekkel küzdő emberekkel találkozhat. A hatékony közösségbe integrált pszichoszociális rehabilitáció (melynek keretében a mentális zavarral élő személy és családtagjaik asszertivitása fejlődik, az adott mentális zavarra vonatkozó tudása gyarapszik) szintén elősegíti az önstigmatizáció csökkenését az önhatékonyság növelése által. A felépüléshez vezető út során létrejövő pozitív pszichológiai fejlődéssel párhuzamosan az önstigmatizáció csökkenését

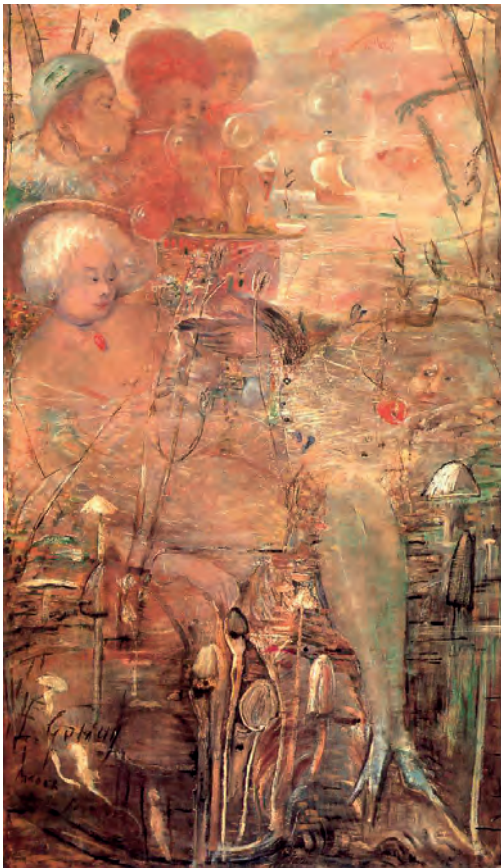
figyelhetjük meg. Ebből következik, hogy a „nagylétszámú” szociális intézmények ezt a folyamatot nem segítik elő. Az intézményi férőhelyek kiváltására fókuszáló Támogatott Lakhatási programok viszont a közösségbe integrált szolgáltatások biztosításával a stigmatizáció csökkentését is célul tűzi.

Az emberi diverzitás, a mentális zavarral élő és más nehézségekkel küzdő embertársaink által képviselt értékek elismerése segít bennünket egy stigmától kevésbé terhelt élet éléséhez.



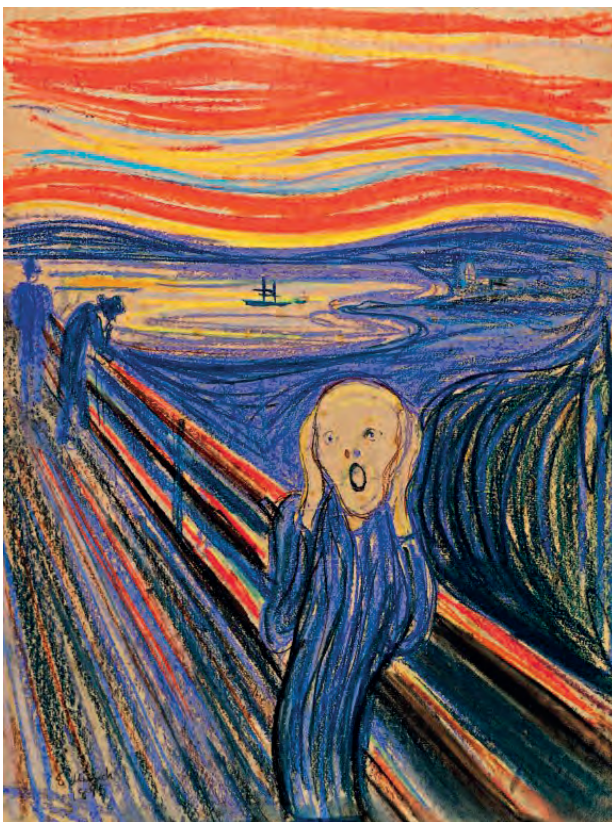
24. számú ábra

Vincent van Gogh: Önarckép levágott füllel 1889



25. számú ábra

Gulácsy Lajos: *Az ópiumszívó álma* 1913-1918



26. számú ábra

Edvard Munch: *A sikoly* 1893-1910

3. Akaraterő, személyes hatékonyság, önmagába vetett hit

„Magamon én tudok segíteni. Én tudok legtöbbet tenni magamért. Szemléletváltásra van szükségem, ezt is csak én tehetem meg. Okolni másokat, vagy a múltat nem jó, nem tudok előre lépni, le kell zárni, és tovább kell lépni.”(Cili)

A mentális zavarból való felépülés igen változatos képet mutat. Az utazás a „betegségből” a pozitív pszichológiai fejlődés irányába több tényezős folyamat eredményeképpen jöhet létre. Ilyen tényező a mentális zavarral élő személy önmagába vetett hite, a remény a változásra vonatkozóan. Az önhatékonyság, akaraterő kérdése visszatérő momentum volt az interjúalanyokkal való beszélgetés során.

Ki mennyire tartja magát hatékonynak egy szituációban, mennyire érzi azt, hogy befolyásolni, kontrollálni tudja azt, nagy jelentőségű az illető énképe és önértékelése meghatározásában (Csabai, Molnár 2009). A kontroll észlelése szerepet játszik a stresszel való megküzdésben, a kontroll feltételezett hiánya a tehetetlenség állapotához vezethet. A stresszről, a stressz hatásairól már a korábbiakban volt szó. A stresszel való megküzdés kapcsán Lazarus fogalmazta meg először az egyéni különbségek jelentőségét a kognitív tényezők vonatkozásában (Szabó 2019 kézirat). Lazarus munkásságában kiemelkedő fontosságú a stressz helyzet értékelésében szerepet játszó kognitív közvetítő folyamatok elemzése. Lazarus és munkatársai által kidolgozott „tranzakcionális stressz elmélet”, amelyet a stressz kutatásban alaplúnak számító „Stressz, értékelés, és megküzdés” című munkájukban foglaltak össze (Szabó 2019 kézirat). E munkában hangsúlyt kap a megküzdésnek (coping – nak) a korábbi megközelítéstől eltérő felfogása. Lazarus a megküzdés két fő módját különböztette meg. Az első csoportba a problémamegoldásra irányuló erőfeszítéseket sorolta, a második csoportba az érzelmek szabályozására irányuló erőfeszítések alkotják (Csabai, Molnár 2009). A probléma – fókuszú megküzdés alapvetően a stressz-helyzet értékelésén, és az arra épülő problémamegoldó erőfeszítésen alapul, az emocionális – fókuszú megküzdés pedig a fenyegető helyzet emocionális töltésű átélése nyomán megjelenő védekezési reakciókon, illetve a fenyegető helyzet átértékelésén alapuló megküzdési erőfeszítésen. Lazarus megkülönbözteti az elsődleges értékelést és a másodlagos értékelést, melynek során a személy eldönti, hogy rendelkezésre álló erőforrások, tartalékok és megküzdési eszköztár elegendő-e a hatékony megküzdéshez (Csabai, Molnár 2009).

Lazarus és Folkman a megküzdési stratégiákat csoportosítva nyolc kategóriát írt le.

E kategóriák:

- konfrontáció
- eltávolodás
- érzelmek és a viselkedés szabályozása
- társas támogatás keresése
- felelősségvállalás
- problémamegoldás- tervezés
- elkerülés-menekülés
- pozitív jelentés keresése

(Csabai, Molnár 2009)

Lazarus (1993 idézi Szabó 2019:100 kézirat) a problémákkal való megküzdés kapcsán összefoglalóan az alábbiakat emeli ki:

- a megküzdés komplex, rendszerint több alapstratégiát érintő folyamat
- a megküzdési stratégia megválasztása nagyban függ attól, hogy az adott fenyegető helyzetet változtathatónak vagy változtathatatlanak értékeljük. Ha változtatható, akkor a probléma-fókuszú megküzdési stratégiák kerülnek előtérbe, ha változtathatatlanak értékeljük, akkor az emocionális –fókuszú megküzdési stratégiákat preferáljuk inkább. A megküzdési stratégiák a kontextustól függően mutatnak stabilitást vagy instabilitást, és a helyzet komplexitásától függően is változnak
- a megküzdés sikeressége vagy kudarca jelentősen hat az érzelmi kimenetelre
- a megküzdés hatékonysága több tényezős – függ a személyiségtől, a szubjektív közérzet-től, egészségi állapottól, szociális körülményektől - és ami hatékony az egyik helyzetben, az egy másik kontextusban hatástalan (Szabó 2019)

A megküzdés protektív személyiségtényezői

Kontrollképesség

A helyzetek kontrollálásának módja többféle lehet. Viselkedéses, kognitív döntési információs, retrospektív és másodlagos kontrolltípusról beszélünk (Csabai, Molnár 2009). A személyiség külső vagy belső kontroll attitűdjének feltárása Rotter (1966) vizsgálataira nyúlik vissza (Gy. Kiss 2012).

A vizsgálat eredményeként megállapítást nyert, hogy a *belső kontroll* attitűddel jellemző személyek a sikereiket vagy kudarcaikat úgy értékelik, mint saját tevékenységeik eredményeit, amelyeket cselekedeteik befolyásolni tudnak. A *külső kontroll* attitűddel rendelkező személyek, viszont a sikereiket vagy kudarcaikat külső, általa nem befolyásolható tényezővel hozza összefüggésbe (például jószerencse vagy balszerencse). A problémákkal való megküzdés szempontjából a kontroll kérdése kiemelkedő fontossággal bír.

Nem elhanyagolható, hogy a problémákkal való megküzdés során a megküzdő cselekvés révén kontrollképességünket éljük meg, vagy fordítva, úgy éljük meg, hogy a helyzet irányítása kicsúszik a kezünk közül, és abban tehetetlenek vagyunk. Az interjúk során az önhatékonyságra fókuszáló kérdésre adott válaszoknál az interjúalanyok önmagába vetett hite fontos tényezőként jelenik meg a változás útján.

„Én akartam meggyógyulni. Nem csak dumáltam a gyógyulásról. Tettem is érte. A gyógyszereket is szedtem.” (Sámuel)

„Ehhez én kellettem, hogy olyan legyen a dolog, hogy jó legyen.” (Sámuel)

„Ezt én csináltam magamnak, hogy nincsenek problémáim.” „Rajtam múlik minden.” (Sámuel)

„Hatékonyabb vagyok, mint voltam.” (Zsuzsanna)

„Nem bíztam senkiben, csak magamban. Úgy éreztem, hogy ebből csak én tudok kijönni.”
(Szilvia)

„Saját magam felépítem. Majd én egyedül.” (Szilvia)

„Saját magam építettem fel, nem vettem igénybe semmit.” (Szilvia)

„Magam próbáltam felépíteni.” (Szilvia)

„Hiszek abban, hogy segíts magadon, isten is megsegít.” (Szilvia)

„Akaraterő. Márpedig ki akarok ebből jönni.” (Szilvia)

„Az elmúlt három évben tisztult le nálam, hogy nem szabad feladni.” (Szilvia)

„Hatékony vagyok. Pörgős aktív vagyok.” (Szilvia)

„Jó, jó a szociális munkásom is sokat segített, de ehhez, hogy felépüljek én kelletttem”
(Sámuel)

Rothbaum, Weisz és Snyder, (1982 idézi Gy. Kiss 2012:3) elsődleges és másodlagos kontrollt különböztették meg. Az *elsődleges kontroll* révén a személy úgy érzi, hogy közvetlen befolyással rendelkezik az események felett, és azok a cselekedetei révén megváltoztathatóak. A *másodlagos kontroll* gyakorlásakor a személy nem hisz abban, hogy meg tudja változtatni a helyzetet, ehelyett a helyzet elviselhetőségére tesz erőfeszítéseket (pl. utólagos magyarázat révén). Az elsődleges kontroll attitűd az önszabályozás kérdésével is összefüggésbe hozható, melynek eredményeképpen a személy saját irányítása alá igyekszik vonni a vele történő dolgokat. Az önszabályozás képessége alapvető fontosságú a megküzdési folyamatokban (Gy.Kiss 2012).

Tanult leleményesség

Rosenbaum (Gy. Kiss 2012) szerint a tanult leleményesség a képességek és kognitív elvárások összességét tartalmazó személyiségrepertoár, amely segítségével a személy az aktuálisan zajló viselkedés gördülékenységét biztosító belső folyamatait szabályozza. A tanult leleményesség tehát olyan kognitív önszabályozást jelent az egyén részéről, amellyel viselkedése hatékonyságát a különböző körülmények között is biztosítani tudja. A tanult leleményesség elsősorban az önszabályozás képességére utal. Rosenbaum szerint a tanult leleményesség képessége fejleszthető, speciális coping stratégiát fejlesztő tréningek, terápiás technikák révén javítani lehet (Gy. Kiss 2012). Ezen készségfejlesztő stratégiák meghatározó elemei a közösségi pszichiátriai ellátás kereteiben megvalósuló pszichoszociális rehabilitációnak.

„évekig én nem is hallottam ilyenről, hogy a családon belüli kommunikációt úgy is segíthetem, ha csak én már beleteszem a sajátomat. Lehet, hogy a többiek nem alkalmazzák, de én jobban jövök ki egy konfliktushelyzetből, ha én úgy viselkedek, ahogy itt megtanultam. Tehát hogy negatív érzés kifejezése, pozitív kérés. És akkor, ha engem provokálnak családban, mert az stresszhelyzetet okoz, ami nálam visszaesést eredményezhet, ki tudok bújni ez alól úgy, hogy én másképp viselkedjek. És ez a felépülés része, mert ez egy eszköz, amit itt tanultam meg, hogy magamat, az én irhámam mentsem. Tehát már ha ők is eljöttek ide, de nem tudták elsajátítani mind, az az ő nehézségük, de azért az én életemért valahol én vagyok felelős. És az az én eszközeim, amit megtanultam, és nekem kell gyakorolnom, hogy ha jól akarok kijönni belőle.”(Annamária)

Keményen helytálló személyiség

Kobasa az 1970-es évek végén kezdte el kidolgozni a stresszel szemben ellenálló személyiség jellemzőit. Kobasa szerint a keményen helytálló személyiség (hardy personality) három fő személyiségvonással rendelkezik: az elkötelezettséggel, a kontrollképességgel és a kihívások vállalásával. Az elkötelezettség azt jelenti, hogy a személy rendelkezik életcélal, elkötelezetté válik a családdal, a közösséggel, amiben él, a vallás területén és ez képes célt adni az életnek és egyben még több erőfeszítésre ösztönzi. Az elkötelezettség révén nyer értelmet az élet (Gy. Kiss 2012). A kontrollképességről már volt szó a korábbiakban. A külső kontrollos személy a vele történő eseményeket általa irányíthatatlannak véli, míg a belső kontrollos személy hite szerint ő maga uralja élete eseményeit. Ez itt azt jelenti, hogy hogyan fogjuk fel a minket érő életeseményeket. Az életesemények által kiváltott nehézségeket kihívásként érdemes felfogni és nem fenyegetettségként. A három tényező közül Kobasa a változásra való nyitottság szerepét emelte ki. Kobasa és mtsai (Gy. Kiss 2012) szerint a magas hardiness értékkel rendelkező személyek mind fizikailag, mind lelkileg egészségesebbek.

„most, már úgy vagyok vele, hogy ahogy tanulja az ember a hosszú évek során, hogy hát hiába mondta el nekem a pszichiáter, hogy ez olyan, mint a cukorbetegség, hogy maga erről nem tehet, hogy valójában én is kezdem úgy érezni, hogy én erről nem tehetek. Tehát, hogy nem kértem, hogy ez a betegségem legyen, és hogy ezzel meg kell tanulni együtt élni. Nagyon nehéz, de meg kell tanulni együtt élni. Igen. Tehát hogy így kézen fogva járni vele. Hát amit a legjobbat ki lehet hozni ebből. Bocsánat, hogy a könnyek kicsordulnak. Tehát hogy nem könnyű ezzel együtt élni, de meg kell tanulni. És a visszaeséseknél se kell félni, merthogy fel lehet állni. Az a nagyon nehéz, amikor az ember a visszaesésekből így megtanul felállni. Mert hát sajnós, az is az élet része, hogy nem mindig vagyunk tünetmentesek.”(Annamária)

Maddi és munkatársai szerint (Gy.Kiss 2012) a keményen helytálló személyiség három komponense (elkötelezettség, kontrollképesség, kihívások vállalása) adják meg a lehetőséget a stresszteli és traumatikus élmények átfordítására és a személyiség fejlődési, növekedési potenciáljának megvalósulására.

Én-tudatosság

Fenigstein (Gy. Kiss 2012) szerint az én-tudatosságnak két fő irányultsága van, a személyes és a társas én-tudatosság. A személyes én-tudatosság a személy belső lelki állapotának monitorozására. A személyes én-tudatosság olyan rálátásra vezet, amely képessé tesz bennünket érzelmeink, belső reakcióink, állapotaink, motivációink észlelésére. Saját magunk lelki működésének megismerése lehetővé teszi, hogy az irányítást átvegyük érzelmeink, szándékaink felett, ami az önirányítás és önszabályozás lehetőségét teremti meg. A társas én-tudatosság révén a személy az én-működés szociális, társas vonatkozásait vizsgálja. Az interperszonális interakcióban szerzett önmagára vonatkozó tapasztalatokat beépíti és hasznosítja a társas tájékozódásban (Gy. Kiss 2012)

Én-hatékonyság

Bandura szerint a személy én-hatékonyságába vetett hite fontos szerepet tölt be a kitűzött célok és kihívások tekintetében. A magas én-hatékonysággal jellemző személyek több erőfeszítést fejtenek ki az adott cselekvés végrehajtására, mivel nagyobb az önmagukba vetett hitük, és ezért erősebb motivációval rendelkeznek. Az én-hatékonyság mértéke befolyásolja azt, hogy a személy milyen mértékű kitartással rendelkezik, és hogy milyen hittel van a cselekvőképességének tekintetében (Gy. Kiss 2012).

„Ha valami hajtja az embert belülről, bízni kell magunkba, hogy jó dolog hajt belülről.

Küzds, bizás, kitartás. Bízni az embernek magában.

Az ember sokszor saját magában is elveszíti a kitartását ebben az állapotban.

Nekem a sok küzdelem meg szenvedés tartja meg a kitartásom. Még én sem nyertem vissza a bizalmam magammal szembe, majd csak akkor fogok, ha olyan dolgot elérek. A becsület nagyon fontos, engem paranoiddá tettek a fű és az alkohol. Félttem, hogy elkapnak a rendőrök, mert fűvezek. Ha nincs ilyen nem kell parázni. Becsületes élni megismerni a lelki világunkat fontos, meddig mehetünk el a rosszban. Ismerje meg magát az ember, a becsületes kiskapukat. Hogy megismerje az ember magát.” (Imre)

Reziliencia

A reziliencia jelenségét úgy definiálhatjuk, mint a hatékony alkalmazkodás fenntartását a kritikus élethelyzetekkel szemben. A reziliencia kapcsán megkülönböztetik a rezilienciát, mint megküzdési folyamatot (resilience) és a rezilienciát mint személyiségvonást (resiliency), amely alapját képezi a hatékony megküzdésnek. Így az utóbbi vonatkozásában beszélhetünk „reziliens” személyiségről (Szabó 2019). A pszichológiai reziliencia kapcsán az énhatékonyság, autonómia, és kontroll tényezői, valamint a mögöttük meghúzódó személyiség - talaj jelentősége emelhető ki egy fejlődés lélektani megközelítésben. A reziliencia szociális tényezői kapcsán pedig a társas támogatás és produktív közösségi aktivitás (Szabó 2019).

„Az, hogy küzd az ember az nagyon fejleszti az embert.” (Imre)

Koherencia érzék

A koherencia érzék konstruktumát (*sense of coherence*) Antonovsky (Gy.Kiss 2012) alkotta meg. A koherencia érzék nem közvetlenül megküzdési stratégia, hanem olyan tényező, amely irányítja a megfelelő coping források megtalálását és mobilizálását.

A koherencia érzék három fő komponense:

- a *felfogóképesség* (a külső és belső környezet eseményeinek differenciált észlelése, összefüggéseinek megértése),
- a *források kezelésére való képesség* (a meglévő források felkutatása és felhasználása)
- az *értelmesség* (az értelmes életben való hit, valamint abban való hit, hogy az erőfeszítéseknek van értelme).

„Igen, és fokozatosan kezembe vettem az életemet.” (Annamária)

Diszpozicionális optimizmus

Scheier és Carver szerint a stresszel szembeni küzdelemben alapvetően fontos szerepet tölt be a lehetséges pozitív kimenetelre történő orientáltság, kiváltképpen a megküzdő viselkedés folytatása vagy feladása szempontjából. Az optimista szemléletű emberek inkább a pozitív végkifejletre fókuszálnak, ami pozitív hatást gyakorol a megküzdésre. Solberg Nes és Segerstrom (2006) kutatásukban az optimizmus pozitívan korrelál a megközelítő- és a problémafókuszú copinggal, míg negatívan korrelál az elkerülő- és emóciófókuszú copinggal (Gy. Kiss 2012).

„Élet élésében? Szerintem ez elég jó. Hatékonyságot tekintve nem állok rosszul.” (Cili)

Konstruktív gondolkodás

Epstein & Meier (1989) írták le a konstruktív gondolkodás definícióját (*constructive thinking*), aminek lényege a sikert és hatékonyságot hozó alkalmazkodási sémák új helyzetekben történő felhasználásának képessége olyan módon, hogy az érzelmi és racionális viszonyulás egyaránt igazodik a megváltozott feltételekhez. A konstruktív gondolkodás előmozdítója a változás iránti érzékenység és nyitottság, amelynek során a változásra való képesség az eredményes alkalmazkodásban valósul meg (Gy. Kiss 2012).

„Egy ember vagyok a több millióból... ..Másrészt mindenki egy picit a maga világában él. Én úgy látom magam, hogy a társadalom egy része vagyok. Dolgozok, tanulok, adózok. Egy ember vagyok a sokból.” (Szilvia)

Érzelmi intelligencia

Salovey és Mayer megközelítésében (Gy.Kiss 2012) az egyének között jelentős különbség van az érzelmi információk észlelésében, kifejezésében, felhasználásában és szabályozásában. A személy érzelmi intelligenciája döntően hozzájárul a személy intellektuális és jóllét érzéséhez és növekedéséhez. Salovey (2000) szerint az érzelmek és az egészség egymásra hatnak. Megállapítása szerint az érzelmek összefüggésben vannak: a fiziológiai

működéssel, a kognitív működéssel, a viselkedéses reakciókkal, továbbá az érzelmi állapotok összefüggenek az interperszonális, társas kapcsolatokkal, azok pedig visszahatnak az egészségre (Gy. Kiss 2012).

Spirituális intelligencia

A spirituális intelligencia az egyedüli intelligencia, amely az emberi lény specifikus adottsága, általa az élet dolgait az én határait meghaladó, gazdagabb perspektívába tudjuk helyezni. A spiritualitás teszi lehetővé a személy számára a növekedést, az emberben rejlő humán potenciál kifejlődését (Gy. Kiss 2012).

„Beszélünk a lelki békéről, ezt kell megteremteni. Nem csak megteremteni kell, hanem meg is kell tartani. Ezt úgy lehet megtartani, ha nem hagyjuk magunkat kizökkenteni. Nem kell túl reagálni a zavaró helyzeteket. Nem izgatjuk magunkat olyasmivel, amin nem tudunk egyből változtatni” (Zalán)

Láthatjuk, hogy a megküzdési stratégiák jellege az eltérő személyiség vonások befolyással vannak a problémákkal való megküzdésre, így a mentális zavar okozta nehézségekkel való megküzdésre és a felépülésre. Az asszertivitást elősegítő, a probléma megoldás készségét fejlesztő tréningek a személyes hatékonyság érzését növeli és erőt ad a pozitív változás útján.

4. Spiritualitás

„Mentális zavaromról azt gondolom, hogy tulajdonképp mi a tudatunkkal vagyunk egyek és a zavar az az egomnak a terméke. És a káosz ott van és valójában az univerzum minden egy egységet képez. Mindegy ki hogy nevezi Isten, Buddha akármilyen ott minden harmóniában van és tisztaság és úgy gondolom, hogy az ego az, ami végül is a zavart okozza. Tehát én visszatérek önmagamba.” (Cili)



27. számú ábra

Salvador Dalí: *Krisztus a kereszten*. 1954.

A felépüléshez vezető úton erőt adhat, az hogy van egy Felsőbb Erő amire, akire mindig lehet számítani még az élet legkilátástalanabb helyzeteiben is. Az erőbe vetett hit reményt ad és erősítheti a problémával küzdő személyt a változás útján. Az életútinterjúk elemzése során körvonalazódott a spiritualitás jelentősége a pozitív pszichológiai fejlődés útján. Vajon a spiritualitás egyenlő a vallásossággal vagy ettől több? Hogyan jelenik meg a spiritualitás a segítő munkában? Mit is jelent a spiritualitás a mentális zavarral élő személyek számára?

Függőségéből felépült Pap Ákos szociális munkás következő képen vélekedik a gyógyulás és a hit kapcsolatáról:

„Nem tudom kinek volt olyan élménye, amikor valami rettenetes bajtól szabadult és úgy érezte valósággal kegyelmet kap, hogy tovább létezzen, de már nem úgy, mint azelőtt, hanem valami csodálatos módon, amiről gyermekkorában legfeljebb a mesékben hallhatott. Nekem volt ilyen és soha sem gondoltam, hogy ehhez több nagy betegségen kell átesnem. Nyilván ezért is, de felépülésem során egyre többet foglalkozom a hit szerepével a gyógyulás folyamatában. Valószínűnek tartom és eddigi olvasmányaim azt támasztják alá, hogy az emberiség korai időszakában a gyógyulást isteni kegynek tekintették. A gyógyító emberek tulajdonképpen közvetítő szerepet játszottak a beteg és a közösség hite szerinti Isten(ek) között, de nevezhetjük Szellemnek, vagy Felsőbb Erőnek, nem az elnevezés a lényeg. A sámánok ugyan nem mellékesen, de csak kiegészítő tevékenységként végezték a gyakorlati gyógyító munkát, vagyis a folyamatban a hitet és a közösség erejét tekintették elsődleges tényezőnek. Ez egyfajta spirituális élethez való viszonyulás, vagy működésmód, amely minden résztvevőre – betegre, hozzátartozóra, gyógyítókra – egyaránt vonatkozott. Központi eleme a hit megélése, hogy a szereplők aktív közreműködésével, de Isten segítségével a gyógyulás bekövetkezhet. Ez a remény jóval többet jelentett, mint a hétköznapi hit (pl: önbizalom, vagy az orvosba vetett hit) mert ugyan láthatatlan Erőkhöz kapcsolódtak, de a hithez tartozó érzések és élmények határozták meg a lelkiállapotot, ez pedig nagyban segítette a gyógyulást, de adott esetben a halállal való szembenézést, annak elfogadását is. A végtelen Istenben bízni mégiscsak reménykeltőbb, mint véges önmagunkban reménykedni. Betegségem arra tanított, hogy tegyem, ami emberileg lehetséges, de volt egy szint, amikor átadtam magam egy Felsőbb Erőnek, rábízva arra sorsomat. Pontosabban ma már nem csak egy szint, hanem életforma, ami kitölti napjaim. Nekem ehhez hosszú utat kellett bejárnom, mélyre kellett jutnom, viszont életem egyik legszebb szakaszába vezetett. Ezt az élményt élik át felépülő szenvedélybetegek, ezt leginkább kegyelemként tudom meghatározni, amikor úgy érzik halálra ítélték, de aztán valami titokzatos okból kegyelmet kapnak. Ennek hatására végtelen hálát érzel, ez olyan lelkiállapot, amit semmilyen tudatmódosító hatására sem tudtak elérni. A szenvedő ekkor felteszi a kérdést: miért ne történhetnének jó dolgok is velem? Ilyen, amikor a hit megmérgezi az alkoholt és innentől nem esik jól egy korty ital sem. Még egy be nem tervezett infarktus sem olyan félelmetes, ha van hit, mert lehet tovább tartalmas életet élni, lehet gyógyulni és remélni. Úgy vélem minden betegség esetében a hit gyógyító szerepe felbecsülhetetlen. Az USA-ban a spiritualitás oktatása több orvostudományi egyetemen bevett gyakorlat. A holisztikus szemlélet része, hogy a beteg hitére vonatkozó kórelőzményt is fontosnak tartják, támogatják a vallási közösségi kapcsolatot és a hitéletet. A mai orvoslás reményeim

szerint - úgy miközben az orvostechnika továbbfejlődik – de léleken visszatér a gyökerekhez, ahhoz ami jó néhány ezer évvel ezelőtt jellemezte a közösségeket. Ahol a betegek, gyógyítók és hozzátartozók nem zárják ki a gyógyulás lehetőségei közül a hit szerepét. Úgy tapasztaltam, test és lélek, az égiekkel együtt alkot egységes egészt.” (Papp Ákos)

A spiritualitás fogalmával hagyományosan a vallás, teológia területén találkozunk. A pszichiátria a 20. század közepéig ignorálta a jelenséget. A 2015-ben megjelent *A pszichiátria magyar kézikönyvében* az alapkérdések között találkozunk vele (Tremkó, Tóth, Molnár, Petke 2016).

A felépülést elősegítő bio-pszicho-szociális szemlélet uralkodó paradigma. Frecska szerint a gyógyító tevékenységet ki kell egészíteni a spirituális megközelítéssel, a mentális zavarral élő emberek egészségét, bio-pszicho-szocio-spirituális (BPSS) harmóniájának visszaállításának érdekében. Ha egy mentális zavarral élő személy több értéket vesz át, nyitott a zárt közösségén túli egyetemes értékek befogadására, ez előrelépést ad a mentális és fizikai egészsége eléréséhez. A spiritualitás iránt nyitott személyeknek jobbak lesznek az egészségmutatói, a stressztűrő képességük, könnyebben fel tudnak épülni a mentális problémájukból (Frecska 2018).

„A gyerekek, mindenképpen jobban mondva az a tudat, hogy több gyermeces apa vagyok. Ez éltet, és segít.

Kapaszkodó a tudat, hogy vannak gyermekeim, és akiknek szükségük lehet rám.

A másik tényező, a Buddhizmus. A Dalai láma, akin keresztül elvezetett az út számomra a tibeti buddhizmushoz. Egészen konkrétan a tibeti feleségemhez. Ők azt mondják, hogy mindenki egyforma, mindenki a boldogságra törekszik, és mindenki szeretné elkerülni a szenvedést. Ezt úgy lehet megvalósítani, hogy megteremtjük a lelki békénket, és próbáljuk megőrizni. És az ember gondolkodik az olvasottakon vagy hallottakon. Ez segít.” (Zalán)

A spiritualitás definíciója sokrétű. Olyan szellemi irányzat, mely az élet értelmével, céljával, az élet igazságaival, az értékekkel foglalkozik, az emberi tapasztalat transzcendens, transzperszonális dimenzióját érinti. Spiritualitás, hit és vallás az emberi élményvilág átfedő, de különböző jelentésű jelenségeit foglalják magukba. A spiritualitás egyrészt az egyén belső szubjektív tudatosságából ered, másrésztől a közösségekből, társas csoportokból és szokásokból. Ez úgy tapasztalható meg, mint intenzív kapcsolat önmagunk belső, legszemélyesebb valójával, másrésztől a „másikkal” a self-en túli transzcendenssel való kapcsolatként észleljük. A vallás társasan és tradicionálisan megosztott hiedelmek és tapasztalatok rendszerét fedi (Cook et al. 2009; Tremkó 2016). A mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik életében gyakran eltűnnek az örömteli célok, az élet értelmébe vetett hit. A személy örömteli céljainak újbóli megjelenésében, elérésében támogató erő lehet a spiritualitásból adódó erőforrás.

„Elkezdtém saját magamnak keresni dolgokat. Próbáltam saját magamat felépíteni. Plusz a vallás. Visszatértem az egyházhoz. Megint elkezdtem misére járni. Saját magamat építettem fel nem vettem igénybe semmit” (Szilvia)

A spiritualitás közös emberi értékrendet feltételez, melyben az altruizmus, humanizmus, értelemkeresés, felelősségvállalás meghatározó szerephez jut. Spirituális fejlődés során a személyiség gyarapszik, integráltabbá válik. A hit, vallás védő, támogató belső erőforrásként van jelen az egyén életében az egészségmegőrzésben fontos szerepe van. Faulkner 1997-es vizsgálatában a mentális zavarral élő személyek mintegy fele fordul krízis esetén vallásos és spirituális segítséghez, ám erről nem szívesen beszélnek a pszichiáterükkel, ezért kommunikációs kudarcba fullad a kapcsolat (Cook et al. 2009; Tremkó 2016). Fontos, hogy a mentális egészséggel, nehézségekkel foglalkozó szakemberek nyitottnak kell lennie a hozzá segítségért forduló személyek spirituális élete iránt.

„...doktoronőnél még az a jó, hogy ezt a spiritualitást abszolút elfogadja és azért ez nagyon jó volt nagy segítség. Tehát ő nem zárkózik el most már 9 éve járok hozzá lassan de nem tett megjegyzést tehát semmi ilyen dolgot ő nem, ő elfogadja és szoktam neki ilyeneket mesélni amit látok hallok tapasztalok és érdeklődve figyeli amit mondok.” (Cili)

A segítő kapcsolatban igény van az élet kérdéseiről való beszélgetésre (születés, elmúlás, az élet értelme).

A spiritualitáshoz való viszony szempontjából 5 féle identitásformát különböztethetünk meg:

- ateista (az a személy, aki tagadja egy felsőbbrendű realitás létezését)
- agnosztikus (az, aki azt a nézetet képviseli, hogy nem lehet tudomásunk egy felsőbb realitás létezéséről)
- vallásos (az, aki hisz és bízik egy felsőbb realitás létezésében és/ vagy szervezett a vallás keretein belül működő közösséghez tartozik, ahol vallási gyakorlatot folytat)
- spirituális (az a személy, aki élmény szintjén átéli, tapasztalja a felsőbb realitással való kapcsolatot függetlenül attól, hogy tartozik - e szervezett, vallási keretek között működő csoporthoz (Cook et al. 2009; Tremkó 2016).

„Spiritualitás... Igen mert nekem ez segít és ez hozott el idáig most, hogy ezt meg lehetett volna rövidebb idő alatt csinálni sokszor eszembe jut de nekem ez volt az utam és én mindig tettem vagyis gondoltam rosszul gondoltam azt jól lehet hogy rosszul gondoltam de az út eddig tartott.” (Cili)

Az önsegítő csoportokon, így például a szenvedély betegek AA csoportjain, amikor felépülő személy eléri a felépülés szintjét a felépülési tapasztalatainak megosztásával kapcsolódik a sorstársakhoz, növekszik önismerete és gyarapszik a spirituális tapasztalata. Másokat segít, önértékelése nő (Tremkó, Tóth, Molnár, Petke 2016).

„amíg annyira sértett az ember belül..addig nem tud nyitottan hozzáállni a másikhöz, mert bármit mondtak én azt már bántásnak vettem. És akkor nehéz volt és francba, inkább megcsinálom magam, mint ez a fájdalom és akkor, ahogy az belül a sok spirituális gyakorlás révén ez úgy egyre jobban egészült ki úgy ez a nyitás kifelé is egyre jobban megy.” (Cili)

„A spiritualitás végül – a magunk megfogalmazásában – azon transzcendens ténynek az átélése, hogy valamennyien egy önmagunknál nagyobb egység részei vagyunk és ez a naponta megújuló tapasztalat biológiai-pszichológiai-társas és spirituális szinten megnyilvánuló élmény- és viselkedésbeli következményekben mutatkozik meg. Ez a meghatározás azt a nézetet is implikálja, hogy emberi lényként mindannyian sorstársai vagyunk egymásnak az élet folyamában; mindegyikünk élete tanításként szolgálhat a másoknak, legyen az „páciens”, vagy „terapeuta”. (Tremkó, Tóth, Molnár, Petke 2016: 507).

5. Kapcsolati hálóból adódó támogató források (támogató családi és baráti kapcsolatok, inspiráló, támogató személy)

„Hát a családtól rengeteget. Anyukámtól és a barátaimtól. Ugye így már elmondtam, hogy nagyon támogató supportív környezet vesz... Tehát az, hogy rendszeresen jöttek hozzám a zárt osztályra, az annyira megható volt, hogy nem, nem hagytak magamra és hogy ott bizony volt olyan, akinek nemhogy szóval a család se jött, nekem meg a barátok is. És ez annyira megható volt. Hozták a madártejet, meg a finom... Meg az újságokat, meg sült csirkecombokat, meg mindenfélét, hogy kedvembe járjanak.” (Annamária)

A mentális zavarból a felépüléshez vezető úton meghatározó szerepük van a családtagoknak, hozzátartozóknak, barátoknak. Az általuk nyújtott támogatás vagy éppen ellenkezőleg a családi támogatás, baráti kapcsolatok hiánya jelentősen befolyásolja a fejlődés, felépülés kibontakozását. A családtagok, mint partnerek jelennek meg a közösségi pszichiátriai ellátás keretében megvalósuló család gondozásban. Ez a partneri viszony a pszichoszociális rehabilitáció alapját adja. Ez nem mindig volt így. Az 1970-es évek előtt sok-sok évig a családtagokat kizárták a mentális zavarral élőket segítő tevékenységekből. Megbélyegezték őket, bűnbakot képeztek belőlük felelőssé téve őket a mentális zavar kialakulásáért. Ilyen megközelítés volt például Fromm-Reichmann elképzelése, miszerint a szkizofréniával diagnosztizáltak korai anya-gyermek kapcsolatában van a sérülés. Eszerint a megközelítés szerint a férfiaknál kialakuló szkizofrénia az anyai elutasításnak tulajdonítható. Felvetette a szkizofrenogén anya fogalmát. Bateson és munkatársai az ötvenes évek közepén, a családon belüli kommunikációs minták és a valamely családtagnál kialakuló szkizofrénia között a lehetséges összefüggéseket kutatták. Arra jutottak, hogy a zaklatott családban a szülői konfliktust a szkizofrén tünetek megjelenése szakítja meg. Bateson és munkatársai feltételezték, hogy a család maga is alakítja tagjának irracionális viselkedését a saját ellentmondásos kommunikációs követelményeivel. Bateson, Jackson, Haley és Weakland bevezette a kettős kötés fogalmát, amely felelős a család egy tagjának szkizofrén zavaráért (Godenberg, Goldenberg 2008). A kettős kötés kommunikációról bebizonyosodott, hogy nem ez a szkizofrénia okozója. Láthatjuk az előbbieken bemutatott elméletek a családot inkább patológizálták és nem erőforrásként jelenítették meg. Szerencsére az utóbbi évtizedekben a terápiás fókusz a deficitről, a patológiáról áttolódott egy kompetencia-alapú, egészségorientált felfogás irányába, amiben a fő cél a család mozgósítható erőinek erősítése (Walsh 2016). Ez a pozitív álláspont módosítja a segítői támogatást arról, hogyan bukott meg a család, annak a keresésére lesz fontos, hogy hogyan tudnak sikerrel járni. A klinikusokban elkezdett tudatosulni, hogy a terápia nyelvezete képes patológizálni a családokat. Elmozdulás állt be a korábbi terapeutát hangsúlyozó hierarchikus modellektől és a családi patológiát kiemelő romboló stratégiáktól. A terápiás kapcsolat együttműködőbbé lett, elismerve azt, hogy a hatásos beavatkozások inkább múlnak a családi erőforrások aktiválásán, mint a terapeuta technikáján. A beavatkozások célja a hatékony családi működés elősegítése, az aktuális stressz enyhítése, a megküzdő kapacitások támogatása, a rokonsági és közösségi erőforrások mozgósítása (Walsh 2016). Az interjú alanyok meglátása szerint hatalmas erőt és kitartást ad, ha családtagokra, barátokra tudnak támaszkodni az élet nehéz pillanataiban is.

„A környezetem elfogadott. Mellettem álltak, ez kulcs fontosságú.” (Dalma)

„Abban, ha figyelnek, nem ítélnék el, nem néznek le. Én gyakran megteszem ezt magammal. Az segít, ha ők ezt nem teszik meg.” (Dalma)

A hetvenes évektől a családtagokra úgy tekintettek, mint a mentális zavarral élők terápiájára pozitív hatást gyakorló forrásra, akiknek szükségük van arra, hogy ismeretek és megküzdési stratégiák birtokába jussanak (Lieberman 2010). Libermannhoz köthető a viselkedésterápiás családi menedzsmentek prototípusának kidolgozása. Az azóta megszületett családi kezelések újabb módszerei ennek a megközelítésnek a fogalmi alapjaira támaszkodnak. A 70-es években Libermanék viselkedésterápiás tanulási alapelveket és edukációs technikákat használtak, hogy segítsék a családtagoknak menedzselni a mentális zavarral élő családtagjukkal való interakcióban kialakuló stresszt és segítsenek a tünetekkel való megküzdésben. A mentális zavarral élő személyek és családtagjaik közös foglalkozásokon tanultak a szkizofréniáról, kommunikációs és problémamegoldó készségeiket gyakorolták. 1975-ben Liberman aki Londonban dolgozott megbízta Ian Falloont a viselkedésterápiás családi menedzsment tesztelésével. Falloon 36 fiatal, szkizofréniával diagnosztizált felnőttet vizsgált, akik otthonukban, feszültséggel terhelt kapcsolatban családjukkal éltek. A kutatásban résztvevőket random módon osztották be az otthon végzett viselkedésterápiás családi menedzsmentre, illetve a kórházban biztosított támogató egyéni terápiára. Minden kutatásban résztvevő személy kapott antipszichotikumot és eszményszmentben részesültek. Attól függetlenül, hogy melyik csoportba tartoztak, minden páciens ugyanazt a kezelési programot követte. A viselkedésterápiás családterápia és az egyéni eredmények összehasonlításakor értékelték a pszichotikus tüneteket, a közösségi létet, szociális működést, a családi megterhelést és a költséghatékonyságot. A viselkedésterápiás családterápia szignifikánsan eredményesebbnek mutatkozott az előzőekben felsorolt összes dimenzió mentén. A viselkedésterápiás családi menedzsmentben részesülő mentális zavarral élők 6%-a élte meg a szkizofrénia tüneteinek a súlyosbodását vagy visszaesést a kezelés első 9 hónapjában addig az egyéni terápiában résztvevők 44%-ára volt ez jellemző. Két évvel a terápia megkezdése után, amikor a viselkedésterápiás családi menedzsment a „fenntartó kezelés” fázisába került a visszaesések aránya a két gondozási feltétel mellett a következő képen alakult: a családi menedzsment esetében 11% és 83% akik egyéni terápiába jártak. A viselkedésterápiás családi menedzsmentben résztvevők rokonai jóval kisebb mértékű családi terhet éltek meg, mint az egyéni terápiában részesülők (Liebermann 2010). A viselkedésterápiás családi menedzsment célja a család problémamegküzdési készségeinek a javítása, hatékony kommunikációs készségek fejlesztése. Falloon felismerte, hogy a mentális zavarral élő emberek és hozzátartozóik megküzdési és problémamegoldási képességeik javultak a viselkedésterápiás családi menedzsment hatására. Falloon és munkatársai kidolgozták az Integrált Pszichiátriai ellátást, melynek a fókuszában a mentális zavarral élő család áll (ami a korábbiakban, már bemutatásra került).

„Nyugalmat kapok, ami kell, nyugodt légkör, segítőkészséget kapok.” (Bence)

A mentális zavarral való megküzdés nem csak a mentális zavarral élő személyre ró terheket, hanem a családra, hozzátartozókra és barátokra is. Az ötvenes évektől pszichiátriai kutatások feltárták, hogy érzelmi, fizikai, anyagi teher nehezedik azokra a családokra, akik felelősséget vállalnak mentális zavarral élő hozzátartozóik segítségével (Lieberman 2010). A megterhelés egyik forrása a mentális zavar tüneteiből adódik. A másik az anyagi felelősség növekedése, ami annak a következménye, hogy nem dolgozó fiatal felnőtt él a családban. A támogató családtagoknak számos nehézséggel kell megküzdeniük. Ilyen a gyász érzése. Amikor a pszichiáter szembesíti a családot a mentális zavar diagnózisával sokszor elvész az a remény, hogy a családtagjuk boldog lesz e valaha, élhet-e a társadalomban aktív életet. A tünetek enyhülése és a működés javulása reményt adhat a hozzátartozóknak. Reményt és erőt, hogy támaszként, kísérőként támogatást adjon a mentális zavarral élő hozzátartozójának. A büntudat szintén olyan érzelmi reakció, amit a legtöbb hozzátartozó átél. A hozzátartozók több mint 50%-a büntudatot érez azért, mert nem ismerték fel idejében a mentális zavar jeleit, vagy, mert nem sikerült meggyőzni a hozzátartozót, hogy segítséget kérjen (Lieberman 2010). A büntudat hátterében meghúzódhat az is, hogy a családtagok önmagukat is okolhatják a családtagjuk mentális problémájáért. A stigma további terhet ró a családra. A közösségi stigmától való félelem nehezítheti a segítségkérést a családtagok részéről is.

„A szüleim mindig támogattak, jó biztos volt bennük szégyenérzet a faluban, de nem annyira szégyelltek.”.....” Érzelmileg és anyagilag is. Sokat jelent, hogy mellettem vannak. Eleinte nem voltak, ez megváltozott. Segítenek amiben tudnak.” (Imre)

Ezért fontos a mentális zavarral élő személyek családtagjainak a támogatása. A pszichoszociális családi intervenciók a mentális zavarral élők és családtagjaik számára klinikai, családi, szociális és gazdasági előnyöket hoz. A családok a segítőkiktől elsősorban feltétel nélküli elfogadást és támasznyújtó odafordulást igényel. Azt várják, hogy elismerjék az erőfeszítéseiket (Szabó 2008).

„anyukám érdekes...anyukám ő a lelki támasz meg ugye főzés kaja a nővérem abszolút program felelős ide megyünk, oda megyünk. Angliába van és küldözgeti a kirándulás programját, hogy hova menjek, mit csináljak, amit ő tudja, hogy mi érdekel engem...tehát abszolút sok helyre elvitt.”(Cili)

A családtagok és barátok, mint természetes támaszként vannak jelen a mentális zavarral élő személyek életében. Nestmann tanulmányában Vaux alapján a kapcsolathálózatok támasznyújtásának három formáját különbözteti meg:

- támaszt nyújtó források (strukturális dimenzió) – ezek mind anyagi természetes támaszok lehetnek;
- támaszt nyújtó tranzakciók (cselekvési dimenzió) – konkrét cselekvésekben megjelenő támaszok, és
- támaszt nyújtó értékelések (kognitív és emocionális dimenzió) a probléma meghallgatása, árértékelése és egyéb érzelmi támaszok. (Nestmann 2001: 1688 idézi Udvardi 2011:8).

Neuffer e támasz típusokat az alábbiak szerint bővítette e ki:

Támasznyújtás rendszere

Viselkedés/interakció	Tudatosság és kognitív aspektusok közvetítése	Érzelmi aspektus
<ul style="list-style-type: none"> • személyre vonatkozó (gondozás) • javakra vonatkozó (házimunka) • az én kívülről történő megerősítése • tárgyi tudások, praktikus információk • személyre szóló tanácsok • szabadidős tevékenységek 	<ul style="list-style-type: none"> • elismerés, értékelés • szociális normákhoz igazodó viselkedési minták • támasz, biztos segítség • szociális kompetenciák 	<ul style="list-style-type: none"> • beágyazottság-biztonság • szeretet-vonzódás • motiváció • félelmekkel szembeni védelem • lelki egyensúly

28. számú ábra

Támasznyújtás rendszere. Neuffer 2009: 185 idézi Udvardi 2011:8

Sajnos azzal is esettel is lehet találkozni, hogy a család nem támogatóan van jelen a mentális zavarral élő személy mindennapjaiban.

„Semmit. Ellenem fordultak. Külön probléma, fel kellene jelentenem a sógorom. Az örökségemre pályázik, és meg is fogja kapni. Kisemmiznek.” (Emma)

„Most anya otthonban vagyunk, és el kell venni a lakásunkat, hogy két kicsit tudjak venni. Itt egyénileg jártam a doktornőhöz, és családdal is voltunk itt. Én akkor már válni akartam.

A pszichés egészségemre rá nyomta a bélyegét ez a házasság, menjen a munka, legyen pénz, legyen mit enni. Érdekházasság ez, nincs szerelem.” (Emma)

A családok kulcsfontosságúak a mentális zavarral élő hozzátartozójuk felépülésében. Amikor a család megfelelő ismerettel rendelkezik a mentális zavarral élő családtagjuk problémájára vonatkozóan, megküzdési képességekkel rendelkeznek, támogatást tudnak nyújtani, asszertívan érdekeket tudnak képviselni, megnő a hozzátartozó felépülési esélye. Közös cél a felépülés.

A közös célok és a felépülés eléréséhez olyan intervenciók vezetnek melyek az összes családtag szükségleteit és vágyait figyelembe veszi, és megteremti az elérésükhöz szükséges feltételeket (Lieberman 2010).

A családtagok mellett a barátok szeretete, jelenléte az, ami erőt, reményt és hitet adhat a felépülésben.

„És ez egy ilyen nagy lélegzetvétel volt, hogy én vissza tudok jutni a régi életembe, hogy a barátok kíváncsiak rám így is, hogy a kórházat megjártam és hogy nem engedték el a kezemet. És hogy nem fordítottak nekem hátat. És hogy így is elfogadnak, ezzel a betegséggel együtt. Tehát ez egy nagy érdem volt az ő részükről is, hogy nem engedték el a kezemet. Ez egy nagyon dicséretes, nem tudom, hogy fogalmazzak, számomra erőt adott. Egy erőforrás volt az, hogy ezzel együtt ők elfogadnak, és hogy nem távolodtak el tőlem. Igen. Pedig pont ezt gondoltam, hogy majd szégyellni kell ezt a betegséget, és hogy kirekesztenek ezzel. És hogy nem akarnak majd az én barátaim lenni, mert ez egy szégyenletes dolog, hogy valakivel ez történik. És tehát én magamat akkoriban nagyon erősen stigmatizáltam. Ez így stigma volt és hogy ők átlépték ezt a határt és nagyon jó fejek voltak. Sőt, érdeklődtek a kórházban is felőlem. Jöttek is látogatni. Azt is nagyon szégyelltem, hogy engem ott látogatnak, és hogy olyan helyzetben látnak, olyan kiszolgáltatott helyzetben. És volt egy barátnőm, ... aki ekkora nagy pocakkal terhesen, amikor odaköltöztem, most 11 éves a fia. 2004-ben költöztem haza és akkoriban minden áldott nap bejött hozzám a zárt osztályra. Elment a Daubner cukrászdába, vett pogácsát, tökmagos pogácsát és jött utána a cukiból hozzám a zárt osztályra. És nem tudtuk, mi az a kognitív terápia, de volt egy kockás füzete és minden nap felírta, hogy nem leszel hajléktalan, haza fogsz költözni Amerikából. Veszél itthon egy lakást, találasz itthon egy munkahelyet. Tehát hogy így a gondolataim strukturálta át, mert én csak akörül forogtam.....(Annamária)

„A barátság maga segítség. Meg tudjuk beszélni a dolgokat, kölcsönösen segítünk egymásnak. Az egy kölcsönös segítségnyújtás.” Nálam vannak olyan dolgok, mint a munka feladásával kapcsolatban, előre mondja, hogy ne csináljam és én is belátom. A döntési helyzetekben állnak mellettem.” (Zalán)

A támogatás mellett a szabadidős, közös programok által az izoláció megelőzését is elősegíti a baráti kapcsolat.

„Jó baráti köröm van, ennek nagyon örülök. Színházba, moziba járunk, elhívnak kirándulni. Tehát ennek nagyon örülök, merthogy szerencsés vagyok, hogy mindig figyelnek rám. És most is, hogyha úgy érzik, hogy gond van, jelezték a doktornőnek tavaly, hogy »A« bajok vannak. És hogy tavaly is volt ilyen ügye és hogy akkor, hogy tudnak segíteni nekem, hogyha gond van. És ez nagy segítség, hogy ők mellettem állnak. Igen, ennek nagyon örülök. Mindig mondja ... doktornő, hogy ez kettőn áll, mert hogyha ők nem kapnának a barátságból, ez egy kétoldalú dolog. Merthogy én azt gondolom, hogy szerencsés vagyok velük. És mondta, hogy azért én is biztos nagyon sokat dolgozom, hogy ez így legyen.” (Annamária)

„A társasági életem azért nem redukálódott le nullára, mert nekem van egy olyan koncertre járó társaságom, hogy azt tudni kell, hogy akik a rock zenében jártasak, sokkal inkább befogadóbbak. Nem előítéletesek. Hála az istennek, nekem azok a barátaim megmaradtak. Tudták, hogy vannak problémáim, elmentem velük egy buliba, ezt a dolgot nem firtatták, le se szarták.

Ez egy fontos dolog volt, hogy engem nem ez alapján ítélték meg” „A baráti kapcsolatok rendkívül fontosak.” (Kristóf)

A közösség megtartó ereje is hozzájárulhat a felépüléshez. Az az élmény, hogy nem elutasítást, stigmát kap a közösségtől, amelynek tagja a mentális zavarral élő személy.

„Csak a kollégáim voltak, nekik köszönhetem a felépülésem. Egy kutató gárdába kerültem egyetem után, onnan lett a férjem is. Minden nap látogattak a kollegák, az ember az emberektől kapja a rosszat és a jót is. Vittek magukhoz kivittek a kórházból, a kollégától nagyon sok szeretetet kaptam, nem tudtam senkinek megköszönni, mert szétszéledtek, nem is tartjuk a kapcsolatot. Talán számukra nem volt ekkor jelentősége a dolognak, mint nekem. Nem tudom vissza adni ezt nekik. Ezért próbálok segíteni másoknak, de ha az élet úgy hozza, segíték, de ez nem kényszeres... Engem a munkatársaim tartottak életben, inkubátor volt az a közösség.” (Magdolna)

Vannak olyan személyek, akik inspirálnak bennünket a pozitív lelki fejlődés útján. Ez igaz a mentális zavarral élők esetében is. Volt olyan felépült személy, aki a felépülésében meghatározó dolognak tartotta a számára inspiráló személyekkel való kapcsolatot.

„Megismertem egy művészt, ő lett a tanárom 2010-ben., és felfigyelt rám., biztatott. Ő új reményt adott az életemben és visszatérített. Azóta boldog vagyok, és megtaláltam az életem értelmét. Addig senki sem állt mellettem, nem inspirált senki. Hülyének lettem nyilvánítva és nem volt önbizalmam a felsőfokú tanulmányokra.” (Emma)

„Sok véletlen volt benne, de a legfőbb, hogy bezárták a Lipótot. Ha az nem zár be, nem kerülök el az alapítványhoz. A második fontos tényező Gizella volt, aki a családsegítőben adta azt a fénymásolatot, a Motivációs alapítványnál van számítógép karbantartó képzés, hívjam fel őket. Újabb tényező volt a kifelé vezető út, hosszú évek után az első munkahelyem, ahol a főnök mondta, hogy menjek továbbtanulni és folytassam a tanulmányaimat...

...A doki (a főnök bece neve)elkezdett oponálni, mondta, hogy látta az önéletrajzomban a jogi asszisztensi képzést, mondta, hogy ugye Kristóf be fogod fejezni azt a képzést...

...ez a doki, apám helyett apám volt. Ezzel az egy-két mondatával sokkal többet ért el nálam, mint az apám a nagy nullával otthon. Ha nincsenek ezek a csomópontok, meg ezek az emberek, meg a Zsanett a Motivációnál, nincs a doki nevű ember..... Ha nincsenek ezekkel az emberekkel ezek a viszonyaim, akkor nincsenek ezek a lökések, hogy én bármit is csináljak. Én hajlamos vagyok eltunyulni. Ha nincs nekem valami noszogatás, akkor én nem csinállok semmit. Tudom, hogy nekem kellene ezek a löketek. Azt gondolom, hogy ez az ember nagyon sokat tett azért, hogy én meg tudjak boldogulni az életben. Arról ő nem tehet, hogy a cége hogy működik. Azt kell nézni, amit ő hozzá tett az én történetemhez kapcsolatunkban ő inkább egy inspiráló ember volt. Ha ők a Zsanett ők nincsenek, ha a doki nem mondja, hogy tanuljak, nekem nincs diplomám, nem itt lennék” (Kristóf)

„Apukám sajnos érettségi időszakban halt meg. nagyon egybe esett a dolog. A tanáraink tudták, hogy milyen problémáim vannak. Oda figyeltek rám, mentorom is volt. Sokat beszélgettek velem.” (Bence)

Láthatjuk, hogy az emberi kapcsolatoknak ereje van, ami jobbá teheti a mentális zavarral élő ember sorsát, életét.



29. számú ábra

Gulácsy Lajos: *Varázslat (A varázsló kertje)* 1906-1907

6. Elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat

„nagyon sokat tanultam abból, hogy itt egyrészt van kiút, meg fogják a kezem. Tehát volt olyan szilveszter este, amikor egyik barátomnál voltam. Nem buli, csak átmentem, virslit főztünk és még pezsgőzni se pezsgőztünk, mert én gyógyszert szedek, ő pedig nem iszik. És X doktornő tízkor telefonált, hogy Annamária, ne felejtse el, korán le kell feküdni, mert akkor éppen mániás fázisom volt, de talpon hordtam ki, kórház nélkül. És ő emlékeztetőül fölhevített, hogy időben fekédjek le. Tehát hogy meglegyen a megfelelő alvásritmus, ugye. És hogy ezt így nem felejtik el. Tehát ezt a másik orvosom soha nem csinálta volna, hogy szilveszter este rám csörög, hogy Annamária, ne felejtse el, időbe le kell feküdni. Tehát hogy ez a gondoskodás, ami itt ez egy nagy biztonságot ad.”

„Hát itt ez a rengeteg segítség, amit kapok, hogy van kiút. Tehát hogy az alagút végén kisüt a nap. Tehát hogy nem a sötétségben botorkálok, és tapogatózok, és jobbra-balra lecsapok. Hát most is a Harangozó doktornő megnyugtató, hogy Annamária fogunk küzdeni a gondnokság alól való levételről. És én bízom benne, hogy neki van olyan tapasztalata és hogy reménytelen helyzetben, hogy megnyugtató választ kapok arra, hogy a küzdelmekben nem vagyok egyedül. A felépülésnek ez is része, mert sajnós visszaestem, de van remény újra, hogy összeszedjem magamat és újra megint megújult erővel nézek szembe a nehézségeimmel.” (Annamária)

A felépüléshez vezető úton kulcsfontosságú, hogy milyen kapcsolat van a mentális zavarral élő személy és az őt segítő szakember között. Ha a felépülést, mint utazást fogjuk fel akkor a segítő szakember útitárs ezen az úton. Útitárs, aki eszközöket, megértést, türelmet, elérhetőséget, támogatást, odafigyelést, emberséget, embertársi szeretet ad a mentális zavarból a felépülés irányába utazó embertársának. A segítő kapcsolatra hatással van, hogy hogyan tekintünk a mentális zavarral vagy, ahogy a Hanghalló csoport definiálásában GOÁMÁ –ban (gondok okozta átmenetileg megváltozott állapot) élő embertársunkra. Tudunk e hinni abban, hogy az életében elakadt embertársunk képes a változásra? Hiszünk - e abban, hogy a pozitív pszichológiai fejlődés, a mentális zavarral élő személyek számára elérhető? Hiszünk - e abban, hogy képessé tudjuk tenni klienseinket és hozzátartozóikat a személyes örömteli célok, a boldogság eléréséhez? Hogyan vagyunk jelen a segítő kapcsolatban? Akikkel együtt dolgozunk, hogy tekintünk rájuk? Mint egy munkadarabra, elszemélytelenítve, vagy mint segítségre szoruló embertársunkra?

Azt gondolom, hogy segítőszakemberként ezeket a kérdéseket újból és újból feltehetjük magunknak, és ha nem hiszünk a klienseink változásra, fejlődésre mozgósító erejében talán nem jó helyen vagyunk a segítő szakmában.

„Ébredések Alapítvány volt, alapítványi szinten, ahol nem darab, darabra mennek a betegek.” (Jenő)

Az emberi lélek felszabadításáért, a különböző valláshoz, rasszhoz tartozó emberek megbékélésért a legtöbbet tevő amerikai pszichológus Carl Ransom Rogers a saját életünk alakításának szabadságát, az önmegvalósítás lehetőségét, a lehető legteljesebb elfogadással és őszinteséggel történő másokra figyelést hagyta ránk örökségül (Harday 2004).

„A személy hatalmas lehetőséget hordoz magában arra, hogy önmagát megértse, az önmagáról alkotott képet, az önmegvalósításhoz való viszonyát és a belsőleg irányított magatartását megváltoztassa. Ezek a lehetőségek mozgásba hozhatók, ha egy meghatározott serkentő pszichológiai légkört biztosítunk számukra.” (Rogers szavait idézi Harday 1996).

A mentális zavarral élő embertársainkat segítő szakemberként a felépülést elősegítő, pszichoszociális rehabilitációs folyamatban átlátható, kifejezett érzéseinkkel, gondolatainkkal veszünk részt, ha minél inkább képesek vagyunk az elfogadásra és nem ítélnünk, nem címkézünk, teljes valójában el tudjuk fogadni a másikat, ha áttudjuk érezni mások érzéseinek személyes jelentését a változás, a fejlődés annál nagyobb valószínűséggel történhet meg.

Rogers úgy hitte, hogy az embereknek elfogadó, megértő kapcsolatra van szükségük, melyben a segítő szakember olyan készségeket használ, mint az empátia és a feltétel nélküli elfogadás. Fő hipotézisének lényege: „Ha képes vagyok egy bizonyos fajta kapcsolatot létrehozni, a másik ember fel fogja fedezni önmagában azt a képességet, amellyel ebben a kapcsolatban növekedhet: a személyiség fejlődni fog.” (Kramer 1995: 9).

Rogers bízott az emberi természet alapvető jóságának lehetőségében és bízott az egyes ember „erőfeszítéseiben és abban a készségében, hogy életvezetésében változtatást tud végrehajtani” (Mérei 1989 idézi Harday 2004:31). Bízott abban, hogy megérthetjük önmagunkat, megváltoztathatjuk énképünket, megváltoztathatjuk önmagunkhoz és másokhoz fűződő viszonyulásunkat, változtathatunk magatartásunkon. Rogers hitte, hogy kompetensen tudunk dönteni, képesek vagyunk saját életünkkel kapcsolatos felelősség átélésére.

Rogers legfontosabb felismerése, hogy a segítő kapcsolatban nem a választott módszer, ami a legfontosabb, hanem maga a segítő személy. Legfontosabb, hogy a segítő személy mennyire képes optimális környezetet biztosítani az egyén saját erőforrásának felszabadításához (Tringer 1992).

„Osho szavai meg az én igazam felismerése ezekben tehát végül is a gyógyszerek mellett, hogy teljesen ne „dzsandzsizzak” be meg a doktornő támogatása így együtt tudom ezt így mondani hogy végül is nekem a Harangozó doktornő azért segített nagyon sokat mert mindig szabadjára enged tök békén hagy elmondja a véleményét de még egyszer sem éreztem hogy ő bármilyen irányba nyomna. Szerencsére. Hanem tanácsol. Ja és akkor a gyógyszert, hogy hagyjuk abba először akartam, míg jött egy ilyen esemény egy stresszes időszak aztán ezek jöttek és akkor mondom befejeztük, szedem, amit szedek nincs nagy vész ez csak egy ilyen homeopátiás adag, amit én szedek úgyhogy azt szedem.”(Cili)

A segítő kapcsolatban a segítő arra törekszik, hogy megértse a kliense problémáit, tapasztalatait önmagával és a környezetével kapcsolatban. A megértés nem csak tartalmi, gondolati, hanem érzelmi is.

„A másikember megértése két szempontból is gazdagíthat bennünket. Úgy gondolom, hogy amikor megérthetem egy pszichotikus kliens bizarr gondolkodását, aki úgy gondolja, hogy az élet túl tragikus ahhoz, hogy elviseljük, vagy megérthetek egy olyan férfit, aki úgy érzi, hogy teljesen értékek híján van és mindenben alacsonyabb rendű másoknál, nos ez az értés valamilyen módon

engem is gazdagít. Ezek a tapasztalatok érzékenyebb személlyé tesznek. Még ennél is fontosabb azonban, hogy az ő számukra az én értésem teszi lehetővé, hogy változzanak: hogy elfogadják a saját félelmeiket, bizarr gondolataikat, tragikus érzéseiket és gátlásaikat, vagy éppen a felébredő bátorságot, kedvességet, szeretetet és érzékenységet. Az a tapasztalatom, hogy amikor valaki megérti mások érzéseit, ez az érzés képessé teszi arra, hogy ugyan ezeket az érzéseket elfogadja önmagában. És egyszer azon kapja rajta magát, hogy megváltozott.” (Rogers 1961: 47)

Rogers úgy vélte, hogy a terapeuta fő feladata a kliens érzéseinek a kliens számára való visszatükrözése a beleélésen (empátia) túlmenően. A kliens olyan érzéseinek a visszatükrözése mely az ő aktuális helyzetében elfogadható. A visszatükrözés lehetőséget ad arra, hogy az egyén önismerete bővüljön. A kliens önmagára vonatkozóan új ismeretekhez juthat. A mentális zavarok nagy része abból fakad, hogy az egyén (élettörténete, szocializációja során) önmagáról hamis képet alkothat. Az önmagunkról alkotott kép gazdagítása, hitelességének javítása a lelki zavarok megszüntetését eredményezheti (Tringer 1992).

„A beszélgetések. Azok mozdítanak és adnak leginkább irányítást. Amik szakemberekkel folynak, akikkel bizalmasabb viszonyban vagyok. Nem családtagjaim, akikkel minden nap találkozok, nem barátaim, bár ők is tudnak hozzá tenni. Az utóbbi időkben ezek a beszélgetések tudták a legtöbbet adni. Biztató szavak, külső szem, adott helyzetben át is tudják a szakemberek érezni az adott szituációt.” (Kristóf)

A segítő folyamat során az egyén szabadon megnyilvánulhat, a segítő nem befolyásolja. Kezdetekben Rogers a módszerét non-direktív tanácsadásnak hívta. Rogers szemléletének középpontjában a lelki zavarral küzdő személy van és nem a mentális zavar. Nem is a módszer, amelyet a segítő alkalmaz, hanem a személyiségéből adódó magatartás.

„Nem bíztam senkiben, csak magamban. Úgy éreztem, hogy ebből csak én tudok kijönni, hagyjon engem mindenki békén. Harangozó doktornőben megbíztam. Olyan mintha én lennék idősebb koromban... Szerintem a legfontosabb, hogy én megbíztam benne. Neki ez a hivatása. Levágtam. Szó szerint az első percben. Nagyon becsültem benne. Megbíztam benne. Mert láttam, hogy szívvel- lélekkel csinálja.” (Szilvia)

„A három év alatt kiderült számomra, hogy valamit én elmondok a másik oldal meg nem ért. Judittal való beszélgetés más volt. Azt éreztem, hogy ő felfogja, hogy mit mondok és le reagálja azt, amit mondok.” (Zalán)

A feltétel nélküli elfogadás eredménye az az élmény, hogy elfogadnak. A kliens a segítő kapcsolatban megélheti, hogy bármiről beszélhet, még a legszégyenletesebb és a legfájdalmasabb dolgairól is. Nem kell attól tartania a kliensnek, hogy a segítő pozitív odafordulása (regard) megváltozik. Ez egy biztonságot nyújtó tapasztalat, mely teret ad a személy fejlődésére. Rogers megfogalmazza, hogy a terapeuta akkor tudja hatékonyan segíteni kliensét, ha önmaga

is képes a fejlődésre, képes önmagát is elfogadni, ha közlései és érzése egybeérnek és hitelesek, kongruens. Az empátia, a feltétel nélküli elfogadás, a terapeuta kongruenciája e három feltétel az alapja a humanisztikus, hatékony segítő kapcsolatnak (Tringer 1992).

Rogers szerint, ha a terapeutát a következők jellemzik:

- őszinteség, átláthatóság
- meleg, a másik személyt, mint önálló individumot elfogadó attitűd
- nagyfokú érzékenység

akkor a másik személy

- átéli, megérti a saját személyiségének olyan aspektusát is, melyeket a korábbiakban elnyomott
- hatékonyabb lesz
- nagyobb önbizalma lesz, jobban képes önmagát irányítani
- jobban kidomborodik önálló személyisége
- elfogadóbb, megértőbb lesz másokkal
- az élet nehézségeivel könnyebben fog megbirkózni (Rogers 1961).

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében létrejövő segítő kapcsolatban a rehabilitáció kulcsszemélye maga a kliens. A felépüléshez vezető út kiindulási pontja a mentális zavarral élő személy és családtagjainak az örömteli céljai. Ebben egy partneri viszony adja az alapot a pozitív fejlődés elindulásához. A mentális zavarral élő személy a legnagyobb szakértője a saját nehézségének. A segítő szakember facilitálja a kliens erőforrásait és eszközöket ad a felépülés útján létrejövő pozitív pszichológiai változásokhoz. A partneri viszony kialakításának alapfeltétele a kliens autonómiájának tiszteletben tartása. Ez nem mindig volt így, gondoljunk vissza a történeti részben bemutatottakra. Jól illusztrálja az elnyomó jellegű segítő kapcsolatot Ken Kesey azonos című művéből készült film a Száll a kakukk fészkére.

30. számú ábra

Száll a kakukk fészkére

A paternalista, atyáskodó viszony a mentális zavarral élő személyekkel napjainkban is jelen van. Jól példázza ezt, amikor a segítő kapcsolatban létrejövő terápiás (gondozási) tervet a mentális zavarral élő személy nélkül készíti el a bentlakásos intézet mentálhigiénés csoportjának munkatársa, hisz ők tudják mi a mentális zavarral élő személy célja. Kiről és miről szól egy ilyen segítség? Hogyan segíti elő a pozitív fejlődést, felépülést egy ilyen alapokra épülő segítő kapcsolat? Vagy konzerválja az izolációt, a tehetetlenséget, a passzivitást, a társadalomból való kirekesztettséget?

A paternalista viszony veszélyforrásai közé tartozik a merevség, a tekintélyelvűség, a zárt mentalitás, az elnyomásra való hajlam, a nehézkesség és a kompromisszumképtelenség (Patsch 2010). A paternalista segítő kapcsolatban a mentális zavarral élő személy, mint individuum tűnik el. Ezzel szemben Harangozó szerint a :

„felépülés alapú rehabilitáció egyes jellemzői: az egyén személyes céljaira, szükségleteire irányítják a folyamatot. A rehabilitációs terv egy „tárgyalássorozat” eredménye. A kliens személyes választásait, önkonpetenciáját, szabadságát, életének kiteljesedését, önsegítő aktivitását, az empowermentt segíti.” (Harangozó 2019 kézirat)

A partneri viszony kialakítása az egyik kulcsa a jó segítőkapcsolatnak.

Jómagam hálás vagyok azoknak a személyeknek, akiknek a felépüléshez vezető útján útitárs lehettem. Sokat tanultam a bölcsességükből, a szenvedést jelentő nehézségekkel való megbirkózásukból, a szeretetükből, a felépülésükből.

„... akkor tudok segítséget nyújtani, ha egyfajta állandóság jellemez, ha a valódi érzéseim egyértelműek, ha a klienst önálló, saját belső értékrenddel rendelkező személyként tudom elfogadni, ha képes vagyok mély, empátián alapuló megértésre , amely lehetővé teszi számomra, hogy a kliens belső világát az ő szemével lássam. Amennyiben ezeket a feltételeket sikerül teljesítenem, a kliens valódi segítőjévé válok, elkísérve őt azon a maga választotta utazáson, amelyen –néha ijesztő élmények közepette- önmagát szándékozik megtalálni” (Rogers 1961 : 67)

7. Örömteli célok

„Akinek nincsen szenvedélyes hobbyja, tevékenysége célja az nagyon el tud kallódni...A gyerekkori álmok és a célok rendkívül fontosak, hogy egy ilyen betegségből ki lehessen törni. A dédelgetet vágyát meg kell valósítani.” (Emma)

„Ha valaki ismeri a saját vágyait és céltudatosan dolgozik azért, hogy elérje őket, akkor érzései, gondolatai és cselekedetei egybevágnak, egységet alkotnak egymással, és ezzel eléri a belső harmónia állapotát” „A céltudatosság, az elszántság és a harmónia összefogják az életet és értelmet adnak” (Csíkszentmihályi 1991:279).

Mint mindannyian, így a mentális zavarral élő embertársaink is szeretnének boldogan élni, szeretve lenni, sikeresnek lenni, szép helyekre utazni, jól enni stb.. A mentális zavar okozta nehézségek, a mentális zavarhoz kapcsolódó stigmatizáció, az izoláció gyakran elveszi a hitet és a reményt az örömteli élet élésének lehetőségétől.

A személy önszabályozásának és a társas rendszerekhez való kapcsolódásának egyik fontos belső alrendszerét alkotják a személy céljai, amelyek irányítják, és stabilizálják a személy és a környezet közötti interakciók sorozatait (Martos 2009). Az ember több- kevesebb tudatossággal igyekszik irányítani az életét. Az önszabályozásnak az egyik fontos alrendszere a célok felállítása és megvalósítása. A célokat definiálhatjuk úgy is, mint jövőbeni állapotok mentális reprezentációit, melyek a cselekvés szempontjából motivációs erővel rendelkeznek, irányítják a személy akaratlagos aktivitását (Martos 2009). A célok a mindennapokban az élmény és tapasztalás fontos részei. A személy céljainak rendszerében körvonalazódnak az elvárásai, aggodalmai és magatartásának aktuális mintázatai. A célokhoz érzelmi és kognitív értékelések kapcsolódnak a remény, a félelem a korábbi tapasztalatok és becslések az elkövetkező szakaszokról. A célok hiánya, lehangoltsággal, ürességérzettel járó állapot, míg örömteli célt és értelmet találni az életben fontos pozitív tapasztalatot jelent. A célok továbbá olyan érzelmekkel is kapcsolatban vannak, mint a remény (Martos 2009).

A mentális zavarral élő embereknél gyakran a remény vész el és ez olyan gátakat teremt, hogy a személy nem érzi realitását, hogy neki lehetnek céljai és ezek megvalósítását el is érheti. A közösségi pszichiátriai ellátás során (aminek fókuszában a mentális zavarral élő személy örömteli személyes céljainak eléréséhez való segítő tevékenység áll) gyakran találkozunk azzal a jelenséggel, hogy az adott személy nem tud megfogalmazni örömteli célt.

Az önmagukat felépültnek tekintők, ugyanakkor hangsúlyozzák a célok fontosságát a pozitív pszichológiai fejlődésben.

„Ha még eljut az ember olyan szintre, hogy nem érdekli semmi... és célja sincsen. Akkor is valamit... a baráti köre, orvosi segítség valami érdeklődési kört ki kell hozni belőle. Társaság...emberek között van az ember” (Emma)

„Pozitív cél megfogalmazása, legyen akármilyen kicsi cél, de teljesítem, és ez jó. Könnyed érzés, ha valamit elértem, ez motivál.” (Bence)

A céloknak jelentős szerepe van a személyiség és életút hosszú távú fejlődésben is. A célok az egyik legfontosabb eszközt jelentik a személy és társas környezete közötti interakciókban (Martos 2009). A személy motiváltsága, aktivitása és kezdeményezése nagymértékben annak függvénye, hogy milyen mértékű a megfelelés céljai és a környezeti lehetőségek között. A mentális zavarral élő személyeknél a mentális problémából adódó nehézségek, az életviteli, problémákkal való megküzdés készségének nehézségei akadályozhatják a rövid és a hosszú távú célok elérését. A stigmatizáció pedig a környezeti lehetőségekre hat kedvezőtlenül. Az adaptív működés érdekében a fennálló akadályokat el kell hárítani, a támogató lehetőségeket fel kell tárni és ki kell használni, amennyiben ez nem lehetséges alternatív megvalósítási utakat kell kialakítani. A komplex bio-pszicho-szociális rehabilitáció ezt segíti elő. A pszichoszociális intervenciókat alkalmazó rehabilitáció növeli a mentális zavarral élő személy én-hatékonyságát. A testi és lelki egészség fenntartásának, esetenként visszaszerzésének folyamatában kitüntetett szerepe lehet a célok által vezérelt önszabályozásnak. A pozitív pszichológiai megközelítés szerint a boldogság és a szubjektív jóllét állapota összefügg a megfelelő célok kitűzésével és megvalósításával (Martos 2009). A közösségi pszichiátriai ellátás során (lásd részletesen a közösségi pszichiátriai ellátás fejezetet) a segítő kapcsolat a mentális zavarral élő személy örömteli céljainak a meghatározásával kezdődik.

Az interjúalanyok megfogalmazták a célok meghatározásának fontosságát.

„Segítettetek célokat megfogalmazni. Onnantól kezdve, hogy az örömet megtaláljam, mert magamtól nem találtam volna meg. Az önsajnálattal tivornyáztam. Saját magamat a hajamnál fogva kellene kirángatni az önsajnálattal mocsarából... Amit a szakemberek segítettek benne, hogy szépen lépésről lépésre kilehet integrálni a társadalomba. Az örömforrás elfelejteti, megfeledekzem az örömforrásból, hogy nekem van tragédiám vagy veszteségem. A család és a szakemberek segítenek, ha az ember elveszíti a pozitívumot, azt ami örömet okoz....Nem csak az élet borús oldalát kell, hogy lássam... A rehabilitáció az, hogy megtalálni azt, hogy mivel lehet kiközöktetni abból az önsajnálattól az embert. Az meg, ha örömteli pozitív dolgokat tesz...” (Bence)

Van, aki nem is reméli, hogy neki lehetnek céljai ezért nem is tűz ki célokat. Van olyan felépült, akinek a célok meghatározása az a fő momentum, ami inspirálta a felépülés útján.

Van úgy, hogy a stigma az, ami a gátja az örömteli célok megfogalmazásának, elérésének.

„...Nem felvételiztem... Doktor elmondta a diagnózist, hogy a szkizofrénia elmebetegség. A felvételi tájékoztatóban az apró betűs részben olvastam, hogy az elmebetegség kizáró ok az egyetemeken meg a főiskolákon ...Ezért nem jelentkeztem, Utólag bánom, emiatt vannak még mindig öngyilkos gondolataim, hogy 14 évet a pályán kihagyni... Haragszom magamra is miért nem maradtam a kaptafánál.”(Emma)

A célok eléréséhez vezető utat van, hogy a szakemberek nehezítik. Azok a szakemberek, akik nem látják, nem hisznek a mentális zavarral élő embertársuk pozitív pszichológiai fejlődésében, a felépülés lehetőségében.

„A pszichiáteremet csak a betegségem tünetei érdekelték, én nem. Hogy milyen az életem, a családom. Nem derült ki, az az emberi tényező, hogy milyen vagyok. Ő csak azt kérdezte tőlem, hogy tud e aludni, vannak e rossz gondolatai. Haragszom... doktorra. Én zongorázok, festek. Én egy művész lélek vagyok más világban élek, álmodozó, fantáziáló vagyok. Neheztelek... doktorra azt mondta, hogy rehabilitál majd a társadalomba, kiverik belőlem az álmodozást. Járjak két lábbal a földön. ...Gyógypedagógiai asszisztens lettem. Nem tudom magamnak megbocsátani, hogy kihagytam 14 évet az életemből emiatt a vargabetű miatt. Olyan helyre rehabilitáltak, pályát módosítottam. ...Nem itt tartanék szakmailag”

„Úgy tekintek a pszichiáteremre, mint iatrogén ártalomra. Az alapítványnál kérdezték meg először, hogy mi is az én célom. (Emma)

A célok az embernek azt a képességét tükrözik, hogy felépítse saját életvezetését, konkrét cselekvéseit, motiválja önmagát, értelmet adjon mindennapi törekvéseinek, magatartását úgy igazítsa az adott környezeti lehetőségekhez, hogy közben tekintetbe vegye belső igényeit és szükségleteit is (Martos 2009).



31. számú ábra

Marc Chagall: *Printemps* 1938

8. Közösségi pszichiátriai

„Mióta ide járok, úgy érzem, hogy akkor kezdtem el élni. Tényleg. Akkor lett néhány barátom..ugye itt ismertem meg a X-et Ilyesmi. Ezek. A doktornő meg így itt mindenki, mert mindenki próbál nekem segíteni ilyesmi.” (Lola)

A kutatásom helyszínét az Ébredések Alapítvány adta (lásd a módszertant bemutató fejezetet), ahol közösségi pszichiátriai ellátás valósul meg. A felépült mentális zavarral élő interjúalanyok meglátása szerint, több aspektusból is a közösségi pszichiátriai ellátás keretében nyújtott pszichoszociális rehabilitáció volt az egyik kulcsa a pozitív fejlődésüknek, felépülésüknek. A következőkben a közösségi pszichiátria alapelvei, módszertana, szolgáltatási elemei kerülnek bemutatásra.

Közösségi pszichiátria – a mentális zavarral élő személy otthonában megvalósuló rehabilitáció

- A közösségi pszichiátriai rehabilitáció fogalma
- A közösségi pszichiátria szemléletét és szolgáltatásait meghatározó tényezők
- A közösségi pszichiátria alapelvei
- A rehabilitációs team
- Az esetmenedzseri rendszer
- A közösségi pszichiátriai rehabilitáció színhelye

Személyre szabott rehabilitáció a közösségi pszichiátriában

- Állapotfelmérés
- Gondozási terv
- Pszichoedukáció
- Stresszkezelés
- Életviteli készségek fejlesztése
- Specifikus technikák

Közösségi pszichiátria

„hogy kerestem egy helyet az interneten, hogy van-e olyan hely Magyarországon, ahol igazán foglalkoznak az emberrel? Van-e olyan hely, ahol nem csak 5 perc alatt megírják a gyógyszerét és utána már nem is beszélgetnek a beteggel? Olyan helyet kerestem, ahol tényleg érdekli az orvosokat, hogy mi van a beteggel, ahol tudnak vele beszélgetni meg tényleg érdekli, hogy mi van vele és lehetőleg olcsón vagy ingyen.”³

3 A 'Mobilitás és immobilitás a magyar társadalomban' c. kutatás keretében a szerző a szociális munka társadalmi mobilitásra gyakorolt hatását vizsgálja. A kutatás az MTA Kiválósági Együtműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum elnevezésű projektjének keretében valósul meg, melynek középpontjában többek között a pszichoszociális fogyatékkal élők támogatási rendszeréről alkotott klienskép és a kliens és szakember közötti együttműködés minősége áll.

A közösségi pszichiátriai rehabilitáció fogalma

A mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személyek rehabilitációja során az adott ember személyes, örömteli céljait akadályozó problémák leküzdéséhez igyekszünk segítséget nyújtani, annak érdekében, hogy személyes vágyainak megfelelő örömteli, jó minőségű a társadalomba integrált életet tudjon élni. A pszichiátriai rehabilitáció biológiai és pszichoszociális intervenciókat egyaránt alkalmaz (Harangozó 2000). A közösségi pszichiátria kiemelt célja a társadalmi kirekesztés és izoláció felszámolása a közösségben való integrált élet elősegítése, a közösségben elérhető szolgáltatások biztosítása (pl. közösségi pszichiátriai ellátás, nappali klub). A pszichiátriai rehabilitáció további célja, hogy a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek számára elérhetővé tegye ugyanazokat a szociális, foglalkoztatási és rekreációs lehetőségeket, amelyek a közösségben élő többi ember számára is hozzáférhető. A pszichiátriai rehabilitáció összekapcsolja a mentális zavarral élő emberek számára fontos személyes, örömteli célokat azokkal a pszichoszociális szolgáltatókkal, amelyek mérséklik a korlátozottságot és elősegítik a felépülést (Lieberman 2010). A rehabilitáció során nagymértékben támaszkodik a mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személyek természetes támaszként jelenlévő családtagjaiknak, barátainak az erőforrásaira. A közösségi pszichiátriai rehabilitációban a rendszerszemlélet adta keretek végett különösen hangsúlyos a hozzátartozók bevonása, aktív részvétele a rehabilitációs folyamatban. Az intézményes ellátás okozta nehézségek (pl. hospitalizáció) leküzdését elősegíti ezen rehabilitációs forma.

„Vizsgálatok igazolták, hogy a pszichiátriai gondozás és rehabilitáció akkor a leghatékonyabb, ha a páciens természetes életterében történik, és nem onnan kiszakítva” (Harangozó 2000:131).

A rehabilitáció személyre szabott. Különböző formában, intenzitásban és időtartalomban jelenik meg a mentális zavar típusától és a korlátozottság mértékétől függően. A pszichiátriai rehabilitációval kapcsolatban alapvető feltevés az, hogy minden pszichoszociális akadályozottsággal élő személy eltérő mértékben, de profitálhat belőle, a kiindulási szintjétől, a fejlődés mértékétől és a felépülés várható mértékétől függetlenül. A pszichiátriai rehabilitáció a szolgáltatások sokaságát biztosítja, melyek képessé teszik a képességeikben korlátozott, akadályozott embereket, hogy éljék a mindennapi életüket. A rehabilitáció képessé teszi a mentális zavarral élő személyeket, hogy használják a kognitív, érzelmi, szociális, testi és intellektuális képességeiket, amely ahhoz szükséges, hogy a társadalomban aktívan élhessenek (Lieberman 2010).

„A rehabilitáció formáját és időtartamát az intelligencia, a tanulási készségek, a társas életben alkalmazott kompetenciák, a kognitív működés, a fejlődés kórtörténet, a neveltetés, a kulturális és etnikai háttér, a társadalmi osztály és anyagi helyzet, a családi támogatás és a jelenlegi étellel való elégedettség különbségei is megszabják” (Lieberman 2010: 32).

A közösségi pszichiátria szemléletét és szolgáltatásait meghatározó tényezők

- Mindenkinek jogában áll a társadalomban való aktív részvétel. Fogycatékossága, betegsége miatt senki se zárható ki a közösségből. Az 1997.évi CLIV. törvény az egészségügyről 190§ a) Minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy „pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetben kerüljön sor”.

- 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről.
- A bio-pszichoszociális megközelítés. A mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személy akadályozottságát és akadályozottság megszüntetéséhez, mérsékléséhez szükséges stratégiákat komplexen nézi.
- A „betegségkép” változása, a felépülésbe vetett hit fontossága, a felépülés értékalapú megközelítés.

A közösségi pszichiátria alapelvei

- A pszichoszociális akadályozottsággal élő embereknek mentális problémájuktól függetlenül joguk van a társadalmi életben való aktív részvételre.
- Bio-pszicho-szociális szemlélet.
- Korai, maximális intervenció elve.
- A pszichoszociális akadályozottsággal élő ember aktívan vesz részt a rehabilitációs folyamatban.
- A természetes támogató környezet (család, barátok) bevonása a rehabilitációs folyamatba.
- Hatékony esetmenedzselés: a közösségi pszichiátriai terápiás munkatárs / team követi a pszichoszociális akadályozottsággal élő ember sorsát, kapcsolatot tart a különböző pszichoszociális ellátást nyújtó szolgáltatókkal.
- Pszichoszociális rehabilitációs stratégiák alkalmazása.
- A közösségben rejlő erőforrások maximális felhasználása a rehabilitációban.
- Rehabilitációs (Gondozási) terv és szerződés kidolgozása a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy és a természetes támogató környezet bevonásával.
- Önszorgító aktivitások facilitálása, önszorgító erőforrások felhasználása. Tapasztalati és kísérő szakértők aktív jelenléte a pszichoszociális rehabilitációt végző szolgáltatóknál.
- A közösségi pszichiátriai ellátás multidiszciplináris team-munkára épít. Együttműködik a mentális zavarral élő embert gondozó pszichiáter a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó terápiás munkatárssal (Harangozó, Bulyáki előadás anyag)

Ezek az alapelvek a rehabilitációért és a felépülésért dolgozó közösségek értékeit, elvárásait tükrözik. Olyan meghatározó értékeket és célokat közvetítenek, melyek meghatározzák a pszichoszociális rehabilitációs ellátást (Lieberman 2010). A humanisztikus alapelvekből merítve ez a rehabilitációs gyakorlat képessé teszi az embereket arra, hogy:

- képességeikben fejlődjenek és új képességeket sajátítsanak el;
- támogatáshoz jussanak;
- életviteli készségükben fejlődjenek és önállóan éljenek, amennyire ez lehetséges;
- integrálódjanak a mindennapi életbe, a közösségbe;
- a kívánt tevékenységeiket megtudják valósítani;
- a mentális zavaruk tünetei mérséklődjenek, vagy megszűnjenek;
- értelmes élet élhessenek, melyben megélhetik az önhatékonyaságukat (Lieberman 2010).

A rehabilitációs team

A rehabilitációs team multidiszciplináris team. Integrált szolgáltatás esetén szolgáltatáson belül jelenik meg a multidiszciplinaritás (pszichiáter, szociális munkás, pszichológus, nővér). A szociális alapellátás keretében szociális szolgáltatók intézményen felüli team munkában tudják biztosítani a sokszínű erőforrást. A közösségi pszichiátriai rehabilitáció akkor a leghatékonyabb, ha a teamet a professzionális segítők mellett a családtagok, barátok alkotják (Harangozó 2000). A szociális alapellátás lehetővé teszi, hogy tapasztalat szakértő és kísérő szakértők is megjelenjenek a segítő folyamatban. Erre jó gyakorlati példa az Ébredések Alapítvány, ahol a közösségi szolgáltatásban tapasztalati és kísérő szakértők aktív szerepet kapnak a családokat segítő közösségi ellátásban, illetve önszorgó csoportok vezetésében. A team „vezetője” maga a kliens, hisz ő a saját életének a legjobb szakértője. A családgondozás rendszer-szemléletű, azaz a családtagok szükségleti, vágyai, személyes céljai ugyan olyan fontosak, mint a mentális zavarral élő (pszichoszociális akadályozottsággal élő) klienské. Ez azzal is jár, hogy a mentális zavarral élő személy problémái a család közös problémájának részeként kezeli a rehabilitációs team (Harangozó 2000). Időnként az adott intézményi kereteken túl más pszichoszociális szolgáltatóval együttműködve más szakemberek is bevonásra kerülnek. A team összetételét a rehabilitációs szükségletek határozzák meg. A team vezetője felelős a team-munka eredményességért. Intézményen felüli team- munka esetében esetkonferencia biztosításával és a rendszeres kapcsolattartással biztosítja a hatékony együttműködést. A team tagok végzettsége eltérő, de fontos, hogy „egy nyelvet beszéljenek”. Fontos, hogy az adott szervezet küldetésstudatával, a szervezet által képviselt értékekkel azonosulni tudjon a team tag. Fontos, hogy a team jól felkészült legyen és a szolgáltatást biztosító közösségi pszichiátriai módszertani ismeretekben jártas legyen. Részben ezen pszichoszociális rehabilitációs stratégiák hatékony használata segíti elő, hogy a segítő képessé tegye a mentális zavarral élő személy a pozitív pszichológiai fejlődésre, a felépülésre. A jó minőségű szolgáltatás csak olyan szervezeti feltételek mellett várható el, ahol rendszeresen megvalósul a teljesítmény értékelés (Kristóf 2004; Harangozó 2006).

A jól felkészült vezetők segítik a team tevékenységét. A team vezetője felelős a hatékony team-munka végzéséhez szükséges összejövetelek biztosításáért, az integrált működés és a képzések megszervezéséért, a teamen belüli esetleges konfliktusok hatékony kezeléséért (Harangozó 2006).

A közösségi pszichiátriai rehabilitáció színhelye

A közösségi pszichiátriai rehabilitáció a mentális zavarral élő személyek és családjaik otthonában valósul meg. Ott ahol a mindennapjaikat megélik. Jelen helyzetben ugyanakkor azt is láthatjuk, hogy sok szolgáltató humán erőforrással gondokkal küzd és nem minden esetben megy ki a segítő a szolgáltatást felhasználó otthonába. Ebben az esetben a család a szolgáltatónál részesül a rehabilitációban. Az ideális viszont az lenne, ha a saját életterében kapná meg a család a rehabilitációs szolgáltatást. A speciális szolgáltatások mellett nyilván az a szerencsés, ha a mentális zavarral élő ember igényeinek kielégítésére ott vesz igénybe szolgáltatást, mint bárki más (pl. ha nyelvet szeretne tanulni, akkor elmegy egy nyelviskolába).

Fontos, hogy a közösségi pszichiátriai rehabilitáció és ellátás elkerüli a mentális zavarral élő kliensek elkülönítését „gettósítását” (Harangozó 2000).

Az esetmenedzseri rendszer

Az esetmenedzser az a személy, aki a mentális zavarral élő személy ellátásában szerepet játszó résztvevőkkel kapcsolatot tart és összeköti őket. Egyfajta koordináló szerepet tölt be a szolgáltatást nyújtó intézmények között (lásd bővebben az esetmenedzseri tevékenységet bemutató fejezetet). Egy személyes bizalmi kapcsolat keretében végzett támogató munkáról van szó, amely végigkíséri a mentális zavarral élő személyt a felépülés útján. Az esetmenedzser-modellek azt a felfogást képviselik, hogy szükség van egy személyes megtartó kapcsolatra (Bugarszki 2003).

Személyre szabott rehabilitáció a közösségi pszichiátriában

A rehabilitáció kiindulópontja a rehabilitációs terv (Gondozási terv) elkészítése. Ennek első lépése a mentális zavarral élő személy (és a természetes támaszként megjelenő hozzátartozók) komplex állapot-felmérése.

Állapotfelmérés (Közösségi pszichiátriai ellátás eszközei I számú melléklet)

A mentális zavarral élő emberek pszichoszociális rehabilitációjának kiinduló pontját mindig a mentális zavarral élő ember szociális, foglalkozási, tanulási, családi, spirituális és otthonteremtési szerepekkel kapcsolatos személyes céljai jelentik. A kitűzött célok eléréséhez szükség van bizonyos készségekre és szociális támogatásra (Lieberman, 2010; Bulyáki 2016). A mentális zavarral élő emberek aktuális pszichés állapotának és szükségleteinek a felmérése a rehabilitációs (gondozási) terv elkészítésének szükséges eszköze. A mentális zavarral élő személy meglévő képességeinek és deficitjeinek felmérése lehetővé teszi a rehabilitációs folyamatban a segítő szakemberek számára, hogy meghatározzák a pszichoszociális rehabilitáció kulcselemeit. Azon rehabilitációs stratégiákat melyek hozzásegítik a mentális zavarral élő embert a személyes örömteli célok elérését akadályozó problémák megoldásához, ezáltal a személyes célok eléréséhez. Az állapotfelmérés során képet kapunk arról, hogy a mentális zavarral élő személy mit tud a mentális problémájának alapvető jellemzőiről és azok kezelési, rehabilitációs módjairól. Ismeri e a mentális zavarának típusát; mit tud az adott mentális zavar kialakulásával kapcsolatban, a problémát enyhítő illetve súlyosbító tényezők kapcsán; a rehabilitációs lehetőségekről (Falloon 1998; Bulyáki 2016). A pszichés állapotfelmérést teljessé teszi, ha a mentális zavarral élő személy hozzátartozóit is bevonjuk. Megtudhatjuk, hogy a hozzátartozók milyen ismeretekkel, tapasztalattal rendelkeznek az adott mentális zavarra vonatkozóan. A klienssel folytatott beszélgetés során az önellátásra vonatkozóan is információt gyűjtünk. Képet kapunk az étkezés, a testi higiéné, öltözködés, a mozgás, az otthoni tennivalók, a pénzkezelés, kapcsán jelentkező problémákról. Teljes körű felmérést végzünk arra vonatkozóan, hogy a mentális zavar milyen stresszt jelent az a mentális zavarral élő személynek és a hozzátartozóinak. Hogyan birkóznak meg e stresszel az érintett személyek? A felmérés részét képezi az életminőség felmérése. Az életminőség felmérése során feltárásra kerül az az esetleges szakadék, mely a tényleges tevékenységek és az áhított tevékenységek között van. A tényleges és az áhított tevékenységek közötti szakadék feszültséggel töltheti el a mentális zavarral élő személyt és ez a feszültség motiválhatja a szükséges változtatásokat

megtételeire (Falloon 1998, Bulyáki 2016). 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. (Falloon 1998; Bulyáki 2016). Összegezve a mentális zavarral élő ember pszichés állapotának a felmérése kulcsfontosságú. A gondozási (rehabilitációs) terv megalkotását megelőző elem.

A rehabilitációnak a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy és a hozzátartozóinak személyes szükségleteire kell épülnie. Ezt foglalja össze a rehabilitációs vagy gondozási terv.

Gondozási terv

(Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 2. számú melléklet)

„Tehát ugye fontos volt, hogy itt volt pszichológus. Teamben dolgoznak. Volt szociális munkás. Mikor nagyon rosszul voltam, akkor X nővér kijött a lakásra. A nővér is ebbe bekapcsolódott. Gyógyszerre volt szükség, amikor tavaly visszaestem. Doktornő kijött lakásra. Tehát hogy a közösségi ellátásnak ez a team munka része, ez nagy segítség volt számomra. Nem voltam magamra hagyva, hogy akkor majd hétfőn jöjjön be, hanem vasárnap kijöttek a lakásomra, mikor én ezt jeleztem, tehát hogy gondok vannak. És akkor nagyon sokat dolgoztam együtt, X-el a pszichológussal. Igen, család-gondozás is volt, és egyéni terápia is. Aztán X. doktornővel. Volt pszicho-educáció nemcsak nekem, hanem a hozzám közel állóknak is. És aztán ez a krízisterv, gondozási terv kidolgozása, amiben nemcsak a családtagokat vontuk be, hanem akiket megjelöltem, az a két közeli barát. És aztán ugye volt a nappali kórház-kezelés. A klinikai kezelés. A (...) tréningre jöttem. Akkor a viselkedéstipológiai tréningre is, előtte az Alapítványnál, annak is nagy hasznát vettem. Próbálom a saját életemben alkalmazni, amit így tanultam. Ugye negatív érzés kifejezése, pozitív kérés. Ugye a sikeres kommunikáció alapjai, azt is itt tanultam. Ezt tanultuk családdal is, a családi üléseken is ezt kellett elsajátítani. Tehát sok mindent tanultam itt a hat év alatt, amit az elmúlt húsz évben nem is hallottam róla, hogy létezik ilyen.”(Annamária)

A gondozási terv elkészítése a mentális zavarral élő személlyel és az őt támogató természetes támaszt nyújtó hozzátartozókkal, barátokkal a felépülést támogató rehabilitációs munka legfontosabb eleme.

A rehabilitációnak minden esetben a mentális zavarral élő személy szükségleteire kell alapozódnia. Olyan esetekben, amikor a személyes szükségletek, célok nem, vagy nehezen tárhatóak fel a közösségi pszichiátriai gondozó, koordináló terápiás munkatárs, abban az esetben is a feltárásban és nem a kitalálásban nyújt segítséget. A rosszul elkészített gondozási terv tévutakra viheti a rehabilitációs folyamatot. Ebben az esetben a gondozási folyamat nem a felépülést segíti elő, hanem kudarchoz vezethet. A gondozási terv elkészítésének időtartalma személyenként eltérő lehet (Bulyáki 2016).

1. Személyes célok meghatározása

A gondozási terv megalkotásának első lépése a személyes célok meghatározása. A célok fontos szerepet töltenek be az életünkben (lásd az örömteli célokról szóló fejezetet).

A személyes szükségletek a személyes célokról árulkodnak. Lehetnek rövid illetve hosszú távon megvalósítható céljaink. A rövid távú célok elérése a hosszú távú célok állomásai lehetnek, a hosszú távú célok eléréséhez vezethetnek. Ezeket kell meghatározni a gondozási tervben. A gondozási terv készítésekor a szakember (közösségi pszichiátriai gondozó, koordináló terápia munkatárs) támogatja a mentális zavarral élő személyt a rövid távon örömet nyújtó, megvalósítható célok feltárásában. Fontos hogy kitűzött célok elérése közvetlen örömmel is járjon. Nem szerencsés túl sok cél kitűzése. Ilyenkor a célok hierarchiáját kell felállítani (Harangozó 2000; Bulyáki 2016).

A célok meghatározásának alapelvei:

- könnyen elérhető, mindennapos célok
- a célok rangsorolása aszerint, hogy melyik növeli jobban az életminőséget
- az összetett célokat kisebb szakaszokra kell bontani
- a célok pontos megfogalmazása (mikor, hol, kivel, milyen gyakorisággal, meddig)
- a beavatkozást végző szakember ne sűrgesse a résztvevőket, akár több foglalkozásra is kiterjedhet a célok meghatározása (Falloon 1998; Bulyáki 2016)

„Olyan célokat nem választunk, amelyek egy másik ember viselkedésformáinak vagy élethelyzetének megváltoztatására irányulnak” (Falloon 1998:42 idézi Bulyáki 2016:26).

2. Célok elérését akadályozó kulcsproblémák meghatározása

A gondozási terv elkészítésének következő lépése a személyes örömteli célok elérését akadályozó problémák meghatározása.

2.1. A kulcsproblémák elemzése, a problémákat befolyásoló és meghatározó tényezők feltárása. A mentális zavarral élő személy és családtagjaik (barátaik) által definiált problémák elemzése (3. számú és 9. számú melléklet) után határozott időre szóló megoldási tervet dolgoznak ki a család és a segítő szakember a problémák megoldására. Ez a gondozási terv (Bulyáki 2016)

3. Személyes célok eléréséhez szükséges pszichoszociális stratégiák meghatározása

A problémák feltárásával szerzett információk továbbá a személyes örömteli célok alapján tervezi meg a beavatkozást végző szakember a rehabilitációt segítő pszichoszociális stratégiákat.

Pszichoszociális stratégiák:

- pszichoedukáció
- életviteli készségek tréningje
- stresszkezelés (kommunikációs tréning, problémamegoldó tréning, relapszusprevenció)
- specifikus stratégiák (a szorongás kezelése; a gondolkodás kognitív átstrukturálása; az agresszió kezelése; az öngyilkosság kockázatának kezelése; az alvás szabályozása, a mentális zavarral élő személy és hozzátartozóinak a felvilágosítása az alvással kapcsos-

latban; a gyógyszerek elfogadásának tréningje, a gyógyszeradagolás pontos betartásának biztosítására; a téveszmék, paranoiás gondolatok és hallucinációk kezelése; a rossz étkezési szokások kezelése) (Falloon 1998; Bulyáki 2016)

4. Megállapodás megkötése a gondozási terv időszakára

A gondozási tervben rögzített lépések írásos szerződésben megerősítik. A mentális zavarral élő személy illetve a természetes támasz nyújtó hozzátartozók milyen feladatot vállalnak a problémák megoldásában, a személyes örömteli célok elérése érdekében A beavatkozást végző szakember milyen pszichoszociális stratégiával járul hozzá a célok eléréséhez. A gondozási tervet, mint egy hivatalos szerződést, minden érintett fél aláírja (Bulyáki 2016).

5. Személyes célok elérésének monitorozása, kiértékelése

A segítő szakember minden foglalkozáson megkéri a mentális zavarral élő személyt és családtagjait, hogy számoljanak be a személyes célok elérésért, a problémák megoldásáért tett lépésekről. Így minden foglalkozáson megvalósul a személyes célok elérésének monitorozása. Amennyiben gondozási tervben rögzített célokat a mentális zavarral élő személy eléri, akkor új célok meghatározása történik. A cél elérésének dátumát rögzítik. Az az ideális, ha 3 havonta kiértékelik a gondozási tervben rögzített célokban elért haladást, hisz rövid távú célokkal dolgoznak és ennek mentén haladva jutnak el a hosszú távú célokhoz. Amennyiben a célok elérése nem valósult meg akkor a probléma elemző lap illetve a probléma megoldó lap segítségével újból áttekintik az adott személyes célt a mentális zavarral élő személyjel és a hozzátartozóival (Bulyáki 2016).

A gondozási terv elkészítésekor meghatározásra kerül a mentális zavarral élő személy és családjának a személyes céljaiknak az elérését segítő pszichoszociális rehabilitációs stratégiák.

Hatékony bio-pszichoszociális intervenciók

- az optimális gyógyszeres terápia
- a pszichoedukáció
- a stresszkezelés
- az életviteli készségek tréningje
- specifikus módszerek
- védett lakhatás
- a munkarehabilitáció
- és az önsegítő csoportok (Harangozó 2000)

Pszichoedukáció

„állandóan rángatózott a lábam és anyukám mindig rám szólt, hogy kislányom, ne rángasd a lábad. És akkor a X. doktornő mondta neki, hogy anyuka, ez egy mellékhatás, a gyógyszer csinálja, nem tud ellene tenni a lánya. Tehát akkor fogták föl ők is, hogy én nem direkt rángatom a lábamat, hanem ez egy mellékhatás. És onnantól kezdve ők sem cseszegettek ezzel. Nem tudták, ennyire nem voltunk tájékoztatva alapszolgákkal, hogy ez most azért van, mert ezt mellékhatás okozza.” (Annamária)

A pszichoedukáció olyan felvilágosító tevékenység, melynek során a mentális zavarral élő személy és az őt körülvevő természetes támaszként megjelenő családtagok, barátok tájékoztatást kapnak az adott mentális zavarra vonatkozóan. A pszichoedukáció strukturált tréning, és egy kölcsönös tanulási folyamat egyben, ahol érthető és könnyen elsajátítható módon mindent fontosat megtanulunk az adott mentális zavarról. Nemcsak az érintettek ismerete bővül az adott mentális zavarra vonatkozóan, a segítő szakember mélyebb betekintést nyerhet az adott személy mentális zavarának tüneteivel kapcsolatban, megismerheti a mentális problémához kapcsolódó érzéseiket, megoldási stratégiáikat, a családtagok tapasztalatait, megfigyeléseit. A kliens tapasztalati szakértelmére segíti a pszichoedukációs folyamatot, saját élményei révén.

A strukturált tréningen az ismeretek didaktikus átadása mellett fontos feladat a házi feladat, mely gyakorlatilag a tanult ismeretek munkafüzetben történő feldolgozása. A pszichoedukációs foglalkozás szervezhető a kliens otthonában család gondozás részeként (közösségi pszichiátriai ellátás) és az adott szolgáltató intézményben. A szakirodalmi elemzések azt mutatják, hogy a csoportos formában (a mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik csoportjában) megszervezett tréningek ugyan olyan hatékonyak, mint a család gondozás (közösségi pszichiátriai ellátásban) keretében megjelenő foglalkozások (Harangozó J., Bodrogi A. 2009 ; Bulyáki 2016).

„Kálvária térre jártam kezelésre. Ott sok mindent megtanultam. Megtanultam, hogy mi a szkizofrénia. Milyen módszerrel lehet ellene tenni, hogy ne kerüljek megint vissza

A gyógyulással kapcsolatos információkat kaptam. És én akartam gyógyulni. Nem csak dumáltam a gyógyulásról tettem is érte. A gyógyszereket is szedtem utána.”(Sámuel)

Természetesen egyéni esetkezelésben is alkalmazható pszichoedukációs stratégia.

A családtagok számára szervezett csoportos edukációs tréningek lehetnek 2x fél napos vagy 1 napos intenzív tréningek. A mentális zavarral élő személyeknek szervezett csoportok 10 ülésben valósulnak meg.

Egy ülés 45-60 perc időtartalmú. A csoportos foglalkozásoknál az ideális létszám 6-8, maximum 10 fő. A csoportos tréning hosszabb, hisz széles körűen kell megbeszelnünk a kérdéseket, hogy minden tréningtag problémájával foglalkozzunk és mindenkit aktív résztvevővé kell tennünk.

Ugyanakkor a család gondozás keretében és az egyéni foglalkozás keretében megjelenő felvilágosító munka lehet rövidebb, hisz csak az adott személyre és hozzátartozóira koncentrálni (kb. 4 ülés).

Léteznek különböző mentális zavarról szóló tájékoztató munkafüzetek, szórólapok, broszúrák, videó felvételek, amelyek segítik a szóbeli tájékoztatást (Lieberman 2010; Bulyáki 2016).

A pszichoedukációs tevékenységet segíti az Ébredések Alapítvány kiadásában megjelent A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve című kiadvány. Ezen könyvet használva a mentális zavarral élő személy és családja, hozzátartozói önszorgató módon tájékozódhatnak az adott mentális zavar természetéről. A pszichoedukáció a segítői munka egészét áthatja. A gondozói tevékenységet végig kíséri a pszichoedukációs tevékenység pl. állapotrosszabbodáskor vagy a gyógyszerek

szedésének az abbahagyásakor a segítő szakember vissza a pszichoedukáció során elsajátított ismeretekre. *A pszichoedukáció nem csak a segítő munka leghatékonyabb eleme, hanem az egész segítőtevékenység szemléletét is meghatározza, mely a kölcsönös tanuláson alapul.*

„15 éve tünetmentes vagyok. Nagyon örülök neki, hogy kikászálódtam belőle. Ehhez kellett ön is. Tisztába kellett lennem először is, hogy mi a bajom. Vagy az, ami bajom van az mi a csoda tulajdonképpen.” (Sámuel)

A pszichoedukációs tevékenység kiemelkedően fontos része a korai figyelmeztető tünetek ismeretének segítése ezzel az esetleges állapot változások időbeli felismerése.

„20 év és nem tudtam, hogy van ilyen, hogy korai figyelmeztető tünet is. Hogy magamat tudom monitorozni. Hogy a környezet visszajelzései nekem aranyat érnek, mert abból, ha magamon nem is veszem észre, de az ő jelzéseikből, mint egy tükör, tudom, hogy ha van egy bizalmi faktor velük, akkor... És történt is egy ilyen megállapodás az első Balassa utcai visszaesésemkor, amit említettem, ami most volt négy éve. Hogy amikor a barátaim jelezték a X doktornőnek, hogy mi az, amit ők tehetnek azért, hogy én ne essek vissza. A lakásukon lett egy ülés, a Király utcában a B. barátom szervezte ezt az ülést. És december 30-ra esett ez az ülés. Most a X. doktornő, ugye a szeretet a lábokban van, ő kijött lakásra, elmondott egy ilyen... Egy ülés volt 8-10 hozzám közel álló barátból és akkor kérte, hogy jelöljem ki azt a kettőt, meg anyukám is ott volt, akiben megbízok annyira, hogyha visszaesés következik, akkor ők jelezhetik felé, illetve felhívhatják a doktornőt, hogy az A. nincs jól. És ez ott történt, egy ilyen pszicho-edukáció feljük is. És ez részemre nagyon megnyugtató volt, hogy a doktornő erre vállalkozik, hogy kijön házhoz. Ugye itt kijönnek a közösségi ellátásnál házhoz és közösen pszicho-edukáltuk őket. És december 30-a az nem volt munkanap. A doktornő a szabadságán tette, mert ez egy ünnepnap volt, szilvesztert megelőző nap. És kijött lakásra és ez annyira meghatározó volt részemről, hogy itt ilyenre alkalmaz, ilyen itt megtörténik. Tehát hogy itt alkalmaznak ilyen módszert. És én már addigra tudtam a tünetlistát, csak valamikor az ember annyira rossz visszaesés következik, hogy nem veszi észre magán.” (Annamária)

„A korai figyelmeztető tünetek összegyűjtése az fontos.” (Zalán)

A mentális zavarok kimenetele jobb prognózist mutat, ha az epizódok kezdetét időben felismerik és kezelik. Kulcskérdés tehát a közeledő epizód legkorábbi tüneteinek a felismerése.

A pszichoedukációs foglalkozások során tájékoztatást nyújtunk a mentális zavarral élő személynek és hozzátartozóinak a korai figyelmeztető tünetekre vonatkozóan. Feltárjuk az adott személy korai figyelmeztető tüneteit (Falloon 1998; Bulyáki 2016). A pszichoedukációs foglalkozás során feltárt korai figyelmeztető tünetekre építve a mentális zavarral élő személyjel és hozzátartozójával elkészítjük az állapotrosszabbodás esetén alkalmazó krízistervet. A krízistervben meghatározzuk a korai figyelmeztető tüneteket, a tünetek észlelése esetén szükséges

teendőket, kivel lépne kapcsolatba az adott személy a korai figyelmeztető tünetek fellángolása-kor, szakemberek elérhetősége, akiket az adott esetben az érintett személy vagy hozzátartozói értesítenének az állapotrosszabbodásról (*Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 4. számú melléklet*). Az állapotrosszabbodáskor jobb kimenetelt biztosít, ha a mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik már korábban elkészített krízisterv alapján tudja, hogy mit kell ilyenkor tenni (Falloon 1998; Bulyáki 2016).

„A kórházba úgy éreztem, hogy nem foglalkoznak a valódi problémával, és csak a tünetekkel foglalkoznak. A probléma gyökerével nem foglakoztak. Ezért éltem ezt meg traumaként. Itt figyeltek rám.” (Dalma)

Stresszkezelés

„A sógornőmmel voltak régebben vitáink, de most már erről is lejttem, hogy ez nem jó, hogy egy gócpont lehet, egy vitaforrás. De eléggé provokáló alkat. Tehát nehéz őt akceptíven kezelni. Úgyhogy voltak próbajátékok doktornővel, hogy próbáljuk el akkor. És akkor nagy nehézséggel végigjártam a párbeszédet a doktornővel, de nagyon jó, hogy ezekre van alkal-mam, hogy végigjártsszam.” (Annamária)

A mentális zavarral élő személyek különösen sérülékeny (vulnerábilis) kliens csoportba tar-toznak (lásd a korábbiakat). A stresszel való megküzdés különösen fontos a mentális zavarral élő személyeknél.

A segítő tevékenység célja, hogy a mentális zavarral élő személyeket hozzásegítsük a stressz megfelelő kezeléséhez. Ezek a készségek segítik a személyes örömteli célok elérését.

A stressz kezelés módszerei:

- kommunikációs készségek fejlesztése
- problémamegoldó készségek fejlesztése
- asszertív viselkedés elősegítése
- kríziskezelés és megelőzés

(lásd: pszichoedukációs és krízisintervenciós tevékenység leírást)

- agressziókezelés

1. Kommunikációs készségek fejlesztése

„A személyek közötti kommunikáció javításának stratégiája a viselkedés csoportterápiában kidolgozott készségfejlesztő tréning módszereiből származik (Lieberman és mtsai, 1975; Fal-loon, 1987)” (Falloon 1998:105 idézi Bulyáki 2016:52). A készségfejlesztést végző szakember a tanár, tréner szerepét tölti be (aki oktatói, tréneri tapasztalattal rendelkezik) és segíti a részt-vevőket az új készségek elsajátításában. A készségfejlesztés során az új kommunikációs kész-ségek fejlesztése a meglévő hatékony készségek erősítése valósul meg.

Az alapvető kommunikációs készségek, amelyek fejlesztése megvalósul a kommunikációs készségfejlesztő tréningen:

- 1.1. Pozitív érzés kifejezés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a pozitív érzéseiket *(Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 5. számú melléklet)*.
- 1.2. Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan kérhetnek konstruktívan egymástól. *(Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 6. számú melléklet)*.
- 1.3. Negatív, kellemetlen érzések kifejezése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a kellemetlen érzéseiket *(Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 7. számú melléklet)*.
- 1.4. Aktív figyelem technikájának a fejlesztése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogyan tudnak hatékonyan figyelni a kommunikációban résztvevő partnerre, a kommunikációs folyamatra *(Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 8. számú melléklet)*

2. Problémamegoldó készség fejlesztése

A hatékonyan alkalmazott kommunikációs készségek hozzájárulnak a problémamegoldó készségek fejlődéséhez. Ha mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik nem tudnak egymásra figyelni, egymást meghallgatni, erőfeszítéseiket értékelni, pozitív kéréseket közölni, a kellemetlen érzéseket minősítés, kritika nélkül megosztani, a családtagok nem fognak tudni részt venni az eredményes problémamegoldás folyamatában. A személyes célok elérése érdekében, a képessé tevés filozófiáját szem előtt tartva kiemelten fontos foglalkoznunk a problémamegoldó készség fejlesztésével.

A probléma-megoldási módszer lépései:

(Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára 9. számú melléklet)

- a probléma vagy a cél meghatározása
- lehetséges megoldási javaslatok megfogalmazása (ötletbörze)
- az egyes megoldási javaslatok előnyeinek, hátrányainak összegyűjtése
- a legjobb megoldás kiválasztása
- kivitelezés megtervezése
- végrehajtásban elért eredmények értékelése

3. Asszertív viselkedés fejlesztése

A szociális készségeket fejlesztő tréning egyik speciális célja az, 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 (Lieberman 2010; Bulyáki 2016). A személyes hatékonyság növelése fontos a mentális zavarral élő személyeknél, akiknél az érdek érvényesítésének képessége csorbulhat. Az asszertív viselkedés fejlesztése a kommunikációs tréninghez kapcsolódóan jelenik vagy jelenhet meg. Helyzetgyakorlatok segítségével készségfejlesztéssel valósul meg. Eredménye lehet a hatékony és méltányos viselkedés.

*„Asszertív kommunikációs tréninget kaptam.
Családgondozáson is részt vettem nálad.
Munkavállalásra felkészítő tréningen is részt vettem” (Bence)*

4. Agressziókezelés

A mentális zavarral élő személyek többsége sem veszélyesebb, mint a társadalom bármely tagja. A mentális zavarral élő személyek által elkövetett bűncselekményeknek a médiában túlzott megjelenítések eredményeként a mentális zavarral élő személyeket megbélyegzik, stigmatizálják. Amikor a mentális zavarral élő személy a betegség akut szakaszában van, az agresszió veszélye valóban megnőhet. Az indulatkezelési stratégiák kognitív és viselkedéses intervenciókból tevődnek össze, eredményes lehet mind a megelőzésben és a kezelésben is.

Az indulat, düh szabályozásának lépései, stratégiái:

4.1. A helyzet felmérése:

- agresszív viselkedés gyakoriságának és természetének a nyomon követése. A beavatkozást végző szakember a mentális zavarral élő személyjel és hozzátartozóival feltárja, hogy milyen gyakran jelentkezik az agresszív viselkedés és, hogy milyen előzményei vannak.
- a probléma elemzése azoknak a tényezőknek a feltárására, amelyek valószínűbbé és kevésbé valószínűvé teszik az agresszív viselkedés bekövetkeztét.
- szakorvosi vizsgálatok annak megállapítására, hogy a dühkitörések összefüggésben állnak e neurobiológiai rendellenességgel (Falloon 1998; Bulyáki 2016).

4.2. Az indulat, düh kezelése

A beavatkozást végző szakember:

- felvilágosítás tart az agresszió természetéről, és hatékony kifejezésének lehetőségeiről.
- problémamegoldó beszélgetés kezdeményez a mentális zavarral élő személyjel és hozzátartozóival, hogy feltárják az általuk hasznosnak ítélt problémamegoldási stratégiákat.
- feltárja a klienssel és hozzátartozóival az agresszió korai figyelmeztető jeleit.
- a korai figyelmeztető jelek felmerülésekor alkalmazható önszabályzó stratégiák alkalmazásának kidolgozásában segíti a mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit.
- az elfogadhatatlan viselkedés esetére beavatkozások egyértelművé tétele. A beavatkozást végző szakember a mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit segíti az elfogadható és az elfogadhatatlan viselkedés közötti határ meghúzásában; az elfogadhatatlan viselkedés jelentkezésének esetén alkalmazandó tevékenységet rögzítő terv kidolgozásában.
- felvilágosítást tart a hozzátartozóknak az agresszív válaszreakció kockázatáról (Falloon 1998; Bulyáki 2016).

Fontos foglalkoznunk azzal is, hogy a mentális zavarral élő személyek is meg tanulják kezelni a feljük irányuló agressziót. Ezt segíti a kommunikációs tréning, az asszertivitás fejlesztése továbbá a problémamegoldó készség fejlesztése.

Bentlakásos intézményekben a lakótársak is részesei, elszenvedői egy-egy agresszív megnyilvánulásnak. Ezeknek a „történekeknek” – ugyan úgy, mint a családon belül – fontos a közös feldolgozása.

Életviteli készségek fejlesztése

„És emlékszem, az első feladatok között szerepelt, hogy főzök egy pudingot. És nem tudtam. Mondtam, hogy én erre nem tudok vállalkozni, hogy hol a lábas, meg hol a... Meg le kell menni tejért. Meg össze kell keverni és fogalmam sincs, hogy hogy kell ezt csinálni. És hogy én ezt nem tudom megcsinálni. És akkor ez nekem nagyon nehezemre esett. . És haladtunk, haladtunk a kognitív terápián, a gondolat átstrukturálás és akkor még voltak ilyen suicid gondolataim sajnos. Anyukámmal laktam...

Képtelen voltam a számláimat rendezni. Nem azért mert nem volt rá anyagi háttér, hanem a készség hiányzott, igen. Képzeld el, hogy feküdtem egy ágyon és néztem a mennyezetet, de ebből állt az egész napom. Nehezemre esett megfürdeni. Az evés nehéz volt, hogy én kimegyek a konyhába és étkezek velük. Abból állt a napom, hogy az e-mailjeimet nem nyitottam ki féltve át. Akik barátok kerestek telefonon, nem vettem fel a telefont. És SMS-ekre sem válaszoltam. Tehát teljes bezárkózás. És egyszerűen nagyon védekeztem (...) kínos volt, de már ezt is beszéltük, hogy találkoztál ilyen emberrel a munkád során, aki ennyire nem jól van. És akkor ebből nem is láttam kiutat. Azt hittem, hogy ez egy teljes reménytelenség, hogy innen már nincsen... Tehát úgy éreztem-, mint egy ilyen... Amikor a X. kórházból kijöttem, ott forgóajtós beteg voltam, ezt elfelejtettem neked említeni. Volt egy évem, 2006-2007, amikor ilyen ki-be, ki-be jártam, forgóajtós beteg voltam. És azt gondoltam, hogy ennek már soha nem lesz vége. Engem már ott minden nővér ismer. Már a visszajáró betegeket megismertem. És mondtam, hogy ennek már soha nem lesz vége, életem végéig így fog tartani. Nagyon rosszul éreztem magam. Akkor vissza 2008-hoz, amikor idekerültem, itt bevonják a családot is. Hogy célokat kell megnevezni, mit szeretnék, mit csinálni. Mi az anyukám célja, mi az én célom. Akkor még a keresztmamám is járt velem ide családi ülésekre. És akkor az első nagy ilyen pálfordulás, vagy gyógyulás jele az volt, amikor november 1. következett és akkor ilyen asszertív tréningre emlékszem. Javasolták, hogy jöjjünk el. És akkor eljöttünk családostól. És a barátaimat meghívtam magamhoz vacsorázni. És akkor így bevásároltam. És akkor főztem levest, akkor másodiknak volt – nem tudom – lasagne. Harmadiknak máglyarakás és egyebek. Mind egyedül csináltam és hogy lementem a közértbe. És hat barátomat föl hívtam hozzám és megterítettem. És terülj-terülj asztalkám. És akkor egyedül végig tudtam csinálni. Ez nekem egy akkora öröm volt, hogy azok után, hogy néztem a... mennyezetet februártól, vagy márciustól júniusig és semmi. Ki sem mozdultam a lakásból. És ez egy ilyen visszaköltözés utáni esemény volt. Tehát visszakerültem a lakásba, a saját otthonomba.”(Annamária)

A társadalmi életben való aktív részvétel (a személyes örömteli célok követésével (lásd gondozási terv tevékenység leírását) interperszonális és szociális készségeket igényel. A közösségekben való aktív élethez rendelkezniünk kell a szociális készségek széles tárházával. Ide sorolhatjuk az önellátást, a rendelkezésre álló pénzbeosztást, az új ismeretek elsajátítását (tanulást), segélykérést, a beszélgetést, a bensőséges viszony kialakítását, a munkavégzési készséget, a lakóhely fenntartását, a szabadidő aktív eltöltését (Falloon 1998; Bulyáki 2016).

„az Alapítvány abban is segített nekem, hogy nyissak emberek felé, mert eddig nagyon bezárkózó voltam” (Lola)

A pszichoszociális hátránnyal (pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek, szenvedélybetegek, hajléktalan emberek) 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. Az életviteli készségek fejlesztése aktív tanulást igényel. A készségfejlesztést végző szakember tanító szerepben jelenik meg a folyamatban. Az életviteli készségek fejlesztése megvalósulhat a mentális zavarral élő személy otthonában a közösségi pszichiátriai ellátás keretében, továbbá a mentális zavarral élő személy által igénybevett szolgáltatás (közösségi pszichiátriai ellátás, pszichiátriai betegek nappali ellátás) helyszínén. Az életviteli, szociális készségek fejlesztése szerveződhet a mentális zavarral élő személy és hozzátartozóit támogató családgondozás (közösségi pszichiátriai ellátás keretében), továbbá csoportos formában, illetve egyéni esetkezelésben. A készségfejlesztés személyre szabott és az adott mentális zavarral élő személy aktuális készségeire épít. A csoportos formában szerveződő készségfejlesztés történhet nyitott (a mentális zavarral élő személyek folyamatosan bekapcsolódhatnak a készségfejlesztő foglalkozásba. Pl. Pszichiátriai betegek Nappali klubjaiban szerveződő főzőklubban) és zárt formában (a csoport tagjai nem változnak), időhatáros (meghatározott időtartalmú strukturált tréningek pl. munkavállalói készségek fejlesztése) és időkorlát nélküli formában (pl. főzőklub). A készségfejlesztést végző szakember felméri a mentális zavarral élő személy mindennapi élethelyzetben mutatott készségeit, különös tekintettel az önellátásra, a munkára, a kapcsolatok kialakítására továbbá a szabadidős tevékenységre. A jól működő készségeket kiemeli, pozitív visszajelzéssel megerősíti. A kevésbé hatékony, hiányosságot mutató készséget fejleszti (Harangozó 2000; Bulyáki 2016). Az életviteli készségek fejlesztésének része lehet a munkavállalói készségek fejlesztése. A nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásnak fontos szerepe van a felépülésben. Erről önálló fejezeti részben még bővebben olvashatunk.

Specifikus technikák

A mentális zavarral élő emberek többsége más problémával is küzd így például depresszióval, szorongásos tünetekkel, öngyilkossági gondolatokkal. Gyakori probléma még a függőség, mely lehet legális és illegális szerhasználat kapcsán. Ezen problémák súlyosbíthatják a mentális zavarral élő emberek helyzetét. Fontos, hogy komplex, integrált rehabilitációban

részesüljön a mentális zavarral élő ember valamennyi nehézségre kapjon segítséget. A speciális technikákhoz sorolhatjuk a szorongás kezelését a magabiztos viselkedés elősegítését célzó relaxációt (pl. progresszív izomlazítás), a viselkedészavarok kezelésére szolgáló tréninget, a kellemetlen gondolatok leküzdését, a kellemetlen gondolatokkal való együttélést elősegítő a gondolkodás kognitív átstrukturálását. Ide sorolhatjuk a szuicid készlettség megfékezésére szolgáló módszereket (Harangozó 2000; Bulyáki 2016). Speciális technikákhoz sorolhatjuk továbbá a táplálkozási rendellenességek és rossz étkezési szokások kezelésére fókuszáló tevékenységeket. Az alvás szabályozására irányuló tevékenység is fontos technika. Az alvászavar, mint korai figyelmeztető tünet lehet, mely az állapotrosszabbodásra hívja fel a figyelmet. Nagyon fontos, hogy az alvási szokásokat az állapotrosszabbodáskor, a krízis korai szakaszában helyreállítsuk (Falloon 1998; Bulyáki 2016). A gyógyszeres kezelés kapcsán a kemonkordancia felépülés-szemléletű gyakorlatának a kialakítása fontos, melynek lényege a mentális zavarral élő személyekkel való hatékony tárgyalás kialakítása. A speciális stratégia része a gyógyszeres kezelésekkal kapcsolatos döntéshozás segítése.

„nagyon sokat tanultam abból, hogy itt egyrészt van kiút, meg fogják a kezem.” (Annamária)

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében megjelenő személyre szabott pszichoszociális rehabilitáció eszközöket, stratégiákat, készséget adhat, fejleszthet, mely elősegítheti a mentális zavarral élő személy és családja pozitív fejlődését, örömteli élet élését.



32. számú ábra

Csontváry Kosztka Tivadar: Zarándoklás a cédrusokhoz Libanonban 1907

9. Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése

„A munkába való elhelyezkedés a megoldás, nem az, hogy a betegeket összegyűjtik. Annyi volt a Lipóton a rehabilitáció, hogy begyógyaszereztek minket, hoztak csavart és anyát, azt kellett összerakni. Másnap szétszedni. Röhej volt az egész. Ha valakiről kimondják, hogy bolond, vagy beteg, tud dönteni dolgokról, emberként kell vele beszélni.” (Magdolna)

A mentális zavarral élő emberek felépülésének útját segítő pszichoszociális intervenciók közül kiemelkedő fontossággal bír a munkarehabilitáció. Ezen belül külön ki kell emelnünk a nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatást, amely jelentősen csökkenti a mentális zavarral élő emberek stigmatizációját és elősegíti a társadalmi reintegrációt (Bulyáki, Harangozó 2016).

Azt, hogy milyen hozammal van a mindennapos munkába járás, Liberman az alábbiakban foglalja össze:

„Ha a mentális betegségben szenvedő ember, mindennap dolgozni jár akkor:

- visszanyeri a méltóságát, elégedettségét és megerősítést jelent neki, hogy produktívnak érezheti magát;
- lehetősége nyílik a kapcsolatteremtésre, és a kollégáival való interakciókra;
- barátságot köthet a kollégáival, és szabadidős tevékenységet szervezhet velük a munkahelyén kívül;
- lehetősége nyílik a szociális problémamegoldó készségek modellkövetéssel való elsajátítására, miközben megfigyeli a kollégáit és feletteseit az interakcióik során;
- részesül a tervezett és rendszeres tevékenységek kedvező hatásában, ami a depresszió, a szorongás, az aggodalmaskodás és a pszichózis tüneteinek enyhüléséhez vezet;
- javul az önbizalma és az önértékelése, növekszik a felelősségérzete és a jövőbe vetett reménye - ha a depresszió, a szorongás és a pszichotikus tünetek enyhülnek;
- az állás megszerzésével és megtartásával, sikerélményhez jut;
- javulnak a kognitív képességei, mert a munka koncentrációt, emlékezeti, problémamegoldó és döntéshozatali készségeket igényel;
- pénzt keres, ami olyan általános megerősítés, ami az alapvető szükségletei kielégítéséhez szükséges javakhoz (pl. ételmiszer, lakhatás), és a mindennapi életben élvezetet jelentő javakhoz juttatja;
- védettséget szerez a visszaeséssel szemben, mivel a munkahely gyakran védelmet nyújt a stresszel és a neurokognitív vulnérabilitással szemben;
- a „dolgozó” státuszába és szerepébe kerül, megerősödik identitásában, aminek nagy értéke van a másokkal való kapcsolatteremtésben, és a saját magával kapcsolatos jó érzések kialakulásában;
- olyan érzelmi, szemléleti és viselkedéses élményekben részesül, amely a felépülés, egészségesség, és normális életvitel részei.”

(Liberman 2010 idézi Bulyáki 2012:59)

A munkavégzés az emberi méltóság érzésének, az önértékelés helyreállításának elősegítése mellett sokkal több hozammal jár. A munka lehetőséget ad arra, hogy minden nap céljaink és

feladataink legyenek. Az az elvárás, hogy a munkahelyünkön rendszeresen és pontosan meg kell, hogy jelenjünk, segít a struktúra és a napirend megteremtését és fokozza a motivációt. A mindennapok nem semmittevéssel, egyhangúan, szürkén telnek el (Lieberman 2010). A munkavégzéssel megszerzett jövedelem lehetőséget ad örömteli célok megvalósítására.

A munka fontosságát a mentális zavarral élő emberek rehabilitációjában 200 évvel ezelőtt is felismerték a morális terápia megjelenésével. A tizenkilencedik századi pszichiáterek úgy gondolták, hogy az imádkozás mellett a munka az, ami fontos a rehabilitációban. A tétlenséget a mentális zavarhoz kapcsolódó tényezőnek vélték. A pszichiátriai kórházak különböző fizetett munkalehetőséget biztosítottak a kliensek számára, mivel a munkavégzésnek terápiás hozamot tulajdonítottak. Ezek az intézetben végzett munkák főleg a kórházaknak és a személyzetnek voltak a hasznára. Az így mesterségesen létrehozott állásoknak is volt pozitív hatása a hospitalizálódott, mentális zavarral élőkre. Ezek a pozitív hatások a napi és a heti struktúra az életben, a szerény fizetés és az eredményesség, hasznosság érzése (Lieberman 2010).

A mentális zavarral élők jelentős része szükségesnek tartja a munkarehabilitációt (Harangozó, Gombos, Szabó, 2002), és a versenyképes munkahelyeken, versenyképes bérért való elhelyezkedést tartják a legkívánatosabbnak (Bulyáki, 2012).

Tátrai (2011) kutatásai szerint az inaktív egészségkárosodott emberek mindössze 12%-a tud és akar is dolgozni és keres is állást; 15%-a szeretne dolgozni, de (már) nem keres munkát; 13%-a képesnek érzi magát munkára, de nem szeretne dolgozni, és 60%-a nem tartja magát munkaképesnek és nem is szeretne elhelyezkedni. Az egészségkárosodott emberek nagy része (függetlenül a diagnózistól), feladta az értelmes életbe, a jövőbe vetett hitét, és „leírta magát” (Harangozó kézirat)

A munkarehabilitáció számos modelljét alkalmazták már a mentális zavarral élő emberek rehabilitációjára. A továbbiakban bemutatásra kerül néhány munkarehabilitációs forma, illetve a foglalkoztatási formák előnyei és hátrányai.

Védett foglalkoztatás, védett munkahelyek

A védett munkahely nemzetközileg elfogadott meghatározása a következő: Olyan munkára orientált rehabilitációs szolgáltatás, amelyben a dolgozó környezetét állandóan ellenőrzik, egyéni rehabilitációs célokat tűznek ki elé, azzal a szándékkal, hogy a fogyatékos embert segítsék a produktív státus megalapozásában (Könczei 1994). A védett munkát legtöbbször a nyílt munkarőpiactól elszigetelt helyszínen végzik. Ezek a munkák gyakran unalmasak, monoton, egyhangúak mégis struktúrát visznek be a mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek életébe. A védett műhelyek rendszere ma általában a súlyos vagy halmozottan fogyatékossgal élő személyek számára működtetett foglalkoztatók, amelyek nem zárkoznak el a szelektív munkába állításhoz viszonyítva kevesebb gazdasági hozammal bíró formáktól. Előnye lehet ennek a foglalkoztatási formának, hogy élethosszig tartó foglalkoztatást nyújthat súlyos vagy halmozottan fogyatékossgal élő személyeknek (Kálmán, Könczei 2002).

Védett foglalkoztatást képviselő foglalkoztatási forma az ún. *terápiás munka*. E foglalkoztatási formával találkozhatunk pszichiátriai osztályokon, szociális otthonokban, nappali kór-

házakban. *Előnye* lehet, hogy olyan mentális zavarral élő emberek is be tudnak kapcsolódni a munkába, akiknek mentális állapota, munkavégző képessége nem teszi lehetővé a nyílt munkaerőpiacon való elhelyezkedést. *Hátránya* lehet azonban, hogy a pszichés zavarral élő ember egyáltalán nem a tevékenység értéke szerint jut pénzhez, továbbá a munka a kórház vagy intézmény gazdasági munkaerő-ellátási érdekeit szolgálja és nem a kliens rehabilitációját segíti elő. Ez a munka tehát differenciálatlan, primitív; a társadalmi tevékenységek hierarchiájában alacsony szinten álló, hosszú időszakban változatlan; a mentális zavarral élő embereket jövedő munkájuk ellátására nem készíti fel. További hátránya lehet e foglalkoztatási formának, hogy nem reagál, nem alkalmazkodik az egyéni szükségletekhez, célkitűzésekhez. Általában alacsony betanítottságot igénylő munkavégzési lehetőséget nyújt, amely tovább ronthatja a megváltozott munkavégző képességű emberek önértékelését, végezetül a legfőbb hátránya a szegregáló hatása (Bulyáki, Harangozó 2004; Bulyáki 2012).

Elmondható, hogy a hagyományos eljárások, így például a védett munkahelyek (Whitehead, 1977; Ciardiello 1981; Crowther és mtsai, 2001; Bulyáki, Harangozó 2004) a munkarehabilitációs tanácsadás a már nálunk is meghonosodott ún. "job klub"-ok, a pszichoszociális rehabilitációs központok (pl. nappali szanatóriumok) nem segítik elő a munkaerőpiacon való elhelyezkedést (Mueser és Bond, 2000; Bulyáki, Harangozó 2004). A nem hatékony formák közé sorolhatjuk még az intézményekben folyó terápiás munkát (Becker, 1967; Walker és mtsai, 1969; Bulyáki, Harangozó 2004), összességében a munkarehabilitáció egész hagyományos struktúráját és módszertanát.

Megállapítható tehát, hogy klienseink munkarehabilitációjában előnyösebb a következőkben bemutatott „támogatott foglalkoztatási” eljárások alkalmazása. Védett foglalkoztatás csak olyan klienseknél indokolt, akik a támogatott munkarehabilitációra biztosan, több próbálkozás után sem bizonyultak alkalmasnak, illetve személyes céljaik alapján biztosan ilyen foglalkoztatást preferálnak. A jelenlegi társadalmi és gazdasági helyzetben nem könnyű létrehozni és működtetni, de mégis szükség van új foglalkoztatási formákra. Ilyenek a nonprofit kisvállalkozások, a civil szervezetek által működtetett, egészségeseket és megváltozott munkaképességű embereket egyaránt foglalkoztató kisebb munkahelyek (pl. kávéház, műhely, farm), Ilyen típusú nonprofit kisvállalkozások szórányosan már Magyarországon is elindultak. Jó példa a Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért Alapítvány védett foglalkoztatási programja. Az alapítvány foglalkoztató műhelyben iparművészek által tervezett egyedi, kézzel készített termékeket készítenek. Ezeket a termékeket a RÉS alapítvány által működtetett Kabinet Galériában értékesítik más hátrányos helyzetű (pl. hajléktalan nők) munkavállalók által készített termékekkel.

A tényeken alapuló támogatott foglalkoztatás nagyszerű lehetőség a mentális zavarral élő emberek számára, mert valódi munkavégzésre ad alkalmat és a felépüléshez szükséges státusz, fizetés és normatív élmények megteremtésével (Lieberman 2010).

A pszichoszociális akadályozottsággal élő emberek foglalkoztatásának legeredményesebb formája a támogatott foglalkoztatás (supported employment), amelynek keretében a munkavállalási tanácsadók, munkapszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember multidiszcipli-

náris teammunkában, egyéni esetmenedzseléssel komplex szolgáltatást nyújtanak. Ezen foglalkozási rehabilitációnak része a felmérés–felkészítés–elhelyezés–mentorálás.

„Nekem minden álmom, még talán most is, olyan helyre elhelyezkedni, ahol fiatalos a munkavállalói közeg és ahol befogadóak. Ahol ki tud több alakulni, mint egy hideg kollegális viszony. Azért gondolom alapvetően, hogy ez a multiknál lehetséges, általában a multi cégeknél a szervezeti kultúra az olyan, hogy egyáltalán az ott dolgozók szeressenek bejárni. Jól érezzék magukat, szeressenek ott lenni.” (Kristóf)

„Nálam már nagyon égető volt, szükségem lett volna egy befogadó környezetre, ahol nem csak kollegális a dolog, hanem baráti kapcsolatok is vannak, el lehet menni ide-oda, ismerkedni csajokkal. Azért volt az a nagy várakozás bennem, hogy bekerülök egy munkahelyre, és lehetőségeim lesznek. Lehet megint kiterjeszteni az ismeretségi körömet. De egyre csak a visszautasítás jött. Nagyon frusztráló volt a helyzet. Persze ebből a munkából se lett, amit ígértek.” (Kristóf)

Támogatott foglalkoztatás

Meghatározása: Olyan speciális munkaerő-piaci szolgáltatás, amely mind a megváltozott munkavégző képességű ember, mind az őt fogadó munkáltató részére teljes körű segítséget, támogatást nyújt a sikeres, hosszan tartó foglalkoztatás érdekében. Célja, hogy a sérült, megváltozott munkavégző képességű személyek emberi méltóságuk megtartásával – egyéni szükségletüknek megfelelő segítség mellett –, a nyílt munkaerőpiacon a „normál” munkahelyen, az elvégzett munka értékének megfelelő fizetésért dolgozhassanak. A hosszú távú támogatás pedig elsősorban azoknak jár, akiknek erre szükségük van a munka megtartása érdekében (tehát a sikeresen elhelyezkedő kliens nem esik ki a szolgálat látóköréből, sőt, még inkább nyomon követik életútját és segítik, ha szükséges) (Bulyáki 2012).

A munkához segítség fontos feladatként jelenik meg a pszichoszociális rehabilitációban, így a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában és a pszichiátriai betegek nappali ellátásában is.

Közösségi pszichiátriai gondozásban dolgozó szakemberként a munkarehabilitáció terén tevékenykedve fontos feladatunk a szolgáltatást igénybevevők személyes céljainak elérését támogató rehabilitációs folyamatban elősegíteni a munkába állást. Ehhez a munkához elengedhetetlen, hogy a közösségi pszichiátriai gondozó naprakész legyen az aktuális foglalkoztatáspolitikai ismeretekben, továbbá a rehabilitációs alapfogalmakban és nem utolsósorban fel legyen vértve a készségfejlesztés technikáival.

A támogatott foglalkoztatás filozófiája alapvető emberi jogra épül, ezek:

- Mindenkinek joga van arra, hogy emberi méltóságát tiszteletben tartsák.
- A szabad választás joga mindenkit megillet.
- Mindenkinek joga van az emberi kapcsolatok kiépítéséhez és a közösségi életben való egyenrangú részvételhez.

- Mindenkinek joga van a társadalmi életben való aktív részvételre.
- Mindenkinek joga van a helyi közösségben való integrált élethez.

A támogatott foglalkoztatás gyökere a normalizációs elv, amely többek között azt is kimondja, hogy minden állampolgárnak joga van a fizetett munkára, továbbá a társadalomban való teljes életre. (Salva Vita Alapítvány 2000; Bulyáki 2004)

A támogatott foglalkoztatás kialakulása: A világ számos országában képviselőre talált ez a foglalkoztatási forma, képviselői munkájukkal hozzájárultak ennek a módszernek az elterjedéséhez. A támogatott foglalkoztatás (supported employment) rendszerét az Amerikai Egyesült Államokban dolgozták ki, ahol a diszkrimináció elleni küzdelemnek, a faji megkülönböztetéssel szembeni fellépésnek az egyenlő állampolgári jogok biztosítása érdekében nagy hagyománya van. A nyílt munkaerőpiacon, integrált környezetben történő munkavállalás támogatására a hetvenes évek vége felé jöttek létre az első kísérleti projektek (1973-ban: törvény a rehabilitációról; 1990-es évek: törvény a tisztességes munkabérekéről és a lakhatásról; törvény az egészségügyi ellátással kapcsolatos pénzügyi akadályok elhárításáról, ún. utalványok létrehozása a munkával kapcsolatos szolgáltatások megvásárlásához - Cook és Rozzano 2000 ; Bulyáki 2012).

Európában a második világháború után, a győztes országok hadirokkantjainak védelmére, megbecsülésére irányultak az első lépések. Angliában 1944-ben született meg a törvény a megváltozott munkavégző képességűek foglalkoztatására. Az amerikai tapasztalatok alapján a nyolcvanas évek közepétől kezdve az Európai Unió tagállamaiban is létrejöttek a támogatott foglalkoztatást nyújtó szervezetek, amelyek nemzeti egyesületekbe tömörültek, s céljuk volt a szakmai tapasztalatcsere és a módszer továbbfejlesztése mellett a foglalkoztatáspolitikai és a szociálpolitikai befolyásolása. A Támogatott Foglalkoztatás Európai Egyesületét (European Union of Supported Employment [EUSE]) 1990-ben alapították meg az európai nemzetek, amely az Európai Fogyatékosági Fórumon keresztül gyakorol hatást az európai foglalkoztatáspolitikai irányelvek, nemzeti akciótervek alakítására, és kétévenként, változó helyszínen, nemzetközi fórumot biztosít a szakmai eredmények bemutatására, a tapasztalatcsereére, a szervezetek közti partnerkapcsolatok kialakítására.

A támogatott foglalkoztatás a foglalkoztatási rehabilitációnak azon formája, amely a mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű személy számára elérhetővé teszi, hogy elvállaljon valódi, nyílt munkaerőpiaci munkát és ezáltal szerves része legyen a közösségnek. A munkakeresést és a munkahely megtartását segítő szolgáltatások figyelembe veszik a képességeikben korlátozott emberek hiányosságait, furcsa viselkedését és a stigmáit.

A súlyos mentális zavarban szenvedők kevesebb, mint 20% helyezkedik el önállóan a munkaerőpiacon (Lieberman 2010). A támogatott foglalkoztatásban elért 44–45 %-os foglalkoztatási arány lényegesen pozitívabb képet ad (Lieberman 2010). A támogatott foglalkoztatás legelterjedtebb és empirikusan validált típusát *egyéni elhelyezésnek és támogatásnak* (Individual Placement and Support: IPS) nevezik (Becker és Drake 2003; Lieberman 2010). Ezt a programot Robert Drake és Deborah Becker dolgozta ki és a foglalkoztatási rehabilitáció standartjává lett az Egyesült Államok egész területén (Lieberman 2010).

A támogatott foglalkoztatás ismérvei:

- egészséges emberek (a munkatársak többsége nem megváltozott munkaképességű munkavállaló) körében végezhető,
- a mentális zavarral élő egyén preferenciájára és készségeire alapozott,
- gyors és célzott előképzést, illetve készségfejlesztést biztosít,
- magas szintű menedzseri munkát igényel a munkahelyek felkutatásában,
- szoros együttműködést alakít ki a munkával kapcsolatos és pszichoszociális szolgáltatókkal (hasonlóan az asszertív esetmenedzseléshez),
- hosszú távú támogatást biztosít a kliens számára (Bulyáki, Harangozó, Falloon 2004)

A támogatott foglalkoztatás során alkalmazott lépések, feladatok:

- Az első lépés a tájékoztatás, melynek során a munkavállalásra jelentkezőt felvilágosítjuk a munkához segítség szolgáltatásáról.
- A munkavállaló egyéni szükségleteinek, képességeinek, készségeinek felmérése (a mentális zavarral élő embert segítő szakemberek és a munkapszichológus bevonásával).
- Egyéni, személyes preferenciára épülő (az ideális és a „még jó” munkahelyek kiválasztása) munkarehabilitációs terv kidolgozása (a klienst gondozó szakember bevonásával).
- Célzott készségfejlesztés (az adott munkahelyen szükséges készségek megtanítása, minél inkább a reális helyszíneken); egyéni és / vagy csoportos tréning a munkakeresés és a munkavállalás hatékonyabbá tétele érdekében.
- A munkavállalásra jelentkezőt segítő esetmenedzser és a támogatott foglalkoztatást biztosító team javaslata, valamint a munkarehabilitációs terv alapján az ideális munkahely feltárása a kliens számára, amely első lépésben mindig nyílt munkaerő-piaci munkahely, nem pedig védett munka. A munkakeresésben a kliens és segítői is részt vesznek.
- Pozitív kapcsolatépítés a kiválasztott munkahellyel; a munkaerő „értékesítése”, a támogatott program „eladása” esetmenedzseri munka. Sokszor elegendő, ha a kliensek maguk keresnek munkahelyet és erre készítjük fel őket.
- Utánkövetés (figyelemmel kísérjük a kliens sorsát munkahelyén, rendszeres, szükséglet szerinti kapcsolatot tartunk a munkavállalóval és a munkaadóval) (Bulyáki, Harangozó, Falloon 2004; Bulyáki 2016)

Az Ébredések Alapítvány munkatársai a kilencvenes évek közepén kidolgozták a mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásra felkészítő programját. Az alapítvány módszertani anyagát az OFA (Országos Foglalkoztatási Közalapítvány) támogatásával 2004-ben megjelentette. Az Ébredések Alapítvány a Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért Alapítvánnyal létrehozta a Szigony Munkaközvetítő Stúdiót a mentális zavarral élő emberek nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásának elősegítésére. A későbbiekben más civil szervezetek is elindítottak programokat a fentebb leírt célok megvalósításának érdekében pl. Sotéria Alapítvány.

„Hát nyilván amikor nem voltam túlságosan munkaképes akkor a rehabilitációs munka, hiszen bejártam dolgozni Orczy kertbe volt hozzám hasonló munkatárs volt aki nem volt hozzám hasonló velük kommunikálni kellett és akkor beszélni a látogatókról mindenképpen az egy érdekes és színes dolog volt és akkor ebbe a klubba az egyéb programok hogy moziba elmegyünk, vagy éppen beszélgetős csoport..karácsonyi buli az Ébredéseknél is bogrács főzés a kert kellős közepén”(Jakab)

Az Ébredések Alapítvány támogatott foglalkoztatási programja (Bulyáki, Harangozó 2004)

1. Programunk lépései

1.1. Kapcsolatfelvétel

A kapcsolatfelvétel célja rövid, kölcsönös tájékoztatás a szolgáltatásról illetve a jelentkezőről. Az esetek többségében a programba jelentkezők kezdeményezik a kapcsolatot, illetve a jelentkezőt segítő szakemberek (pszichiáter, szociális munkás, közösségi gondozó, közösségi koordinátor). Sok esetben a hozzátartozók kezdeményezik a kapcsolatfelvételt.

1.2. Felmérés

A program fontos szakasza a **felmérés**, amelynek során megvizsgáljuk a kliens aktuális pszichés állapotát a választott szakterület képzett szakembere segítségével „élő helyzetben”, vagy munkapszichológus bevonásával pedig munkavégző képességét.

A pszichiáter szorosan együttműködik a pszichés állapot felmérésében a munkavállalásra jelentkező személlyel. A gyakorlati készségfelmérés, ill. a munkapszichológiai felmérés során információt kapunk a munkapszichológustól a munkavállalásra jelentkező munkavégző képességéről; e felmérés jelentős segítséget nyújt az optimális munka feltárásában.

1.3. Személyre szabott munkakeresési terv kidolgozása:

Egyénre szabott munkakeresési tervet dolgozunk ki a munkavállalásra jelentkezővel és az őt segítő szakemberrel. Feltérképezzük azt az ideális esetet, amelyben teljesülnek azok a szempontok, amelyek a munkavállalásra jelentkező számára az optimális munkát jelentik. Körvonalazzuk a „még jó „ munkát is, ami még elfogadható a munkavállalásra jelentkező számára. Ennek fontos eszköze az un. Személyre Szabott Munkakeresési Terv, amelynek szempontjai az alábbiakban látható.

SZABOTT MUNKAKERESÉSI TERV
MUNKALAP AZ OPTIMÁLIS ÉS A „MÉG JÓ” MUNKA FELTÁRÁSÁRA

OPTIMÁLIS MUNKA

- ▶ Hol?
- ▶ Milyen időbeosztásban?
- ▶ Milyen szervezésben?
- ▶ Milyen munkaterületen?
- ▶ Milyen közegben (tömeg, kiscsoport, egyedül stb.)?
- ▶ Mennyi a minimális fizetési igény?
- ▶ Milyen fokú lehet a stresszterhelés?
- ▶ Főbb erősségek:

„MÉG JÓ” MUNKA

- ▶ Hol?
- ▶ Milyen időbeosztásban?
- ▶ Milyen szervezésben?
- ▶ Milyen munkaterületen?
- ▶ Milyen közegben (tömeg, kiscsoport, egyedül stb.)?
- ▶ Mennyi a minimális fizetési igény?
- ▶ Milyen fokú lehet a stresszterhelés?
- ▶ Főbb erősségek:

Dátum:

Az esetmenedzser aláírása

A munkavállalásra jelentkező aláírása

33. számú ábra

Személyre szabott munkakeresési terv.

Itt azokat a kérdéseket soroltuk fel, amelyek alkalmasak a kliens igényeinek feltárására. A MUNKALAP-ot a kliens a gondozóival, hozzátartozóival együtt otthon is kitöltheti, ez emeli a válaszok realitástartalmát és támogatóinak tudatos aktivitását. A „Munkalap” szempontjai kapcsán az alábbiak emelhetők ki:

Hol? Ez a kérdés fontos szempont lehet sok mentális zavarral élő ember számára, sokan küzdenek közlekedési nehézséggel, ezért számukra az ideális munkahely kiválasztásában lényeges a munkahely távolsága és megközelíthetősége.

Milyen időbeosztásban? A megváltozott munkaképességűek, munkavállalásra jelentkezők túlnyomó többsége a részmunkaidős foglalkoztatásban érdekelt. Fontos, hogy a megfelelő munkaidő kiválasztása is egyénre szabott legyen.

Milyen munkaterületen? Sokszor a végzettségüktől eltérő munkaterületek iránt is érdeklődnek a munkavállalásra jelentkezők; gyakori a sokirányú munkatapasztalat. Fontos, hogy tárjuk fel azokat a munkaterületeket, amelyek örömteli munkát jelenthetnek a munkavállalásra jelentkezőknek.

Milyen szervezésben? (magánszférában vagy közalkalmazotti szférában?) E kérdések megválaszolása is továbbvisz abban, hogy az ideális munkahelyet feltárhassuk.

Milyen közegben? (tömegben? ; kiscsoportos foglalkoztatáson? ; talán egyedül?) Nem elhanyagolhatóak ezek a kérdések, hiszen sok esetben fontos kritériumok lehetnek a munkavállalásra jelentkezők számára (pl. egy szociális főbiával élő ember számára komoly nehézséget jelenthet a „tömeges” foglalkoztatási forma; egyéni preferenciaként, így elsősorban a „kiscsoportos” vagy „egyéni” foglalkoztatási forma a megfelelő).

Minimális fizetési igény? (mennyi az a nettó jövedelem, amit az adott foglalkoztatási formában - 8 órás, 6 órás, 4 órás - reálisan el szeretne érni a munkát kereső?) Az esetek többségében a mentális zavarral élő munkavállalásra jelentkező ember alulértékeli, viszonyítási alapul sok esetben a minimálbér szolgál. A „még jó” munka feltérképezésekor azt az összeget neveztetjük meg a munkavállalásra jelentkezővel, ami még elfogadható a számára.

Milyen lehet a stresszterhelés? (mekkora az a stressz, amivel az eddigi munkatapasztalata alapján jól megbirkózik?) A stressz-sérülékenységi modell alapján fontos a mentális zavarral élő munkavállalásra jelentkező emberek stressz-terhelhetőségének feltérképezése.

Főbb erősségek? Azoknak a képességeknek, készségeknek a feltárása, amelyek a munkavállalásra jelentkező erősségei (ilyen pl. az alaposág, a megbízhatóság vagy a monotónia -tűrés, másoknál a kreativitás vagy a váratlan helyzetekhez való jó alkalmazkodás).

Az ideális eset feltérképezése után az előző szempontok figyelembevételével történik a „még jó” munka meghatározása, azon mozgástér feltérképezése, amin belül még kedvező lehet egy munkaaajánlat a munkavállalásra jelentkező számára.

A munkarehabilitációs terv elkészítésében segítő szakember (pszichiáter) is javaslatot tesz. A munkarehabilitáció fontos részét képezi a mentális zavarral élő ember

rehabilitációjának, ezért fontos, hogy a segítők „intézmények feletti” teamet alkotva egyesítsék az erőforrásaikat.

1.4. Készségfejlesztés:

A munkavállaláshoz szükséges álláskereséshez (önéletrajzírás, telefonon való álláskeresés, első interjú, munkaügyi kirendeltségen való regisztráció) és a munkahely megtartásához szükséges képességek fejlesztése (kapcsolatteremtés a kollégákkal konfliktuskezelés, hatékony kommunikáció, személyes érdekek hatékony képviselése), hatékonyságának növelése történhet egyéni és csoportos felkészítés formájában is.

A készségfejlesztés egyéni formában hatékonyabb, célzottabb, személyre szabottabb. A természetes támaszt nyújtó hozzátartozók bevonása növeli a hatékonyságot. A csoportos készségfejlesztés körülbelül 18 találkozót igényel. Egy foglalkozás 2x 45 perces, hetente 2 alkalommal. Fontos, hogy hasonló készségű emberek kerüljenek be egy csoportba. A felkészítő tréningen a házi feladatok készítése fontos feladat, mely elősegíti, hogy a munkavállalásra jelentkező személy az adott készséget a valós életben is kipróbálja.

A felkészítő tréningen a részt vevők aktivitása nélkülözhetetlen. Lássunk erre egy példát!

G. sikeres munkavállaló. A harmincnégy éves, szkizofréniával diagnosztizált mérnök a diploma megszerzése után rövid ideig dolgozott mérnöki munkakörben. A szkizofrénia fellángolása miatt megszakadt a munkaviszonya. Sorstársaihoz hasonlóan hamar elindult a „rokkant karrier” útján. G. mindennapi élete a négy fal közé szorult, s szinte egyetlen tevékenységét hobbija, a versírás jelentette. Tíz év után G. személyes célul tűzte ki a munkába állást, és a közösségi pszichiátriai ellátás keretében támogatást kapott a munkarehabilitációhoz.

A nyílt munkaerő-piaci elhelyezkedést támogató felkészülés otthonában történt. A munkarehabilitációs terv elkészülte után kezdetét vette a munkahelykereséshez és – megtartáshoz szükséges készségek fejlesztése. A mentális zavarral élő férfi szituációs szerepjátékokon keresztül készült fel a munkába állásra. Számára a különböző szituációkban, így az első interjúk helyzetben is gondot jelentett, hogy hogyan beszéljen problémájáról. (Más mentális zavarral élő, munkavállalásra jelentkezőnek is gondot jelent, hogy elmondja e a problémáját vagy sem, és amennyiben elmondja, hogyan „csomagolja” azt a munkáltató számára.) A helyzetgyakorlat során G. megtanulta, hogy hogyan tud gátló feszültség nélkül az első interjúkban aktívan részt venni. A „kínos” kérdésekre való felkészülés (pl. „Miért nem dolgozott az utóbbi években? „; „Miért megváltozott munkaképességű?”) növelte magabiztosságát, önbizalmát, saját kapcsolati tőkét felhasználva önállóan talált munkahelyet, ahol részmunkaidőben foglalkoztatják.

A mentális zavarral 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 mű-

ködésre legyen képes, kevesebb családi és professzionális segítséget igényeljenek. Az életviteli készségek fejlesztése így a munkavállaláshoz kapcsolódó készségek fejlesztése aktív tanulást igényel. A készségfejlesztést végző szakember támogató szerepben jelenik meg a folyamatban.

1.4.1 Készségfejlesztés lépései

1.4.1.1. A készségek jelenlegi szintjének áttekintése

A készségfejlesztést végző szakember felméri a mentális zavarral élő személy mindennapi élethelyzetben mutatott készségeit, különös tekintettel a munkára, a kapcsolatok kialakítására továbbá a szabadidős tevékenységre. A jól működő készségeket kiemeli, pozitív visszajelzéssel megerősíti. A kevésbé hatékony, hiányosságot mutató készséget fejleszti (Harangozó 2000). A szakember feljegyzi a kezdeti és a folyamatos felmérések során tett megfigyeléseit, amelyek konkrét eseteket írnak le, amikor a mentális zavarral élő személy alkalmazta az adott készséget. Várható eredmények: A mentális zavarral élő személy visszajelzést kap az adott készségre vonatkozóan, ami a reális önismeretet erősíti. A szakember pontos képet kap az adott személy életviteli készségeire vonatkozóan.

1.4.1.2. A készségek elsajátításának oktatása.

A készségfejlesztést végző szakember a mentális zavarral élő személyt és a hozzátartozóit megkéri, hogy mondják el, hogy milyen előnye lehet a számukra az adott készség hatékony alkalmazásának.

Az oktatás lépései:

1. Az adott készség alkalmazásához szükséges lépések felvázolása. A készségfejlesztést végző szakember az adott hatékony életviteli készség lépéseit, technikáját ismerteti a mentális zavarral élő személyjel és természetes támaszt nyújtó hozzátartozóival

2. A lépések elpróbálása szerepjáttékkal. Szerepjáttékkal, a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói kipróbálják az adott készséget.

3. Visszajelzés az adott készség alkalmazásról. A szerepjáték után a készségfejlesztést végző személy visszajelzést ad, hogy hogyan alkalmazta a mentális zavarral élő személy és a hozzátartozói az adott készséget. A visszajelzés tartalmazza a sikeresen alkalmazott elemek pozitív megerősítését és a változtatásokra irányuló javaslatokat.

4. Ismételt próba. A visszajelzés után az adott szerepjáték újbóli eljátszása valósul meg. Várható eredmények: A mentális zavarral élő személy és szolgáltató részére is várható eredmény, hogy a kliens adott életviteli készséget hatékonyabban fogja alkalmazni.

1.4.1.3. Gyakorlás valós élethelyzetben

A készségfejlesztés során tanult, kipróbált készségek akkor lesznek hatéko-

nyak, ha az adott készséget a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói a valós életben (in vivo) is kipróbálják, alkalmazzák. A készségfejlesztést végző szakember az életviteli készség fejlesztésének záró akkordjaként a mentális zavarral élő személyt és hozzátartozóit arra kéri, hogy házi feladatként próbálják ki az adott készséget a mindennapi életben. Várható eredmények: A mentális zavarral élő személy nem csak az otthonában „védettebb közegben” próbálja ki az adott készséget, hanem más közegben is (ahol nincsenek jelen a támogató személyek). A készségfejlesztést végző szakember pedig képet kaphat arról, hogy a mentális zavarral élő személy hogyan tudja alkalmazni a valós életben a készségfejlesztés során tanult, gyakorolt készséget.

1.4.1.4. A készségek megfelelő színvonalú alkalmazásának megerősítése

A készségfejlesztés során a szakember minden apró előrelépést megdicsér, a mentális zavarral élő személy erőfeszítéseit megerősíti, még akkor is, ha az nem vezetett eredményre. A készségfejlesztő tevékenységet addig folytatjuk, míg a mentális zavarral élő személy hatékonysága az adott készségben eléri a megfelelő színvonalat, ami a személyes célok elérését segíti. Várható eredmények: A mentális zavarral élő személy a visszajelzések által hatékonyabban fogja alkalmazni az életviteli készségeket és közelebb jut az örömteli célok eléréséhez.

1.5. Munkahelyfeltárás – pozitív kapcsolat a munkahellyel

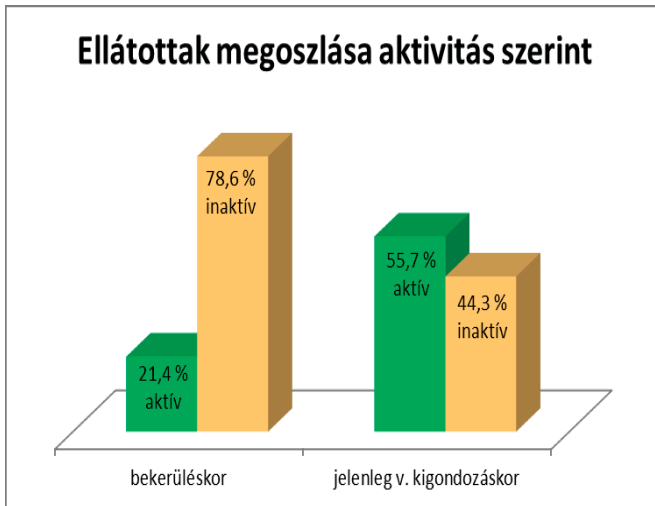
A munkahelyfeltárás szerepe és fontossága teljes mértékben egyenértékű a munkavállalásra felkészítő fázissal. A munkahelyfeltárás elsődlegesen a potenciális munkáltatók felkutatását, a velük való kapcsolatteremtést és az eredményes együttműködést célozza meg. A munkarehabilitációs terv alapján megpróbáljuk az ideális munkahelyeket megkeresni, amely mindig az éppen aktuális ügyfelünkre vonatkozóan történjék, de közben folyamatosan ápoljuk és építjük a munkáltatókkal való kapcsolatunkat is. A munkahelykeresésben a munkavállalásra jelentkező és segítői is részt vesznek. A kiválasztott munkahellyel pozitív kapcsolatot igyekszünk kiépíteni, és „eladjuk” támogatott foglalkoztatási programunkat, sőt a munkavállalásra jelentkező személyt is; mintegy bemutatjuk kliensünk erősségeit az adott munkára vonatkozóan; e feladathoz elsősorban jó esztendőzseri készségesek szükségesek. Vannak olyan kliensek, akiknél a sikeres elhelyezkedést követően is fontos a munkahellyel való rendszeres „pozitív” kapcsolattartás. A legtöbb esetben azonban elegendő, ha magával a klienssel, illetve hozzátartozóival állunk kapcsolatban, és valamilyen munkahelyi probléma jelentkezésekor elsősorban a kliens felkészítésére törekszünk a probléma megoldása érdekében. Legtöbbször felesleges, néha pedig ártalmas is, ha kliensünk helyett akarjuk megoldani problémáját. Azok a mentális zavarral élő kliensek, akik több hónapig is megmaradnak egy munkahelyen, mintegy ötven százalékban képesek megőrizni ál-

lásukat. (Általában az állásukat elvesztők is pozitívan értékelik a munkába állást, mert többségük így sikerélményt, munkatapasztalatot szerez.)

1.6. Kapcsolattartás

A munkavállalásra felkészítő programban a munkavállalásra jelentkező mentális zavarral élő embereknek van segítője. A kapcsolat a segítővel nem záródik le a munkarehabilitációs cél elérésével, mert a kliens szükségletei szerint követjük a munkába állók sorsát, rendszeres kapcsolatot tartunk fenn a munkaadóval, a kollégákkal. A mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítésének hatékonyságát növeli, ha a munkavállaló komplex pszichoszociális rehabilitációban részesül.

Ezt jól példázza az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátási beszámolója (Ébredések Alapítvány, 2012) A vizsgálatba bekerülés időpontja 2009. 01. 01., a megismételt vizsgálat időpontja 2011. 08.31. Az ábrákban szereplő „jelen időszak” erre vonatkozik.



34. számú ábra

Az ellátottak megoszlása aktivitás szerint (ellátottak száma: 201 fő).

Bekerüléskor: 43 fő aktív, 158 fő inaktív

Jelenleg vagy kigondozáskor: 112 fő aktív, 89 fő inaktív



35. számú ábra

Aktív ellátottak bekerüléskor.

Dolgozott: 35 fő

Tanult: 8 fő



36 számú ábra

Inaktív ellátottak bekerüléskor:

Nyugdíjas: 9 fő

Nem dolgozott: 149 fő



37. számú ábra

Aktív ellátottak jelenleg vagy kigondozáskor (N = 112).

Nyílt munkaerőpiacon dolgozik: 45 fő

Közmunka: 2 fő

Védett munkahelyen: 12 fő

Terápiás munka: 11 fő

Alkalmi munka: 8 fő

Tanul és dolgozik: 13 fő

Tanul: 21 fő



38. számú ábra

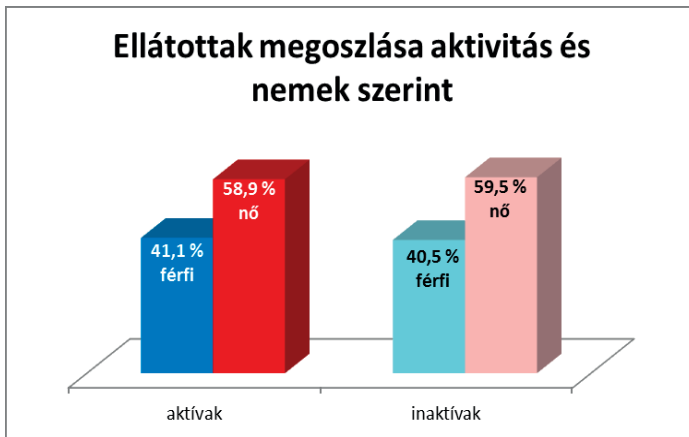
Inaktív ellátottak jelenleg vagy kigondozáskor (N = 89).

Nem kap ellátást: 43 fő

Rokkantnyugdíjas: 37 fő

Egyéb járadék: 2 fő

Öregségi nyugdíjas: 7 fő

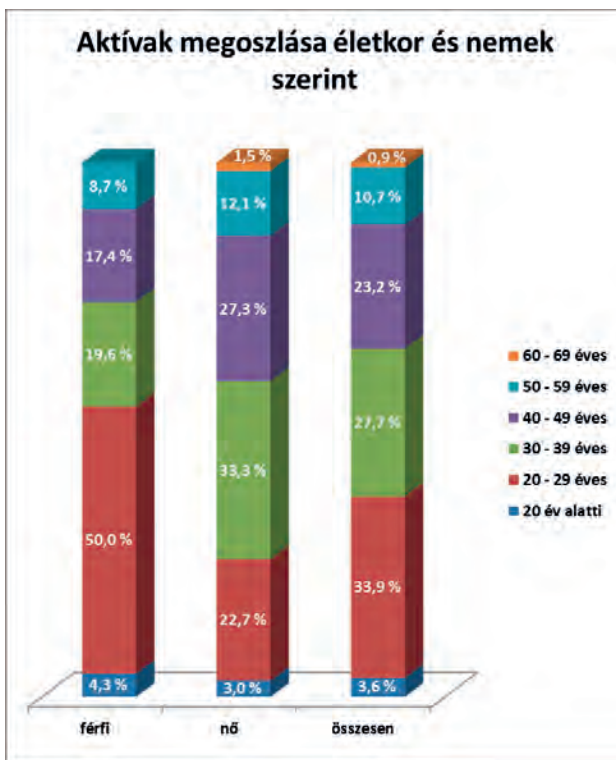


39. számú ábra

Az ellátottak megoszlása aktivitás és nemek szerint ($N = 201$)

Aktív: 46 férfi, 66 nő

Inaktív: 36 férfi, 53 nő

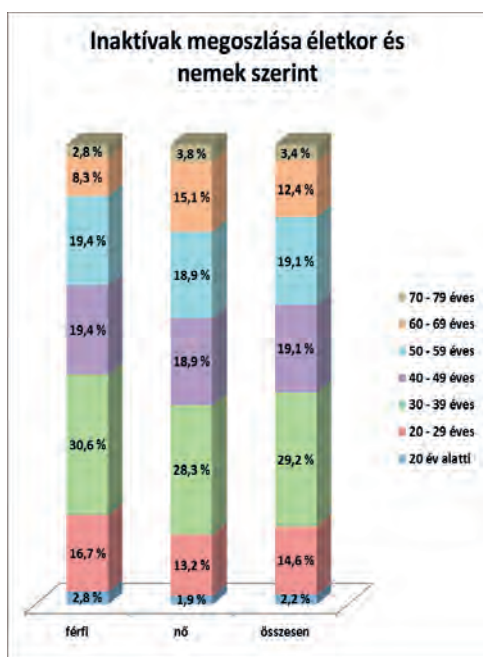


40.számú ábra

Az aktív ellátottak megoszlása életkor és nemek szerint. Aktív férfi: 46 fő átlagéletkor: 32 év

Aktív nő: 66 fő átlagéletkor: 37 év

Aktív ellátottak összesen: 112 fő átlagéletkor: 35 év



41. számú ábra

Az inaktív ellátottak megoszlása életkor és nemek szerint (N = 89)

Inaktív férfi: 36 fő átlagéletkor: 42 év

Inaktív nő: 53 fő átlagéletkor: 45 év

Inaktív ellátottak összesen: 89 fő átlagéletkor: 43 év

Az Ébredések Alapítvány adatai is azt tükrözik, hogy a munkarehabilitáció az optimális kezelési-gondozási stratégiákkal együtt alkalmazva hatékony. A mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű embereket segítő szervezeteknél nélkülözhetetlen a felépülésalapú szemlélet, küldetés.

Jelentősen javulna a mentális zavarral élő emberek munkaerőpiaci aktivitása, ha megkapnák a bizonyítékokon alapulóan hatékony rehabilitációs szolgáltatásokat. Fontos lenne, hogy minden mentális zavarral élő embernek lehetősége legyen igénybe venni a közösségi pszichiátriai ellátást, illetve módja legyen bekapcsolódni nappali klubok programjaiba (pl. munkavállalásra felkészítő csoportba).

„Visszavezetni az embert a munka világába” (Magdolna)

A mentális zavarral élő felépült kliensek közül sokan motiváltak, hogy tapasztalati szakértőként segítsék a hasonló mentális zavarral élőket. Szerencsés lenne, ha lehetőség nyílna arra, hogy a pszichoszociális rehabilitációs szolgáltatók foglalkoztathassanak tapasztalati szakértőket (Bulyáki, Gordos 2018).

„Mindenkinek fontos lenne, hogy valamit dolgozzon. Legyen minden napra valami fix tevékenység, amit végez. Amit szívesen vagy kevésbé szívesen végez munkát. Mindenképpen jó, ha van egy feladat, amit végez. Legyen munkahely is a mentális problémákkal élő emberek számára” (Zalán)

Összegzés

Azok a közösségbe integrált munkarehabilitációs szolgáltatások hatékonyak, amelyek nem lépcsőzetes rehabilitációt tűznek maguk elé, hanem azonnal a legmagasabb lehetséges szintet célozzák meg, és erre gyorsan és célzottan készítik fel a klienst. A hosszú távú támogatás pedig elsősorban azoknak jár, akiknek erre szükségük van a munka megtartása érdekében. A sikeresen elhelyezkedett kliens nem esik ki a szolgáltatás látóköréből, nyomon követik és segítik (Bulyáki, Harangozó, Falloon 2004).

A nemzetközi vizsgálatok (Drake, 1999; Bulyáki, Harangozó, Falloon, 2004) és a hazai tapasztalatok alapján egyaránt megállapítható az, hogy a nyílt munkaerő piaci foglalkoztatottság a mentális zavarral élő emberek pszichés állapotára pozitívan hat, javítja az életminőségüket.

Elmondható, hogy a hatékony munka-rehabilitáció célzottan a kliens preferenciáira, szükségleteire, készségeire, képességeire, képzettségeire alapozott munka-rehabilitációs terv mentén, „normális” munkahelyen, egészségesek között, valós, nyílt munkaerő piaci körülmények között megvalósuló foglalkoztatást biztosít. Ezen foglalkoztatás eléréséhez célzott és gyors, konkrétan az adott munkahely és a munkavállaló adottságaira épített felkészítést biztosít. Továbbá folyamatos az egyén szükségleteire és helyzetére szabott támogatás (Rozzano 2002; Bulyáki, Harangozó, Falloon 2004).

A hatékony munkarehabilitációt biztosító támogatott foglalkoztatási formák költséghatékonyak mondhatóak, a foglalkoztatási arány megemelkedéséhez vezethetnek. A védett munkahelyeken való foglalkoztatás csak azok számára indokolt, akik ismételt és optimális módon végzett támogatott munkarehabilitáció ellenére is kiszorultak a munkaerőpiaci foglalkoztatásból, illetve személyes szükségleteik alapján kifejezetten ilyen foglalkoztatásra tartanak igényt. Védett foglalkoztatás keretében hatékonyabb a kiscsoportos foglalkoztatás, melynek jó megjelenési formája a kisvállalkozás, ahol kis csoportban dolgoznak együtt mentális zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek „egészséges emberekkel” (Bulyáki, Harangozó, Falloon 2004; Bulyáki, Gordos 2018)

10. Önsegítés, sortársi segítség

„Azóta nem tekintek traumaként a mentális problémára amióta úgy gondolom, hogy ez egy olyan tapasztalás amivel segíteni tudok másoknak.” (Dalma)

„Deegan kisasszony, a maga betegsége szkizofrénia. A szkizofrénia ugyanolyan betegség, mint a cukorbetegség. Ahogy a cukorbetegnek életük végéig gyógyszert kell szedniük, ugyanúgy magának is élete végéig gyógyszert kell szednie. Ha befekszik hozzánk, a kórházba, akkor azt hiszem, valahogy kilábolhat belőle.” „Jól emlékszem rá, hogy az orvos szavai úgy hatottak rám, mintha elütött volna egy kamion.”- olvasható Patricia E. Deegan híressé vált a felépülésselvet megfogalmazó írásában. Patricia úgy határozott, hogy nem veszi figyelembe a diagnózisát eldöntötte, hogy pszichológus lesz és megfogja változtatni a hagyományos pszichiátriai kezelési módszereket (Csontos 2017).

Az interjúk elemzése során megjelenik a felépülés útján a sorstársi segítség, az önsegítés fontos szerepe. Mielőtt ezen eredményekről beszélnénk rövid kitérőt tennénk az önsegítésre vonatkozóan.

A nemzetközi szakirodalmak sokféle jelentéstartalommal ruházzák fel az önsegítést. Az önsegítés elemei átszövik a hétköznapi életünket. Hétköznapi értelemben akkor lehet önsegítésről beszélnünk, ha az egyén valamilyen önálló tevékenységet végez és ennek révén személyisége gazdagodik, lelki egyensúlya stabilizálódik, lelki funkciói magasabb szervezeti szintre kerülnek (Gerevich 1989). Killilea szerint a nyugati szakirodalom önsegítés értelmezései a következő képen kategorizálhatóak:

- szociális segítség (a fejlődés egy faktora)
- szupportív rendszer
- társadalmi mozgalom
- szellemi (spirituális) mozgalom
- segítő szolgáltatások formájában megjelenő szociális és politikai érdekcsoport
- a szolgáltatói társadalom egy jelensége
- a demokratikus eszme kifejezése (fogyasztói részvétel)
- alternatív gondozói rendszer
- láncszem a szociális gondozás stratégiai rendszerében
- céltudatos közösség
- szubkultúra
- szuplementer közösség
- átmeneti közösség
- deviánsok és stigmatizáltak szervezetei
- a szociális kontrol képviselői
- hosszantartó deficitek és deprivációk leküzdését célzó segítség
- átmeneti életcikluson való túljutás eszköze
- terápiás módszer

(Gerevich 1989)

Az önsegítő csoportokat különböző módon csoportosíthatjuk. A szakirodalmak általában az önsegítés valamely jellegzetességét emelik ki és ez lesz a vonatkoztatási pont.

A csoport célja szerint: az önsegítő csoport célját, strukturáját az határozza meg, hogy a csoport hány főből áll, milyen jellegű problémáik vannak, milyen értékek mentén szerveződnek. Telkes (1984) ennek alapján három csoporttípust különböztet meg: a családi, illetve házassági problémákra fókuszáló csoportokat, a pszichológiai természetű problémákban szenvedők és azok hozzátartozóit segítő szervezetek és testi betegségben szenvedők csoportjai (Gerevich 1989). Katz és Bender is a cél szerint öt típust ír le:

- elsődleges cél az önmegvalósítás
 - elsődleges cél a szociális reform
 - elsődleges cél az alternatív életformák teremtése
 - kiközösítettek csoportjai
 - kevert, eklektikus csoportok, például elvált szülők csoportjai
 - A megcélzott probléma súlyosságát veszi alapul Levi felosztása:
 - egészségesek önfejlesztő csoportjai
 - stresszhatás alatt élők csoportjai (pl. válófélben lévők csoportjai)
 - viselkedési zavart korrigáló csoportok (pl. Névtelen Alkoholisták)
 - túlélést biztosító csoportok (stigmatizáltak, fajilag hátrányosan megkülönböztettek)
- (Gerevich 1989)

A presztízis szerint: a csoport presztízisét az határozza meg, milyen társadalmi rétegből verbuválja tagjait. A csoport hozzáférhetősége szerint: a könnyen hozzáférhető csoportok nem stigmatizálnak. Csoportosíthatunk úgy is, hogy a csoport munkája a szervezeten belül vagy kívül zajlik (Gerevich 1989).

Az önsegítő csoportok formálódásában meghatározó volt az, hogy két korábban alkoholproblémával küzdő személy Bill Wilson és Ebby Thatcher 1934-ben elindították „12 lépéses” önsegítő csoportjukat, melyből kinőtt a Névtelen Alkoholista Mozgalom. Sok szempontból az önsegítésnek ez a korai csoport modellje ma is mintát nyújt a különféle önsegítő csoportprogramoknak. A Névtelen Alkoholista Mozgalmat, ha megnézzük, érdekes látnunk azt, hogy az önsegítő csoportok elterjedésével, és a közös ideológia megerősödésével elindult egy olyan szerveződés, amely egyre inkább intézményesítette a mozgalmat. A 60-as évek második felében a közösségi mentálhigiéné előretörése során a közösségi támogató rendszerek mellett az önsegítés programjai is jelentősen megerősödtek, és társadalmi elfogadásuk megnőtt. Ez nagy lendületet adott az önsegítő csoportok, mozgalmak fejlődésének, miközben nem volt jelentős közeledés a professzionális segítők és az önsegítő szerveződések között. Amíg a korábbi évek távolságtartással és időnként rivalizálással voltak jellemezhetők, a 90-es években egyre inkább megjelent a közeledés igénye (Szabó 2008). Mára nyilvánvaló, hogy a professzionális segítség és az önsegítésben jelenlévő tapasztalati tudás illeszkedése jelentősen növelheti a segítő munka hatékonyságát (pl. Hanghalló módszer trauma feldolgozásban). A tapasztalati szakértők (expert by experience) és a barátok, rokonok, vagyis a kísérő szakértők (expert by accompaniment)

rendkívül hatékony segítséget nyújtanak az érintetteknek a felépülés folyamatában (Mérey, Csontos 2017). A közösségi pszichiátriai ellátásban a vonatkozó rendelkezések lehetőséget adnak, hogy a szolgáltatások tapasztalati szakértőket alkalmazzanak. Jó gyakorlat erre például az Ébredések Alapítvány ahol a közösségi pszichiátriai ellátás biztosításánál kísérő szakértőket is foglalkoztatnak. Ezek a szakértők a tapasztalati tudásukra támaszkodnak a segítő tevékenységükben. 2015 augusztusában a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhatal Nonprofit Kft (FSZK) által kiírt „Szülősegítő szolgáltatások támogatása” című pályázaton az Ébredések Alapítvány lehetőséget kapott arra, hogy kísérő és tapasztalati szakértőket képezzen.

Sorolhatnánk még a jó gyakorlatokat pl. Szigony Alapítvány a Közösségi Ellátásért Nappali klubját, vagy a szenvedélybeteg ellátás, egészségügy területéről az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) Addiktológiai osztályát, ahol tapasztalati szakértők is jelen vannak és kulcsfontosságúak a felépülés útján. Öröndetesnek mondható, hogy 2018-ban az EMMI szervezésében (Emberi Erőforrások Minisztériuma) a közösségi pszichiátriai ellátás új oktatási programjának elkészítése kísérő szakértő bevonásával elkészült (Bulyáki, Gordos, Mérey 2018) és az oktatásban a tapasztalati és kísérő szakértők a professzionális szakemberekkel együtt fogják oktatni a leendő kollégákat. Az önségítést tovább vihetjük az érdekvédelem irányába. A pszichoszociális akadályozottsággal élő emberek érdekeit védi és képviseli a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, ami országos szervezet.

Az Ébredések Alapítványnál az interjúalanyokat segítő szervezetnél több önségítő csoport is működik, melyeket tapasztalati és kísérő szakértők vezetnek. Ilyen csoport például a Bipoláris Önségítő Csoport, melynek indítását egy belgiumi példa inspirálta. A csoport mostani vezetője 2011-ben egy Budapesten tartott GAMIAN konferencián (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks – Mentális Zavarral Élők Érdekvédelmi Szervezeteinek Szövetsége), egy bipoláris diagnózissal élő sorstársától hallotta, hogy Belgiumban havonta egyszer találkoznak a bipoláris zavarral élő sorstársak. A csoport jelenlegi vezetője úgy gondolta, hogy egy ilyen csoport hasznos lehet Magyarországon is a bipoláris zavarral élők számára, az Ébredések Alapítvány teret adott e találkozóknak. Az üléseken a tagok életvezetési nehézségeiről és a megtapasztalt gyógyszer mellékhatásokról egyaránt szó esik. A csoportvezető tapasztalatai szerint a sorstársi közösségben könnyebben megnyílnak az emberek. A Hanghalló Önségítő Csoportot (aminek tagjai a 2018-as Közösségi Pszichiátria Konferencián megalakították a Magyar Hanghalló Mozgalmat, ezáltal lehetőség van bekapcsolódni a Nemzetközi Hanghalló Hálózat (Intervoice) tevékenységébe az Ébredések Alapítvány vezette be Magyarországon. A csoporton a szenvedéstartalommal járó hangokkal való megbirkózást támogató önségítés valósul meg. A Hanghalló csoport még a későbbiekben részletesebb bemutatásra fog kerülni. A Hozzá tartozói Önségítő Csoport tagjainak nagy része a Hanghalló önségítő csoport tagjainak hozzátartozóiból, főleg szüleiből áll. A Hozzá tartozói Önségítő Csoport azzal a céllal alakult, hogy a hozzátartozók a közösségi pszichiátriai ellátás szellemében segíthessék egymást felhasználó családtagjaik felépülésének minél hatékonyabb támogatásában. A bántalmazást, traumákat átéltek számára az Eltökéltek csoport nyújt segítséget. Ezen csoport keretében a traumák feldolgozásában nyújtanak segítséget a csoporttagok.

Az önsegítés értéke a felépülés útján kimagasló. A mentális zavarral élő személyt és családját traumatizálhatja a mentális probléma megjelenése a családban. Sokszor információk hiányában, kétségbeesve élik meg a mindennapokat. Az önsegítő csoportok lehetőséget adnak, hogy hasonló élethelyzetben lévő emberek találkozhassanak egymással és megélhessék, hogy nincsenek egyedül a problémáikkal és sorstársi segítséget, támogatást kaphatnak a problémákkal való megbirkózásban. A mentális zavarral élő személyek az önsegítő csoportokban a megélt tapasztalataikat is meg tudják osztani olyan személyekkel akiknek személyes tapasztalatuk van a személy által megélt nehézségek kapcsán.

„Hát hogy más is küzd hasonló problémával. Azelőtt azt hittem, hogy egyedül én vagyok bipoláris. És hogy számtalan ember él ilyen nehézséggel. És nyilván egy egészséges barátom, aki nem küzd bipolaritással, nem tudja mi az a pszichotikus tünet, nem tudunk a pszichóziról beszélni, mert nem élte át. De itt egy csoporton tudunk erről beszélni, mert ők is átélték, hogy mi az. Meg tudom osztani az élményt, mert érti, hogy miről beszélek.”(Annamária)

Az önsegítő csoporthoz tartozás igényli a mentális zavarral élő ember nyitottságát a sorstársi találkozóra és persze aktivitást.

„Az AA tagjának tartom magam de most nem tudok járni a gyűlésekre, de az interneten tagja vagyok a levelező csoportnak, meg egy szintén ilyen típusú 12 lépéses embereket tömörítő csoportnak a facebookon mondjuk ahol írhatok vagy hozzászólhatok sorstársi észrevételeket aktuális életekről..őő hát pszichiátriai kezeltek nehezebben tartanak fel ilyen csoportokat, valószínűleg kellene, hozzá külső segítség, mert az anonim alkoholisták azok fenntartják magukat, ezt egy pszichiátriai kezelteknek nehéz lenne megoldani, plusz nehéz találni olyan embereket akik hajlandóak felelősséget vállalni egy ilyen csoportért és valamilyen moderátori szerepet meg kulcsos meg ilyesmi szerepeket felvállalni. Nyilván az ilyen külső felülről, kívülről érkező segítséggel ez menne aki esetleg pénzzel is megtámogatja a pszichiátriai kezeltek, ez nem teljesen önsegítés, de mindenképpen amilyen mértékben tudnak az emberek magukon segíteni, azt a mértéket mindenképpen érdemes úgymond rájuk testálni és nem helyettük megtartani. Ha egy pszichiátriai kezelt tud mondjuk egy táncszakkört tartani akkor tartson, ha termet nem tud szerezni erre a célra akkor persze szerezzünk, de ilyesmire gondolok. Amilyen mértékből ki tudják venni a részüket a kezeltek azt mindenképpen rájuk is kell testálni csinálják.”(Jakab)

Volt olyan interjú alany, aki elutasította, nem igényelte az önsegítő csoport támogatását. Mondván elég a saját problémája nem szeretné még mások nehézségeit hallgatni.

A segítő csoportokban való részvétel a csoportazonosság érzését is növeli. A stigmatizált csoporttal való azonosságtudat nem minden esetben befolyásolja pozitívan az önképet. Corriگان és munkatársai szerint a segítő csoportban való részvétel azok számára, akik titkolják betegségüket az első lépés lehet afelé, hogy a nyilvánosság elé tárják azt, kezdetben csak a csoport tagjaival osztva meg őszintén a részleteket (Szabó 2017).

Az önsegítő csoport egy közösség, ami baráti kapcsolatok kialakítására is teret ad és lehetőséget a négy fal közötti izolációból való kitörésre is.

„Szóval szerintem a segítség nem csak abból áll, hogy elmegy a pszichiáterhez és egy jót beszél vele, hanem egyrészt ha elmegy egy ilyen önsegítő csoportba akkor, ugye barátokat szerezhet másrészt jól tud szórakozni plusz még gyógyul is és a másoknak is tud esetleg segíteni.” (Lola)

„Hanghalló csoport. Utána mozgalmas lett az életem. Nehéz volt eleinte tenni meg cselekedni, meg emberek közé járni, nagyon rossz volt először. De utána rájöttem, hogy ez később fontos lesz a számomra, vagy, hogy jó lesz ez nekem. Élveztem is valamennyire az egészséget, úgy hogy csináltam. Ezek a csoportok akkor indultak be, elterjedt a hírünk.” (Imre)

Sok interjúban visszatérő momentum volt a Hanghalló csoport által nyújtott segítség kiemelkedő fontossága a felépülés útján. A hanghalló módszer mellett a tapasztalati szakértők támogató jelenléte, személye egyaránt fontos. Volt olyan felépült, aki elsősorban a Hanghalló csoport tapasztalati szakértőiben a velük való kapcsolatban és nem elsősorban a módszerben látta meg a felépülésének előmozdítóját.

„A hanghalló csoport sokat segítettBarátságokat köthetünk, új dolgok iránt érdeklődhetünk. A felépülésbe segített a Hanghalló csoport tagjai (L., N. és B.)” (Dénes)

Az önsegítő csoport az önismeretet magasabb szintre emelheti, és ezzel hatékonyabbá teheti a csoporttagot a felépülés eléréséhez, a pozitív pszichológiai fejlődéshez.

„Ahogy elkezdtem használni ezt a módszert, rájöttem, hogy én már kamasz koromban így bántam magammal. Gyerekkoromban nincsenek akkora élményeim, inkább kamaszkoromból.

Akkor is voltak ilyen hangok, de akkor mintha inkább a saját éneimből jöttek volna. De akkor azokkal is úgy bántam, amikor kritizáltak, meg becsméltek, mint ahogy azokkal a hanghalló módszerekkel, amiket tanultunk. Nekem ez tök természetes volt valamennyire” (Imre)

A kutatás módszertanának bemutatásakor már említésre került, hogy az interjúalanyok között többen tapasztalati szakértővé (7 fő) vagy professzionális segítővé, szociális munkássá (2 fő) váltak. Ez összefüggésbe hozható az altruizmussal, valamint azzal, hogy a felépülés során kapott sorstársi segítséget és pozitív fejlődés adta tapasztalatokat tovább szeretnék adni a mentális zavarból felépültek.

Vályi (2008) tanulmányában a szociális munka és az altruizmus kapcsolatát vizsgálja.

Comte (Vályi 2008) elképzelése szerint az altruizmus az önzetlenséggel szinonim, és az egoizmussal ellentétes ösztönt jelenti. Az altruizmusa nem csupán etikai kategória, hanem vallási fogalom, a humanitás vallása. Elképzelése szerint a pozitív stádiumban a tudomány hatására az önzés helyét az önzetlen szeretet, a társadalom iránti odaadás veszi át. Ekkor a másokért való

élet, mint magatartás legfőbb célja nem az egyéni boldogság megtalálása, hanem az emberiség, mint egész iránti érdek nélküli odaadás lesz (Vályi 2008). Eisenberg (Vályi 2008) szerint az altruizmus olyan viselkedés, mely más hasznára van, önkéntes, szándékos, és tudatosan nem a cselekvő saját érdekeit szolgálja. Bateson és munkatársai (1986) kidolgozták az ún. empátia-altruizmus modellt. Az elképzelésük az volt, hogy ha az emberek bajba jutott személy észlelnek a személyes vagy empátiás aggodalom egyikét élik át. Az előbbi olyan érzelmeket vált ki az egyénből, mint az óvatosság, a félelem, és ez motiválhatja az egoista segítségnyújtást, ami a saját negatív érzetek enyhítésére irányul, vagy, ha lehetőség van rá, a helyzetből való elmenekülést eredményezi. Az empátiás aggodalom ezzel szimpátiát, aggodást vált ki és altruista viselkedéshez vezet. Ilyen esetben a segítségnyújtó célja, hogy az áldozat szenvedésén enyhítsen (Bateson, C.D., Bolen, M.H., Cross, J.H., Neuringer-Benefiel, H.E. 1986).

„Hol a helyem? Hát ilyen segítő, valamilyen fajta segítő szeretnék jobban lenni, merthogy annyira sokáig tekertem a mókuskereket, meg a biciklit, hogy én már abból a materialista világból így is kiestem. Tehát a betegségnek köszönhetően ugye történt ez a leszázalékolás, így máshol kell megtalálni a boldogsághoz vezető utat. Tehát nem a többet, többet, többet, hanem hogy így segíteni másokon. Meg baráti kapcsolatokat erősíteni. Meg itt az Alapítványnál, ha tudok bármiben másoknak segíteni.” (Cili)

„Én problémás vagyok, mások problémái is érdekelnek s ez által, ezért jó nekem ez a szakma. A pedagógia, azért jó, mert a saját hibámból tudom tanítani a gyerekeket. A szociálpedagógia is érdekel. Szociális munka szakra vettem fel végül is” (Lola)

„Szerintem az is támasz, tudja az ember, hogy hova lehet fordulni. Nem csak én vagyok lelki támasz a Hanghalló csoporttagoknak, hanem ők is támaszok nekem, és ez fordítva is.” (Imre)

Az interjú alanyok felépüléshez vezető útján a pozitív fejlődésben az önsegítő csoportok közül a Hanghalló Csoport kiemelkedő jelentőségűnek tűnik, ezért ez az önsegítő mozgalom részletes bemutatásra kerül.

A Hanghalló módszer (Hearing voices approach) kidolgozása felhasználók inspirálására kezdődött el 1987-ben. Marius Romme holland pszichiáter egyik páciense, Patsy mindenképpen választ akart kapni arra, hogy miért mondja neki az általa hallott hang azt, amit mond. Kitért arra, hogy a hang nem értelmetlen dolgokat mond, hanem üzenetének köze van az életéhez. Romme ezután összehozta Patsyt más hanghallókkal, hogy osszák meg egymással a tapasztalataikat (Mérey, Csontos 2017). Romme és munkatársa Sandra Escher valamint az ő követőik a felhasználókkal együtt választ találtak ezekre a kérdésekre, ami elősegítette a felhasználók felépülését, pozitív pszichológiai fejlődését. A felhasználók visszanyerték a mindennapi életben való működőképességüket és életük irányítását újra a saját kezükbe vették (Mérey, Mérey, Gallai 2018). 2009-ben Romme és szerzőtársai megjelentették az *Élet a hangokkal – 50 felépülés-történet* című kötetet, mely a hanghalló módszer bizonyítékát adja. „... (A

hanghalló módszer) azt bizonyítja, hogy teljességgel lehetséges a hanghallással kapcsolatos problémák megoldása, a hanghalló személy visszaveheti életének irányítását és ellenőrzését. Utat mutat a felépüléshez, oly módon, hogy foglalkozik a hanghallók által leírt fő problémával, a fenyegetettséggel, a tehetetlenség érzésével, a megőrülés miatti szorongással, és segít nekik abban, hogy visszatáljanak érzéseikhez, szellemiségükhöz és megvalósítsák álmaikat. A hanghalló módszer egyúttal igazságot szolgáltat azoknak, akiket szkizofréniával diagnosztizáltak. Az 50 felépülés-történet igazolja a hangok „elfogadásán” és „értelmezésén” alapuló megközelítésmódunk értékeit, és bizonyíték-bázisul szolgál.”(Romme és tsai. 2009 ; Mérey, Mérey, Gallai 2018).

A hanghallás értelmezése

„A civilizáció történetét végigkísérik a hanghallásról szóló tudósítások Egyiptomtól kezdve Rómán, Babilónián, Tibeten és Görögországon keresztül egészen a mai napig. (Romme 2009). A legelső általánosan ismert hanghalló Szókratész volt (i.e. 469-399), és bár ő a hangot démonként jellemezte, a hangot mégis pozitívnak értékelte. Szókratész tanúságtételét a hanghallásáról vallásos személyek tapasztalatai követték. A legismertebb hanghalló talán Jeanne d’Arc volt. Az újabb időkben ismertek politikusok, mint Swedenborg és Ghandi, költők, mint Rilke és William Blake, Virginia Wolf író és Robert Schumann zeneszerző. Néhány nem a nyugati típusú társadalomban a hanghallást ma is viszonylag normális tapasztalatnak tartják, és gyakran pozitívan értékelik. Azonban a nyugati világ nagy részében a hanghallókat azonnal pszichiátriai problémákkal küzdő személyeknek tekintik, tipikusan úgy tartják, hogy szkizofréniában szenvednek” (Romme és tsai., 2009, Mérey, Mérey, Gallai 2018 : 122). Az első, magukat hanghallóként azonosító személyek Patsy Hague és Eleanor Longden a hangok hallására nem, mint tünetre, hanem mint értelmes tapasztalatra tekintettek. Identitásuk a hangok hallása köré szerveződött. Megkülönböztették magukat attól a képtől, amit a hagyományos pszichiátriai intézményrendszer a szkizofrénia diagnózisához köt. Tapasztalati szakértőként a többi hanghallóval egyenrangú viszonyra törekedtek, ami a Hanghallók Mozgalmának (Hearing Voices Movement) kialakulásához vezetett. A hanghallással köthető nézőpontváltás egyik fontos eleme a felépülés tapasztalata. A hanghallást nem egy tünetegyüttes egyik alkotóelemének tekintik, hanem magára a hanghallás jelenségére összpontosítanak, mivel a legtöbb esetben a hangok az életproblémákra, az emberek közötti konfliktusra hívják fel a figyelmet (Romme és m.társai 2009). Romme megjegyzi, hogy a hanghallók 70%-ánál a hangok traumatikus és vagy tehetetlenségi helyzetekhez kötődnek. Több tanulmány is kimutatta a traumákra vonatkozó tapasztalatokat a hangok jellemzőiben, kiváltó okaiban és a mondanivalójában (Romme és m.társai 2009).

„Azok a tünetek, amelyek általában pszichózisra és szkizofréniára utalónak tartanak, különösen a hallucináció, legalább olyan erősen kötődnek a gyerekkori bántalmazáshoz és elhanyagoláshoz, mint sok egyéb lelki egészségproblémához. Az újabb hosszú távú és teljes népességre vonatkozó tanulmányok azt mutatják, hogy ezek a kapcsolatok okozatiak és releváns hatással bírnak” (Romme és m.társai 2009: 28).

Ron Coleman, a hanghalló mozgalom egyik meghatározó alakja, akit gyerekkorában lelkipásztora szexuálisan abuzált éveken át. Coleman-nek hanghallása lett. Colemant „paranoid szkizofréniával” diagnosztizálták, hat évig élt kórházban zárt osztályon, a gyógyszeres terápia, majd az elektrokonvulzív terápia hatására sem múltak el a hanghallásai. A felépülés lehetőségét azt hozta el a számára, amikor csatlakozott egy hanghalló csoporthoz és felderítették az életében a traumatikus előzményeket, amelyek összefüggtek a „hangjai” eredetével (Mérey, Csontos 2017). Időközben pszichológus lett felépülés házat működtet. Coleman 2014 augusztusában az Ébredések Alapítványánál tartott tapasztalati szakértőként workshopot (e sorok írója is részt vett ezen a 2 napos workshopon, ami nagyon tanulságos volt). Coleman a hanghallásból való felépülés három szakaszát különbözteti meg:

Az első az úgynevezett ijesztő fázis. Ezt a szakaszt a hangoktól való félelem, a hangok elkeseredett elutasítása jellemzi. A hanghalló a zaklató, utasító hangok uralma alá kerül, képtelen a hangjelenségeit értelmezni.

A második szakasz a szervezési szakasz. Az érintett személy megfigyelés alá veszi a hangjelenségeit, elkezd a hangokat az életproblémáira szimbolikusan utaló üzenetként értelmezni. A hanghalló módszer technikáinak segítségével megtanulja hangjait kezelni, az erőviszonyokat a maga javára fordítani.

A harmadik, a stabilizációs szakaszban a hanghalló kézbe veszi életének irányítását, a hangok visszahúzódnak, és gyakran a korábban bántó, szenvedést okozó hangok tanácsadó, támogató hangokká válnak (Mérey, Csontos 2017).

A hanghalló módszer fontos mozzanata, amikor a hanghallót az első szakaszból a másodikba vezeti át.

„Jobb, ha a hanghallást kezeljük a szkizofrénia kezelése helyett!”

(Romme M. 2018. Közösségi Pszichiátriai Konferencia)

Az önbecsülés, önismeret, önségítés és az önmegvalósítás ezek a tényezők nagyon fontosak ahhoz, hogy felépüljünk a nehéz életeseményekből, beleértve a hanghallást, mely nem más, mint a nehéz, gyakran traumatikus helyzetek és érzelmek által kiváltott reakció (Romme 2018. Közösségi Pszichiátriai Konferencia).

„Mindez a legjobban egy hanghalló történetével világosítható meg.

Karina 37 éves volt a felépüléséről készített interjú idején. Iskolai zaklatás érte mind a középiskolában, mind pedig az egyetemen.

A hangokról az alábbiakban számolt be:

Identitás: A legerősebb és legnegatívabb hangok azoktól a személyektől származtak, akikkel együtt járt iskolába.

Jellemzők: A hangok gyűlölködők és becsmélőek.

Történet: 26 éves voltam, amikor először kezdtem hangokat hallani. A másik három diák-társammal együtt bérelt háznak a fürdőszobájában voltam, ők a hátam mögött beszéltek, legalábbis én úgy gondoltam. Először azt gondoltam, hogy dolgokat hallok, majd azt gondoltam, hogy valóban el akarnak kapni engem.

Mondanivaló: A hangok ilyesmiket mondtak: „Ez egy kurva” vagy egy „ribanc”, vagy „undorító” és „megbukott az A-szinten”. Még ennél durvább dolgokat is mondtak, de arról nem szívesen beszélek.”

Kiváltó okok: A legfontosabb kiváltó ok az volt, amikor olyan helyeken tartózkodtam, ahol tömeg volt: vendéglők, kocsmák, forgalmas utcák vagy a buszon.

Gyermekkor története: Legtraumatikusabb élménye az volt, hogy középiskolában zaklatták.

Séma: Kiket képviseltek a hangok? Karina saját maga így fogalmazott: „Olyan volt, mintha a múltbeli hangokat cipeltem volna magammal a jelenben”.

Milyen problémákat képviseltek a hangok? Mindazok miatt, amiken keresztülmentem, a hangjaim magnófelvételhez hasonlítottak arról, amit régen nekem mondtak.

A hangok nagy mértékben aláásták a biztonságérzetemet és az önbecsülésemet. Fontos volt számomra, hogy tartozzak valahová, így bekapcsolódtam a hanghalló hálózatba és elég hosszú ideig szerkesztettem a hírlevelet.” (Romme 2018. Közösségi Pszichiátriai Konferencia)

A hanghalló módszer eszköztára és technikái

A hangok üzenetének, jelentésének megfejtésére használt eszköz a Maastrichti kérdőív (III. számú melléklet) jelenti, mely 12 témakörre kérdezve feltárja a hangjelenség és a hanghalló személy élet-története közötti kapcsolatot. A hanghalló személy tudatosíthatja, hogy életének mely mozzanatai járultak a világba, önmagába vetett bizalmának meggingásához. Mi ásta alá önértékelését, önismeretét és önmaga elfogadását, minek az eredményeképpen vált képtelenné a saját életének irányításában.

„A Hanghalló módszer vezérmotívuma az, hogy a hangok a felépülés irányába hatnak annak ellenére, hogy üzenetük az esetek többségében bántó, becsmérő, zaklató, parancsoló. Ezt az ellentmondást a hanggal folytatott párbeszéd oldhatja fel. A hang elutasításával szemben a hang megfigyelése, szimbolikus üzenetének kibontása, megértése hozzájárul ahhoz is, hogy a hanghalló személy tudatosítsa a hangjai és az életeseményei közötti kapcsolatot, felismerje, hogy melyek voltak azok a pontok az életében, ahol az őt ért traumák miatt tehetetlennek érezte magát, ahol nem sikerült alkalmazkodnia az életkörülményeiben bekövetkezett változásokhoz, a külvilág kihívásaihoz, melyek voltak azok a pontok, ahol hibásan mérte fel saját lehetőségeit és képességeit, és az ebből adódó stressz elviselése meghaladta az erejét, tehát a felépülés útján milyen változtatásokra van szükség, és sajátmagának is miben kell változtatni ahhoz, hogy a jövőben ezek a buktatók elkerülhetők legyenek. Ez nyitja meg az utat ahhoz, hogy a hanghalló személy mind tudatilag, mind pedig az álmai megvalósításának útján visszaszerezze önbizalmát, önbecsülését, javítsa önismeretét és önmagának elfogadását.

Mindez elvezet oda, hogy a hang visszahúzódik, miután már nincs szükség rá, hiszen küldetését teljesítette.” (Mérey, Mérey, Gallai 2018: 122,123).

A hangok kezelése a „félelmet keltő” első fázisban:

A hangokkal való tárgyalás első lépése a hangoktól való félelem mérséklése, majd megszüntetése. A hanghallással kapcsolatos félelem több dologon is alapszik. Egyrésről a hang-

hallás jelenségének értelmezésében rejlik, továbbá a hang tartalmából adódik. A hagyományos pszichiátria a hangokkal csak, mint tünetekkel foglalkozik a hangjelenséget, mint „kóros agyi” jelenségként kezeli.

„Igen különös, de a pszichiátereket úgy képezték ki, hogy ne hallgassák meg ezen élményeket. A hanghallás valamiféle tabu. Így az érintettek könnyen abba a helyzetbe juthatnak, hogy már nem szeretnek beszélni arról, amit tapasztalnak, sőt, egyáltalán nem akarnak többet beszélni semmiről. Így kreálja a pszichiátria a „szkizofréniát”. (Csontos 2018 interjúrésztlet Romme-val).

A hanghalló módszer a hanghallást természetes emberi tapasztalásként kezeli. Az elszenvedett trauma hang formájában jelenik meg. A hangokkal való félelem leküzdése mellett fontos lépés a hangokkal való kapcsolatfelvétel. A hang megjelenése a hanghalló személynél választ követel. A hang elküldése nem vezet eredményre. A hang elismerése, a vele való párbeszéd kezdeményezése elősegíti a kapcsolatfelvételt (Mérey 2019).

A hangok kezelése a „szervezési” fázisban:

Ebben a fázisban a hangok mondanivalójának megfigyelése kezdődik el. Erre a célra szolgál Coleman által kidolgozott „Éppen most hallottam hangokat” felmérő lap kitöltése és elemzése. A hanghalló egyre pontosabban megfigyeli és értelmezi a hangjait. Fokozatosan csökken a hangok által indukált félelem. A hangokkal való tárgyalás begyakorlása a második és a harmadik fázisban valósul meg. Fő mottó, hogy a hang mindig segít másrésről, hogy a hang a múltból jön és a kiváltó oka ott gyökerezik. Fontos ezen alapfeltevések elfogadása. A hangokkal való tárgyalás során eldöntendő kérdések megfogalmazása valósul meg (pl. Segíteni akarsz? A múltból jössz?) (Mérey 2019).

A hangok kezelése a „stabilizációs” fázisban:

A hangok jelentkezésekor feltett eldöntendő kérdések segítségével megfejthetők a hangok szimbolikus üzenetei. Ez segítséget adhat a hanghalló számára gondot okozó probléma azonosításához és a probléma megoldásához. A hanghalló a pozitív pszichológiai fejlődés során, ha eljut oda, hogy párbeszédet folytat a hangjaival és azokat értelmezni is tudja, akkor tudja kezelni a hangjait (Mérey 2019).

Magyarországon a Hanghalló csoport létrehozásában kulcsszerepe van dr. Mérey Zsoltnak, aki kísérő szakértőként dr. Harangozó Judit biztatására kezdett el foglalkozni a módszerrel. 2012 májusában indította el a Hanghalló csoportot az Ébredések Alapítvány. Az azóta eltelt évek alatt a Budapesten és több vidéki városban működő hanghalló önszolgáltató csoportok tevékenysége által megvalósult a hanghalló módszer magyarországi adaptációja.

Harangozó Judit így vall a hanghalló módszerről:

„Munkám során büszke voltam mindig arra, hogy az Ébredések Alapítvány minden hatékony pszichoszociális rehabilitációs módszert alkalmaz a kliensek felépülése érdekében. Évekig a fejemben volt, hogy a „Hanghalló módszert” is be kell vezetnünk. Egy új módszernek gon-

doltam ezt, de amikor Mérey Zsolt és a mellette felépülés-útjukat járó tapasztalati szakértők ott-honossá tették e megközelítést számunkra, ennél sokkal több történt. Ahhoz hasonlítanám, mint amikor hályog esik le az ember szeméről. Az orvosi szemlélet és a pszichoterápiák többsége is kikerülte a hanghallás és más, pszichotikusnak nevezett élmények megértését, ezeket értelmetlennek tekintette, tekinti. A pszichotikus problémákat megtapasztalt emberek gyakran szkizofrénia diagnózist kapnak, és a többi mentális problémával élő emberhez képest is stigmatizáltabbá válnak, hiszen nemcsak a közvéleményben, de sokszor a szakmai közegben is értelmetlennek, „nem emberinek”, agyi betegségnek tekintik a problémát. A pszichiátriával való találkozás így sokszor önmagában is traumát jelent az érintettek számára, hát még ha hozzávesszük a nehéz kezelési körülményeket és tapasztalatokat. A szolgáltatások sokszor a legjobb szándékkal járulnak hozzá, hogy az érintettek kijjebb és kijjebb szorulnak a méltányos emberi élet köreiből. Mivel a szakembereknek a mentális elakadás emberi tényezőivel ritkán van lehetőségük foglalkozni, és gyakran maguk sem bíznak mindig ennek sikerében sok érintett kerül a felépülés helyett „leépülési” pályára. Amikor beülhettem az Ébredések Alapítványánál elindult első Hanghalló csoportra, ez katartikus élmény volt. Azt hiszem, megértettem a saját szemléleti korlátaimat, és le tudtam vetkőzni azokat, amelyeket felismertem. Most már persze tudom, hogy ez egy folyamatos tanulás számomra, amiben a csoporttagok az én segítőttem. Megértettem, hogy a hanghallás és más pszichotikus tünetek emberi jelenségek, amelyek az életükben elakadt, gyakran meggyötört emberek és sokszor meggyötört családtagjaik üzenetei egy szimbolikus nyelven, valahogyan úgy, ahogy a pszichoszomatikus problémákkal élők testi tünetei is üzennek a rejtett gyötrelmekről, komplexusokról. Mára ez a tudás új eszközöket adott a kezembe a segítő munkámhoz. Ha megjön a megértés, ki lehet bontani a fájdalmas lelki zárványok berekesztett érzéseit a csoportokon vagy a család körében, megszelídülhetnek a „kiadások”, és megszűnhetnek az elakadások. A csoport közege és közössége, a felépülés-útba vetett remény és saját befektetés, az új életkezdéshez felajánlott tapintatos gyógyszeres kezelés, stresszkezelés és közösségi gondozás sokaknál olyan gyógyulási fordulatokat hoz, amit én sem tudtam korábban mindig elképzelni. Új képem van a pszichotikus problémákról, amelyhez tudományos alapokat is hozzá tudtam rendelni. Azt is megértettem, hogy az önsegítés nemcsak kiegészítője a gondozásnak, de minden területen törekednünk kell az önsegítő alapú ellátásra, és vissza kell szorítani azt a segítő kultúrát, amelyet a szakemberek fölénye, uralma, irányítása jellemez. Ezért is tartom kiemelt célnak a kliensek és hozzátartozóik körében a tapasztalati és kísérő szakértők képzését, és a jövőben minél több szolgáltatásnál fizetésért, egyenrangú módon történő foglalkoztatását, valamint megjelenésüket a döntéshozói területen.” (Mérey 2019: 13).

VIII. Következtetés

A pszichiátriai ellátórendszer az elmúlt évszázadokban több forradalmi változáson ment keresztül. A tébolydáktól, a szegregált nagy létszámú intézetektől eljutottunk a közösségben, a lakókörnyezetben hozzáférhető rehabilitációig. Ezek a változások a társadalmi rendszerek, a hozzájuk kapcsolódó értékrendszer és a „mással” kapcsolatos attitűdök változásait is követték (Harangozó, Bodrogi 2009). A mentális egészségügyi ellátásban dolgozó vezető szakemberek számos erőfeszítést tettek a remisszió és a felépülés (recovery) fogalmainak tisztázása és újrafogalmazása terén. Mára már látjuk, hogy a mentális zavarral élő emberek rehabilitációja nem szűkíthető le a tünetek megszüntetésére. A rehabilitáció fókuszában a kliens életcéljai jelennek meg és a segítő tevékenység is erre kell, hogy épüljön. A rehabilitációban megjelenő értékek, mint az emberi méltóság, szabadság, a kompetencia, a döntésben való részvétel ezek az értékek jelennek meg a felépülés fogalmában is. A felépülés nem mindig jelenti azt, hogy tünetmentessé válik a mentális zavarral élő személy, van, aki komoly tünetekkel is meg tud küzdeni és képes munkába járni, képes teljes életet élni. A felépülés állapota önsegítő viselkedés, önszabályzó képességet és a segítő folyamatban való felelőséget is jelenti (Harangozó, Bodrogi 2009). A felépülés folyamatát számos szakirodalom egy utazáshoz hasonlítja. Ebben az utazásban a mentális zavarral élő személy gazdagodik, fejlődik és tünettől vagy tünet nélkül boldogabb, sikeresebb életet élhet. Az utazást gyakran kísérik útítársak, akik sokszor előmozdítják a pozitív fejlődésnek. A családtagok, barátok által nyújtott támogatás, szeretet fontos építőköve a felépülőnek a fejlődés folyamatában. Az elmúlt évtizedekben elmozdulás történt a családot patologizáló, deficit szemléletű segítségnyújtásról a családot támaszként tekintő erőforrás szemléletű segítségnyújtásra. A segítő kapcsolatban is fontos változás a paternalisztikus szemléletről a partneri viszonyra törekvő humanisztikus szemléletre való váltás. A személyközpontú terápiás kapcsolat értékei (mely a felépüléshez segítő kapcsolatot jellemzi) a személyes szükségletek, választások, a döntések elősegítése és tisztelete, a remény fenntartása. A segítő hite abban, hogy a mentális zavarral élő embertársa képes a változásra a fejlődésre reménnyel tölti el a felépülőt a boldogabb élet éléséhez vezető úton. Ezek a változások elősegítik a felhasználó szükségleteire reagáló, a természetes erőforrásokkal dolgozó felépülés értékű szolgáltatások megjelenését.

A jelen dolgozatban ismertetett kutatás fókuszában a mentális zavarból felépült személyek által fontosnak tartott felépülést elősegítő tényezők feltárása volt. A mentális zavarral élő személyek hogyan látják mi az, ami az ő pozitív fejlődésüket elősegítette. Ezen tényezők ismerete segítheti a felépülésértékekre támaszkodó szolgáltatások, segítő tevékenységek fejlesztését, hatékony működtetését ezáltal a felépülők eredményesebb segítségét.

Felépülést elősegítő tényezők az interjúalanyok meglátása szerint:

- akarat erő, önhatékonyság hite
- örömteli célok
- támogató családi és baráti kapcsolatok
- inspiráló, támogató személy
- közösségi pszichiátriai ellátás, családgondozás (hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégiák)

- elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat
- önsegítés, sorstársi segítség
- spiritualitás
- munkavállalás

A fentiekben felsorolt tényezők jól körvonalazzák, hogy a változás útján magának a felépülőnek van kulcsszerepe, de fontos külső erőforrásként jelentős szerepe van a családnak, barátoknak és a támogató szakembereknek (akik a közösségi pszichiátriai ellátás keretében személyre szabott segítséget nyújtanak), és a sorstársi segítőknél.

A felépülést elősegítő attitűdök és hatékony gyakorlatokat foglalja össze a következő táblázat (Harangozó, Bodrogi 2009: 570-594).

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 és kezelési terv, amelyben a mentális zavarral élő 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 felépülés tartalmi elemei	A felépülés-alapú attitűdök	A felépülés-alapú jó gyakorlat
	A szakemberek kockázatküszöbének és a mindenért való felelősség-érzet csökkenése.	A mentális zavarral élő személy és hozzátartozói döntéseikért nem viselhetünk minden esetben felelősséget. A szakember azért felelős, hogy a szakmai eszköztárat megfelelően használta-e a mentális zavarral élő személy 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 mentális zavarral élő személy 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 mentális zavarral élő személy és a hozzátartozók felelős részvételének biztosításával, problémamegoldó tréning a jó döntések és a kompetencia fokozása érdekében.

A felépülés tartalmi elemei	A felépülés-alapú attitűdök	A felépülés-alapú jó gyakorlat
	Hatékony szakmai intervenciók használata, a megszokott, de kevésbé tényeken alapuló ellátás rovására.	A remisszió elérése és fenntartása, a visszaesések megelőzését szolgáló stratégiák.
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 rehabilitációs 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, készségfelmérés, készségfejlesztés, személyes célokra alapozott rehabilitációs terv a mentális zavarral élő személy felelős részvételével.
Közösségi integráció.	Közösségi alapú ellátás, amely a mentális zavarral élő személy természetes környezetében zajlik és a közösségi integrációt célozza meg. Az intézmény nem az első, hanem az „utolsó” megoldás.	Családgondozás, támogatott munka-rehabilitáció, asszertív közösségi kezelés, a túlzott intézményhasználat kerülése, relapszus-prevenció.

A felépülés tartalmi elemei	A felépülés-alapú attitűdök	A felépülés-alapú jó gyakorlat
Természetes kapcsolatrendszer.	A hozzátartozók és más természetes segítők partnerek az ellátásban és a gondozásban. A gondozás és rehabilitáció fontos eleme a mentális zavarral élő személy körüli természetes „network” támogatása, ill. személyes együttműködés kiépítése, amely a hosszú távú prognózis egyik fontos tényezője is.	A természetes segítők a gondozói munkacsoport tagjai, egyben a segítő munka célcsoportja is. A hiányzó „network” kialakítása a gondozási terv része lehet.
Alacsony stigma.	A felépülés állapota és a felépülés-alapú ellátás csökkenti a stigmát: a legjobb stigma-csökkentés 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.

A táblázat megmutatja azt, hogy a felépülés értékeiből hogyan vezethető le az ellátás szemlélete és gyakorlata. A felépülés alapú szolgáltatások tervezésénél fontos az érintettek bevonása. A szolgáltatások értékelésénél is fontos, hogy megjelenjen a felhasználók véleménye.

A felépülés folyamatát elősegíti, felgyorsítja, ha az elszigeteltséget érzelmi tartalommal telített kapcsolatok váltják fel, ha a mentális zavarral élő ember önmagáért vállal felelősséget, ahelyett, hogy másoktól függene, ha integrálódik a közösségbe.

Ehhez hozzájárulnak:

- azok az emberi kapcsolatok melyekben megoszthatóak az élmények, érzések, álmok és vágyak,
- a felhatalmazottság érzése, az önbecsülés mely a részvételből, a sikerességből fakad,
- a család, mely teret ad a bensőséges kapcsolatoknak, mely támaszként van jelen a mindennapokban,
- a közösségi tevékenységek,
- oktatás, önálló élet éléséhez szükséges tudás és készségek elsajátítása,

- spiritualitás, erő a személyes célok eléréséért végzett küzdelemben, az a meggyőződés, hogy nem vagyunk egyedül,
- remény, a pozitív pszichológiai fejlődéssel kapcsolatban.

A segítő szakembereknek arra kell törekedniük, hogy segítsék a mentális zavarral élő személyeket a megfelelő önértékelés, a remény, a bátorság, az elégedettség elérésében, abban, hogy képesek legyenek elérni örömteli céljaikat és a korlátozottság okozta akadályok nélkül élhessenek.

Az önsegítő aktivitásoknak kiemelkedő szerepük van a felépülés útján járók életében. A felépülés alapú szolgáltatásokban a szolgáltatás nyújtásában tapasztalati és kísérő szakértő is részt vesz ezzel segítve a sorstársakat.

Fontos látnunk, hogy a mentális zavarral élő személyek felépülését elősegítő közösségi pszichiátriai ellátás töredékesen van jelen, nem minden érintett személy jut el közösségi pszichiátriai ellátóhoz. Országosan 91 közösségi pszichiátriai ellátást nyújtó szolgáltató van. Azt láthatjuk, hogy a szolgáltatások igénybevétele kapcsán esélyegyenlőtlenség van. Más részről szembesülhetünk azzal a ténnyel is, hogy nem minden szolgáltató biztosítja módszer hűen a pszichoszociális rehabilitációt.

IX. Zárószó

A felépülés eredménye a személyiség gazdagodása, melyben az „útítársak” is osztoznak. Segítőként mi is gyarapodunk, hisz részesei vagyunk ennek a folyamatnak. Több mint húsz éve vagyok „útítárs”. Hálás vagyok azoknak a mentális zavarral élő embertársaimnak és családjáiknak, akiktől ezen utazások alatt tanulhattam. Tanulhattam, hogy hogyan lehet megküzdeni a legkilátástalanabb élethelyzetekkel, hogy hogyan lehet kitartani egymás mellett a szenvedéssel teli mindennapokban, hogyan lehet hittel és reménnyel élni.

Fontos, hogy mi magunk higgyünk a mentális zavarral élő embertársaink változásra, fejlődésre való képességében. Gyakran ez a hit ad reményt a kliensünk változáshoz fűződő reményéhez. Fontos, hogy az embert lássuk és ne a tüneteket az embertársunkban.

A felépülés-alapú közösségi ellátás hozzájárul a pszichiátriai rehabilitáció hatékonyságának fokozásához. A közösségi pszichiátriai ellátás a pszichiátriai rehabilitáció optimális közege. A felépülés értékei és a hatékony intervenciók egymást erősítő hatást fejtenek ki (Harangozó, Bodrogi 2009). A jó minőségű szolgáltatások biztosításához elengedhetetlen, hogy jól képzett szakemberek legyenek jelen a terepen. Fontos cél, hogy a pszichiátriai közösségi ellátás mindenki számára hozzáférhető legyen. Az önsegítés szerepe kimagasló a felépülés folyamatában. Az ellátásban, de már a szakemberek oktatásában is nélkülözhetetlen a tapasztalati és kísérő szakértők jelenléte. Előrelépésként tekinthetjük, hogy a szociális alapellátás területén, a közösségi ellátásban tapasztalati és kísérő szakértők is jelen vannak.

Fontos feladat a stigmával szembeni küzdelem, hisz gyakran ez az, ami a felépülést akadályozza. A társadalom érzékenyítése, a stigmatizációval szembeni harc része a segítő tevékenységnek.

A felépülés elérése egy team munka eredménye, ahol a team kulcsszereplője a mentális zavarral élő személy. A felépülő aktivitása elengedhetetlen. A családtagok, barátok, önsegítő közösségek, szakemberek közös támogatásának gyümölcse a pozitív fejlődés elérése. Fontos, hogy ez a szemlélet és értékek részese legyen a segítő szakember munkájának.

„Hát a családi erőforrás, a baráti erőforrás és a szakmai segítség, amit itt kaptam. Ez a közös kombináció. Mert ha nem lett volna ilyen nyomulós a családom, akkor most hol lennék? Elme-szociális otthonban Szentgotthárdon. Valószínű. És az állam osztaná be azt a pénzt, amit... Vagy nem tudom. Nem lenne saját lakásom,hanem anyukámnál laknék... talán, a kisházban. Vagy nem tudom. Tehát kombináció. A saját akaratom és erőm. A család, a barátok biztatása, és innen amit kapok, szakmai segítség. Ez így együtt. Mert egyiket se fogom kiemelni. Egyenlő a másik, kiegészíti egymást, mint egy ilyen színes falevél. És akkor ez így egybe egy szép őszi falevelek. Csak a sok színes folttal, hogy sárga, zöld, meg...” (Annamária)

X. Mellékletek

- I. Esetismertetések
- II. Belegyező nyilatkozat
- III. Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára
- IV. Hanghalló módszer/Maastrichti kérdőív

1. Esetismertetések

Annamária esete

Annamária 46 éves bipoláris zavarral diagnosztizált nő.

Annamária G. településen született és ott is járt általános és középiskolába. Jó tanuló volt.

Egy fiú testvére van, aki 9 évvel fiatalabb nála. Annamária édesapja rendszeresen bántalmazta az édesanyját. Sokszor a szomszéd családban töltötte az éjszakáit. Ennek ellenére, boldog gyermekkorról számol be. Amikor az öccse 1 éves volt a szülei elváltak. Édesapja Amerikába költözött. Iskolás évei alatt sok barátja volt. Óvónőképző szakközépiskolát végzett. Majd a második próbálkozáskor sikeres felvételt nyert a tanítóképző főiskolára. Ekkor már jelentkeztek Annamária mentális zavarának a tünetei. Ekkor 20 éves volt. Édesanyja vette észre. „alvászavar, vásárlási kényszer, zavarodott beszéd” ezekkel kezdődött Annamária problémája. A későbbiekben a kritikátlan, verbálisan bántalmazó viselkedés is megjelent, mint tünet. A családja azt vette észre, hogy másképp viselkedik. Ezt követően kórházba került. A kórházi kezelés során kiszolgáltatottnak érezte magát. Annamária jelen volt egy beszélgetésen, amit a kezelőorvosa folytatott Annamária édesanyjával. Az alkalmazott gyógyszerek mellékhatásaitól szenvedve, „szájzárral” és „nyálfolyással” küszködve hallgatta végig, ahogy a kezelőorvosa az édesanyját arra készíti fel, hogy Annamária soha nem lesz egészséges. Ekkor megfogadta, hogy nem hagyja, hogy így legyen. Elhatározta, hogy küzdeni fog, hogy belőle „teljes értékű ember” legyen. A kórházból kikerülve 3-4 hónapig szedte a kórházi kezelés során beállított gyógyszereket, majd abbahagyta. Rövid időn belül újra kórházba került. Ekkor szembesül Annamária azzal, hogy ezeket a gyógyszereket folyamatosan „élete végéig” kell szednie. A második kórházas kezelés után megkezdte főiskolai tanulmányait. Sikeresen elvégezte tanulmányait, majd Amerikába költözött ahol édesapja élt. Amerikában az első alkalommal 2 évig élt. Kint tartózkodása során munka mellett megcsinálta az angol felsőfokú nyelvvizsgáját. Hazaérkezvén egy reklámügynökségnél helyezkedett el. Közben diplomát szerzett a Külkereskedelmi Főiskolán. 13 évig kórházmentes időszak következett Annamária életében. Tudott dolgozni, tanulni. Hypomán szakaszok voltak, amit kórházmentesen átvészelt.

1997-ben újra kiköltözött New York-ba. Három évig egy légitársaság irodájában dolgozott, majd három évig a Hotel Continental-nál. Későbbiekben ahogy „ledőltek a tornyok” és a turizmus is lecsökkent átképezte magát ingatlanügynökké egy new yorki egyetemen. Megismerkedett egy izraeli férfival, akivel szerelmesek voltak egymásba, de szakítottak. Nemsokára megismerkedett egy másik izraeli férfival, akivel össze is házasodtak. A házassága rövid időn belül felbomlott. 2003-ban felerősödtek Annamária tünetei. Hazajött Magyarországra. Annamária három hónapig volt kórházban, így nem dolgozott és nem fizette a TB-t. Attól tartott, hogy hajléktalan lesz. Az akkori pszichiátere javaslatára úgy döntött, hogy hazaköltözik Magyarországra. 2004-ben hazaköltözött. Itthon ingatlanügynökségnél kezdett el dolgozni. Luxus ingatlanokat értékesített. Később a Népszabadságnál dolgozott. 2004-2007 között nem volt szükség kórházi kezelésre. 2007-ben mély depresszióba esett. Volt egy öngyilkossági kísérlete, ami nem volt sikeres. Annamária mun-

kahelyén egy félévig vártak és megtartottá státuszát. Annamária azonban úgy döntött, hogy nem megy vissza. A háziorvosa kezdeményezte a leszázalékolását. Ebben az időszakban „forgóajtós” beteg volt. A háziorvosa ezért gondolta, hogy biztonságosabb lenne, ha leszázalékolná. Annamária családja nehezen kezelte a kialakult helyzetet. Szerették volna, ha Annamária a családdal együtt családterápiára járna. A család felvetette annak az esélyét, hogy Annamária Szentgotthárdra a pszichiátriai betegek intézetbe kerül. Családi nyomásra 2009-ben Annamária felkereste az Ébredések Alapítványt, ahol közösségi pszichiátriai ellátás vett igénybe. Nehezen váltott orvost. Nem értette miben lesz más a közösségi pszichiátriai ellátás. A családot támogató közösségi pszichiátriai ellátás kezdetekor Annamária édesanyjánál élt. Ebben az időszakban képtelen volt az önálló életre. A depresszió fogságában töltötte a mindennapjait. Alapvető önellátást biztosító készségek gyakorlása komoly nehézséget jelentett. Nehezen tartotta a kapcsolatait a barátaival. Szerencsére a barátok nem mondtak le Annamária barátságáról, hanem mindvégig kitartottak mellette. Erre Annamária úgy tekint, mint a család mellett a legfőbb erőforrás mely a mentális zavarból való felépülés útján kulcsfontosságú volt az ő életében.

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében számtalan segítő stratégiát sajátított el Annamária és családja. Annamária kiemelten fontosnak tartja a pszichoedukációt, a relapszusprevenciót, a kognitív terápiát, az asszertív tréninget. Az Annamáriát segítő folyamatba bekapcsolódtak a barátai is. 2009.-óta két alkalommal volt állapotrosszabbodás. Annamária egy párkapcsolatban volt és szerettek volna gyereket és ezért abba hagyta gyógyszereinek szedését, amiről az őt segítő szakemberek is tudtak. Az utolsó visszaesnél egy drasztikus fogyókúra és egy párkapcsolati probléma volt, mint élethelyzeti nehézség.

Jelen helyzet:

Annamária felépültnek tekinti önmagát. Ezen az úton kulcsfontosságú volt az ő számára a „családi, baráti és a szakmai (közösségi pszichiátriai ellátás által nyújtott) segítség és a saját akarat és erő”.

Annamária elköltözött édesanyjától a saját lakásába, ahol jelenleg is él.

Jelenleg tünetmentes, csökkentett dózisban szedi gyógyszereit. Az Ébredések Alapítványnál vezet egy önsegítő csoportot bipoláris zavarral élő emberek számára. Tapasztalati szakértőként közösségi pszichiátriai képzésben részt vesz, mint oktató. Az alapítvány antistigma programjában érzékenyítő órákon részt vesz, mint tapasztalati szakértő.

Családjával és barátaival jó viszonyt ápol. Édesanyja és a barátok, a barátokkal eltöltött idő kulcsfontosságú Annamária életében. Annamária célja, hogy párkapcsolatban éljen, ennek elérésén dolgozik.

Bence

Bence 29 éves szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi.

Bence Romániában született és hét éves koráig itt is élt a családjával. Édesanyja szintén szkizofréniával diagnosztizált.

Bence életében sorsforduló volt, hogy a szülei elváltak. Hat éves volt, amikor külön váltak a szülők. Bence nővérével és édesapjával Magyarországra költözött. Édesanyja Romániában maradt. A család T. településre költözött. Édesapja szülei és nővére már korábban Magyarországra költözött. Bence az általános iskolai tanulmányait T. településen végezte el. Kis fiú volt még, amikor egy alkalommal valaki utána kiabált, hogy „Te Román”. Ez traumatikus emlékként él máig is Bencében. Hetedik osztályban volt bukása, de aztán sikerült folytatni a tanulmányait.

Az általános iskolai tanulmányai után Szigetszentmiklósról járt középiskolában. A középiskolás időszak stresszes teli volt. A haverok, a kimaradozás, a szórakozás elvonta a figyelmét a tanulásról. Későbbiekben Egerben is megpróbálta a középiskolai tanulmányait folytatni. Sajnos ez sem sikerült. Bence erősnek érezte az iskolát és nem is akart odajárni.

Bence megítélése szerint hátrányos helyzetben volt, nem volt túl sok pénze, pénzüik. Apja és nővére is dolgozott, meg volt mindene, de a többekhez képest szegényebbnek élte meg magát. Az élete nem volt összhangban a vágyaival. A bulikra, ruhákra, telefonra a nagyapjától lopott pénzt. Időről időre meglopta a nagyapját. A bulik mellett játékkerembe is elkezdett járni.

A bulizások alkalmakor rendszeresen fogyasztott drogokat (fű, extasy). Bence mértéktelen költekezésbe kezdett. Sokat lógott a dillerekkel. A lopások rossz érzéssel töltötték el, félt a lebukástól. Bence szerint ettől a helyzetből alakult ki az „üldözési mániája”. Bence családjával szembeesült a lopásokkal. A lebukás után szégyellt iskolába járni. Rossz híre volt már az általános iskolában is. Drogot hamisított, de hamarosan lebukott ezzel is. Újra szegénységben éltek. Volt, hogy csak tésztát tudtak enni a családjával. Félelemmel töltötte el Bencét, hogy az iskolában meg fogják alázni. Ezért nem járt iskolába.

Bence mentális zavarának a tünetei ekkor jelentkeztek. Hangokat hallott. Hajókürtöt hallott, azt képzelte, hogy a haverok így hívják őt. Mindennek jelentőséget tulajdonított. Titkos társaságot kutatott. Matrikba képzelte magát. Görcsösen próbált valahová tartozni. Mindenben benne volt, amit a haverok kitaláltak. Boldogságot próbált keresni magának. Bence érzése szerint az édesapja kiábrándult belőle hasonlóan a haverok is. Bence úgy érezte, hogy távolságtartóvá váltak az emberek. Kirekesztettnek érezte magát. Gyanakvóvá vált az édesapjával és a testvérével is. Nővérétől egy napon a Kék Pont Drogkonzultációs Központ szórólapját megkapta. Bence nem mert segítséget kérni, elmondása szerint az „üldözési mániája” visszatartotta.

Bence unokanővére javasolta, hogy keressék fel a SOTE Pszichiátriai Klinikát és kérjenek segítséget. 2001-ben került először kórházba a mentális zavara kapcsán. A kórházi kezelés során kapcsolatba került a klinika nappali kórházának munkatársaival, akik az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai szolgáltatását működtették. Bence családjával igénybe vette a közösségi pszichiátriai ellátást. A kórházi kezelés után Bence a nagynénihez költözött és Budapesten maradt. Bence nagyszülei még Romániában elváltak. Budapesten a nagynéni az édesanyjával,

Bence nagymamájával és lányával, Bence unokanővérével élt együtt. Bence édesapja, nővére és demencia problémával élő nagypapája T. településen élt továbbra is. A család úgy gondolta, hogy Bencének jobb Budapesten maradni. Féltek, hogy ha hazamegy, akkor a régi haverok rossz hatással lesznek rá és újra elkezd drogokat használni. A családgondozás így Budapesten valósult meg. A családgondozásban részt vett Bence édesapja, nővére, nagynénikéje, nagymamája. Bence édesapja alkohol problémával küzdött, amit nehezen vállalt fel a családgondozás során. Bence állapota rendeződött. A szerhasználattal felhagyott. Sikeresen felvételt nyert egy alternatív iskolába. Itt végezte el a középiskolai tanulmányait. Bence meglátása szerint itt nem voltak nagyok a követelmények. A későbbi főiskolai tanulmányánál kisebbségérzéssel küzdött. Úgy érezte, hogy hiányos a tudása.

A Zöldkakasban töltött évek fájó emlékek Bencének. Egy tanóra keretében kiderült, hogy Bence szkizofréniával van diagnosztizálva. Nem kereste az osztálytársai társaságát. Kisebbségérzéssel küzdött. Szenvedés volt az itt töltött idő, megbélyegzettnek érezte magát.

Bence édesapja megbetegedett, daganatos betegsége lett. Bence tanulmányi eredményei romlottak. Édesapja azt javasolta, hogy ne folytassa a tanulmányait úgysem megy, inkább menjen el dolgozni. Bence a korábbiakban, a nyári szünetekben már dolgozott az építőiparban. Bence nem hagyta ott a középiskolát. Úgy gondolta, hogy érettségi után fog elmenni dolgozni. Nővére is biztatta, hogy ne hagyja abba a középiskolai tanulmányait inkább folytassa. Az utolsó tanévben sikerült javítani az tanulmányi eredményein. Édesapja az érettségi időszakában halt meg. A tanárai támogatták ebben a nehéz időszakban. Bence az iskola mellett dolgozott. A tanárai motiválták a továbbtanulásra. Szociális munkás képzésre jelentkezett, ahová fel is vették. Bence a saját átélt problémái által nyitottabbnak érezte magát mások problémáira. Tanulmányait 2006-ban kezdte el. Jó volt a társaság, jól érezte magát a közösségben. Úgy emlékszik vissza, hogy ezek voltak a legszebb évei eddigi életében. Baráti kapcsolatokra, párkapcsolatra tett szert ezalatt az évek alatt. A középiskolai évek alatt átélt kisebbségérzés érzést nem érezte. Könyvtárba, kirándulni, focizni jártak a csoporttársakkal. Bence kollégiumi elhelyezést kért és kapott. Így a mindennapokat még szorosabban élte meg a csoporttársaival, barátaival. Nem érezte, hogy hátrányos helyzetben van a többiekhez viszonyítva. A csoporttársai között is volt szegény. A tanulmányi eredménye is jó volt. 2008-ban egy szigorlata nem sikerült, mert nagypapája meghalt, mélyponton volt. Bántotta, hogy nem tud bocsánatot kérni a nagypapától a lopásokért, amit tizenévesen elkövetett. Erre az időszakra esett az is, hogy Bence barátnője megcsalta. Fájdalommal töltötte el a sikertelen vizsga, a megcsalás, a büntület. Ebben az időszakban antidepresszántot kapott. Bencében megfogalmazódott a vágy, hogy olyan szeretne lenni, mint bárki más, gyógyszer nélkül szeretne élni. A főiskolai tanulmányainak a vége felé abbahagyta a gyógyszereinek a szedését. Ebben az időszakban nem járt konzultációra az őt segítő szakemberhez. A főiskola mellett dolgozott, hogy fent tudja tartani magát. Ezalatt az időszak alatt nem volt jövedelme. A nagynénihez járt át enni, mert már önerőből nem tudta az étkezést sem megoldani. A nagynéni észrevette, hogy Bence ingerült és rossz mentális állapotban van. Mentőt hívtak és a rendőrség is kiment. Bencét akarata ellenére kórházba vitték. A kórházban ébredt fel. Azt álmodta, hogy visszatoloncolják Romániába. Bence úgy érezte, hogy vége min-

dennek. Hallucinációk, téveszmék jelentkeztek. Azt gondolta, hogy az édesapja vissza jön érte. Azt remélte, hogy valaki megmenti őt ebből a helyzetből. Az egyik ápolóról azt hitte, hogy az édesanyja, aki majd megmenti az országból való kitoloncolástól. Hat hónap után kikerült a pszichiátriáról 2009-ben. Bence a nagynénijéhez költözött újra. Tovább folytatta a főiskolai tanulmányait, ebben támogatta a családja. A sikeres államvizsga sikerélményt adott Bencének. Jelenleg dolgozik szociális terepen, gyermekvédelemben.

Közel érzi magához ezt a szakmai területet, hisz hasonló nehézségeket élt meg, mint azok a gyerekek, akiket most ő segít. A társas kapcsolatai javultak, nyitottabb lett. Ez bátorságot és önbizalmat ad Bencének.

Bence a mentális zavara kapcsán a kórházi kezelésen kívül közösségi pszichiátriai ellátás keretében családgondozásban részesült. Nappali klubba is járt, ahol munkavállalásra felkészítő tréningen vett részt. Bencét a felépülés útján végig kísérte a családja. Bence fontosnak tartja a személyes, örömteli célokat. A célok megfogalmazását. Elmondása szerint neki sokat segített, hogy merjen célokat megfogalmazni a családgondozás. Felépülés Bence számára azt jelenti, hogy hasznos tagjának lenni a társadalomnak. Nem lóg ki a sorból és ez jó, helyt tud állni, nem válik áldozattá. A felépülésében a család támogatása segített a legtöbbet.

Jelen helyzet:

Bence négy éve dolgozik. A diplomájának a megszerzéséhez hiányzik még a nyelvvizsga. Most diplomamentő program keretében angol nyelvet tanul. A nagynénivel és a nagymamájával él. Lakás-előtakarékosságot fizet. Szeretne önállóan élni és párkapcsolatra szert tenni. Bence 2009-óta tünetmentes és csökkentett dózisban szedi a gyógyszereit.

Cili

Cili bipoláris zavarral diagnosztizált 48 éves nő.

Egy kis faluban nőtt fel a Pilis lábánál. Szülei pedagógusok voltak. Egy nővére van, akivel gyerekkorukban jó volt a kapcsolatuk és most felnőttkorukban is jó kapcsolatban vannak. Az első törés az életében a nagymama elvesztése volt. Nagymamájával sokat volt gyerekkorában. A szülők dolgoztak és a nagymama vigyázott a gyerekekre. Cili nagyon szerette a nagymamáját. Nagyon sokat sírt mikor a nagymamája meghalt. Tinédzser korában tudta feldolgozni a nagymama elvesztését. A szülők rossz házasságban éltek. Sokat veszekedtek. Fizikai bántalmazás nem volt a családban. Cilit nagyon megviselte a családi légkör, főleg amikor a nővére férjhez ment. Egyedül maradt a szülőkkel. Mérleg volt a két szülő között. Ő tartotta össze őket. A gimnáziumi évek alatt nagyon nehéz volt Cili élete. Jó barátaik kapcsolatai voltak, amik ellensúlyozták a családi problémákat. A középiskola elvégzése után sikeresen felvételizett a Kertészeti Egyetemre. Cili számára a megváltás volt, hogy elkerült otthonról. Az egyetemi évek alatt nővérénél lakott, aki időközben elvált a férjétől. Szeretett a Kertészeti Egyetemre járni. Egyetemi tanulmányainak a befejezése után kikerült Hollandiába. Szerelmes lett egy Holland fiúba. A beilleszkedés a nyelvtanulás jól ment Cilinek. Egy évig különböző munkákat vállalt, hogy minél jobban megtanuljon hollandul. Az akkori szerelme talált egy álláshirdetést. Laboratóriumban kerestek munkaerőt. Cili megpályázta az állást és sikeresen megnyerte. Tíz évig dolgozott itt. Időközben ezen a munkahelyen szerelmes lett a főnökébe. Cili nem értette, hogy történhetett meg ez, hisz ő kapcsolatban él. Három hónapig lángolt ez a szerelem Cili részéről. Aztán úgy döntött, hogy szerelmet vall a főnökének. Érzései nem találtak viszonzásra. Cili úgy érezte mintha megszakadt volna benne valami. Egy volt kollégáját hívta fel, akivel való beszélgetés sokat segített Cilinek. A volt párjának is elmondta, hogy ő szerelmes lett valaki másba. Erre úgy gondol vissza Cili, hogy ekkor kezdődött el a „belső fejlődése”. Ez egy mérföldkő volt a fejlődésében. A szerelmi csalódás utáni rossz érzés körülbelül 1 évig tartott. Terápiára kezdett el járni. Rosszabbul érezte magát. És ekkor kezdett el nyitni a spiritualitás irányába. Meditációs tanfolyamra járt. Különböző csoportokon, tréningeken vett részt. Ekkor 32 éves volt. Időközben vége lett a kapcsolatának. Jó barátság lett a volt barátja és közte. Elköltözött a volt párjától. Bérelt egy lakást, vett egy autót. Továbbra sem érezte jól magát, bár nem volt magányos. Mindig voltak emberek körülötte. Kereste az útját. Ennek a keresésnek a része volt, hogy felkeresett egy asztrológust is. Továbbra is a régi munkahelyén dolgozott. Mindene megvolt, de mégsem volt jó neki. Nem tudott mit kezdeni magával. Ekkor egy vasárnapi napon jött egy gondolat, hogy neki Indiába kell mennie. 2002 márciusában Cili felmondott és tíz év után otthagya a munkahelyét. Cilinek az érzése volt, hogy az élet irányítja belülről. Azt gondolta Cili, hogy van egy erő, ami belülről mutatja az utat. Megnézte a Gyűrűk urát. Magára ismert benne, hogy neki is be kell járnia a saját útját. Mindenét összepakolta, mindent felszámolt maga körül. Befizetett egy Indiai Ashram turizmust szervező cégnél egy utat Indiába. Négy hónapig volt Indiában. Sokat meditált. Cili Indiában eléggé otthonosan érezte magát. Három hét után jött a felismerés, hogy haza kell, hogy jöjjön Magyarországra. Cili tovább maradt Indiában. Jött az esős évszak, hamarosan nem érezte jól magát. Visszament Hollandiába. 2002-ben hazaköltözött Magyarországra. Édesanyjával és nővérével élt együtt. Nem maradt sokáig. A magyarországi élet-

formától elszakított, nem érezte jól magát Magyarországon. Visszament Hollandiába. Hollandiában egy barátja lakásába költözött, aki kiment Indiába. Amsterdamban sem lett jobb. Egyedül érezte magát. 2003-om karácsonyán hazajött Magyarországra. Cili úgy gondol vissza életének erre a szakaszára, hogy Indiában lelkileg lemeztelenedett és utána ez okozta a nehézséget. Újra édesanyjával és nővérével élt együtt. Házimunkával töltötte a mindennapjait. Belső sugallat hatására megpróbálta elengedni a spiritualitást. 2005 nyarán rossz mentális állapotba került. A pánik roszullétek elhatalmasodtak rajta. Elment pszichiátriai szakrendelésre. A pszichiáter orvos gyógyszert írt fel, aminek Cili nem örült. Nem volt jó számára a segítő kapcsolat. Cili úgy érezte, hogy a pszichiáttere nem megfelelő a számára. Nem érezte a pszichiáttere nyitottságát. Úgy érezte, hogy a pszichiáttere nem befogadó. 2005-ben halottak napján Cili nővére és édesanyja a temetőbe mentek. Cili egyedül maradt. Hálóingbe mászkált a városban. Bemerevedett állapotban volt az utcán. A rendőrök mentőt hívtak Cilihez. Bevitték a Nyíró Gyula Kórházba. Egy hétig volt bent a kórházban. A kórházi kezelés után visszajárt az ottani pszichiáteréhez. Ebben az időszakban Cili nem tudott egyedül lenni. Félt. A spiritualitásról hallani sem akart. Cili mentális zavarának a tüneteiként említette a pánik roszulléteket, a depressziót, hangulat változásokat, hangok és képek észlelését.

2006-ban Cili munkát keresett. Így került kapcsolatba az Ébredések Alapítvány szociális munkásával. A munkakeresésben segítő szociális munkás a segítő folyamatba bevont egy rezidens kollégát. A rezidens kolléga távozása után az alapítvány pszichiáterével került kapcsolatba. Elkezdődött Cili közösségi pszichiátriai gondozása. A gondozási folyamatban Cili természetes támaszként jelenlévő családtagjai is részt vettek. Cili fontosnak tartja, hogy az őt segítő pszichiáter elfogadta spiritualitás iránti érdeklődését, hitét. Ez sokat segített Cilinek. Időközben Cili sikeresen elhelyezkedett a nyílt munkaerőpiacon. Pszichiáterével konzultálva 2006-ban elhagyta a gyógyszereinek a szedését. 2006 augusztusában felmondott. A felmondással járó stressz következtében állapotrosszabbodás állt be. Második kórházi kezelése 1 hétig tartott. Újra dolgozni kezdett, gyógyszereit minimális dózisban szedte tovább. Újra felmondott. Majd újra sikeresen elhelyezkedett dolgozni. Cili 3 évig dolgozott az IBM-nél. Aztán újra munkát váltott. A holland nyelvismeretét felhasználva helyezkedett el. Az életében újra fontos szerep jutott a spiritualitásnak. Elköltözött édesanyjától, önálló életet kezdett el élni. Belső lelki fejlődésében nagy utat tett meg saját meglátása szerint. 2007.-ben volt utoljára állapotrosszabbodása. Jelenleg tünetmentes és minimális dózisban szedi gyógyszereit. Cili meglátása szerint a felépülésében sokat segített a meditáció. A felépülésének útján a szerelmi konfliktussal való megbirkózás, aztán India, Magyarországon a kórházi kezelések, és az Ébredések Alapítványnál töltött idő játszott fontos állomást.

Jelen helyzet:

Cili dolgozik. Aktív életet él. Jógázik, kirándulni jár. Jó baráti kapcsolatot ápol volt kollégáival. Jó a családi kapcsolat édesanyjával és az időközben külföldre költözött nővérével. Édesapjával tarja kapcsolatot, de ritkán találkoznak. Tapasztalati szakértőként segíti az Ébredések Alapítvány munkáját. Az alapítvány antistigma programjában, középiskolai érzékenyítő tréningeken aktívan vesz részt.

Dénes

Dénes 25 éves paranoid szkizofréniával diagnosztizált férfi.

Dénes Budapesten született. Két testvére van. Egy húga és egy öccse. Dénes húga öt évvel, öccse pedig 10 évvel fiatalabb. Dénes nagyon szereti a húgát. Az öccsére pedig büszke. Dénes szüleivel és testvéreivel Budapesttől nem messze lévő településen él. Édesapja gépmester egy afrikai tulajdonú vállalatnál. Dénes édesanyja sokáig háztartásbeli volt, jelenleg egy gyógyszeripari cégnél dolgozik. Dénes meglátása szerint édesapja jól bánik a gyerekekkel. A családban másnak is van volt mentális zavara. Dénes mamájának a testvére sikeres öngyilkosságot követett el. Nagybátyja is hasonló mentális zavarral küzd, mint Dénes.

Dénes serdülő korában járt cselgáncsra narancssárga öves cselgáncsozó volt. Az edzőjével és csapattársaival voltak Erdélyben. Dénes szeret kirándulni, túrázni, biciklizni.

Középiskolában egy drogprevenációs óra keretében szó esett a különböző szerek használatáról. Dénes érdeklődését ez az előadás felkeltette a szerhasználattal kapcsolatosan, elkezdett marihuánát használni. Meglátása szerint ez járult hozzá az „átmeneti állapot” kialakulásához. Egy évig használt marihuánát. Ekkor másodikos középiskolás volt (2006). Dénes gyakran baráti körben használt marihuánát. A barátai közül nem mindenki használt drogot. Dénes számára a csoportos szerhasználat jó emlék volt, a magányos nem. A baráti kapcsolat felbomlott konfliktus miatt. Ebben az időszakban készült fényképek arra emlékeztetik Dénest, hogy hiba volt a szerhasználat.

Végzős középiskolás volt, amikor ellopták a bicikliét. Ezután a stresszt okozó helyzet után jelentkezett Dénes mentális zavara. Hangokat hallott és dolgokat látott, amit a környezete nem észlelt. A hallucinációitól nem tudott aludni. A családja orvosi segítséget kért. Dénes öt alkalommal volt pszichiátriai osztályon mentális zavara miatt. Legutóbb két évvel ezelőtt volt kórházban.

Dénest nagybátyja arra bízta, hogy legyen hívő. Adventista gyülekezet tagja volt Dénes.

Úgy érezte, hogy a gyülekezetben nem szívesen látják a szkizofrénia problémája miatt. Kirekesztették az adventista gyülekezetből. Azóta interneten keresztül követi a gyülekezet életét. Dénes a korábbiakban sziklamászó volt a budai hegyekben, Rózsadombon. Most már nem csinálja, mióta ez az „átmeneti állapot” bekövetkezett nála.

Dénes a pomázi rehabilitációs intézetből érkezett az Ébredések Alapítványhoz. Az alapítványnál részt vett a közösségi pszichiátriai ellátás keretében családgondozáson. A családgondozás mellett bekapcsolódott a Hanghalló csoportba. Dénes a felépülésében fontosnak tarja a Hanghalló csoportot és a csoporton megismert sorstársaktól kapott segítséget, támogatást.

Jelen helyzet

Dénes vágya, hogy párkapcsolatra tegyen szert. Szeretne továbbra is túrázni. Jelenleg nem szed antipszichotikumot. Az interjú készítéskor relapszus állapotában volt.

Dalma

35 éves szkizofréniával diagnosztizált, mentális zavarából felépült nő.

Dalma kamasz korában kezdődtek a nehézségek. 17 éves volt, amikor először pszichológushoz került, akihez három évig járt. Dalmának nehézséget okozott, hogy otthonát elhagyja. Olyan állapotba került, hogy nem tudott kimenni a lakásból az utcára, iskolába, szórakozni. Dalma emlékei szerint volt, hogy hónapokig otthon ült. Évekbe telt, míg ez a probléma megszűnt. Ez nehéz időszak volt Dalma életében. Dalma nagy sikerként élte meg, hogy hosszú idő után újra el tudja hagyni az otthonát.

Huszoneves korában a kamaszkori nehézségen túl, azon kívül, hogy a lakásban volt szinte mindig, akkor még más tünete nem volt. 30 éves kora körül jelentkezett szkizofréniára utaló tünet. Testileg és lelkileg is rossz állapotba került. Ezen rossz állapot kialakulását egy párkapcsolati krízis előzte meg. Dalma hallucinációkat élt át. A tüneteit elfogadta (így például a hallucinációit), de a szkizofrénia diagnózissal nem tud azonosulni. A tünetek hetekig jelen voltak. Kórházba került. A felépülés hosszú ideig tartott. Több alkalommal volt állapotrosszabbodás, visszaesés. Az első kórházi kezelést követően két évre, majd 3 évre, majd előző év decemberében volt pár napig kórházban. Dalma meglátása szerint nagyobb figyelmet fordított önmagára és ez segített kijönni ezekből az állapotokból. Az első kórházi tartózkodás volt igazán nagy megrázkódtatás, trauma. A későbbi kórházba kerüléseket könnyebben élte meg. A családját is megviselte a mentális zavar jelentkezése Dalmánál.

Dalma a problémáira visszatekintve a kamaszkori nehézségeit az édesanyjával való kapcsolati nehézségeire vezeti vissza. Szimbiotikus kapcsolatban volt vele, amitől egyszerűen megfulladt. Ebben a túl szoros viszonyban már nem tudott létezni. Olyan erősen kötődött az édesanyjához hogy már úgy érezte magát, hogy csapdában van. Dalma környezetében élő emberek ideálisnak látták az édesanyjával való kapcsolatát. Dalma édesanyja a problémáit már igen korán Dalmával beszélte meg. Nehéz terheket kapott a mindennapokban. További nehézségeként a párkapcsolatát említette. Harminc éves korában egy párkapcsolatban élt, amiben úgy élte meg, hogy feladta magát. Nem tudta érvényesíteni az érdekeit, vágyait. A rossz kapcsolatot nem tudta megszakítani. A kórházba kerülés segített abban, hogy ki tudja mondani, fel tudja vállalni a szakítást a partnerével.

A kórházi kezelésnél azt érezte Dalma, hogy nem a valódi problémáival foglalkoznak, csak a tüneteivel. Traumaként élte meg a kórházi kezelést.

A kórházi kezeléseken mellett más rehabilitációs szolgáltatást is igénybe vett. Dalma járt mozgásterápiára, csoportterápiára, pszichológushoz. Közösségi pszichiátriai ellátás kapcsán élte meg, hogy figyelnek rá. Az érzéseit, gondolatait meg tudja osztani segítőkivel. Naplót kezdett el írni. Dalmának sokat segített a naplózás. Leírhatta gondolatit, érzéseit, problémáit.

Terápiának is használja a naplót. Újra olvassa a régi naplóit és átgondolja a dolgait. Évekig ki sem tudta mondani és leírni magát a pszichiátria szót, mert annyira negatív volt.

A mentális zavara miatt a munkaerőpiacon élt meg hátrányos megkülönböztetést.

Két alkalommal munkanélküli lett nagyvalószínűséggel a mentális zavar miatt. Az első kór-

házi kezelés után, munkanélküli lett, és a második után is. Irodai adminisztrációs munkája volt. Bántani nem bántották. Aggódtak érte, de nem tudtak mit kezdeni vele. A másik munkahelynél is leépítés volt, de ott nem is akartak mit kezdeni vele. Itt már nagyobb szerepe volt ebben, hogy Dalmának mentális zavara van. Az önbecsülését lerombolta. Úgy érezte, hogy más, és kevesebbet ér. Fontosnak tartja az emberek érzékenyítését, felvilágosítását a mentális zavarokkal kapcsolatban. Az előítélet Dalma meglátása szerint mindenkinek van, így neki is. Azt gondolja, hogy ha nyíltan lehet ezekről a lelki nehézségekről beszélni az segít az elfogadásban. Dalma korábban még a családtagjának is nehezen mesélt a mentális zavaráról. Jelenleg önkéntesként részt vesz középiskolai érzékenyítő programban, mint tapasztalati szakértő. Dalma felépüléséhez vezető úton fontosnak tarja a megértést. Megérteni, megismerni a helyzetet, amiben van. Továbbá fontosnak tartotta azt is, hogy nem akart betegszerepben élni, ez adott erőt neki a felépülés útján. Fontos volt még, hogy a környezete családtagok, barátok elfogadták és támogatták a felépüléshez vezető úton. Az önismereti munkát, az önsegítést is meghatározó fontosságúnak tarja a felépülés szempontjából.

Jelen helyzet:

Dalma jelenleg tünetmentes, csökkentett dózisban szed gyógyszert. Dolgozik. Családjával és barátaival jó kapcsolatban van. Örömteli céljai között a jelenlegi helyzet és lelki egyensúly megtartása jelenik meg.

Emma

Emma szkizofréniával diagnosztizált 46 éves felépült nő.

Emma a gyerekkorában felhőtlen boldogságban volt. Nővérelével és szüleivel élt együtt. A szülei közt 23 év korkülönbség van. Az édesanyja az állami számvivőszéknél gazdasági igazgató helyettes volt. Jómódú értelmiségi család volt Emma családja. Szülei fiú gyermeket vártak, amikor Emmával volt várandós az édesanyja. Amikor kicsi volt fiúsan is öltöztették. Húsz évig tartott, amikor sikerült elfogadni nőiességét. Véleménye szerint a szülei maximalisták voltak. Nővére és Emma is jól tanult. Bekerültek a gimnáziumba. Nővérenek nagyon jól ment a tanulás. Emma problémái ebben az időszakban kezdődtek. A nővére barátja, aki a későbbiekben a sógora lett, fojtogatta, bántalmazta, szexuálisan abuzálta, „terror” alatt tartotta. Emma ezeket a bántalmazásokat nem mert elmondani a szüleinek. Emma önértékelése megváltozott. Korábban diákszínjátárs körbe járt a bántalmazások után nem szeretett mások előtt szerepelni. Elhitte, hogy ő kövér, csúnya és nagy a feje. Elhitte mind azt, amivel a nővére barátja bántalmazta. Emma eljutott odáig, hogy nem evett és 16 évesen 36kg-ra lefogyott. Ekkor a szülők bevitték a kórházba. Az orvosok számon kérték a szülőket, hogy miért vártak eddig miért nem vitték be hamarabb.

Anorexiával kezelték, vitamin injekciókat kapott. Szülei folyamatosan etették. Emma aztán meghízott és súlya a nyolcvan kilót közelítette meg. 17-évesen egy évet kimaradt az iskolából. A kimaradt évet pótolta és sikeresen leérettségizett. A nővére barátjának bántalmazó szavait elhitte. Nővérét a barátja választásra kényszerítette. Vagy Emmát, vagy őt választja. A nővére a barátját választotta és így megszakadt Emmával a kapcsolata. Ez nagy veszteség volt Emmának, hisz a nővére volt az, akivel mindent megbeszélte. A történetek megviselték. Romlott a tanulmányi eredménye. Ebben az időben egy pszichológus foglalkozott vele. Kényszeres evők csoportjába járt. A csoporton megosztotta bánatát, hogy őt bántalmazták és a családja is szembefordult vele. A pszichiátere tanácsára elköltözött Budapestre továbbtanulás szándékával. Nővére sikeresen felvételizett az orvostudományi egyetemre, de rövid idő után barátja választás elé állította újból. Vagy ő, vagy a továbbtanulás. Nővére otthagya az egyetemet. Emma családjában szegény volt, ha valakinek nem volt diplomája.

Emma 19 évesen elkezdett dolgozni. Műszaki rajzoló és szerkesztő volt. Szabadnak és boldognak érezte magát. Rajzolni tanult. A főiskolai felvételi sajnos nem sikerült. Ebben az időszakban munkásszállón élt. A negyedik alkalommal sikerült a felvételi, de nem arra a szakra, amire ő szeretett volna járni. Emma úgy élte meg, hogy összeomlott a világ. Kiugrott egy kocsira elé, amikor megtudta, hogy nem vették fel arra a szakra, amit szeretett volna. Zárt osztályra került a Lipótra, majd a Merényi Gusztáv Kórház pszichiátriai osztályára.

A kórházban tartózkodásakor derült ki a számára, hogy felvételt nyert a főiskolára csak másikkal. Emma édesanyja azt tanácsolta, hogy Emma el se kezdje a tanulmányait, mert úgy se fogja bírni. Édesanyja véleménye megrázta Emmát. Szüleit nem érdekelte igazán, hogy mit csinál. Sem anyagi sem érzelmi támogatást nem kapott tőlük. Ezzel szemben a nővérét mindig támogatták. Neki magán tanárt, protekciót, kollégiumot, albérletet mindent elintézték, amikor tanult. Igazságtalannak érezte a helyzetet, nem értette, hogy ezt mivel érdemelte ki.

Egy kis elégtételt érzett, mikor a nővére eljött az egyetemről. Mikor egyetemre járt, el volt szállva magától, ő is kapott egy pofont az élettől, neki minden biztosítva volt, ő lazán kísért az egyetemről. Ez a mai napig nagyon fáj Emmának. Nővérének 3 gyereke lett, de nincs munkája, háztartást vezet.

Emma kórházi tartózkodása idején édesanyja Emma jegyzeteit, vázlatait megsemmisítette. Édesanyja véleménye szerint a rajzolásba „örült” bele Emma. Apukájától kapott még korábban egy festő állványt. Édesanyja kérdezte a kórházban, hogy elfűrészselheti-e az állványt. Emma igent mondott, de ekkor alig tudott magáról. Minden megsemmisült. Az addigi élete eltűnt.

Újra a nulláról kellett kezdeni mindent. Szkizofréniát diagnosztizáltak Emmánál. Édesanyja úgy reagált, hogy ő megmondta, hogy bolond Emma. Az orvosok megnyugtatták, hogy nem az ő nevelése miatt alakult ki ez a probléma. Ekkor kapott először gyógyszereket. Emma visszagondolva életének erre az időszakra neheztelően gondol az akkori orvosára. Emma úgy emlékszik vissza, hogy ebben az időszakban az volt a terápiájában a cél, hogy az álmodozó, művészi lelkét kiverjék belőle. Azt mondták Emmának, hogy rehabilitálják a társadalomba. 1993-ban leszázalékoltatta magát, hogy legyen egy kis pénze, mert szülei nem támogatták. Az orvos bizottsági véleményben az szerepelt, hogy csak igennel és nemmel tud válaszolni és gondnokság alá kell helyezni. Ez az önbizalmát teljesen megcsorbította. Azóta a mai napig is nehézséget jelent, ha mások előtt kell szerepelnie. Szociális foglalkoztatóba járt két évet értelmileg akadályozott emberekkel. Úgy érezte Emma, hogy a pszichiáterét nem érdekelte a személye, az élete csak a tüneteket kezelte. Emma elvégezte a képzőművészeti szakközépiskolát, így már két középiskolai végzettsége is lett. Férjhez ment egy roma férfihoz. A férfinak két diplomája is volt. Emma szülei azt mondták, hogy míg nincsen komoly kapcsolata addig nem adnak neki pénzt lakásra. Ahogy férjhez ment kapott egy kis lakást. Emma önálló életre vágyott. Közben elvégezte a gyógypedagógiai asszisztensi képzést. Óvodába sérült gyerekek közt dolgozott. Emma igazából még akkor nem akart férjhez menni, de gyerekeket akart. Ahogy megkapta a kis lakást egy hétre rá odaköltözött a férje. A férjével való házasságából született a lánya.

Emma nem tudja megbocsátani, hogy 14 évet „kihagyott az életéből”. Rehabilitálták ugyan, de pályát módosított és nem azt csinálta, amit valójában szeretett volna csinálni. Bántja, hogy ezek az évek kiestek, máshol tartana a szakmai karrierje, ha nem így alakult volna az élete. A szkizofrénia diagnózis miatt, nem mert felvételizni a képzőművészetre. Sok embert hibáztat ezért, többek között magát is.

2003-ban elment alkalmazott grafikusnak. Megtanulta a számítógépes grafikát, annál a cégnél ahol dolgozott. Emma kicsit már elégedettebb volt. Gazdasági főiskolára járt, de anyagi okok miatt abba kellett hagynia. Férje nem szerette volna támogatni Emma tanulmányait. Emma mellett a férje felemelkedett, őt pedig a férje elnyomta. A férje gátolta a fejlődését. Emma meglátása szerint a mentális zavarral élő embereknél nehézség lehet, hogy nem tudnak kiállni magukért, nem tudják megvédeni magukat. A férje szintén bántalmazta, ezért válnak jelenleg.

Emma azt gondolja, hogy életkora miatt nem vennék fel a képzőművészeti főiskolára. Szeretne tanulni, sikeres lenni. Élete álma az, hogy legyen diplomája.

2008-óta annyira megromlott a házassága, hogy most anyaotthonban él a lányával. A férjének rákos megbetegedése lett. Emma hét éven át ápolta a férjét. 2009-ben az édesanyja sztrókot kapott. A férje megbetegedésekor Emma otthagya a munkahelyét, hogy tudja ápolni a férjét.

Emma továbbra is rajzolt. Édesanyja azt mondta, hogy a rajz megbetegíti Emmát. Emma, amikor az édesanyja beteg lett, kicsit megkönnyebbült, hogy kikerült az irányítása alól.

Megismert egy művészt, ő lett a tanárja 2010-ben, aki felfigyelt rá és bízta.

Emmának ő új reményt adott az életében és visszatérítette az önmagába vetett hitében. Azóta boldog és megtalálta az élete értelmét. Addig senki sem állt mellette, nem inspirálta senki. Hülyének volt nyilvánítva és nem volt önbizalma a felsőfokú tanulmányokra. Ez nagyon fáj Emmának. Fáj, hogy mit vesztett az életéből. Lánya arra biztatja, hogy írja ki magából a fájdalmát. Emmának könnyebb elmondani, megosztani a fájdalmát. A családja nem támogatta a céljainak elérésében. A lánya az, aki most támogatja Emmát. A családjának szégyen volt, hogy őt szkizofréniával diagnosztizálták. Emma kiközösítettnek érezte magát. Édesanyja mindenkinek elmondta, hogy a lányának szkizofrénia problémája van. Emmának 22 éves korában volt először hanghallása. A mai napig vannak időnként hanghallása. Ezek a hangok szexuális és szerelmi töltetűek. Emma véleménye szerint a mentális zavarral élő emberek helyzetén sokat segítené, ha azokat az értékeket látnák meg az emberek, amiket ezek az emberek teremtenek. Emma 2003-ban volt utoljára kórházban. Csökkentet dózisban szedi a gyógyszereit. A felépülésében fontos szerepe volt annak a művésznek, aki tanára volt. Hitet és reményt adott neki. Emma fontosnak találja még a felépülés szempontjából, hogy legyen célja az embernek. Emma a felépüléséhez vezető úton közösségi pszichiátriai ellátást is igénybe vett. Ezen szolgáltatás keretében élte meg először, hogy a segítővel való közös munka első lépéseként megkérdezték tőle, hogy mi az ő örömteli, személyes célja. Emma fontosnak tarja, az örömteli célokat.

Jelen helyzet:

Emma tanul, alkot és neveli a lányát. Örömteli célja, hogy felnevelje a lányát, hogy alkothasson sokáig, hogy baráti kapcsolatokra tegyen szert, hogy új családot alapítson.

Imre

Imre 37 éves szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi.

Imre Budapesttől nem messze él szüleivel. Egy bátyja van, akivel jó a kapcsolata. Imre 4,5 éves korában elveszítette a hallását a jobb fülére. Nem tudni pontosan, hogy miért feltételezhető, hogy valami gyulladás volt a probléma hátterében. Ez a nehézség végigkísérte Imre életét. Ez a probléma nap, mint nap eszébe jut.

Imrének volt egy kutyája „Morzsi” 8 éves korában elpusztult. Ez volt az első ilyen veszteség az életében. Előtte nem halt meg sem rokona sem közeli hozzátartozója. „Morzsi” nagyon fontos volt Imrének.

A szorongás végig kísérte Imre gyerekkorát. Szülei mindent biztosítottak Imre és testvére számára. Számítógép, Lego, majd PC, ami nagy dolog volt a 80-as években. Hatalmas élmény volt Imrének, hogy ő ilyen dolgokat megkap a szüleitől. A szülei veszekedtek, elég sokszor. Amikor Imre szülei nem veszekedtek, nagyon-nagyon szeretetet adtak a gyerekeknek. 8-10 éves lehetett, amikor annyira rosszul volt, hogy azon gondolkozott, hogy mit csináljon magával, hogy ne érezze magát rosszul. Az egyik unokatestvér valahogy ott hagyott nálunk egy karton cigit. Imre 2-3 szálát elszívott belőle.

Tizennégy éves korában felkerült Pestre. Még előtte, ami nagyon-nagyon dolog volt Imre életében, hogy kijutott Münchenbe. Münchenben a nagybácsi dolgozott egy szállodában, mint pincér. Ez nagy élmény volt Imrének. Imre egy hónapot volt kint. Kint léte alatt dolgozott is. Felszolgált. Korábban is volt már a nagybácsinál. Akkor még a nagybácsi Magyarországon, Budán dolgozott a Kacsza étteremben. Ekkor Imre alig volt 10 éves. Imrének megtetszett a nagybácsi munkája és a vendéglátó pálya iránt elkezdett érdeklődni. Tizennégy évesen a közgazdasági politechnikumba, meg vendéglátóipari szakközép iskolába jelentkezett továbbtanulni. A politechnikumba nem vették fel, így lett a vendéglátóipari szakközépfiskola. Imre felkerült Pestre. Kollégiumban élt a Kálvin téren. Ez az időszak az életében nagyon meghatározó volt a mentális zavar kialakulásának a tekintetében. A kollégiumi élet nagy szabadságot adott Imrének. Ezekben az években Imre mindennapi életében jelen volt a szorongás. Tizenöt éves korában az egyik barátja a kollégiumból ösztönözte, hogy menjenek el sörözőbe. Imre elkezdett dohányozni, alkoholt inni. Jól érezte magát. Megszűntek a lelki fájdalmak. Imre tanulmányi eredményei romlottak. A legális szerhasználat mellett megjelent az illegális szerhasználat is Imre életében. Utólag Imre úgy gondolja, hogy ha nem kezdett volna el mindenféle szert használni, akkor képes lett volna továbbtanulni főiskolán vagy egyetemen. Érettségi után 2000-ben 22 évesen Imre kiment külföldre, hajóra dolgozni. A hajón minden este alkoholt ivott, ott marihuanát nem használt.

Imre felépülése során jött rá, hogy a személyiség fejlődésében nagyon visszafogta a különböző szerek használata. Felismerte, hogy régen, amikor valami baja volt, nem gondolkodott rajta, hanem rögtön megivott valamit, és azzal el volt intézve a probléma.

Imre több szezon dolgozott le a hajón. 2003 és 2004-ben kiment a hajóra és otthon hagyta a barátnőjét, ami nagyon megviselte. Rossz mentális állapotba került. Amikor haza jött Magyarországra úgy érezte, hogy nem tudja kontrolálni magát. Összeveszett a barátnőjével is és az

apjával is. Imre édesapja nem szerette ezt a lányt, a lány sem kedvelte Imre édesapját. A lánynak rossz híre volt a faluban, ahol Imre szülei élnek. Imre édesapja és Imre barátnője összeveszett. Imre, amikor otthon volt, akkor a szülei cukkolták a lány ellen, amikor meg a lánynál volt a lány cukkolta Imrét a szülei ellen. Nem tudta feldolgozni, hogy mi történt a családjában. Menekülés-képpen otthagya a lányt. Elmenekült abból a kapcsolatból.

2003 november, december körül már nagyon rossz állapotban volt. Összeesett. Imre úgy érezte, hogy fájnak a gondolatok, nem bírt gondolkodni. Akkor jöttek a hangok. 2004-ben aláírt egy szerződést és kiment megint a hajóra dolgozni. A főnökei látták, hogy baj van. Imre úgy emlékszik vissza erre az időszakra, hogy el volt varázsolva. Elvitték orvoshoz, aki hazaküldte. Augusztusban haza is jött. Nagyon igazságtalannak érezte ezt. Ez után csapás, csapáshátán érte Imrét. Amikor hazafelé tartott a külföldi munkahelyéről Franciaországban lekéste a csatlakozást. Kirabolták, ellopták az összes pénzét. A következő csapás volt Imre életében, amikor testvére egy üzletet szeretett volna lebonyolítani, ami lövöldözésbe torkollott. Az üzletkötésekor Imre testvérenek elvették a pénzét és rátámadtak.

Volt, amikor előzetesben volt Imre. A rendőrök berakták egy cellába éjfél-től másnap délig. Ez még az előtt volt, amikor mindenkivel összeveszett, a lánnyal és az édesapjával is. Imre felment a bátyjához. Elment vásárolni ennivalót a bátyja autójával. Megállították a rendőrök. Szoftverek voltak a kocsiban hátsó ülésén, amik Imre bátyjáé volt. Előzetesbe helyezték Imrét.

Későbbiekben, amikor Franciaországból hazaérkezett bekerült a Nyíró Gyula kórházba, aztán a Péterfy Sándor utcai kórház pszichiátriájára. 2004 decemberében került be és 2005-ben jött ki a kórházból. Bátyjától sok segítséget kapott, amikor a pszichiátriáról kikerült. A bátyja vállalkozásában kezdett el dolgozni. A lakhatását is a testvére biztosította. Menekülésképpen, bizonyítás képen a szülei felé keresett egy angliai munkahelyet. 2005 májusában kiment Angliába, ahol sikerült az állásinterjúja. Újra külföldön kezdett el dolgozni. Jól érezte magát Angliában az új munkahelyén. Az angliai utazás előtt rendszeres kapcsolata volt pszichiáterével. A gyógyszereit rendszeresen szedte. Aztán rosszul érezte magát a gyógyszerektől és abbahagyta a szedésüket. 2006 február végén rengeteget dolgozott, rossz állapotba került. Az egyik reggel felkelt és felhívta a főnökét a szállodába, és felmondott. Amikor hazajött Magyarországra Imre megkereste a bátyját. A bátyjánál már nem tudott maradni. Volt olyan, hogy 2-3 napig kóválygott az utcákon, vonatozott. Nem tudta, hogy mit csináljon. Jöttek egyfolytában a hangok. Hallucinációi voltak. Imre úgy érezte, mintha mindenki róla beszélne, miatta lennének jelenések a falon. Imrét a szülei megtalálták a bátyja boltja körül. Elvitték Ceglédre, a pszichiátriára. Ott volt egy hónapig zárt osztályon. Aztán 2-3 hónapig meg a pszichiátriai nyílt osztályon. Szülei ultimátumot adtak Imrének. Azt mondták, hogy ha Imre nem változtat az életformáján nem mehet haza hozzájuk. Imre rádöbbsent, hogy fontosabbak a szülei, mint a fű meg az alkohol. Ettől kezdve nem használt sem legális sem illegális szereket. 2011-ben újra elkezdett dohányozni, de ez csak két hónapig tartott.

2006-ban, amikor kijött a pszichiátriáról, otthon volt a szüleinél. Nem látta a jövőjét. Ciki-nek találta, hogy a szüleinél lakik. Nem volt jövőképe, összeecsaptak a hullámok a feje fölött. Nyáron öngyilkossági kísérlete volt, akkor került be a Péterfy Sándor utcai kórházba, a toxi-

kológiára. Egy hétig volt az intenzíven. Egy hét múlva tért magához. Imrét elakarták küldeni Ceglédre a pszichiátriára. Imre ezt nem szeretete volna. Bátyja beszélt Imre orvosával és átvitték az OPNI-ba. Egy hétig volt ott. Onnantól kezdve szedte rendszeresen a gyógyszereit. Oda járt egy darabig két hetente injekcióra. Aztán átkérte magát Ceglédre. Imre elkezdett újra dolgozni. Tolmácskodott, a bátyjánál is dolgozott. Ebben az időszakban nagyon meg volt hívva Imre, 160 kg volt. A pszichiáttere azt javasolta, hogy változtasson az életformáján. Imre hazaköltözött a szüleihez. 2009 szeptemberétől decemberig lefogyott 50 kg-t. Reggel 5-kor kelt, havat lapátolt, este hat után nem evett. Szobabiciklizett. 2009 decemberében öngyilkos lett az egyik legjobb barátja. Akkor megint kicsúszott a talaj a lába alól. Szüleivel összevesztett. Imre az interneten kezdett el keresni olyan helyett ahol foglalkoznak az emberrel, ahol humánusan bánnak az emberrel és segítenek. Egy ismerőse által bukkant az alapítványra. Felköltözött Pestre. 2010 márciusa körül Imre az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai szolgáltatási programjába bekapcsolódott. Családjával együtt elkezdtek járni családgondozásra. 2011 januárjában Imre kérte, hogy az őt segítő pszichiáter küldje be a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika osztályára. Imre visszaszokott a dohányzásra és leakart szokni és abban bízott, hogy a kórházi osztályon könnyebben megy a leszokás.

Imre 2 hétig volt az osztályon. Amikor haza ment akkor szokott le teljesen a dohányzásról. Az alkoholt meg a füvet nem volt nehéz elhagynia, de a cigit nehezebb volt. 2012-ben megalkult a Hanghalló csoport. Imre megismerkedett a csoportvezetővel, aki mint kísérő szakértő vezeti jelenleg is a csoportot.

A csoport mozgalmassá tette Imre életét. Nehéz volt eleinte tenni, meg cselekedni, meg emberek közé járni. Nehéz volt a kezdet. Imre úgy érezte, hogy ez később fontos lesz a számára. Élvezete a csoporton való létet. Imre, ahogy elkezdte használni a Hanghalló módszert, rájött, hogy már kamasz korában így viszonyult magához, így bánt a hangokkal. Ilyen módon próbálta megoldani a nehézségeit.

Kamaszkorában úgy bánt a hangokkal, amikor azok kritizálták, meg becsmérelték, mint ahogy azokkal a Hanghalló módszerek. A Hanghalló módszer használata természetes volt Imre számára. Imre aktív tagja lett a csoportnak. Konferenciáikon előadásokat tartottak társaikkal a hangokról, az élményeiről, meg a felépülésükről. Imre, mint tapasztalati szakértő csoportvezetővé vált a Hanghalló csoportban. Csoportvezető társaival nem csak az Ébredések Alapítványnál vezetnek csoportot. Az ország több településén is segítik a hasonló nehézségekkel élő társaikat hasonló Hanghalló csoport beindításában a tapasztalataik és a Hanghalló módszer átadásával. Imre nemzetközi konferenciákon vesz részt, ahol népszerűsíti a Hanghalló módszert.

Imre mentális zavarának a tünetei voltak: hallucináció; úgy érezte, hogy mindenki róla beszél; összefüggésbe hozta a járókelők beszédeit az gondolataival, akkor is hangokat halott, amikor nem volt ott senki. Volt olyan hallucinációja, mintha rajzfilmet látott a falon. Imre látta a Mátrix című filmet. Ha valaki lógva hagyta a fülkében a telefonkagylót, egyből oda ment, mert úgy gondolta, hogy ott valami titkos dolog történik.

A gyógyszeres terápia mellett az alapítvány szolgáltatásai közül asszertív tréningen, családgondozásban, Hanghalló csoporton vett részt. Utoljára 2011-ben volt kórházi ellátásban.

Imre meglátása szerint a felépülésében mérföldkő volt a káros szenvedély megszűnése; az, hogy az alapítványhoz került („Olyan helyre ahol foglalkoznak az emberrel”); és a gyógyszer-váltás. A felépülését segítette az, hogy a közösségi pszichiátriai gondozás keretében a pszichoe-dukáció során megtudta, hogy mit jelent az „összefüggésbe hozás” ami Imre egyik tünete. A problémák feltárása, információszerzés a problémáról további előrelépés volt.

A Hanghalló csoport, a realitás érzék, maga a hanghalló módszer, kiállni magáért a hangok-
kal szemben ennek az elsajátítása sokat segített Imrének a felépülésben.

Jelen helyzet:

Imre jelenleg csökkentett dózisban szedi a mentális zavarára ható gyógyszereit. Tünetei megszűntek. Szüleivel él. Célja, hogy önállóan lakjon és párkapcsolatra tegyen szert. Baráti kapcsolatot ápol a Hanghalló csoportból néhány társával. Tapasztalati szakértőként részt vesz a Hanghalló csoport vezetésében, az alapítvány antistigma programjában, középiskolai érzékenyítő tréningeken. Nemzetközi konferenciákon képviseli társait és az alapítványt.

Jenő

Jenő 32 éves paranoid szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi.

Jenő nagycsaládban nőtt fel egy Budapest közeli településen. Jenőnek három testvére van, két fiú és egy lány Jenő a második legidősebb gyerek. Édesapja villamos mérnök, édesanyja háztartásbeli. Édesanyjának középfokú gazdasági végzettsége van. Solymáron éltek 2013-ig, majd Pilisvörösvárra költöztek. Pilisvörösvárra a feleségével és kisfiával költözött.

Jenő és családja nagyszülőkkel éltek, családi házban nőttek fel. Három évet járt solymáron általános iskolában, aztán a Klebersbergibe került. Esztergomba járt a Ferences gimnáziumba. Jenő a gimnáziumi évek alatt kollégista volt. A középiskolai tanulmányait befejezve a Széchenyi István egyetemen a gépészmérnöki asszisztensi szakára járt nappali tagozaton. Ez egy felsőfokú szakképzés nyújtó képzés volt. Jenő 2004-től elkezdett dolgozni, és közben elvégezte a Pázmányon a szociálpedagógiai képzést. A műszaki tanulmányit 2010-től újra elkezdte. Jenő jelenleg a gépészmérnököt végzi az Óbudai egyetemen. Humán és reál terület egyaránt fontos Jenő számára. Rendszeresen látogatta a SOTE mentálhigiénés képzés előadásait. Mindig is érdekelték ezek a dolgok. Jenő édesapja sok könyvet adott Jenőnek, ami a lélekkel, a mentális egészséggel kapcsolatos. Jenőnek széles az érdeklődési területe.

Tíz évig dolgozott a magyar Suzukiban 2004-2014-ig, két műszakban az első négy évben, így volt módja tanulmányait folytatni. 2009-től mérnöki pozícióban dolgozott a Suzukiban. Sok tapasztalatot szerzett az autóiparban. Külföldi utak voltak, tárgyalások ahol Jenő képviselte a céget. 2014-ben jött el a cégtől. Jelenleg Székesfehérváron dolgozik egy másik cégnél minőség biztosításban. Jenő 20 éves korától 30 éves koráig volt a Suzukinál, az élete egyharmadát töltötte el itt.

Feleségével óvodás koruk óta ismerik egymást. A zene, ami összehozta a feleségével. Jenő zeneiskolába járt és édesapjához hasonlóan orgonált. Felesége hegedű tanár, orgonistát keresett. Jenőt kérte fel, hogy zenéljenek együtt. Így kerültek ismét kapcsolatba. Kapcsolatuk 2008-ban kezdődött és 2010-ben összeházasodtak. Ez egy fordulópont volt Jenő életében. A gondtalan mindennapokat felváltotta a felelőséggel járó családfenntartó szerep. Ezt a szerepet tovább erősítette, hogy 2013-ban megszületet Jenő gyereke, egy kisfiú. Jenő és családja a kezdetekben a szülőknél laktak. Külön házrészben éltek, de egy telken a szülőkkel. Jenő mentális zavarának a fellángolása a kisfia születése után jelentkezett. Jenő „világgá ment”, mert nem tudta feldolgozni a gyereke születése kapcsán átélt eseményeket, komplikációkat. Jenő Ausztriába menekült a gondok elől. Harminchat óra elteltével hazajött és kérte a pszichiátriai kezelését. Ez 2013-ban volt Jenő környezetének visszajelzései szerint paranoid gondolatok jelentek meg Jenőnél. Jenő úgy gondolja, hogy a mentális állapotában bekövetkezett változás egy folyamat eredménye képen jött létre. E folyamatban több dolog is meghatározó volt. A gyermeke születése körül voltak nehézségek. Ez trauma volt a felesége és az ő számára is. Több mint egy napot volt a szülőszobán a felesége. Vért kellett adni a feleségének, nem volt sikeres gerincéztelenítés. Ezekkel együtt élni, hogy túléli e a felesége, ez a 3-4-5 nap az nagyon nehéz volt Jenő számára.

Problémák voltak a kisfiú szoptatásával is. Nehezen indult be a tejtermelődés. Jenő nehezen élte meg, hogy ebben ő nem tudott segíteni. Ezt a helyzetet a felesége és ő is nehezen tudta

kezelni. Jenő a felesége indulatosságát indulatossággal kezelte. Ez a mai napig nehéz helyzet. Jenő gyerekkorában szüleinél voltak viták, hangos viták, amik hamar lezajlottak. Jenő úgy látja, hogy az indulatok kontrolálásának nehézségét otthonról hozta. Ezt tanulta a családjától. Jenő fontosnak tartja, hogy ezen változtasson. Jenő meglátása szerint a felesége és ő is rossz mintát kapott a szülőktől, amikről meglátása szerint nem tehetnek. Fontosnak tartja a változtatást, az asszertív kommunikáció használatát. Jenő szerint ez egy lassú folyamat. Mind a kettőjüknek felül kell tudni kerekedni az indulatokon.

Jenő és felesége egy ideig a szülőknél laktak. Ugyan külön házban, de egy telken éltek a szülőkkel. Ez megterhelő volt a felesége számára. Jenőhöz bárikor benyithattak a testvérek, Jenő édesanyja. Ez feszülté tette Jenő feleségét. Ezt a problémát azóta megoldották azzal, hogy elköltöztek egy másik településre. Nehézség volt mind Jenőnek mind a feleségének a szülővé válás. Mit is kezdjenek egy síró kisbabával. A kisbaba érkezésének az ideje alatt zajlott Jenő házfelújítása. Az alvatlanság, a házfelújítás mind stressz volt. A kisfiúk betegséggel született. Ezzel való megbirkózás további terhet jelentett. Jenőt feszülté tette, hogy a felesége és felesége családja pesszimiztán látta a helyzetet. Jenő bizakodóan akart tekinteni a kisfia problémájára. A felesége és családja szerint Jenő nem tudta feldolgozni, hogy beteg a gyereke. Jenő viszont úgy látta, hogy a felesége az, aki nem tudja a helyzetet elfogadni. Jenő húga autista. Jenő úgy nőtt fel, hogy látta, hogy mit jelent, ha egy élethosszig tartó betegség, nehézség van egy családban. Ő várta, hogy a pontos diagnózis felállításával egyértelművé válik a gyermeke betegsége. Jenő bizakodni szeretett volna, amiben a felesége és családja visszahúzta.

Jenőt elszomorította a szüleitől és ismerőseitől kapott a felesége viselkedésére vonatkozó rosszalló visszajelzések. A visszajelzésekben az jelent meg, hogy Jenő felesége indulatosan bánik a gyerekükkel. Ebből konfliktusok voltak Jenő és felesége között. Az unoka kapcsán a nagymamák rivalizálása további teher volt. Ezeket a nehézségeket Jenő és felesége azóta megtanulta kezelni. Annyira engedik a nagyszülőket befolyni a családi életükbe, ami még nem terhes egyikőjük számára sem. A mentális problémája kapcsán Jenő úgy látja, hogy a felesége családja stigmatizálja.

Jenő nem tudta kezelni azt a kettőséget, amit a felesége viselkedésében látott. Amikor otthon voltak azt látta, hogy a felesége indulatos a kisfiúkkal. Amikor a védőnőhöz mentek akkor pedig úgy bánt a gyerekkel, mint a hímes tojással. Ezt nem érezte hitelesnek Jenő. Ez nagyon fájó volt Jenő számára. Jenőben megfogalmazódott az a kérdés, hogy melyik az én feleségem? Az, aki otthon volt és türelmetlen, vagy a védőnőnél akit megjelenít. Ez a nehézség is megoldódni látszik, a megoldáson dolgoznak a feleségével. Jenő időnként paranoid gondolatokkal küzd. Ami nehezítheti ezt a folyamatot.

Feleségével való kapcsolatban nehézségként látja az önsorsrontó gondolkodásmódot. Ez indulatokat vált ki belőle. Jenő és felesége is törekszik a változásra. Fontosnak tartják a kapcsolatukat és a problémák asszertív kezelését. Jenő próbál többet segíteni a háztartási munkákban és a házkörüli teendőkbén. Belátással van, hogy a segítsége csökkenti felesége terheltségét. Jenő és felesége is próbálják a pozitív dolgokat jobban meglátni. A pozitív események kapcsán az érzéseiket kifejezni. Dicsérni, megerősíteni egymást ezt fontosnak tartja Jenő. Fontosnak tartja továbbá az önismeretet és a türelmet.

2013 augusztusában a kórházi bent tartózkodás alatt csak gyógyszeres terápiában részesült. Ő kereste meg az intézet pszichológusát. Egy pár alkalom után a kapcsolatuk megszakadt. Aztán megtalálta az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Centrumát. A közösségi pszichiátriai ellátás keretében a feleségével közösen részesült családgondozásban. Későbbiekben egyszer, tavaly volt állapotrosszabbodása munkahelyi stressz miatt. A kollégái bántották. Jenő nehezen tudja kezelni ezeket a helyzeteket. Azóta munkahelyet váltott.

Jenő a felépülésében fontos szerepet tulajdonít annak az értékrendnek, amit a családjától kapott. Azt hogy mindenre van megoldás, nem szabad kétségbe esni. Nem szabad egész éltre vonatkozó következtetéseket levonni. Továbbá fontosnak tarja az asszertív kommunikáció elsajátítását, alkalmazását. Fontos volt a segítő személye is.

Jelen helyzet:

Jenő csökkentett dózisban szedi a gyógyszereit. Dolgozik. Családi kapcsolatai rendeződtek. Az önismeretének fejlesztése fontos cél. Úgy látja, hogy a mentális zavara sokat segített abban, hogy a feleségével való kapcsolata jobb legyen. Úgy látja, hogy kapcsolatuk, önismeretük nem tartana itt, ha nem lett volna a mentális probléma.

Vágya, hogy kézműves asztalosműhelyt nyisson családi vállalkozásként. Örömet jelent számára a fával való munka.

Jakab

Jakab 50 éves szkizoafektív pszichózissal diagnosztizált magát felépültnek tekintő férfi.

Jakab úgy tekint vissza az életére, hogy nem azt az életet élte, amit gyerekkorában elgondolt, ami álmaiban szerepelt. Jakab úgy látja, hogy ezt nagymértékben meghatározta a család ahol felnőtt, a szocializáció, amiben részesült. Gyerekként nagyon szerette olvasni a „hősies könyveket” pl. az Egri csillagokat. Azokkal a hősökkel azonosult és hasonló életről álmodozott. Az alkohol problémával élő édesapa, szorongós édesanya a szegénység, amiben éltek ezt nem tették lehetővé. Imre jó tanuló volt. Jakab meglátása szerint a tanuláshoz volt „esze” és nem a szorgalma miatt volt jó eredménye. A szorgalom hiánya mellett a kitartás hiányát is megélte. A kitartó karakter kialakulásában akadályozta a család. Sokszor elvették a kedvét mindentől. Igazából semmiben sem tudott elmélyülni, mert előbb vagy utóbb a családja elvette a kedvét. Úgy látja Jakab, hogy jelenlegi élete mindenképpen abból a családból eredeztethető ahol felnőtt. Így az alkoholizmus, a szorongós, neurotikus, gátlásos, „piásan” agresszív személyiség kialakulásában a családjának tulajdonít nagy szerepet. Tizenhat éves korában mellette fulladt bele a folyóvízbe a barátja, ami megviselte.

Tanulmányait tekintve szakmunkás végzettség megszerzése után részt vett egy katonai továbbképzési programban, ahonnan tovább tanulhatott volna katonai főiskolán. Sajnos ebben a fiatal korban jelentkező alkoholizmus megakadályozta. Jakab számára ez egy fordulópont volt az életében. „kisiklott” az élete. Amiről Jakab úgy gondolkozik, hogy tulajdonképpen soha sem volt sínen az élete rá se került a sínre. Huszonhárom évesen elment dolgozni eredeti szakmájába. Négy éven át munkásszállón lakott. Ebben az időszakban nagyon sokat olvasott és hétvégenként pedig hazajárt a családjához. Az alkohol problémája periodikusan volt jelen az életében. Három napig ivott, két hétig tartott, míg ezt kiheverte és akkor megint berúgott. Ez töltötte ki a minden napokat. Munka, könyvek és „vissza a gyökerekhez”. A szkizofrénia ebből a helyzetből billentette ki. Huszonhat éves volt ekkor Jakab. Parafenomén dolgokat észlelt a munkahelyén. Szülei elhatárolódtak tőle. Kitaszított lett a családjából. Az alkohol probléma nem tette annyira kitaszítottá, mint az szkizofrénia. Jakab nem hibáztatja a családját. Úgy gondol erre, hogy a szülei azt adták, amit kaptak ők is. Nem tudták átlépni az árnyékukat. Haragot érez az édesapja iránt. Jakab belátja, hogy nem tehetett mást az édesapja. Érzelmileg viszont nem tudja ezt elfogadni. A szkizofrénia izgalmassá, változatossá tette az életét. Ezek az izgalmak inkább negatívak voltak, de volt pozitívak is. Megalomán, misztikus törekvések következtek. Jakab különlegesnek tartotta magát. Volt, hogy ufónak, gömbvillámnak, későbbiekben Jézus Krisztusnak képzelte magát. Egy kocsmában levetkőzött meztelenre minek a zárt osztályos kezelés lett a következménye. Az első epizód után a kórházból kikerülvén a szülei segítségével sikerült elhelyezkedni dolgozni. Napi 12 órát is dolgozott. Ezt nem sokáig bírta. Másfél hónap után az alkohol probléma újra előjött. Jakab visszakerült Pestre ahol sikerült munkába állni, szállót találni. Aztán jött a második állapotrosszabbodás májusban, szeptemberben majd a következő év májusában. A második pszichotikus epizód után már nem tudott munkába állni. Ezután Imre kezdeményezte, hogy helyezték el Budapeستől nem messze lévő pszichiátriai betegek otthonába.

Hosszú éveknél kellett eltelnie és jónéhány epizódnak és még néhány epizód nélküli évnél, ahhoz, hogy Jakab felismerte, hogy probléma van. Sokáig emberfeletti érezte magát, nem akart beszűkülni az átlag közé. Az alkohol probléma kezelésében a munkahelyén az egyik csoportvezetőtől kért segítséget. Néhány év eltelté után belátta, hogy segítségre van szüksége.

Nem jó helyen kereste a segítséget. A hagyományos elvonó kúra, a vallásos csoportok nem segítettek. Végül az Anonim Alkoholisták önszorgató csoportja vált hatékony segítséggé Jakab életében. Jakab abbahagyta az ivást. Abban bízott, hogy ez lesz az alapja az esetleges pszichés állapot javulásának. Több mint három év eltelt alkoholmentes, amikor szedte a mentális zavarára kapott gyógyszereket mire megértette mit jelent a mentális betegsége. Azt, hogy nem bízhat meg a gondolataiban, az ítéleteiben, szinte semmiben, amit gondol, lát, hall vagy érez. Nagyon megviselte ez a felismerés Jakabot. Ez egy fontos fordulópontra volt. Abbahagyta az ezoterikus könyveket, a Biblia olvasását, mindazon irodalmak olvasását, amik hozzásegítették a pszichózis kialakulásában. Nem az olvasástól, nem a Hit Gyűlekezettől vált pszichotikussá, de Jakab tapasztalata az, hogy ez lehetőséget ad arra, hogy találkozzon valamivel, ami fokozza a mentális zavarának tüneteit. Ezekről a dolgokról radikálisan elzárkózott. A gyógyulásánál fontosnak tartja Jakab azt, hogy nem köt ki egy iskolánál, ami nem jön be.

Jakab a mentális problémája mellett 8-10 évig küzdött a hajléktalansággal is. 2003-ban sikerült albérletbe költöznie. Utcán körülbelül egy fél évet élt. Hajléktalanságának nagy részét fedél alatt élte meg. Volt, hogy az Anonim Alkoholisták csoportszobájában lakott.

A mentális zavara kapcsán került kapcsolatba a Szigony Alapítvánnyal és az Ébredések Alapítvánnyal. Itt bekapcsolódott egy a két alapítvány közös programjába, amely mentális zavarral élő emberek nyílt- munkaerőpiaci elhelyezését segítette elő. Imre sikeresen elhelyezkedett dolgozni. A munkaerőpiaci szolgáltatás mellett a Szigony Alapítvány által működtetett Harmónia klubba is bejárt. A munkavállalásra jelentkező sorstársainak önszorgató csoportot vezetett. A későbbiekben számítógépes tanfolyamokat tartott a klubtagok számára.

Eljárt nyaralni a klubtársakkal. Jakab nagyon hasznosnak tartja a klub szolgáltatásait.

Adódott egy lehetőség, hogy barátilag és egy kis saját pénzzel a Duna mellett nem messze egy telket vegyen. Ezen a telken nem volt semmi. Imre elkezdte felépíteni az otthonát saját kezével, önerőből. Szerető, támogató közösségre talált az új szomszédságban. A felépülés Jakab számára azt jelenti, hogy kihozza az életéből a maximumot, ami nem törvényellenes olyan életet él, ami színes és jól érzi benne magát. Tünettelen vagy tünet nélkül történik az lényegtelen Jakab számára. A lényeg az, hogy jól érezze magát. Ami a felépülését elősegítette az a pszichiátriai, a szociális segítő szolgáltatások és a saját törekvései, vágyai, akarata a jobb életre.

Jelen helyzet:

Jakab 2002-től nem szed semmilyen gyógyszert. 2004-ben egy élettársi kapcsolat végén kapott kis adagban szorongásoldót mert jelentkeztek a figyelmeztető jelek. Legutóbb 2011-ben volt állapotrosszabbodása, akkor a pszichiáterét helyettesítő orvostól kapott antipszichotikumot kisadagban. Az állapotrosszabbodás kapcsán nem került kórházba. Jelenleg gyógyszermentesen él. Jakab rokkantsági ellátásban részesül és emellett a szomszédságban lévő üdülők telkeit tartja rendben. Párkapcsolatban él.

Kristóf

Kristóf 35 éves bipoláris zavarral diagnosztizált felépült férfi

Kristóf háromgyermekes családban nevelkedett fel. Édesapja híres mentős orvos volt nyugdíjazásáig. Kristóf véleménye szerint öntelt, „piázós” az édesapja. Édesanyja a gyerekek nevelésével foglalkozott. Sokáig titok volt a családban, hogy Kristóf nagybácsijának mentális zavara volt, ami miatt többször is volt pszichiátrián.

Kristóf középiskolás korában kezdődtek a nehézségek. 1998-ban lett volna az érettségije. A gimnáziumban ahová Kristóf járt a diákok körében elterjedt volt a marihuana használata. A baráti körben egyre többen kezdtek el marihuanát szívni. Kristóf csatlakozott a barátokhoz és ő is elkezdett füvet szívni. Kristóf meglátása szerint a nagybácsi mentális zavarát örökölte és a marihuana fogyasztás kiprovokálta nála a mentális zavarának tünetét. Szorongások gyötörték Kristófot. Szintetikus drogokat, kokaint is kipróbált. Ezek használata rossz élményt okozott, így többet nem élt ezekkel a szerekkel. Kristóf sokat hiányzott az iskolából, több tantárgyból is megbukott. Évet kellett ismételnie, így 1998-ban nem tudott leérettségizni. Kristóf osztályfőnöke jóindulatú volt vele és segített neki, hogy megtudja ismételni a gimnázium negyedik osztályát. Kristófnak nagymértékben felerősödtek a szorongásai, furcsa érzései így nehezebbé vált a teljesítés. További nehézség volt, hogy új osztályközösségbe kellett beilleszkedni. Nehezen sikerült leérettségizni. Kristóf szeretett volna tovább tanulni, de a felvételi vizsgája viszont nem sikerült. 2000-ben nem csinált semmit, Kristóf szavaival élve tengett- lengett.

Nagyon rosszul érezte magát ezért felkeresett egy drogambulanciát, hogy segítséget kérjen. Kristófot segítő pszichiáter antidepresszánt írt fel, amitől visszatért az életkedve és úgy érezte magát, mint 16 éves korában. Édesanya segítségével elhelyezkedett dolgozni egy multinacionális cégnél, egy üzletkötő mellett. Azon a nyáron felvették Kristófot a Pécsi Tudományi Egyetemre a jogi asszisztensi képzésre. A drogambulancián dolgozó Kristófot segítő pszichiáter etikátlanul viselkedett Kristóffal. A pszichiáter zaklatta Kristófot. Ölelgette, simogatta egy alkalommal megakarta csókolni. A pszichiáter bevallotta, hogy ő homoszexszuális és alkohol problémával küzd. Kristóf nem tudott mit kezdeni a helyzettel. Kristóf meglátása szerint azoktól a gyógyszerektől, amit szedett a felszínre tört minden belső problémája. Kiventilálta magából a sok frusztráltságot, amik a 3-4 év alatt felgyűltek benne. Ez volt az oka, hogy annyira megbízott a pszichiáterében utólag már így látja. A legbensőbb dolgaiba beavatta a pszichiáterét. Ma már nem tenné ezt. A családja nem tudott mit kezdeni ezzel a helyzettel. Kristóf meglátása szerint, ha a családja nem kezelte volna titokként, hogy a nagybácsinak bipoláris zavara van akkor sok mindent másképp lehetett volna csinálni. A családi problémák hatását is fontosnak tartja a mentális zavarának a kialakulásában. Édesapja nap mint nap ivott. Kristóf és testvérei nevelésében nem vett részt. Édesanyja több alkalommal is megpróbált elválni, de nem volt elég erős és nem lett semmi a válásból. Kristóf véleménye szerint akkor még lett volna értelme a válásnak, de ma már nincs.

Kristóf a pécsi egyetemen elkezdte a jogi tanulmányait. Az első félévet bulizással töltötte el. Mindenből megbukott. Félévet kellett ismételnie. A mentális állapota romlott. 2001-ben ugyanazt az állapotot élte meg, mint amikor gimnazista volt. Akikkel együtt kezdte az egyetemet si-

keresen tovább haladtak. Az új csoporttagok idegenek voltak. Szorongásos, depressziós tünetek jelentkeztek. Nehézséget jelentett felkelnie. Kristófot édesanyja elvitte az otthonuk közelében lévő pszichiátriai intézménybe. Egy fiatal pszichiáter nő új hangulatjavító gyógyszert állított be Kristófnál. A gyógyszeres kezelés mellett családterápiában részesült. A hangulata újra jó lett. Sajnos újból nem sikerült a félévi vizsgálata és megszűnt a hallgatói jogviszonya. Kristóf nem csinált semmit. Sokat hízott, ami rontotta a közérzetét. Egy nap dührohama lett és összetört mindent a konyhában. A nővére kiabált vele és azzal fenyegette, hogy elvitetik a pszichiátriára. Ugyan a korábbiakban a családban beszéltek arról, hogy ilyen esetben a megnyugtatás segít Kristófnak. Nővére az ordibálásával tovább fokozta a feszültséget. Végül kihívták a mentőt. Kristóf megszökött otthonról.

Két alkalommal fordult elő, hogy mentővel vitték el az otthonából. Az egyik ilyen eset 2002-ben történt. A család leültette Kristófot, hogy vacsorázzon. Nem sokára megjelentek a mentősök, akik megvárták a vacsora végét és bevitték Kristófot pszichiátriai osztályra.

Kristóf véleménye szerint nem viselkedtek korrektül vele. Az orvosa nem beszélgetett vele, csak a gyógyszereit állította be neki. Kristóf emlékei szerint ordibáltak a hozzátartozókkal, fenyegetőztek több alkalommal is, hogy kényszergyógykezelést rendelnek el, ha nem marad önként. Ebben az időszakban Kristóf mentális zavaráról a szakemberek azt gondolták, hogy szkizofrénia. A gyógyszeres kezelés átmenetileg javított a mentális állapotán viszont hízni kezdett, ami a későbbiekben rontott a közérzetén. Kristóf nem látta a pszichiátriai kezelésének az értelmét. Újabb állapot rosszabbodás ált be. Kristófnak további teher volt a családi nyomás, hogy maradjon a pszichiátrián és folytassa a terápiáját. Egy év alatt háromszor volt bent kórházban. Kristóf meglátása szerint ebben az időszakban nem volt jó az érdekérvényesítő képessége. A rehabilitációt, amiben részesült nem tartotta megfelelőnek. Kristóf meglátása szerint a gyógyszeres terápia volt a fókuszban. Úgy érezte, hogy a terápia kellemetlen mellékhatásaként jelentkező súlygyarapodás neki jelentett csak problémát. Szenvedéssel teli voltak a kórházi tartózkodásai. Úgy érezte, hogy ők vannak az orvosokért és nem az orvosok vannak a pszichiátrián fekvő emberekért.

2003 nyarán elkezdett dolgozni, újságkihordóként. Kristóf zenekedvelő, rocker barátaival továbbra is tartotta a kapcsolatot. Koncertekre, bulikra jártak. A barátoknak nem okozott problémát, hogy Kristófnak mentális zavara van. Kristófnak ez sokat jelentett. Fontos volt, hogy nem a mentális zavara alapján ítélték meg. Fájó viszont, hogy a gyerekkori lány barátok elmaradtak. Kristóf legnagyobb veszteségként azt élte meg, hogy nem haladt az élete, nincsen munkája, nem tanul, nincsen barátnője, hobbija, vágya. Nyolc éven át ide-oda vetődött. Nem történt előrelépés az életében. Önbizalom elvesztése mellett az élte meg Kristóf, hogy a szociális készségei is romlottak.

2007 sorsforduló pont volt Kristóf életében. Bezárták az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet és kapcsolatba került a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Központ munkatársaival. A közösségi ellátás keretében segítséget nyújtó pszichiáter új diagnózist állított fel. Bipoláris zavar. Kristóf új gyógyszereket kapott. Elkezdett sportolni, sikeresen lefogyott.

2009-ben felkereste a kerületi családsegítőt, mert munkát szeretett volna találni. A családsegítőben azt javasolták, hogy keresse fel a Motiváció Alapítványt. A szervezet megváltozott munkaképességű személyeknek nyújt szolgáltatást. Ebben az időszakban több minden is nehézséget okozott. Nehézséget jelentett Kristófnak, hogy telefonáljon, kimozduljon otthonról, a mindennapos ügyek intézése. A szorongás további nehézséget jelentett. Háromszoros túljelentkezés mellett sikeresen felvételt nyert egy uniós forrásból finanszírozott képzési programba. Ez sikerélményt adott Kristófnak. A képzést sikeresen elvégezte. A program része volt, hogy a képzés után munkához juttatják a programban résztvevőket. Kristóf meglátása szerint a munkaerőpiac, a munkáltatók nem nyitottak a hozzá hasonló megváltozott munkaképességű emberek irányába. Nagy az előítélet. Akinek nincs a környezetében valamilyen fogyatékossgal élő ember nem tudja, hogy hogyan közelítse meg az adott személyt. Kristóf sikeresen elhelyezkedett egy céghez. Nagy reménnyel kezdett el dolgozni. Abban reménykedett, hogy nem csak pénzt tud majd keresni, hanem barátokra is szert tud tenni. Külön szobát kaptak ahol dolgoztak. Eleinte jól érezte magát, aztán a többiek kiközösítő magatartása megkeserítette a mindennapokat.

Pozitív dolog volt, hogy a munkahelyi főnöke inspirálta, hogy folytassa a tanulmányait. Kristófnak ez erőt adott, hogy újra elkezdje tanulmányait. Pécsre ment újra továbbtanulni.

2012-ben elvállalt egy másodállást, egy 4 órás munkát. Az új munkahelyén reklamációs ügyintézőnek vették fel. Itt nem érezte, hogy kiközösítenék vagy, hogy nem fogadnák el, mert ő megváltozott munkaképességű. Sokat beszélgetett a kollégákkal. Bizalmat érzett a kollégák részéről. A másik munkahelyén ezt nem élte meg.

Ugyan reklamációs ügyintézői munkaköre volt, de a vezetője átrakta az egyik cipőboltba eladónak. Kristóf itt jól érezte magát. Élvezte, hogy hölgy kollégáival jókat beszélgethet. Későbbiekben számlaellenőrként dolgozott a cégnél. Ezt a céget ott hagyta. A tanulmányaival jól haladt. Nem sokára sikeresen elhelyezkedett egy gyógyszereket forgalomba hozó céghez, ahol megváltozott munkaképességű személyt kerestek. Egy ismerős támogatásával sikeresen elhelyezkedett a cégnél. Távmunkában továbbra is dolgozott annál a cégnél, ahová még a Motiváció Alapítvány munkatársai közvetítették. Sikeresen befejezte jogi tanulmányait. Kristóf eljött a gyógyszereket forgalomba hozó cégtől. A felszabadult idejében a nyelvvizsgájára készült, hogy megkaphassa a diplomáját. Sikeresen teljesítette a nyelvvizsga követelményeket.

Kristóf a kórházi kezelés mellett, közösségi pszichiátriai ellátást és munkarehabilitációs szolgáltatást vett igénybe. Kristóf meglátása szerint az ő felépülésében kulcsszerepe volt a munkarehabilitációnak és azon személyeknek, akik hittek benne és inspirálták az előrelépésben. A sportnak is pozitív hozama van Kristóf meglátása szerint. Kristóf számára a felépülés újrakezdést, második esélyt jelent.

Jelen helyzet:

Kristóf jelenleg munkát keres. Szüleivel él, de van egy saját lakása, amit fel szeretne újítani és át szeretne költözni ebbe a lakásba. Vágya, hogy tartós párkapcsolata legyen. Szeretne továbbra is sportolni.

Lola

Lola 22 éves szkizofréniával diagnosztizált felépült nő

Lola Budapesten nevelkedett fel és jelenleg is Budapesten él.

Lola három éves korában jelentkeztek először nehézségek, problémák az életében. Lola rendszeresen bántalmazta magát. Volt, hogy úgy megütötte magát, hogy véraláfutásos lett a keze. Nem kötötte le semmilyen játék. Amikor játszott és valami nem sikerült, dührohamot kapott és földhöz verte magát. Ez gyakran előfordult ezért szülei elvitték Lolát a Budai Gyermekórházba. A vizsgáló orvos türelemre biztatta a szülőket. Óvodás volt, amikor az óvodai fejlesztő feladatokat nem vagy nehezen tudta megcsinálni. Egy alkalommal későn érkezett az édesapja az óvodába érte. Már csak az óvónő és ő volt a csoportban. Lola úgy emlékszik vissza, hogy ekkor egy” hang jött” a fejébe és a hang azt mondta, hogy az apukád meg fog halni és nem jön érted. Ez a kellemetlen gondolat visszatérővé vált. Lola nap mint nap megélte a kellemetlen gondolatokat, az önbántalmazás is mindennapos lett. Lola a hanghallását nem tudta megszteni senkivel. Egyéni fejlesztésre járt. Az iskolai tanulmányait 7-évesen kezdte el. Szüleinek az óvónők azt javasolták, hogy speciális iskolába vigyék, ahol gyógypedagógusok segíthetik Lola fejlődését. Lola kis létszámú osztályba került. A hanghallás, az önbántalmazás továbbra is fennállt. Beszédbeli nehézségei is voltak. Másodikos koráig nem tudta az R-betűt kimondani. A harmadik osztályt új iskolában kezdte meg Lola. A szülők átírták „normál” iskolába. Az új iskolában, az új osztályban rosszul érezte magát Lola. Lassabb volt, nem haladt úgy, mint a többiek. Az iskolában a szülőknek azt javasolták, hogy vigyék el Lolát a Vadaskert Alapítvány Ifjúsági Pszichiátriai Kórház Szakambulációjára.

A szakvéleményben szereplő dolgokra pontosan nem emlékszik Lola. Ami megmaradt az, hogy alacsony IQ-t állapítottak meg nála. A vélemény hatására a szülők átvitték egy másik iskolába, ahol Meixner módszerrel tanítottak. Itt nem volt akkora stressz a tanulás. Lola tanulmányi eredményei javultak. Az osztálytársakkal a viszonya viszont nem volt jó. Cikizték, bántották. Az osztályban a többieknek is volt valamilyen problémája. Volt aki hiperaktivitással, volt aki Tourette szindrómiával élt. Lola a minden napokat félelemben élte meg az iskolában. Félelemmel töltötte el, hogy mikor fogják az osztálytársak újból bántalmazni. Hatodikos korában el kezdett járni pszichológushoz. A szakember magánrendelésére járt. Egy évig tartott ez a segítő kapcsolat. Ebben az időszakban kényszeres zavarra utaló tünetek is jelentkeztek Lola életében. Ellenőrzési kényszerekkel küzdött. Lola nem érezte hatékonynak a segítséget, amit kapott. Nyolcadik osztály után középiskolában folytatta a tanulmányait. Az új környezet, új emberek stresszt jelentettek Lola számára. Szeretett volna jól teljesíteni. Lola nem fogadta el, ha középest kapott, szeretett volna 4-est vagy 5-öst kapni. Nem bírta a megterhelést, ekkor 2008-ban jelentkezett a hanghallása. A hang először biztatóak voltak. A tanórákon a hang azt mondta, hogy Lola ügyes menni fog ez neked. A hanghallás zavaró volt Lolának. Az egyik földrajz órán a tanárnő észrevette Lola zavaradottságát és kiküldte a folyosóra, hátha attól jobban lesz Lola. A folyosón nem volt zaj, így még jobban hallotta a hangot. A hang zaklatóvá vált. A hang azt mondta Lolának, hogy meg fog halni. A pszichológus, akihez járt javasolt egy pszichiátert,

hogy vele vegye fel a kapcsolatot. Lola felkereste a pszichiátert, aki tíz perc beszélgetés után azt mondta, hogy Lola „elmebeteg” paranoid szkizofrén. Lola csak az otthonában érezte biztonságban magát. Volt, hogy a hangoktól való félelem miatt az asztal alá bújt. Félt, hogy jön a hang és megölik. A félelmek egyre erősebbek lettek és Lolát bevitték pszichiátriára ahol zárt osztályra került. Nagyon szenvedett Lola. Lola elmondása szerint az osztályon dolgozó ápolók fizikailag és érzelmileg is bántalmazták, ami tovább növelte a szenvedését. A kórházi kezelés után Lola folytatta a középiskolai tanulmányait. Az állapota változékony volt. Lola sokat gondolkozott azon, amit a pszichiátere mondott. Azon, hogy ő elmebeteg. Úgy érezte, hogy a pszichiátere csak egy tárgy, ami futószalagon érkezik. Ugyanakkor szerelmet érzett a pszichiáter irányában. Ez a kettőség furcsa érzéssel töltötte el őt. A magas dózisban szedett antipszichotikumoktól sokat aludt nehezen tudott tanulni. A sikeres érettségi után Lola a továbbtanuláson gondolkodott. Szociális munkás szakmát sikerült választani. A tanulás nem ment könnyen. Lola szenvedett a hallucinációktól Sokat segített a vizsgákra való felkészülésben édesapja. Édesapja Lola meglátása szerint kisgyerekeknek kezelte nagyon sokáig és túlságosan kiszolgált. Az akkori gyermekpszichiátere ajánlotta, hogy keresse fel a Semmelweis Egyetem Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Központját. Lola szenvedett a hangoktól, de azt nem tudta elfogadni, hogy ő szkizofrén. Úgy gondolja, hogy a diagnózisok nem jelentenek semmit, ezek csak címkék, amiket az emberek ráaggatnak. A tünetekben hisz, de a betegségben nem. Lola meglátása szerint valakit bipolárisnak van, akit depressziósnak mást kényszerbetegnek címkéznek. Lola véleménye szerint az életesemények azok, melyek ezt vagy azt kihozzák az emberből. A közösségi pszichiátriai ellátás igénybevétele mellett a Hanghalló önszolgáltató csoportba kezdett el járni Lola. A tapasztalati szakértők támogatása sokat segített. A közösségi ellátás során kapott segítség által Lola nyitottabb lett a családjára és más emberek irányába. Baráti kapcsolatok alakultak az önszolgáltató csoportba járó tagtársaival. Az egyik csoporttaggal szerelmi kapcsolatba került. Ez a kapcsolat mind a kettőjükre pozitívan hatott. Lola családjára először nem örült ennek a kapcsolatnak. Nem értették, hogy miért jó ez a kapcsolat. A főiskolai képzésben egy alkalommal az egyik oktató levetített egy szcientológiai filmet, ez nagyon megviselte Lolát. Nem tudta, hogy hol van, hogy kicsoda. Egyszer pilótának, egyszer ügyvédnek, egyszer férfinak egyszer nőnek érezte magát. A nappali kórházban ambuláns ellátás keretében sikerült az állapotát rendezni. A főiskolának írtak egy levelet, melyben a filmet levetítő tanár erősen stigmatizáló oktatását tették szóvá. Időközben befejezte a főiskolai tanulmányait. Most a diplomamentő program keretében nyelvvizsgára készül. Valójában nem szeretne szociális munkásként dolgozni, de azt gondolja, hogy ezen a területen elfogadóbbak az emberek. Lola a mentális zavarának a tünetit úgy írja le, hogy olyan, mint egy Chagall kép. Lola 2011-ben elveszítette édesanyját, akinek rákos megbetegedése volt. Lola időnként azt éli meg, hogy ez nem valós. Az édesanyja él. A tünetei stressz hatására jönnek elő. Például a próba nyelvvizsgánál. 5 évvel ezelőtt volt utoljára kórházban. Csökkentet dózisban szedi a gyógyszereit. A kórházi kezeléseket mellett közösségi pszichiátriai ellátást vett igénybe. Lola gyerekkorától átél stigmatizációt a problémáival kapcsolatban. Meglátása szerint a magyar társadalom nehezebben fogadja el a mássággal élő embereket. A stigmák leküzdésében fontosnak tartaná a felvilágosító tevékenységet. Lola meglátása szerint

a közösségi ellátás mellett a kórházban a művészetterápia és a tanulás sokat adott a jobb mentális állapothoz. A családon kívül az önszolgáltató csoport, a csoporttagok sokat segítettek neki a jólét eléréséhez. A felépülés Lola számára az önálló életre való képességet jelenti. Sok erőt adott az úton, hogy mindig volt, aki biztassa, aki hitt abban, hogy Lola képes a változásra.

Jelen helyzet:

Lola sikeresen befejezte főiskolai tanulmányait. A diplomamentő program keretében nyelvvizsgára készül. Boldog párkapcsolatban él. Személyes célja, hogy tapasztalati szakértővé váljon és segíteni tudjon a hasonló mentális problémával élőknek.

Magdolna esete

Magdolna 65 éves szkizofréniával diagnosztizált felépült nő.

Magdolna nagy szeretetben, vallásos nevelésben nőtt fel. A szülei a széltől is óvták. Magdolna meglátása szerint túl óvó, féltő környezetben nőtt fel. Felnőttként nem volt gyakorlata a társadalmi életben való részvételben. A világot csak könyvekből ismerte. Az óvó környezetnek az előnyeként a biztonságot látta. Az optimizmusát, amivel a világot látja a családi neveltetésének tulajdonítja. Hitét, hogy rendbe jönnek a dolgok szintén a neveltetésének köszöni. Magdolna meglátása szerint rosszat és jót is kapott a családjától. A későbbi traumáinak a feldolgozásához sokat adott az a szeretet, amit gyerekként kapott a szüleitől. Érzékeny gyerek volt. Erősen kötődött a szüleihez. A vallásos neveltetése is meghatározó volt. Jónak lenni elvárás volt. Ha olyan gondolatok adódtak Magdolnának melyek a vallásos neveltetéssel nehezen összeegyeztethetőek, akkor jött a büntudat. Magdolna véleménye szerint az ember nem szabályozza a gondolatait, nem tudja befolyásolni. A cselekedeteinkért felelősek vagyunk, és ezt a vallásban elnyomják a gyerekeknél. Felnőttként egy szorongó vallásosan nevelt embernek nagy büntudatérzések alakul majd ki. Magdolna felnőttként nehézségként élte meg, hogy nem tanult meg nemet mondani, kiállni önmagáért. Fiatal felnőttként nem tudott konfrontálódni. Konfliktus helyzetben hallgatott és megpróbált jó lenni. Magdolna meglátása szerint az se, jó ha az ember túl jó, mert sérülékenyebb lesz. Tizennyolc éves volt, amikor elment egyetemre és elkerült otthonról. Fizikus lett. Kutatócsoport tagjaként sikeresnek mondhatta magát.

Magdolna édesanyja szemre hányta, hogy egyedül hagyta őket. Anyja gondozta Magdolna beteg apját, nem szabadott volna őket elhagyni szerintük. Magdolna meglátása szerint szülei tökéletesnek gondolták, és senkit sem tartottak jónak hozzá. Volt párkapcsolata, ami befuccsolt. Magdolna nem tudott őszinte lenni az édesanyjához, mert félt, hogy szomorú lesz azt gondolta, hogy nem szabad megbántani. Magában hordozott mindent, az abortuszt, amin átesett, bármit. Nem tudta a problémáit megosztani senkivel. A feszültségek összegyűltek, és összeroppant. Vallásos közösséghez kapcsolódott. Az ottani baráti kapcsolatai voltak a legfőbb emberi kapcsolatai. Most úgy emlékszik vissza Magdolna mintha egy szekta tagjává vált volna ebben az időszakban.

Huszonhét évesen, amikor bekerült a Lipótra akkor fogalmazódott meg benne, hogy szakítani fog ezzel a vallásos, baráti társasággal. Párkapcsolati krízis miatt került be pszichiátriára. Egy zsidó vallású fiúba volt szerelmes és teherbe esett. A fiú szülei nem fogadták el, hogy ő keresztény és arra kényszerítették, hogy vetesse el a gyermekét. Haza nem szeretett volna menni édesanyáék miatt. Az utcán bolyongott és onnan került a pszichiátriára. Első kórházi tartózkodásánál neurózist diagnosztizáltak. Hangokat nem hallott, de mérhetetlenül magányosnak érezte magát. A vallásos csoporttagjai kihozták Magdolnát a kórházból és elvitték édesanyjához. Két évig élt édesanyjánál. A mentális zavarának a tünetei ekkor jelentkeztek. Az édesanyjával sokat sétált. A séták alkalmával sokszor találkozott régi barátokkal, osztálytársakkal, akiknek már volt családja. Igazágtalannak érezte a helyzetét. Sokszor azt gondolta, hogy dögöljön meg mindenki. Igazágtalan, hogy mindenki boldog csak ő nem. Ekkor a vallás jutott eszébe. Aztán azt gondolta, hogy bűnbe esik, ha ezt gondolja. Az orvosa azt javasolta az édesanyjának, hogy

adja férjhez Magdolnát. Magdolna felköltözött Budapestre. Korábban albérletben élt. A szülei nem vettek neki lakást, hogy nehogy érdekből akarja majd valaki elvenni. Most saját lakásba költözött. A mindennapokat szorongásokkal élte meg Magdolna.

A második kórházi tartózkodásnál kapta meg a szkizofrénia diagnózist. A pszichiátrián a kollégái, akik a kutatócsoportjának a tagjai voltak mindennap meglátogatták. Magdolna úgy gondolja, hogy a felépülését a kollégáinak köszönheti. Nagyon sok szeretett, támogatást és elfogadást kapott tőlük. Ezért is érzi azt, hogy ha tud segít másoknak. Férje is azon kollégák közé tartozott, akik támogatták őt a felépülésben.

A férjével való házasságból született első gyermek meghalt. Nagyon sokáig szomorkodott, nagyon megviselte a gyermeke elvesztése. Aztán újra várandós lett és egészséges gyermeknek adott életet. Nem szeretette volna, hogy magányos legyen a gyermeke ezért még egy gyermeket vállaltak a férjével. A szülés után depressziós lett. Nehéz élethelyzetben volt. Meghalt az édesanyja, beteg édesapját ő gondozta és mindeközben azt érezte, hogy anyósa utálja. Egy alkalommal, amikor az édesapját ment látogatni Magdolna, az anyósa vigyázott a fiára. Magdolna kisfia mosolygós volt, de amikor hazaérkezett szomorúnak tűnt. Magdolna dühöt érzett az anyósa iránt. Magdolna azt gondolta, hogy az anyósa megrontotta a kisfiút. Nem sokára megszületett a következő fiúgyermek. A szülés nagyon megviselte Magdolnát. Az idősebb kisfiú féltékeny volt az öccsére. Magdolna attól a kellemetlen gondolattól szenvedett, hogy a középső gyerek nem az övé. Nem kedves, nem mosolyog, megrontotta az anyósa. Magdolna egyedül volt otthon, nem bírta a gyerekeket ellátni, a nagyobbik kisfiút beadták a bölcsődébe. A kisfiú még jobban elkeveredett. Magdolna véleménye szerint rossz családban volt. A lelki dolgok és a hormonális dolgok is megviselték. A kisebbik fiát meg akarta menteni, a nagyobbik fiáról azt gondolta, hogy azt csinálhatnak vele, amit akarnak. Kényszerűt érzett, hogy meneküljön. Elment a másik házába és elvitte a kisebbik gyereket. Mindig is el akart válni a férjétől, a mai napig is, de visszatartotta, hogy fel kell nevelni a gyerekeket. Próbált beszélni a férjével, aki lerázta őt. Magdolna megakarta a kisebbik gyereket menteni és azt gondolta, hogy talán legjobb lenne, ha meghalnának. Fél napot sem volt abban a lakásban ahová menekült. Kényszerzubonyban Lipótra vitték. Ezeket a mai napig sem tudja elfelejteni. Szeretetet nem kapott a férje anyjától. Úgy érezte, hogy az anyósa megakarja ölni. Nem akart a pszichiátriáról haza menni. Azt gondolta, hogy ő nem képes a világban való életre. Azt szerette volna, ha tovább küldték volna Szentgotthárdra a szociális otthonba. A kórházból az otthonába került. Volt még egy alkalom, amikor pszichiátriai osztályra került 1996-ban. A gyerekek nevelése nehéz volt, nem volt olyan támogató közösség, amelynek a tagjának érezte volna magát. A munkahelye megszűnt. Az idősödő családtagokat ő ápolta. A férjével időközben sok év után összeházasodtak. Szeretetet nem kapott, csak durvaságot. Magányban nőttek fel a gyerekek, amit sérelmeznek is. 1996 után leszázalékolták, ami azzal járt, hogy még jobban elszigetelődött. Időközben kialakult egy súlyos tüdőbetegsége. Magdolna kapcsolatba került az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Központjával. A családjával pszichoedukációs ülésen vettek részt, amit különösen fontosnak tart. Segített a fiainak jobban megérteni Magdolnát. Különösen a nagyobbik fia esetében volt ez fontos, akit a mentális zavarából kifolyólag elhanyagolt. Magdolna jelenleg nem szed már gyógyszereket

a mentális zavara miatt. Stigmatizációt a férje családjának a részéről élt meg. Ő magát nem tartotta „bolondnak”. Magdolna véleménye szerint meg lehet bélyegezni az embereket. Az így kapott címke egy életen át tart, de maga a tünet nem feltétlenül. Magdolna időközben sikeres vállalkozásba kezdett és most lakásokat újít fel, majd értékesíti. A mindennapok élésében kevés segítséget kap a családjától. Magdolna véleménye szerint a munka az, hogy valaki dolgozik a felépülés útján kiemelten fontos. Magdolna a felépülésében még a volt kollégák támogató szeretetét emelte ki. Fontosnak tartja, hogy a céljainktól ne tántorodjunk el, még ha nehéznek is tűnnek.

Jelen helyzet:

Magdolna a Nyitnikék Magyar Antistigmaközvetítés koordinátora, amit lelkesen végez. Dolgozik még, az üzleti vállalkozásait szervezi, irányítja. A tüdőbetegsége miatt rosszabb a fizikális állapota. Minden napot ajándékként éli meg.

Sámuel

Sámuel 63 éves paranoid szkizofréniával diagnosztizált mentális zavarából felépült férfi.

Sámuel Szegeden született. Az édesanyja a kórházban hagyta, így került állami gondozásba. Iskolás évei alatt nevelőotthonban élt. Sámuel jónak találja, hogy közösségben nőtt fel. Ki-egyensúlyozott, vígkedélyű gyerek volt. Általános iskolában közepes tanuló volt. Az általános iskola után tanulmányait élelmiszeripari szakközépiskolában folytatta. A szakközépiskolában Sámuelnek volt egy osztálytársa, akinek a testvérének a barátnőjének azonos családi neve volt, mint Sámuelnek. Sámuel megismerkedett ezzel a lánnyal. Kiderült, hogy unokatestvérek. És így talált rá Sámuel az édesanyjára. Sámuel tizenhét éves volt, amikor az édesanyja kezdeményezte az állami gondozás megszüntetését. Sámuel hazakerült Szegvára.

Sajnos a középiskolából kibukott, így nem tudta befejezni tanulmányait. Elkerült Nagymá-gocsra, ahol egy TSZ-ben kezdett el dolgozni. Egy alkalommal Sámuel megkérdezte édesany-jától, hogy ki volt az apja. Édesanyja méregbegurult és sodrófával elverte Sámuel, aki ezek után bevágta édesanyját a kemencébe. Az édesanyjával végleg megromlott a viszonya. Hód-mezővásárhelyen folytatta tovább az életét, ekkor 19-20 éves volt. Nem tudta a tanulmányait folytatni, mert nem kapott támogatást. Betanított lakatosként kezdett el dolgozni. Perforációs gyomorfekélye lett 20 éves korára. A betegségből hamar felgyógyult. Jó barátság alakult ki a helyi párttitkár fiával. Sámuel a barátjával Németországba ment dolgozni. Németországban egy elektromos műszereket gyártó műhelyben kezdett el dolgozni. Az itt töltött évek alatt is fontos volt Sámuelnek a közösségi élet. A helyi KISZ összejövetelekre eljárt. Ezt követően Prágába került ahol három évig szintén betanított munkásként dolgozott. Ezalatt az évek alatt igazi jó barátja nem volt. Jóban volt a kollégáival, de nem tudta elfogadni a kollégák nagy mennyiségű alkoholfogyasztó életmódját. A prágai évek után egy évet Magyarországon dolgozott. A kö-vetkező fontos állomás Sámuel életében Líbia. Líbiában három évet dolgozott építőiparban. Katonai objektumokat építettek. A három év letelte után újra Magyarországon élt és dolgozott Sámuel. Ebben az időszakban munkásszállón élt. Székesfehérváron egy cégnél telephelyvezető lett és szolgálati lakásban élt. A cég raktárából eltűntek építőipari anyagok és Sámuel tartották hibásként a kialakult helyzetért. Sámuel vétlen volt és igazságtalannak érezte a helyzetet. Ott hagyta ezt a céget. Egy újabb építőipari cég következett. Szentgotthárdon ipari csarnokokat építő cégnél helyezkedett el. Itt két évig dolgozott és IBUSZ lakásban élt ezalatt az idő alatt. Ezután zavaros évek voltak, amit a szkizofrénia probléma tett zavarossá. Munkásszállón élt Sámuel, ahol megismerkedett egy családdal, aki a szállón működő büfét üzemeltette. Sámuel „bérapaságra” kérték fel, amiért fizettek is volna. Ez a történet megrázta Sámuel, és ekkor lángolt fel az első pszichotikus epizód. Sámuelnek voltak hanghallásai, vizuális hallucinációi és téves, paranoid gondolatai. Világító szemű kutyát látott, ügynöknek képzelte magát, akinek sürgősen kell beszélnie Göncz Árpáddal, majd kényszeresen rendszámtáblákat olvasott. Sá-muel Nyíró Gyula kórházba került. A kórházban megismerkedett egy idősebb szintén mentális zavarral élő hölgygel. Nagyon szoros kapcsolat alakult ki közöttük. A kórházból egyenesen a hölgy lakásába költözött. Sámuel segítette az önellátásában és mozgásában is nehézséggel élő

hölgyet. Ezt nem nézte jó szemmel a hölgy lánya. Azt gondolta, hogy az idős hölgy lakását szeretné megszerezni Sámuel. Ez nem így volt. Sámuel szerette a „mamit” és segíteni szeretett volna. Később a „mami” lánya ezt a helyzetet elfogadta és segítségként élte meg Sámuel jelenlétét. Az idős hölgy elkerült Szentgotthárdra Sámuel hajléktalan ember lett. Sámuel segítséget kért az akkori Szociális és Családügyi Minisztériumtól, ahonnan egy hajléktalan emberek segítő átmeneti szállóra került. Itt hamar beilleszkedett a közösségbe. Újra munkát keresett és egy vízszelőrő mellett kezdett el dolgozni. Szorgalmasan elkezdett pénzt gyűjteni, hogy tovább tudjon lépni a szállóról. Sajnos egy állapotrosszabbodás alakult ki. Sámuel nem szedte rendszeresen a gyógyszereit. Ekkor depo injekció formájában kapta meg az antipszichotikumot. Sámuel kapcsolatba került az Ébredések Alapítvánnyal és igénybe vette a közösségi pszichiátriai ellátást. A közösségi ellátás során pszichoedukációs tréningen megtudta, hogy mi is az ő betegsége. Sámuel a felépülésében kulcsfontosságúnak tartja ezt a tájékoztatást. Ekkor értette meg az ő mentális zavarának a természetét, jellemzőit. Ez sokat segített a mentális zavar elfogadásában. A hajléktalan szállót működtető önkormányzat pályázatott hirdetett a szalon élő hajléktalan emberek részére. Azon hajléktalan emberek, akik legalább egy évig munkaviszonyban vannak az önkormányzattal lakáshoz juthatnak. Sámuel bekapcsolódott ebbe a programba és a program lejárta után lakáshoz jutott. A program alatt együtt kellett működnie a kerületi családsegítővel. Az együttműködés során felajánlották Sámuelnek, hogy járjon el a kerületben akkori időben induló pszichiátriai betegek nappali klubjába. Sámuel rendszeresen látogatta a film klubbot. Nemsokára nem érezte szükségét a klub látogatásának, mondván ott beteg emberek vannak és ő már nem az. A munkahelyi közösséget fontosabbnak tartotta, ami szintén fontos volt a felépülésében. Sámuel azóta is ebben a lakásban él, amit időközben a megtakarított pénzéből teljesen felújított.

Jelen helyzet:

Sámuel több mint 15 éve tünetmentes. A kezdeti gyógyszereihez viszonyítva csökkentett adagban kapja az antipszichotikumot. A mindennapokban belgyógyászati problémák okoznak nehézséget Sámuelnek. Rokkant nyugdíjas. A jobb megélhetésért továbbra is dolgozik az önkormányzati cégnél. Ugyan egyedül él, de jó baráti kapcsolatai vannak a szomszédokkal. Ezekre a barátokra mindig számíthat, minthogy ők is számíthatnak Sámuelre. Szabadidejében barátokkal, kollégákkal jár moziba, színházba, kirándulni és egy jót beszélgetni.

Szilvia

Szilvia 38 éves bipoláris zavarral diagnosztizált önmagát felépültnek tekintő nő.

Szilvia Kárpátalján született és általános iskolás koráig ott is élt családjával. Édesanyja énekzene tanár, nyugdíjasként jelenleg is tanít. Édesapja diplomás, de gyárban dolgozott a család jobb megélhetéséért. Egy bátyja van, akivel jó testvéri kapcsolatban van a mai napig is. Bátyja sokat vigyázott rá gyerekkorában. Sokszor Szilviát a bátyja segítette át az élet különböző nehézségein. Boldog gyerekkora volt. Inkább apás volt Szilvia. Édesanyjával sokat veszekedett. Szilvia meglátása szerint jó a kapcsolata édesanyjával is, de nincs meg az „igazi lánya-anya kapcsolat”. Cserkészként sokat járt kirándulni és már gyermekkorában kialakult a természet iránti szeretet. Nagyon jó iskolai közösség volt az általános iskolában és a középiskolában is. Az általános iskolai osztályából még most is összejárnak és tartják a kapcsolatot egymással. 14 éves korábban megfogalmazódott benne a vágy, hogy eljőjön a családi otthonból. Nem bírta az édesanyjával való vitákat. Szilvia segítséget kért az őt támogató paptól továbbtanulásával kapcsolatban. A pap egy Magyarországon újonnan induló egyházi iskolát javasolt Szilviának. Szüleit meglepte a magyarországi továbbtanulási ötletével. Megnyugtató volt a szülők számára, hogy egyházi iskolába ment Szilvia. 1992-ben átköltözött Magyarországra. Egyedül költözött át. Ösztöndíjas diákként kezdte meg tanulmányait Nyíregyházán. A középiskolás évek alatt is jó közösségben volt. Sok baráti kapcsolatra tett szert. Mindig is „közösségi” ember volt, fontosak voltak számára a baráti kapcsolatok. Szilvia szeretett tanulni. Középiskolai éve alatt úgy érezte, hogy az az elvárás, hogy jól tanuljon. Ösztöndíjat kapott, ami még inkább erre készítette. Az édesanyja azt szerette volna, hogy jogi pályára menjen. Szilvia a sikeres érettségi után felvételt nyert a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog és Államtudományi Karán.

Budapestre költözött albérletbe. Sok segítséget kapott bátyja Magyarországra költözött barátjának a családjától, valamint a Magyarországon élő általános iskolás osztálytársaitól. Az iskolai tanulmányai mellett elkezdett dolgozni, hogy fenn tudja tartani magát. Diákmunka keretében adatrögzítést végzett. Ukrán állampolgárként nem sokan akarták foglalkoztatni. Szilvia ebben az időszakban szégyellte, hogy Ungváron született. Az orosz nyelvtudás előnyt hozott a munkavállalásban. Orosz érdekeltségű cégeknél dolgozott. Később bankba helyezkedett el. Két és fél évig telefonos ügyfélszolgálaton, majd később irodában dolgozott. Tizenkét éve dolgozik a banki szektorban. A jogi tanulmányait félbeszakította. Nehezen tudta összeegyeztetni a tanulást és a munkát. Tulajdonképpen nem is érdekelte a jogi pálya csak az édesanyja elvárásának akart eleget tenni. A továbbtanulási szándékáról nem tett le. Közgazdasági egyetemen kezdte meg a tanulmányait. Több OKJ-tanfolyamot és nyelvtanfolyamot végzett. Huszonnégy évesen férjhez ment. Utólag visszatekintve Szilvia úgy ítéli meg, hogy ez nem szerelem házasság volt. Húszéves kora óta hallgatta a szüleitől, hogy „vénlány” marad. A szülei megnyugtatóra ment férjhez. A házasságában „tengett-lengett”.

Tíz év házasság után elváltak. A szülei már az 5. év után azt javasolták Szilviának, hogy váljon el. Szilvia a házasságára visszatekintve problémának látja, hogy nem tudott nemet mondani. Most úgy látja, hogy naiv volt és szerencsés lett volna, ha határozottabb lett volna. Szilvia

mindig is szeretett segíteni a segítségre szorulókon. Legyen az barát vagy kolléga. Időközben megfogalmazódott benne jó segíteni másokon, de a saját életébe is kell energiát fektetni. A válása nagyon sok stresszel járt. Félt a férjétől. A házasságuk alatt csökkent Szilvia önállósága és önbecsülése, amit a válás során még inkább érzett. Szilvia munkába menekült. Napi 10-12h dolgozott és mellette tanult. Hétfévenként bulizott és sokszor ivásba menekült. Az élethelyzetből adódó stressz miatt nem tudott enni. Lefogyott 20kg-ot. Felborult az alvás ritmusa. Szilvia mentális zavara 35 éves korában jelentkezett.

Elérkezett az államvizsga napja. A vizsgára nem jutott el Szilvia. Útban a vizsga helyszínére olyan érzése támadt, hogy ő egy filmben a főszereplő. Olyan érzése, gondolata volt, hogy a szülei nem a szülei. Mintha örökbe fogadták volna. Szilvia úgy élte meg, hogy káosz lett az agyában. Elköltött 100.000-150.000ft –ot magára, hiszen azt gondolta, hogy ő egy híres színésznő. A lakáskulcsát kidobta. Félt haza menni, félt, hogy a volt férjét a lakásában találja. A bezárt lakásában hagyta a telefonját is. Senki nem tudta utolérni. Szilvia a „pesti családját” hívta fel és tőlük kért segítséget. A barátok értesítették Szilvia szüleit. Az édesapja Magyarországra utazott. A barátok segítségével eljutott egy pszichológushoz, aki viszont azt javasolta, hogy keressen fel egy pszichiátert. Szilvia bizalmatlan volt, önmagában bízott egyedül. Úgy érezte, hogy ebből a helyzetből csak önerőből tud kijönni és nincsen szüksége szakemberre. Szilvia szüleivel fellekereste az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Centrumát. Az őt fogadó szakember bizalmat ébresztett Szilviában. Kórházi kezelésre nem került sor. Szilvia nem maradt otthon sokáig. Visszament dolgozni. Fontos volt számára, hogy ne essen ki a mindennapos munkából. Megszenteltette a lakását, ami megnyugvással töltötte el. Könnyebbek lettek a mindennapok, de elszeretett volna költözni a lakásából. Egy félév után abbahagyta a gyógyszereinek a szedését. Újra jelentkeztek a mentális zavarának a tünetei. Telefonon újból segítséget kért a barátaitól. Barátai Szilviát kórházba vitték. Szilvia nem maradt bent saját felelősségére hazament. Három hétig táppénzen volt, majd visszament dolgozni. Időközben leépítés lett a munkahelyén. Szilviának el kellett döntenie, hogy marad és két munkakört tölt be egy munkaidőben, vagy a csoportos leépítés keretében elküldik a bankból.

Az elbocsátás mellett döntött. Az állapotrosszabbodás után úgy érezte, hogy nem akarja újra túlterhelni magát. Felépülve a második állapotrosszabbodásból úgy érezte Szilvia, hogy valamin változtatni kell az életében. Másfél hónap múlva már új munkahelye volt. A válás után három évig volt egyedül. Számos próbálkozás után rátalált a jelenlegi párjára. A párjával három hét után összeköltöztek. Szilvia megtalálta az igazi párját. Összeházasodtak. Tizennégy hónap után újra munkahelyet váltott. Visszament dolgozni a volt munkahelyére. Hamarosan kiderült, hogy kisbabát vár. A férjével eladták a lakásukat és vettek egy közös házat, ahol elkezdhetik közös családi életüket.

Szilvia úgy látja, hogy felépüléséhez vezető úton terápiás hozama van, volt a munkának. Fontos volt, hogy dolgozhatott és lekötötte magát. További tényezők, amik Szilvia meglátása szerint a felépülését elősegítették: az hogy nem szeretne újabb állapotrosszabbodást, visszatalált önmagához a végbement változások által; vallás („A jó isten úgyis segít !”) akaraterő ; rájönni arra, hogy segítséget kell kérni; a család, barátok; doktornő, hogy bízott benne.

Jelen helyzet:

Szilvia 38. hetes várandós. Jelenleg nem szed gyógyszereket, tünetmentes. Nem dolgozik, várja gyermeke érkezését. Férjével szeretnének még egy gyermeket. Szilvia úgy tervezi, hogy a gyerekek mikor óvodások lesznek, újra elkezd majd dolgozni. Szeretne jó anya lenni és a gyerekeknek jó családi hátteret biztosítani. Barátaival továbbra is jó, aktív kapcsolatot ápol.

Zalán

Zalán 48 éves bipoláris zavarral diagnosztizált önmagát felépültnek tekintő férfi.

Zalán 18 éves korától kezdve akkor érezte jól magát, ha utazni tudott, ha külföldre utazhatott. Olyan szerencsés helyzetben volt, hogy ez sokszor megtörténhetett. Amikor elutazott valahova, mindig azt érezte, hogy feltöltődött. Amikor haza érkezett a külföldi utakról akkor jól érezte magát. Nem zavarta semmi, jó kedvű volt. Ezek viszonylag rövidebb időszakok voltak, utána hosszabb nyomasztó időszak kezdődött. Az az életforma, amiben éltek az emberek Magyarországon az nyomasztotta. Amikor egyetemista lett, a tanulmányai nem kötötték le. Nem látta és nem hitt a tanulás eredményességében. Inkább az motiválta, hogy egyetemista legyen, hogy ne keljen a sorkatonai szolgálatot letöltenie. Ez egyfajta kibúvó is volt. Zalán az egyetemi időszakokban is folyamatosan utazott. Amikorra végzett az egyetemen 1991-ben akkorra megszületett Zora a kislánya. Apuka lett. Később az első házasságából született egy fia is. Ez igazából nagyon furcsa helyzet volt Zalán számára, mert nem tudta, hogy miből fognak megélni. Még is úgy gondolta, ha már így alakult, hogy a barátnője terhes lett, hogy mindenképpen föl kell nevelni a gyermeküket, és majd lesz valahogy. Lett is, csak még akkor kilátástalan volt a helyzet. Egyszerre sok volt ez a teher, ami Zalánra nehezedett. Saját felelősségének érezte a családjáról való gondoskodást. Zalán úgy érezte, hogy neki kell megtalálni a kiutat. Zalán elkezdett dolgozni a Bábolnai gazdaság külkereskedelmi irodáján. Zalán agrár egyetemen végzett. Az új munkahelyén kiképezték volna külkereskedővé. Zalán úgy érezte, hogy van jövője, karrier lehetősége a cégnél. Négy hét után mégis úgy döntött, hogy kilép a munkahelyéről. Nem sokra rá, novemberben kórházba került. Depresszióval. Erős büntudattal járt együtt a lehangoltsága. Ez volt az első, amikor depresszióval kezelték. Zalán utólag visszatekintve úgy gondolja, hogy ez volt a legrosszabb helyzet. Az a két hét, amit a kórházban töltött. Ez 1991 novemberében volt. Zalán orvosa egy vizit alkalmával azt mondta, hogy „majd kirántják” őt ebből a helyzetből. Volt egy hét, amikor nem tudott magáról, mert állandóan infúziókat kapott. A második héten már föl tudott kelni, és ki tudott menni a folyosóra. Zalán ebben a helyzetben nem tudta elképzelni, hogy valaha is „normális” állapotba kerülhet. Úgy érezte, hogy vége van a világnak. A nehézséget Zalán számára, nem is a depresszió elfogadása, vagy az abból való kilépés jelentette. A másik véglet a hipomán, vagy mániás állapot jelentett nagy gondot. Mániás állapotában költekezett, adakozott szegény embereknek nagyobb összegeket. A gondolkodása felgyorsult, ebben az állapotban minden ötlet nagyon jónak tűnt. Egyszerre próbál 10 féle dologgal foglalkozni. Egész napos pörgés volt. Zalán a sűrű állapotváltozások kapcsán úgy érezte, hogy elveszti önmagát, és a végén már nem tudja, hogy kicsoda. A 90-es években ezt élte meg folyamatosan. Évente 3-szor 4-szer voltak ezek a váltakozások. Zalán hiába került be egy munkahelyre, ahol egy darabig tudott dolgozni, volt egy állapot, amikor kritikussá vált. Ilyenkor feldobott volt, és nem olyan formában fejezte ki a véleményét, ami egy munkahelyen elfogadható. Zalánnak mindig adódtak új lehetőségek, mindig elkezdett dolgozni, aztán úgy adódtak a dolgok, hogy mindig abba hagyta. Az utolsó helyen, mikor utoljára volt állásban, egyetemen volt tanáregéd. Akkor vált el második feleségétől, mikor elkezdett dolgozni. Rossz

állapotba került emiatt. 2001 júniusában véget ért a foglalkoztatása. Utána egy évig betegállományban volt, leszázalékolták. Zalán elkezdett fordítói munkákat vállalni. Egészen 2007-ig, ebből élt meg.

Zalán 95-ben elvált az első feleségétől, 96-ban lett egy új kapcsolata és abból is született egy kislánya. Összesen négy gyerek volt, mert a második kapcsolatomból már Zalán párjának volt egy lánya. Zalán mentális zavara, a bipoláris zavar a párkapcsolatra is nagyon komoly hatással volt. Zalán úgy látja, hogy ezért szakadtak meg a házasságai. Zalán úgy ítéli meg, hogy az ő mentális állapotának változásaihoz nehéz volt alkalmazkodni. 2000 szeptemberében lett vége a második házasságának, utána 7 évig egyedül élt. Ez az időszak jó volt arra, hogy Zalán többet tudott magára figyelni, hogy mi történik vele. Sok időt töltött egyedül. A gyerekekkel, csak hétfévenként találkozott. Zalán jobban tudott figyelni az alvása szabályozására. Az alvás és az ébrenlét ritmus nagyon könnyen megbillent. Zalán rájött, hogy az alvás szabályozásával a mániás folyamatot el lehet tolni. Zalán megtanulta, hogy az éjszakai telefonokra nem reagáljon. Ezekben az esetekben tudatosan visszaaludt. Így tudta Zalán az aktívabb időszakokat elfogadhatóbbá tenni, tudatosan az alvás szabályozásával. Ebben az időszakban Zalán úgy érezte, hogy jobban tudja kezelni magát, a mentális problémáját. Ugyanakkor megjelentek olyan tünetek, amik korábban nem voltak jellemzőek. Bizonyos helyzetekben voltak olyan vizuális élmények, amik előtte nem. Zalán megélt olyan helyzeteket, amikben nem voltam biztos, hogy valóság. 2007-től ezek az depressziós –mániás időszakok, ingadozások megszűntek.

2006 második felétől borzasztó költségekbe kezdett Zalán. Kiutazott Berlinbe, egy ismerőseivel. Adminisztratív hiba miatt az ismerős repülőjegyével gond adódott. Zalán minden pénzét odaadta az ismerősének, hogy vásároljon új jegyet. Négy napot volt kint Berlinben pénz nélkül. Magyarországra visszajött és állandósult ez a helyzet, hogy nincsen pénze. Szeptembertől novemberig nem volt jövedelme. Tavasszal megismerkedett a mostani feleségével, aki tibeti menekült volt. A felesége takarított és ebből éltek meg. Hónapok át nem volt keresete Zalánnak. Októbertől elkezdett dolgozni. Egy internetes munkát kezdett el végezni, ami azóta is van. Törlesztette az adósságait. 2007 tavaszán volt az utolsó depressziós helyzet. A depresszió elmúlt. Helyette pszichotikus állapotok jelentkeztek. Ezek az állapotokra jellemző, hogy hamar elkezdődik és gyorsan beszipantja Zalánt. Pár nap leforgása alatt más lelki állapotba kerülhet Zalán. Zalán ezekben az állapotokban nem tudja a mindennapi életvitelét folytatni. Ilyen mentális állapot először 2009 márciusában alakult ki. 2009 februárjában megszületett a kislánya. Ebben az időszakban Zalánnak hallucinációi voltak. A gyermek orvosi rendelőben ahová a kisfiával és feleségével ment mindenkit őshüllőnek látott. A rendelőben lévő emberek helyben átalakultak. Ez egy új helyzet volt Zalán számára. Korábban ilyesmit nem tapasztalt. Később olyan élménye is volt, hogy a természeti jelenségeket ő irányítja. Pl. ha fölemeli a kezét, fúj a szél. Zalán úgy érezte, hogy minél jobban hisz ezeknek a dolgoknak a valóságában annál valószínűbbnek éli meg. Zalán meglátása szerint olyan gondolatmenetek lépnek fel, amiknek már semmi köze a normál élethez. Azóta ez a pszichés élmény, állapot többször megtörtént Zalánnal. Mindig egy újabb és újabb gondolat kombinációval bővült ez mentális zavar. Ez a lelki folyamat egy nagyon erős félelem érzettel párosul. Magát a félelem érzetet a gondolkodást inspirálja, és irányítja. Zalánnak ilyen mentális állapotában hang-

hallás is megjelenik. A hangok irányítják a cselekedeteit. Legutóbb 2015 januárjában volt ilyen állapotban. Felesége ezt az állatváltozást észlelte és kórházba vitte. Zalánnak ez a mentális zavara egy- két nap gyógyszereszedés után rendeződik. Ez az állapot nem vált tartóssá. Zalánnak nincsen folyamatosan hanghallása. Ahogy a depresszió esetében az első epizód volt a legszörnyűbb, itt is pont így van. Az első hanghallásos eset volt a legborzasztóbb. Zalán azt gondolja, hogy az életkor előrehaladtával bizonyos dolgok ismétlődnek, ezáltal ezek a dolgok és motívumok is ismétlődnek, az ismerős dolog már nem úgy hat, mint egy új.

Zalánnak az új internetes munkája és párkapcsolata életmódváltást eredményezett. Zalán úgy ítéli meg, hogy unalmasabb élete van, mint korábban. Illetve a munkája is unalmas és egyhangú. Nincsenek kihívások, meglepetések. Ugyanakkor a jelenlegi munkája anyagi biztonságot nyújt. Most feleségével és kisfiával hármásban élnek együtt. Felesége elfogadja Zalán mentális zavarát. Zalán úgy látja, hogy felesége nem esik kétségbe a mentális probléma kapcsán. Másként éli át. Pedig volt olyan, hogy Zalán szétrombolta az egész lakást, pl. a konnektorokat kitépett a falból, elkezdett kiszórni a dolgokat, aszerint, hogy mi van természetes anyagból és mi nem. Zalán felesége úgy viszonyul a mentális zavarból adódó nehézségekhez, hogy ami megtörténik, azon már nem tudunk változtatni. Bölcsebb elfogadni, ami van. Ő már megtanulta, ha valami állapotváltozást észlel Zalánál, szól az apósának és elviszik szakemberhez. Zalán nem aggódik a mentális állapotában jelentkező zavarok kapcsán. Mindent ugyanott folytat ahol az állapotváltozás előtt tartott.

A hanghallással járó mentális zavar leküzdésében Zalánnak segít, ha kapaszkodó dolgokat talál. Pl. volt olyan, hogy Zalán úgy érezte, hogy tárgyak helyeződtek át. Látott egy embert, felirattal a pólóján, ami a békéről szólt, és ő magára vette a pólón lévő üzenetet. A lelki béke megteremtődésének élte meg. A zavaró tünetek lecsengtek. Zalán ilyenkor megpróbál találni olyan dolgokat, amiből személyes tartalmakat von le, amik segítenek a mentális zavar leküzdésben. Ha jelentkezik valami eltérő, nem tulajdonít neki jelentőséget. Tovább tud lépni. Tudatosan teszi, tudja, hogy ez egy tünet, a problémám tünete. Nem figyel rá, nem hagyja kikökkenteni magát. És elmúlik. Zalán úgy gondolja, hogy mentális zavarral nem egy „normális” szokványos életet lehet élni. Stigmatizációt nem élt át a mentális zavara kapcsán.

Zalán nem egy barátkozós az ő megítélése szerint, de azért vannak barátai. Egy volt egyetemi csoporttársa szintén bipoláris zavarral küzd. Ezzel a baráttal megszokták beszélni a mindennapi életüket. Zalán meglátása szerint a barátság maga segítség. Meg lehet beszélni a dolgokat, kölcsönösen lehet segíteni egymásnak. Az egy kölcsönös segítségnyújtás.

A mindennapi életben adódó célok eléréséhez és ezeket akadályozó problémák megoldásához a feleségétől és a pszichiáterétől kap támogatást. A mentális zavara kapcsán Zalán azt gondolja, hogy a rossz dolgok addig rosszak, amíg éppen benne vagyunk. Utána már olyan tapasztalatot jelent, ami bizonyos értelemben páratlan. Pl. hogy a tudatunk mire képes azt így lehet megtapasztalni.

Zalán a pszichoszociális rehabilitációs támogatások közül a relapszusprevenciót tartja leghasznosabbnak és legfontosabbnak. Fontosnak tarja még, hogy a mentális zavarral élő ember dolgozzon.

Jelen helyzet:

Zalán felépültnek érzi magát. Számára a felépülés azt jelenti, hogy jól érzi magát. A felépüléshez vezető úton fontos volt a tudat, hogy vannak gyerekei, akiknek szükségük lehet rá. Másik tényező, ami Zalán felépüléséhez vezetett az a buddhizmus. A Dalai lámán keresztül vezetett el az út a tibeti buddhizmushoz, a tibeti feleséghez. Zalán számára a buddhizmus üzenete, hogy mindenki egyforma, mindenki a boldogságra törekszik, és mindenki szeretné elkerülni a szenvedést. Ezt úgy lehet megvalósítani, hogy megteremtjük a lelki békénket, és próbáljuk megőrizni. És ezen való gondolkodás segített Zalánnak.

Zalán dolgozik. Tibeti feleségével él és nevelik gyermeküket. Zalán célja, hogy felnevelje fiát és tudja támogatni gyermekeit.

Zsuzsa

Zsuzsa 44éves szkizofréniával diagnosztizált felépült nő.

Az édesanyjával és az édesapjával családi környezetben nevelkedett fel. Testvére nincsen. Óvodás éveivel kapcsolatban kellemetlen emlékekkel él. Egy óvodás kisfiú társával papás-mamást játszottak. Egyik alkalommal Zsuzsa nem szeretett volna papás-mamást játszani a kisfiúval. Ezek után a kisfiú az óvoda udvarán egy kövel fej bevágta Zsuzsa. Zsuzsa az ütés következtében nem kapott levegőt. Ez az esemény később kihatott a szexuális életére. Az iskolás éveivel kapcsolatban egy nyári emlék az, amit fontosnak tart Zsuzsa. A velencei tónál egy barátjával elcsavargott. Szülei nagyon megijedtek. Zsuzsa, amikor előkerült két pofont kapott édesapjától. Zsuzsa nagyon szerette apai nagyszüleit, szeretett a nagyszülőknél lenni. Középsiskolai tanulmányainak a befejezése után a Budapesti Pénzügyi Főiskolán információ-rendszer szervezői tanfolyamra járt. Egy élelmiszerral kereskedő cégnél sikerült elhelyezkedni, ahol tíz évig dolgozott. Zsuzsa ennél a cégnél dolgozott, amikor a mentális zavara jelentkezett. A mentális zavar okozta nehézségek mellett is meg tudta tartani az állását. Később a cég csődbe ment és Bosch és Siemens KFT-nél kezdett el dolgozni. 1996.-ban férjhez ment. Zsuzsa a házasságára úgy tekint vissza mintha társas magányban élt volna. 2005. egy fontos fordulópontra következett be az életében. Elment agykontrol tanfolyamra, ami megváltoztatta a világról való gondolkodását. 2007-ben lett beteg. Zsuzsa sikolyokat hallott. Több női hangot is hallott, akik a nevére szólították. Úgy érezte, hogy gondolatok jönnek, mennek a fejében. Kellemetlen gondolatoktól szenvedett. Félelem töltötte el, hogy baja eshet a családtagjainak. Nem mert kimenni az utcára, úgy érezte, hogy üldözik. A TV-ben a reklámok kellemetlen gondolatokat ébresztettek. Édesanyja elvitte Zsuzsát a házi orvoshoz, aki beutalta az OPNI-ba. Az OPNI-ban 3 napot töltött. Az OPNI bezárt. A területileg illetékes pszichiátriai gondozóba rövid ideig járt. Egy pszichológus javaslatára kereste meg az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai centrumát 2007-ben. A közösségi pszichiátriai ellátás során a család bevonása is megvalósult a segítő folyamatban. Zsuzsa alternatív segítségként elment Hellinger csoportra családállításra. A család gondozás aktív szakaszában kiderült, hogy Zsuzsa zsidó. A családja ezt a korábbiakban teljesen eltitkolta. Zsuzsa, ahogy visszaemlékezik 16 éves lehetett, amikor a nagynéni temetésén zsidó szertartásnak megfelelően volt a temetés. Akkor már sejtette, de nem tudta, hogy ő is zsidó származású. Édesanyja nem gyakorolta vallását és Zsuzsa véleménye szerint édesanyja nem is tudott a zsidóságával azonosulni. A közösségi pszichiátriai ellátás során számos családi tabu került a felszínre. Zsuzsa megtudta, hogy anyai nagymamája megjárta az auschwitzi koncentrációs tábor, hogy nagypapája nem vérhas áldozata lett, hanem öngyilkos volt. Kiderült még, hogy akiről Zsuzsa azt tudta, hogy az anyai nagymamája az a hölgy igazából az édesanyja nagynénje. Amikor Zsuzsa nagypapája öngyilkos lett a család a nagymamát hibáztatta és a gyereket elvették tőle. Az igazi nagymama tavaly halt meg. Zsuzsa 38 éves volt mikor a férje vesedaganatban meghalt 2009-ben. Zsuzsa hazaköltözött a szüleihez. Később eladta a saját lakását és ahol a szülei élnek vett egy lakást. Szüleitől átköltözött a saját lakásába. Zsuzsa 5 éve nem dolgozik, „le vagyok százalékolva”. Elkezdett angolul tanulni, hogy növelje munkaröpi-

aci esélyeit. Eljár nyelvtanfolyamra és édesanyja is segíti a tanulásban. Új párkapcsolatra tett szert, amit harmonikusnak érez. Baráti kapcsolatai vannak. Kapcsolataiban ő a kezdeményező, a kapcsolatot megtartó. Szabadidejében köt, horgol. Szeret az interneten keresgélni, nézelődni. Aktív tagja a holokauszt túlélői közösségi internetes csoportnak. Zsuzsának 2011-óta nem volt állapotrosszabbodása. Problémáit nem problémának, hanem feladatnak látja, amit meg kell oldani. Ebben a folyamatban önmagát tartja fontosnak. Hanghalló önszorgító csoportra időnként el jár. Felépülésében fontosnak tartja a hatékony gyógyszeres terápiát, a családgondozást és a Hellinger családállítást. Fontosnak tartja, hogy családi titkok a felszínre kerültek, amiket fel kell dolgozni. Erre adott lehetőséget a mentális zavara.

Jelen helyzet:

A mentális zavarára jellemző tünetek megszűntek, déja vu érzései vannak, amit időnként nehezen kezel. A gyógyszerei a kezdetihez viszonyítva csökkentek. Zsuzsa harmonikus párkapcsolatban él. Önálló háztartást vezet, de gyakran vendégeskedik a szüleinél. 3 éve jár angol tanfolyamra és most középfokú nyelvvizsgára készül. Több internetes álláskereső portálon regisztrált, aktívan keres munkát. Célja között szerepel a munkába állás, aktívan eltölteni a szabadidőt. Nyaralni járni. Szeretne agykontrolra járni, de elfogadja, hogy a mentális problémája miatt ez nehézségeket okozhatna. Izgatja a kineziológia is.

2. Beleegyző nyilatkozat

Rövid tájékoztatás a kutatásról

Bulyáki Tünde a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológiai Programjának hallgatója vagyok. A doktori értekezésem témája A mentális zavarral élő emberek felépülése. A téma kutatásához kapcsolódóan interjúkat készítek. Ehhez kérem az ön segítségét. Az interjúk feldolgozása név nélkül valósul meg, a rögzített hanganyag harmadik személyhez nem kerül.

Beleegyző nyilatkozat

Én, szóbeli tájékoztatást kaptam a fenti vizsgálatról és elolvastam a mellékelt tájékoztatót. Lehetőségem volt a kapott információkat megbeszélni, kérdéseket feltenni. Beleegyzem az életútinterjú készítéséhez és részvételem teljesen önkéntes. Tudomásul veszem, hogy a tájékoztató és Írásos Beleegyezési Nyilatkozat egy példányát kézhez kapom.

.....
aláírás

Budapest, 2015.

3. Közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára

- *Állapotfelmérés (1. számú melléklet)*
- *Gondozási terv (2. számú melléklet)*
- *Problémaelemzés (3. számú melléklet)*
- *Korai figyelmeztető tüneteket (4. számú melléklet)*
- *Pozitív érzés kifejezés (5. számú melléklet)*
- *Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés (6. számú melléklet)*
- *Negatív, kellemetlen érzések kifejezése*
- *Aktív figyelem technikájának a fejlesztése (8. számú melléklet)*
- *Problémamegoldó készség fejlesztése (9. számú melléklet)*

1. számú melléklet

AZ ÉLETVITEL FELMÉRÉSE

Hol tölti a legtöbb idejét?
Milyen tevékenységekkel tölti a legtöbb idejét?
Kivel tölti a legtöbb idejét?
Hol töltené legszívesebben az idejét?
Milyen tevékenységekkel töltené legszívesebben az idejét?
Kivel töltené legszívesebben az idejét?
Kivel beszél meg személyes céljait, problémáit?
Kivel beszélné meg legszívesebben személyes céljait, problémáit?
Van-e olyan a következők közül, amelyet kellemetlennek tart és próbál elkerülni? Kellemetlen és elkerült helyszín: Kellemetlen és elkerült tevékenység: Kellemetlen és elkerült ember:
Dátum:
Gondozó aláírása:

PSZICHOSZOCIÁLIS PROBLÉMÁK FELMÉRÉSE

Jelenleg milyen más problémákkal kell szembenéznie a következők közül:
munkahely:
anyagi helyzet:
lakáshelyzet:
tanulás:
szabadidő eltöltése:
barátok:
párkapcsolat:
családi kapcsolat:
gyereknevelés:
etnikai, kisebbségi ellentétek:
alkohol- és kábítószerfogyasztás:
egyéb:
Dátum:
Gondozó aláírása:

A BETEGSÉGGEL JÁRÓ STRESSZ FELMÉRÉSE

Melyek a legfőbb nehézségek, amelyeket a betegsége okoz?			
Mit tesz azért, hogy megbirkózzon ezekkel a nehézségekkel? (Jegyezzük fel a hatékony és hatástalan módszereket is.)			
Az elmúlt 3 hónapban milyen mértékű stresszt, nehézséget okozott családjában a betegsége?			
1: nem okozott	2: enyhe	3: közepes	4: súlyos
Előfordult-e Önnek, hogy levertnek, kedvetlennek érezte magát?		Igen	Nem
Foglalkozott-e az öngyilkosság gondolatával?		Igen	Nem
Kísérelt-e meg öngyilkosságot?		Igen	Nem
Ha igen, hány alkalommal?			
Ha igen, mi az utolsó kísérlet időpontja?			
Szokott-e agresszív lenni?		Igen	Nem
Ha igen, mire vagy kire irányul (más személyekre, tárgyakra, vagy önmagára)?			
Vannak-e olyan hiedelmei, amelyek a környezete számára szokatlanok, irreálisak?		Igen	Nem
Érezte-e már úgy, hogy gondolatai idegenek, szokatlanok, mintha nem az Önéi lennének?		Igen	Nem
Érezte-e már úgy, hogy gondolatai hangossá váltak és mindenki hallja őket?		Igen	Nem
Szokott-e érzékelni, látni, hallani valamit vagy valakit anélkül, hogy azt más is látná, hallaná?		Igen	Nem
Érezte-e már úgy, hogy mások rosszindulatúak, ellenségesek Önnek vagy esetleg másokkal?		Igen	Nem

Van-e olyan érzése, hogy másoknál különb, magasabb rendű vagy különleges képességei vannak?	Igen	Nem
Vannak-e nehézségei a másokkal való kapcsolatteremtésben?	Igen	Nem
Dátum:		
Gondozó aláírása:		

AZ ÖNELLÁTÁS FELMÉRÉSE

Tevékenység	Soha nem okoz problémát	Néha okoz problémát	Gyakran okoz problémát	Mindig problémát okoz
Étkezés				
Testi higiéné				
Pénzkezelés				
Mozgás				
Otthoni tennivalók				

A MENTÁLIS ÁLLAPOT FELMÉRÉSE

Az ellátott betegséggel kapcsolatos ismeretei

Mi a betegsége megnevezése? Milyen tünetei vannak?	
Mi okozta a betegségét?	
Mi súlyosbíthatja a betegségét?	
Mi enyhítheti a betegségét?	
Milyen kezelést kap jelenleg?	
Milyen gyógyszereket szed?	
Milyen előnyei, pozitív hatásai vannak a kezelésnek?	
Milyen nemkívánatos hatásai vannak a kezelésnek?	
Mennyire tartja be a kezelési előírásokat?	
Mennyire elégedett a jelenlegi kezeléssel?	
Mit gondol a betegség jövőbeli alakulásáról?	
Reménykedik-e a teljes gyógyulásban?	Igen - Nem
Dátum:	
Gondozó aláírása:	

1/b. számú melléklet
SZÜKSÉGLETFELMÉRÉS

Ellátott nyilvántartási száma: _____

A kliens a tevékenység elvégzésére					Tevékenység	A szükséges segítségadás formái			
képes	képes, de ne- hézség- gel	nem képes	motivált	nem motivált		nem igényel segítse- get	tanács- adást igényel	irányí- tást igényel	teljes körű, illetve intenzív segít- séget igényel
					Mindennapi életmód, életvitel				
					Megfelelő mennyiségű és minőségű élelem rendszeres biztosítása				
					Megfelelő minőségű, biztonságos lakhatási feltételek biztosítása				
					Anyagi kötelezettségek teljesítése, számlák befizetése				
					Pénzkezelés, pénzbeosztás				
					Írás, olvasás, számolás				
					Hivatalos ügyintézés				
					Bevásárlás				
					Ételek elkészítése				
					Az ételek elfogyasztásához szükséges feltételek kialakítása: tálalás, terítés, illetve az asztal leszedése				
					Étkezéshez kapcsolódó viselkedési és illemszabályok betartása				
					Az ételek megfelelő tárolása, tartósítása				
					Mosás				
					Ruházat vasalása				
					Ruházat javítása				
					Takarítás, a környezeti higiénié megtartása				

					Individuális alapellátás				
					Rendszeres tisztálkodás, ápolts külső fenntartása				
					A ruházat kiválasztása időjárásnak, életkornak, alkalomnak megfelelően				
					Ruházat rendszeres váltása				
					Napirend kialakítása, megtartása				
					Aktív időtöltés, munkavégzés				
					Aktív pihenés, hasznos szabadidő-eltöltés				
					Passzív pihenés				
					Kielégítő alvás				
					Az egyensúly kialakítása és megtartása a szabadidős, a munka- és a mindennapi tevékenységek között				
					Szociális kapcsolatokban tanúsított viszonyulás				
					Harmonikus kapcsolatok fenntartása a családon belül				
					Gyermeké(ei)vel való felelős és harmonikus szülői kapcsolat fenntartása				
					Kapcsolatok kialakítása és fenntartása a szűkebb környezetben				
					Baráti kapcsolatok kialakítása és fenntartása				
					Partnerkapcsolat kialakítása és megtartása				
					Intim kapcsolat, szexualitás				

					A kulturális és közösségi életbe való részvétel				
					Tájékozódás a lehetőségekről				
					Kapcsolatfelvétel, a társasági normák, illemszabályok betartása, beilleszkedés				
					Munkalehetőségek keresése				
					Munkahely megtartása				
					Tájékozódás és kommunikáció				
					Időbeli tájékozódás				
					Tájékozódás ismert környezetben				
					Tájékozódás ismeretlen környezetben				
					Közlekedés gyalogosan				
					Közlekedési eszközök használata				
					Mások számára érthető verbális kommunikáció				
					Nyílt, kezdeményező kommunikáció				
					Kiegyensúlyozott, konfliktusmentes kommunikáció, viselkedés				
					Betegséghez való viszony				
					A betegség, az egyéni tünetek ismerete				
					A pszichés betegséggel való együttélés, a betegség mindennapi tevékenységekre gyakorolt hatásának kiküszöbölése				

					A pszichés betegségből adódó nehéz helyzetek, állapotok önálló befolyásolása, megoldása (szorongás, pánik, hallucinációk stb.)				
					Autoagresszív gondolatok, készletések esetén segítségkérés, megoldáskeresés				
					Agresszív gondolatok, készletések feloldása, segítségkérés				
					A betegség megfelelő kommunikálása személyes kapcsolatban, közösségben, munkahelyen				
					Az egészséges és kiegyensúlyozott állapot iránti igény és egészségmegőrzés				
					Együtműködési hajlandóság a pszichiáter szakorvossal, formális és informális segítőkkel				
					A pszichiáter szakorvos rendszeres felkeresése a rendelésen				
					A panaszok időben történő és a valóságnak megfelelő jelzése				
					A pszichiátriai szakorvosi előírások betartása, rendszeres és pontos gyógyszeresedés				
					Egyéb egészségügyi probléma esetén a háziorvos, kezelőorvos felkeresése				

					A háziorvossal, kezelőorvossal való együttműködés, az előírások betartása (gyógyszersedés, diéta, torna stb.) Krónikus betegségénél a rendszeres kontroll betartása				
					Ételek, italok fogyasztása az étkezések számát és a fogyasztás mértékét tekintve is megfelelően				
					Kiegyensúlyozott, nem egyoldalú étrend, egészséges táplálkozás, amely az esetleges megbetegedés(ek) által követelt étkezési szabályoknak, diétának is megfelel				
					Tudatos, egészséges mértékű kávéfogyasztás				
					Nikotinfüggőség leküzdése				
					Alkoholprobléma leküzdése				
					Drog- és gyógyszerfüggőség leküzdése				
					Fizikai erőnlét megőrzése, rendszeres testmozgás				
					Kisebb egészségügyi problémák önálló kezelése				
					Krízishelyzetek, veszélyeztető magatartásformák elkerülése az egészség és biztonság megőrzése érdekében				
Dátum:									
Gondozó aláírása:									

2. számú melléklet
GONDOZÁSI TERV

Elválaszthatatlan része az 1/a. vagy 1/b. vagy 1/c. melléklet szerinti állapotfelmérés, illetve szükségletfelmérés

Az ellátott célja:	
A természetes támogatók/hozzátartozók személyes céljai:	
A cél megvalósulását akadályozó probléma, gátló tényezők:	
Megállapodás az adott gondozási időszakra:	
<u>A személyes célok érdekében:</u>	
Gonozók által vállalt szolgáltatási elemek, tevékenységek ütemezése:	
A kliens által vállalt feladatok:	
A hozzátartozók/természetes támogatók által vállalt feladatok:	
Multidiszciplináris teambe bevonandó szolgáltatók:	
A gondozási terv, személyes célok áttekintésének, értékelésének időpontja:	
Ellátott aláírása:	
Természetes támogató/hozzátartozó aláírása:	
Gonozó:	
Terápiás munkatárs:	
Gonoznok:	
Dátum:	

3.számú melléklet
A PROBLÉMA ELEMZÉSE

A PROBLÉMA (pontos meghatározása, intenzitása és/vagy gyakorisága):

.....
.....

ELŐZMÉNYEK RÖVIDEN:

.....
.....

KÖZVETLEN KIVÁLTÓ TÉNYEZŐK (Mi történik közvetlenül a probléma jelentkezése előtt? Helyszínek, szituációk, társadalmi vonatkozások, gondolatok, érzelmek, cselekedetek felsorolása.):

.....
.....
.....

KÖZVETLEN KÖVETKEZMÉNYEK (Mi történik közvetlenül a probléma jelentkezése után? Milyen gondolataink és érzéseink támadnak ekkor? Mit cselekszünk mi, ill. a többiek?):

.....
.....
.....

MÓDOSÍTÓ TÉNYEZŐK

a) Mely tényezők enyhítik a problémát, ill. csökkentik bekövetkezésének esélyét? (Teljes körű felsorolás szükséges!)

1. 2. 3.

4. 5. 6.

b) Mely tényezők súlyosbítják a problémát, ill. növelik bekövetkezésének esélyét?

1. 2. 3.

4. 5. 6.

A VÁLTOZTATÁST MOTIVÁLÓ TÉNYEZŐK

a) Milyen előnyökkel jár a probléma kiküszöbölése?

.....
.....

b) Milyen hátrányokkal jár a probléma kiküszöbölése (pl. kevesebb figyelemmel fordulnak felénk, elvárják, hogy dolgozzunk vagy aktívak legyünk, újra fel kell vállalnunk régi kötelezettségeinket)?

.....
.....

AZ EDDIG MEGKÍSÉRELT MEGOLDÁSOK

Soroljunk fel a probléma kiküszöbölésére ezideig tett minden kísérletet (sikereseket és sikerteleneket egyaránt; a szakszerű kezelést, stb. is beleértve).

.....
.....

TÁMOGATÓK (Kinek a segítségére számíthatunk?)

.....
.....
.....
.....
.....

4. számú melléklet

KORAI FIGYELMEZTETŐ TÜNETEK

Név: Dátum:

Állapotom súlyosbodására figyelmeztető korai tünetek:
1.
2.
3.

A felsorolt tünetek bármelyikének észlelésekor a következőket kell tennem:

a)

b)

c)

d)

Gondozóm neve:

Telefonszáma:

Kezelőorvosom neve:

Telefonszáma:

Otthon értesítendő hozzátartozóm:

Telefonszáma:

Ha bármilyen aggályom támad betegségemmel vagy gyógykezelésemmel kapcsolatban, haladéktalanul a következő személyhez kell fordulnom:

Név: Telefonszám:

Dátum: Gondozó aláírása:

5. számú melléklet

POZITÍV ÉRZÉSEK KIFEJEZÉSE

- Nézzen az illető szemébe és szívélyesen szóljon hozzá, mondandóját kísérje barátságos gesztusokkal!
- Mondja el pontosan, hogy mivel sikerült örömet szereznie Önnek!
- Fejtse ki, pontosan mit érzett!

„Igazán jól esett az a csésze tea, amit nekem készített.”

„Megkönnyebbültem, hogy felhívtál.”

„De örülök, hogy benéztél hozzám!”

„Jól esett, hogy ismét együtt vacsorázott a család.”

	Ki szerzett örömet Önnek?	Pontosan mivel?	Ön mit mondott neki?
Hétfő			
Kedd			
Szerda			
Csütörtök			
Péntek			
Szombat			
Vasárnap			

6. számú melléklet

POZITÍV KÉRÉS

- Nézzen az illető szemébe és szóljon hozzá szívélyes hangon!
- Fejezze ki pontosan, hogy mit vár az illetőtől!*
- Mondja el neki, milyen érzéseket vált majd ki Önből, ha teljesítik kérését!

**(használja pl. a következő fordulatokat:*

„Szeretném, ha...”

„Igazán örülnék, ha...”

„Megnyugtatna, ha...”

	Kitől kért valamit?	Pontosan mire kérte meg az illetőt?	Ön mit mondott neki?
Hétfő			
Kedd			
Szerda			
Csütörtök			
Péntek			
Szombat			
Vasárnap			

7. számú melléklet

KELLEMETLEN ÉRZÉSEK (SZORONGÁS, SZOMORÚSÁG, CSALÓDÁS, FÉLTÉKENYSÉG, DÜH, AGGODALOM STB.) KIFEJEZÉSE

- Nézzen az illető szemébe!
- Határozza meg pontosan, hogy mi keltett Önben kellemetlen érzéseket!
- Számoljon be pontosan érzéseiről
(ügyeljen arra, hogy hanghordozása, arckifejezése és mozdulatai alátámasszák mondandóját)
- Tegyen javaslatot arra, mi módon lehetne elősegíteni e kellemetlen érzések megszűnését
(pl. alkalmazza a pozitív kérés módszerét vagy szervezzen problémamegoldó beszélgetést)

HOGYAN FEJEZZÜK KI KELLEMETLEN ÉRZÉSEINKET?

	Mi váltotta ki a kellemetlen érzéseket?	Mit érzett? (Pl. aggodalom, szorongás, bánat, düh, stb.)	Mit javasolt, hogyan lehetne enyhíteni ezeket a nyomasztó érzéseket?
Hétfő			
Kedd			
Szerda			
Csütörtök			
Péntek			
Szombat			
Vasárnap			

9. számú melléklet

PROBLÉMÁK MEGOLDÁSA ÉS CÉLOK ELÉRÉSE

1. lépés: Miben áll a megoldandó probléma, ill. milyen célt kell elérni?

Egészen addig folytatni kell a probléma/cél megvitatását, amíg sikerül azt pontosan meghatározni, és írásba foglalni. Célirányos, tisztázó kérdések feltevésével könnyebb tisztázni a problémát. Az összetettebb problémákat/célokat több részre kell tagolni.

.....

.....

.....

2. lépés: A lehetőségek teljes körű számba vétele – ötletbörze („brainstorming”)

Először minden ötletet jegyezzünk fel, a „rossznak” sőt „ostobának” tűnőket is! A megbeszélés minden résztvevőjét rá kell bírni, hogy tegyen javaslatokat. Ebben a szakaszban NE kíséreljük meg eldönteni, hogy egy ötlet jó-e vagy sem!

1.
2.
3.
4.
5.
6.

3. lépés: Röviden vegyük sorra az egyes javaslatok legfontosabb előnyeit és hátrányait!

A javaslatokat sorra véve, a csoport minden tagja mondja el, miben látja az egyes javaslatok előnyeit és hátrányait! Az elhangzottakat NE foglaljuk írásba!

4. lépés: Válasszuk ki a leginkább megvalósíthatónak tűnő javaslatot!

A meglévő eszközeinkkel (idő, képességek, eszközök, pénz) legegyszerűbben megvalósítható javaslatot válasszuk!

.....

.....

5. lépés: Készítsünk pontos végrehajtási tervet!

Tervezzük el, hogyan teremtjük elő a szükséges eszközöket! Készüljünk fel a várható zökkenők elhárítására! Ismételjük vagy gyakoroljuk be a bonyolult lépéseket!

.....

.....

.....

.....

A végrehajtás felülvizsgálatának tervezett dátuma:

.....

6. lépés: Ellenőrizzük a terv végrehajtásának előrehaladását!

Ismerjük el társaink erőfeszítéseit! Minden egyes szakasz befejezésekor ellenőrizzük a terv megvalósulását. Szükség szerint módosítsuk a tervet, vagy próbálkozzunk más megoldással. Ne lankadjunk, amíg ki nem küszöböljük a problémát, ill. el nem érjük a célunkat!

.....

.....

.....

4. Hanghalló módszer/Maastrichti kérdőív

2012 01 28

A maastrichti kérdőív

Beszélgetés egy hanghallóval

Prof. Marius Romme és Sandra Escher

A Hangok megértése: Kézikönyv a hanghalló személyekkel foglalkozó szakemberek számára (Solal, 2006) c. könyvvel együtt alkalmazandó. (Első megjelenés: Maastricht, 1998.)

1. A hangélmény természete

A kérdőív a hanghalló személyek számára készült azzal a céllal, hogy segítséget nyújtson a hanghallás élményének jobb megértéséhez. Egyúttal ez a szakszemélyzet számára is elsegítheti a hanghallás élménnyel és a hanghallással való megküzdéssel kapcsolatos párbeszédet, lehetővé téve azt, hogy közösen megtalálják a jelenség kezelésének legjobb módját.

1.1 Kérem, beszéljen a hanghallás élményéről, az azzal kapcsolatos tapasztalatairól.

1.2 Az ön által hallott hangokat mások is hallják? Megmagyarázná, hogy miért?

1.3 Honnan jönnek a hangok? (Hol vannak?) Az ön fejében, füleiben, jobb, bal, mindkettő vagy máshol a testen kívül?

1.4 Az ön által hallott hangok öntől származnak vagy valaki mástól? (Azt próbáljuk megállapítani, hogy hogyan érzékeli a hangokat, amikor hallja azokat.) A hangok önben belülről jönnek vagy valamely kívülálló személytől, vagy valami másból? Meg tudná magyarázni, miért?

1.5 Tud beszélgetni a hangokkal vagy bármilyen más módon érintkezni velük? Tudna mondani egy példát?

2. A hangok tulajdonságai

2.1 Egy vagy több hangot hall? Hányat? Ez mindig így volt? Változott a hangok száma? A hangok mindig ugyanazok a hangok voltak?

2.2 Meg tudná jelölni, hogy kiké a hangok vagy milyen neveket ad a hangoknak? Mit mondanak önnek, milyen hangnemben és milyen gyakorisággal hallja azokat? (név, életkor, nem, mondanivaló).

2.3 A hangok (vagy a hangok valamelyikének) beszédmodora és az általa használt hangnem emlékezteti-e valakire, akit ismer vagy korábban ismert? Ha igen, kire?

3. A hanghallás élmény anamnézise

3.1 Térjünk vissza ahhoz a pillanathoz, amikor először hallott hangokat. Hány éves volt, amikor először hallott hangokat? Vissza tud emlékezni arra, hogy az egyes hangokat (lásd 2.2) mikor kezdte hallani? Életének melyik másik pillanataiban hallott még hangokat?

3.2 Le tudná írni minden hanghoz azokat a körülményeket, amikor először hallotta?

3.3 Az alábbi listában felsorolt élethelyzetek és körülmények közül melyek történtek meg önnel és hány éves volt az esemény megtörténte?

Körülmények

igen/nem életkor

Stresszelő változások

Életében először egyedül él

új lakhelyre költözés, új iskola, új város, falu

tanulmányok kezdete

megbukás a vizsgán

munkanélkülivé válik elbocsájtás/csődbe megy

munkahely/munka/beosztás változás

nyugdíjazás/munkaképtelenség

A gyermek, gyermekek elköltözése otthonról

Anyagi adósság/anyagi nehézségek

Betegség és elhalálozás

Fizikai sérülés/súlyos betegség

Kórházi beutalás/altatásos beavatkozás

Közeli családtag vagy közeli barát elhalálozása

Körülmények

igen/nem életkor

Egy igen kedves háziállat kimúlása

Egy kedves lény súlyos betegsége

Pszichiátriai intézeti kezelés

Szembesülés az öngyilkossággal vagy az öngyilkossági kísérlettel

Szerelem és szexualitás

Válás/egy intim kapcsolat megszakadása

menstruációs problémák/(nem kívánt) terhesség

visszautasított szerelem

Jelentős feszültségek otthon vagy párkapcsolatában

Társadalmilag kevésbé elfogadott szexuális formákkal való szembesülés:
homoszexualitás, exhibicionizmus, pedofília,

Váratlan változás párkapcsolatában, saját vagy partneri hűtlenség

Vallás, spiritualitás, misztikus vagy kozmikus élmények

spiritiszta szeánszon, sátáni rituálén, spirituális eseményen való részvétel

Vallási közösségen, szektán belüli problémák

egyéb

3.4 A fenti feszültségek valamelyike vagy egyszerre több is kapcsolódik a hanghallás kezdetéhez? Ha igen, le tudná írni, hogy hogyan?

4. Mi váltja ki a hangokat

4.1 Megfigyelte, hogy a hangok leginkább akkor jelentkeznek, amikor valamilyen adott tevékenységet folytat vagy valamilyen adott helyzet áll elő? Leírná ezt? (Pl. vásárlás, tv nézés, főzés, amikor egyedül van a szobában stb.)

- 4.2 Hogy érzi magát, mikor olyan helyzetbe kerül, amely kiváltja önnél a hangot (lásd. fent) ?
- 4.3 Vannak olyan meghatározott időszakok (napközben, éjszaka, hétvégén, valamilyen adott időpontban), amikor a hangok megjelennek vagy nem jelentkeznek? Van elképzelése arról, hogy miért van ez így?
- 4.4 Megfigyelte, hogy a hangok valamilyen adott tárgyak felől jönnek, pl. a tévéből? Milyen tárgyaktól?
- 4.5 Megfigyelte, vajon a hangok akkor jelentkeznek-e, amikor valamilyen érzés is felmerül önben? Nézze át az alábbi listát: Melyik érzelmeknél jelentkeznek a hangok?
- | | | | |
|--------------------------|---------|----------------------------------|----------------------|
| biztonság hiánya | félelem | kétség | szerelem |
| harag vagy agresszivitás | | | |
| saját szexuális érzelmei | | más személyek szexuális érzelmei | |
| féltékenység | bánat | fáradtság | szomorúság/levertség |
| boldogság | magány | | |
- Le tudná írni, hogyan reagálnak a hangok? (Pl. ellenkeznek önnel, hasznosak-e vagy félelmet keltők és feleslegesek?) Vannak valamilyen hatással az ön által érzett érzésekre pl. növelik vagy csökkentik a búskomorságát vagy az örömét?

5. Mit mondanak a hangok

- 5.1 Pozitív (barátságos) hangokat hall? Mit mondanak? Kérem, mondjon egy példát, idézze szó szerint, mit mondanak.
- 5.2 Negatív (barátságtalan) hangokat hall? Mit mondanak? Kérem, mondjon egy példát, idézze szó szerint, mit mondanak.
- 5.3 A hangok adott témákról vagy személyekről beszélnek? El tudná mondani? Mit mondanak? Ezek a témák önt is érintik?

6. Hogyan magyarázza ön a hangok eredetét?

- 6.1 Mivel ön hangokat hall, talán megpróbált magyarázatot találni erre a jelenségre. Talán már ki is alakította magának a hangok jelentésének értelmezését, ahogy ezt a szakemberek és mi mindnyájan többiek is tesszük. Ugyanakkor meglehet, hogy nem ugyanarra gondolunk, mivel képzettségünkben adódóan más referencia keretben vizsgáljuk a hangok jelentését (ez gyakran orvosi vagy biológiai szemléletből fakad). Itt minket az érdekel, hogy ön mit gondol, mik a hangok okai és hogyan lehet ezeket a hangokat beazonosítani. Feleljen igen/nemmel.

A hangok egy élő személytől származnak

1. valaki, aki az ön mindennapi életének részét képezi
2. szülei, vagy egy másik családtag

3. valaki, aki ön számára ismeretlen

A hangok egy elhunyt személytől származnak

4. akit ön nagyon jól ismert

5. valaki, akit nem ismert

A hangok:

6. egy betegség tünete

7. az ön személyiségének egy vagy több része (az ön tudatalattijában)

8. egy jó úti vezető

9. egy fantom vagy valaki a múltból (reinkarnáció)

10. az istenek, a fantomok vagy az angyalok

11. egy jóságos istenség

12. egy rossz szellem vagy az ördög

13. jelenségek (egy szellemi lény vagy egy láthatatlan hatalom, mely jelen van: ön egy jelenlétet érez vagy hall)

14. rendkívüli érzékelések (telepátia, médium)

15. mások fájdalmából vagy az ön körül lévő valamilyen dologból jönnek.

6.2 Szeretném megvitatni önrel a hangjai eredetére vonatkozó értelmezését.

7. Milyen hatással vannak a hangok az ön életvitelére?

7.1 Hogyan próbálják a hangok befolyásolni önt? Kérjük, mondjon egy példát.

1. Megoldást javasolnak egy problémára.

2. Tanácsot adnak és segítik önt.

3. Elmondják azt, hogy ön mit csinál vagy gondol.

4. Kommentálják azt, amit ön csinál vagy gondol vagy megjegyzéseket tesznek azokra a személyekre, akikkel ön érintkezik.

5. Annyira uralják az ön gondolatait, hogy nem képes megkülönböztetni a saját gondolatait a hangok gondolataitól.

6. Sértegetik önt vagy nagyon kritikusak önrel szemben azzal kapcsolatban, amit szívesen csinál.

7. Megtiltják önnek azt, amit szívesen csinál.

8. Felerősítik az ön érzelmeit.

9. felerősítik az önt foglalkoztató gondolatokat.

10. Félbeszakítják azt, amit szívesen csinál.

11. Közbebeszélnek, amikor ön valaki máshoz beszél.

12. Parancsokat adnak önnek, hogy tegyen meg valamit.

A hangok befolyása milyen hatással van önre vagy másokra? Hogyan érik el a hangok ezt a hatást? (jelenlétükkel vagy azzal, ahogyan kimondják a dolgokat)?

7.2 Van némely hang, amellyel ön elégedett? Miért? Ez mindig így volt?

7.3 Van olyan hang, amely félelmet kelt önben? Miért? Mindig félelmet okoztak önnek? Mondjon, kérem, egy példát.

7.4 A hangok megzavarják az ön mindennapi tevékenységét? Milyen módon? Milyen mértékben teszik önt a hangok tehetetlenné? Mondjon, kérem, egy példát.

7.5 Hogyan éli meg a hangokat? Feleljen igen/nemmel
túlnyomóan pozitívak, túlnyomóan negatívak
túlnyomóan semlegesek egyszerre pozitívak és negatívak

8. A kapcsolat kiegyensúlyozottsága

Szeretnénk megkérdezni, milyen kapcsolata van önnek a hangokkal.

8.1 Képes ön ilyen vagy olyan módon befolyásolni a hangokat? Szokta ezt tenni? Kérem, mondjon egy példát.

8.2 Ellenőrzése alatt tartja a hangokat? Ez mindig így volt? Kérem, mondjon erre egy példát. Írja le, hogyan tartja ellenőrzése alatt a hangokat.

8.3 Képes ön beszélgetést folytatni a hangokkal? Szokta ezt csinálni? Hangosan beszél, vagy magában beszél, amikor velük beszél? (vagy mind a két módon?) Hogyan reagálnak a hangok? Mindig így reagáltak? Ha nem, miért? Kérem, mondjon egy példát.

8.4 Előfordul némelykor, hogy ön sértegeti a hangokat? Ha igen, hogyan teszi ezt, magában beszél vagy fennhangon?

8.5 Képes ön arra, hogy megtagadja a parancsokat? ha igen, milyen parancsokat képes ön visszautasítani és melyeket nem képes? Mi történik, amikor ön visszautasítja azt, amit a hangok megparancsolnak önnek?

8.6 Képes ön arra, hogy félbe szakítsa a hangokat és arra, hogy újra hívja ket?

8.7 Képes ön arra, hogy a hangokra koncentráljon, amikor jelen vannak, oly módon, hogy pontosan tudja, hogy mit mondanak. Változik ez attól függően, hogy melyik hangról van szó és mikor történik?

8.8 Amikor a hangokat hallja, arra koncentrál első sorban, amit a hangok mondanak vagy arra, amit éppen csinál? Függ-e ez a helytől és az időponttól?

9. A védekezés és ellenállás stratégiája

Az előzőekben áttekintettük az ön kapcsolatait a hangokkal. Szeretném megtudni, hogy pontosan mit tesz, amikor hallja a hangokat. Amennyiben az előbbi kérdések valamelyikére a válasza igen, kérem, mondja meg, hányszor próbálta meg és az milyen eredménnyel járt.

A kognitív stratégiák

9.1 A hangok elűzése

9.2 Nem veszünk tudomást a hangokról

9.3 A hanghallásra koncentrálok

9.4 Szelektíven hallgatom a hangokat

9.5 Valami másra gondolok

9.6 Tárgyalok a hanggal

9.7 Határokat szabok

Viselkedésre vonatkozó stratégiák

9.8 Elkezdek csinálni valamit

9.9 Megpróbálok elmenekülni a hangtól

9.10 Telefonálok vagy meglátogatok valakit

9.11 Szórakozom

9.12 Leírom azt, amit a hangok mondanak

9.13 Valamilyen rituálét hajtok végre

Fizikai stratégiák

9.14 Relaxációs gyakorlatok mint pl. a jóga

9.15 gyógyszerek

9. 16 alkohol vagy kábítószer

9. 17 élelmiszer

Összegezés

9.18 Milyen védekező stratégiákat alkalmaz leggyakrabban? Milyen gyakorisággal alkalmazza azokat? Rendszeresen alkalmazza? Ha nem, miért nem?

9.19 Milyen hatása van az ön által leggyakrabban alkalmazott stratégiáknak?

9.20 Amikor számít rá, hogy a hangok meg fognak jelenni bizonyos helyzetekben, akkor előre eltervezi, hogy milyen módon fog szembe nézni az adott helyzettel, azaz keres valamilyen alternatív megoldást, elkerüli az adott helyzetet vagy megtiltja saját magának, hogy engedjen a befolyásnak?

9.21 A múltban kipróbált-e olyan dolgokat, amelyekről úgy tűnt, hogy segítenek? Miért nem használja már ezeket a stratégiákat?

10. Gyermekkori élmények

A gyermekkor mindegyikünk számára nagyon különböző élményt jelenthet, van, aki szívesen emlékezik rá vissza, míg mások szeretik maguk mögött tudni, mihelyt lehetséges. Ön hogy tekint vissza a gyermekkorára?

10. 1 Az ön gyermekkorára kellemes volt vagy stresszes? Kérem, írja le, milyen volt a gyermek-kora.

10. 2 Az iskolában, az utcán, otthon biztonságban érezte magát? ha nem, kérem magyarázza el, miért nem.

10.3 Gyermekkorában előfordult, hogy bántalmazták? Hogyan?

10.4 Gyerekkorában érték valaha furcsa büntetések? Pl. bezárták a vécébe vagy megkötözték?

10.5 Amikor gyerek volt vagy serdülőkorban legorombították vagy sértegették? Volt valaha olyan érzése, hogy nem örülnek a létezésének vagy volt olyan érzése, hogy nem képes bármi jót is csinálni?

10.6 Volt tanúja annak, hogy valamely családtagját bántalmazták? Kit?

10.7 Volt tanúja szexuális erőszaknak a családjában vagy máshol? Kit érte ez?

10.8 Volt olyan szexuális kapcsolata, melyre akarata ellenére rákényszerítették és amelytől nem sikerült elmenekülnie? Kérem, írja le ezt a helyzetet.

11. A kezelés története

Szeretnénk többet megtudni az orvosi előtörténetéről. Például fordult-e már pszichiátriai szolgálatához, pszichológushoz, terapeutához vagy tanácsadóhoz? Ha igen, milyen segítséget kapott és milyen hosszú ideig?

év, kórház, gondozóközpont, terápia típusa, időtartam, a kezelés oka (hangok és vagy más dolgok)

11.2 Beszért a hangokról valamelyik terapeutának vagy ápoló személynek?

11.3 Mit csináltak a hangokkal kapcsolatban, azaz gyógyszert írtak fel, ha igen, milyeneket, pszichoterápiát vagy más terápiát?

11.4 Fordult valaha is segítségért alternatív gyógyászattal foglalkozó személyhez? Pl. akupunktúra, gyógyteák, bioenergia, homeopátia, paranormális gyógyászat, reinkarnációs terápia stb. Hasznosnak bizonyult?

12 Társadalmi hálózat

A másokhoz fűződő kapcsolatok az élet jelentős részét teszik ki. Ezért arra kérem, beszéljen azokról a személyekről, akikkel személyes kapcsolatban áll és minden olyan más személyről is, aki fontos az ön számára. A sorrendnek nincs jelentősége és neveket sem kell megadnia. A kezdőbetűk vagy valamilyen megjelölés mint „fiam” elegendő. Szeretnénk azt is tudni, vajon tudnak-e a hangok létezéséről és tud-e ön velük beszélni azokról.

Sorszám	név	
Tud a hangok létezéséről		igen/nem
Tud-e ön beszélni velük a hangokról		igen/nem

XI. Irodalomjegyzék

Ács A.- Gordos E. (2017): A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása. In: Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékkal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. Szerk.: Perlusz A. A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest 2017. pp 58-66

Amering M.,Schmolke M. (2009): Recovery in Mental Health Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities. Published: Wiley-Blackwell. A John Wiley & Sons, Ltd., Publication 2009

Aronson E. (1972): Az előítélet. In.: A társas lény. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Budapest 1992. Budapest. pp. 233-277. A mű eredeti címe: The Social Animal. 1972

Bakonyi P. (1984): Téboly, terápia, stigma. Szépirodalmi Könyvkiadó Budapest.

Balogh J.,Bulyáki T., Falloon I.R.H, Gordos E., Harangozó., Kristóf R. (2004): A közösségi pszichiátria alapszolgáltatásai. In: Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek. Szerk.: Harangozó J., Szabó K.. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet és Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest 2004. pp 19-22

Balogh J.,Bulyáki T.,Falloon IRH.,Gordos E.,Harangozó J.,Kristóf R. (2004): A közösségi ellátás modelljei. In: Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek. Szerkesztő: dr. Harangozó Judit, Szabó Krisztina. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet és Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest 2004. pp 23-25

Balogh J.,Bulyáki T.,Falloon IRH.,Gordos E.,Harangozó J.,Kristóf R. (2004): Az esetmenedzseri rendszer. In: Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek. Szerkesztő: dr. Harangozó Judit, Szabó Krisztina. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet és Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest 2004. pp 33-51

Barcy M.(2012): Konfliktus és előítélet. In: Konfliktusok és előítéletek. A vonzások és taszítások világa. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. pp 113-150

Bateson, C.D., Bolen, M.H., Cross, J.H. és Neuringer-Benefiel, H.E. (1986.): Where is the altruism in the altruistic personality? Journal of Personality and Social Psychology, 50. 212-220.

Békés V.(2008): A trauma reprezentációjának változásai holokauszt – narratívákban PHD disszertáció

Bittner J.: A hallgatás leplének szétszakítása. Immanuel Alapítvány 2015

Boda A., Horváth Sz.(200) : Történelmi áttekintés. In: A rehabilitáció gyakorlata. Szerk.: Huszár I.,Kullmann L.,Tringer L.. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2000. pp 9-13

Buda B.(2011): II. Egy gyógyászati szakterület kibontakozása. A pszichiátria fejlődéstörténete-általánosságban. In: Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre. Szerk.: Egyed I.. Háttér Kiadó 2011. pp 41-63

Bugarszki Zs. (2003): A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. Esély 2003/1 pp.67-87

Bulyáki T. (2012): Pszichés zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek hatékony munkarehabilitációja (A közösségi gondozó a rehabilitációs folyamatban). In: Kövér Á.szerk. Hegyesi Gábor Emlékkönyv. (pp. 59–69.) Budapest: ELTE Társadalomtudományi Kar Szociálismunkás-képző Tanszék.

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

Bulyáki T. , Harangozó J. (2016) : Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In: A közösségi pszichiátria kézikönyve (e-book). Szerk.: Bulyáki T., Harangozó J. Ébredések Alapítvány, Budapest 2016. pp 316-326

Bulyáki T., Gordos E., Mérey Zs.(2019): A közösségi pszichiátriai ellátás oktatásának programja. Jóváhagyta: Dr. Kásler Miklós miniszter. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság. Budapest.

Bulyáki T., Harangozó J. (2004). Munkarehabilitáció. In: Harangozó J., Szabó K. szerk.. Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szakembereknek. Periféria Füzetek, 2. (pp. 117–118.) Budapest: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.

Bulyáki T., Harangozó J. (2016): Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In: A közösségi pszichiátria kézikönyve. Ébredések Alapítvány pp. 316–326.

Bulyáki T., Harangozó J., Falloon, I. R. H. (2004): Hatékony munkarehabilitáció pszichiátriai és pszichoszociális problémákkal élők számára. Budapest. Ébredések Alapítvány.

Bulyáki T., Kaszásné I., Gallai I., Harangozó J. (2018): Mi a felépülés? In: A közösségi pszichiátria kézikönyve. Szerk.: Bulyáki T., Harangozó J. Ébredések Alapítvány, Budapest 2018. pp 7-14

Ciardiello, J.(1981): Job placement success of schizophrenic clients in shelterd workshop program. Vocational Evolution and Work Adjustment . Schizophrenia Buletin, 1981/14.pp 125-129

Cook R. M. et al (2003): Vocational Rehabilitation for Person With Schizophrenia: Reccent Resarch and Imlication for Practice. In: Schizophrenia Buletin 2000/26.(1) pp. 87-103

Corrigan, P.W., A.C. Watson, and V. Ottati,(2003): From whence comes mental illness stigma? Int. J. Soc. Psychiatry, 2003 Jun. 49(2): pp. 142-57.

Corrigan, P.W., et al.(2001): Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. Schizophr. Bull., 2001. 27(2):pp. 219-25.

Corrigan, P.W., S.A. Kuwabara, and J. O’Shaughnessy (2009): The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction. Journal of Social Work, 2009. 9 (2): pp. 139-147

Crowther, R. M. et al.(2001): Helping people with wevere mental illnes to obtain work. Systemic review BMJ 2001.01.27. 322: 204-8pp

Csabai M., Molnár P. (2009): A stresszel és a betegséggel való megküzdés. In: Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2009. 144-159

Csabai M., Molnár P. (2009): Az egészség változásaival kapcsolatos észlelt kontroll. In: Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2009. 74-88

Csíkszentmihályi M. (1991): Hogyan adjunk értelmet életünknek? In.: Flow-Az áramlat. Akadémia Kiadó, Budapest 2001 pp.275-306

Drake R. E., et al. (1999): A Randomised Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients with Severe Mental Disorders. Arch Gen Psychiatry/Vol.. 56

Drake, R. E. et al. (1996): A randomised Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients with Severe Mental Disorders. Archives of General Psychiatry, 56, pp.627–633.

Eagly, A.H. and S. Chaiken, Attitude structure and function. 1998.

Falloon I.R.H., Graham-Hole V., Fadden G. (1998): Az Integrált Pszichiátriai Ellátás módszertana. A magyar változatot az Ébredések Alapítvány adta ki.

Francis A. (2014): Strengths-based Assessments and Recovery in Mental Health: Reflections from Practice. In.: International Journal of Social Work and Human Services Practice Horizon Research Publishing Vol.2. No.6 Dec, 2014, pp. 264-271

Foucault M. (2000): A betegség és a személyiség egyéni története. In: Elmebetegség és pszichológia. Corvina Kiadó 2000. pp 36 (Első kiadás 1955)

Gerbner, G. (2002) A média rejtett üzenete. Osiris Kiadó, MTA-ELTE Kommunikációelméleti Kutatócsoport

Goffman E. 1963: Stigma és szociális identitás. In.: Megismerés,előítélet, Identitás. Szociálpszichológiai szöveggyűjtemény. Szerk.: Erős Ferenc. Új Mandátum Könyvkiadó 1998. pp 263-296 pp. A mű eredeti címe és megjelenése: Stigma and Social Identity, in: Stigma. englewood Cliffs, 1963. 1-40

Goldenberg I., Goldenberg H. (2008): A családterápia fejlődése és gyakorlata. A család eredete és fejlődése. In: Áttekintés a családról. Első kötet. Animula Kiadó, Budapest 2008 pp.133- 167

Gomory T.- B. Erdős M., Kelemen G. (2006) : Kényszer vagy együttműködés? Vitatott kérdések a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában. In: Esély 2006/5 pp 101-129

Hamilton, D.L. and T.L. Rose,(1980): Illusory correlation and the maintenance os stereotypic beliefs. J. Pers. Soc. Psychol., 1980. 39: pp. 382-845.

Harangozó J. (2018): A stressz szerepe. In: Bulyáki T., Harangozó J. (szerk.), Közösségi Pszichiátria Kézikönyve. Ébredések Alapítvány, Budapest. pp 73-79

Harangozó J. (2000): Közösségi pszichiátria - mint a lakóhelyi rehabilitáció modellje. Huszár

I., Kulmann L., Tringer L. (szerk) In: A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. pp. 131-147

Harangozó J. (2006): Bizonyítékon alapuló pszichoszociális intervenciókkal való közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. Trixler M., Tényi T.(szerk). In: A szkizofrénia pszichoterápiája. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest. pp. 253-297

Harangozó J., Bodrogi A., (2009): A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás. In: A Pszichiátria Magyar Kézikönyve. Szerk.: Füredi J., Németh A., Tariska P.. Medicina, Budapest. pp. 570-594

Harangozó J., Bodrogi A., Nemessuri J., Bulyáki T.(2008) : A Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum és az Ébredések Alapítvány tevékenységének bemutatása.

Harangozó J., Gombos G., Szabó L. (2002). Szkizofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról. Egy 2001 nyarán a TÁRKI által végzett közvélemény – kutatás bemutatása. Psychiatria Hungarica, (17) 2,pp 141–155.

Harangozó J., Gombos G., Szabó L. (2002): Szkizofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről,gondozásukról. (Egy, 2001 nyarán, a Táarki által végzett közvélemény kutatás bemutatása. Psychiátria Hungarica. Vol. 17.2002/2. pp.141-155.

Harangozó J., Szita B., Bese B., Mérey Zs., Gallai I (2015): Trauma, dissociation, schizophrenia, and the split mind of professionals. Annals of Psychiatry and Mental Health, 14 Sept

Harangozó J., Tringer L., Gordos E.,Kristóf R., Wernning R., Slezák A.,Lörintz Zs., Varga A.,Bulyáki T. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. Lege Artis Medicine 2001. pp 573-586

Hardai I. szerk. (1996): A személyközpontú megközelítés elmélete és alkalmazása a segítő szakmában. Szöveggyűjtemény. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola

Harday I. (2004): Az elfogadás művészete. Akadémiai Kiadó. Budapest

Havelka J. (2011): A transzgenerációs traumaátvitel egy lehetséges módja. PHD disszertáció 2011.

Herczog M. (2007): Gyermekbántalmazás. Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalomszolgáltató Kft, Budapest. pp: 63-113

Hermann J. (2011): Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig. Háttér Kiadó- Nane Egyesület. Budapest.

Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation

Kálmán Zs.,Könczei Gy. (2002): A Taigetosztól az Esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó Budapest.

Kosza I. (1996): Rehabilitáció a magyar pszichiátria történetében. In: A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatának kézikönyve. Akadémiai Kiadó, Budapest 1996. pp 11-31

Kovai M.(2016): Lélektan és politika. Pszichotudományok a magyarországi államszocializmusban 1945–1970. Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem, L'Harmattan Kiadó, 2016

Könczei Gy. (1994): „ Mégis kinek az érdeke?” A fogyatékkutatás és fogyatékpolitika útja a rehabilitációtól a független életig. MTA, Akadémiai doktori értekezés. Budapest, a Rák ellen, az Emberért, a Honlapért Társadalmi Alapítvány

Kramer P.D. (1995): Bevezetés. In: Valakivé válni. A személyiség születése. Edge 2000 KFT. Budapest 2014. Az eredeti kiadás 1961. A fordításhoz felhasznált kiadás 1995. pp.9-16

Lauber, C., et al. (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 429: pp. 51-9.

Légmán A. : Az örület és örültek helye a társadalomban. Magyar pszichiátriai ellátórendszer és az egyén viszonya. Doktori disszertáció. 2011

Lieberman, R.P, Kopelowicz, A. (2002): Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st Century. *Internacional Review of Psychiatry* 2002; 14:242-255

Lieberman, R.P. (2010): A családok bevonása a kezelésbe és a rehabilitációba In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010. pp 277-365

Lieberman, R.P. (2010): A pszichiátriai rehabilitáció alapelvei és gyakorlata. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010. pp 37-89

Lieberman, R.P. (2010): A rehabilitáció a felépülés útja. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010. pp 1-37

- Liberman, R.P. (2010): A rehabilitációs ellátás eszközei. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, 2010.pp 407-451
- Liberman, R.P. (2010): Foglalkozási rehabilitáció. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010. pp 365-407
- Liberman, R.P. (2010): Funkcionális vizsgálat. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010. pp 153-195
- Liberman, R.P. (2010): Különleges ellátás különleges embereknek. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010.pp 451-507
- Liberman, R.P. (2010): Szociális készségek fejlesztése. In: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai, Budapest 2010. pp 195-277
- Liberman, R.P. (2010): A családok bevonása a kezelésbe és a rehabilitációba. In.: Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve. Oriold és Társai Kiadó, Budapest 2010. pp. 278-363
- Link, B.G., et al., (1999) : Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am. J. Public Health, 1999. 89 (9): pp. 1328-33.
- Link, B.G., Phelan, J. C.(2001): Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology. 2001. 27: pp. 363-385.
- Lysaker P. et al.(1993): Work capacity in schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry 1993/44. 278-280 pp
- Martos T.: Célok, Tervek, Törekvések. I. Elméleti megfontolások és alkalmazási lehetőségek. In.: Magyar Pszichológiai Szemle, 2009, 64. 2. pp.337–358.
- Mérey Zs. (2019): Hanghallás példatár. A hang szimbólikus üzeneteinek megfejtése. Ébredések Alapítvány, Budapest 2019.
- Mérey Zs.(2018): A felépülés elvű pszichiátria térnyerése. In: Hanghallás példatár. A hang szimbólikus üzenetének megfejtése. Ébredések Alapítvány Budapest. pp 7-10
- Mérey Zs., Csontos E. (2017): Egy csodálatos elme a John Nash életéről készült film, dokumentumfilm és életrajz összevetése, valamint tanulságok a hanghalló módszer számára. In.: LAM 2017;27(6–7):pp. 284–295.

Mérey Zs., Mérey D., Gallai I. (2018): A hanghallásról hitelesen, közérthetően. In: In: Bulyáki T., Harangozó J. (szerk.), *Közösségi Pszichiátria Kézikönyve Budapest, Ébredések Alapítvány* pp. 121-135

Muser K.T. et al. (2000): Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 2000/13. 27-35 pp

Nieradzik, K. and R. Cochrane (1985): Public attitudes towards mental illness- The effects of behaviour, roles and psychiatric labels. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 1985. 31: pp 23.

Parcesepe, A.M. and L.J. Cabassa (2013): Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm. Policy Ment. Health*, 2013. 40 (5): pp. 384-99.

Patsch F. SJ (2010): A helyzetfüggő segítség etikája: paternalizmus és autonómia összefüggései a segítői helyzetben. *Sapientia*

Rácz, J., Kassai, Sz., Pintér I.N. (2016): Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *Szakirodalmi összefoglalás. Magyar Pszichológiai szemle*, 2016, 71. 2/4 313-336

Raiff, N. R., Shore, Barbara K (1993).: *Advanced Case Management: New Strategies for the Nineties* – Sage Publ. London

Rapp, Ch. A., Goscha, Richard J.(2012): *The Strengths Model: A recovery – oriented approach to mental health services* – Oxford University Press. Oxford.

Read J, van Os, J, Morrisons, AP, Ross, CA (2005): Childhood trauma, psychosis and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112, 330-50 pp

Révész György (2004): *Szülői bánásmód- Gyermekbántalmazás*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.

Rogers CR. (2003): *Valakivé válni. A személyiség születése*. Edge 2000 KFT. Budapest 2014. Az eredeti kiadás 1961. A fordításhoz felhasznált kiadás 1995.

Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens D., Morris M. (2009): *Living with voices- 50 stories of recovery*. Magyar változat: *Hangokkal élni- 50 felépüléstörténet*. Ébredések Alapítvány, Budapest 2018. pp 12-26

Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens D., Morris M.: Hangokkal élni. 50 felépülés-történet. Ébredések Alapítvány, Budapest 2018

Sartorius, N. (2006): Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. Psychol. Health Med., 2006. 11 (3): pp. 383-388.

Simon D., Tausz K. (2017) : A pszichoszociális akadályozottsággal élők az adatok tükrében. In: Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. Szerk.: Perlusz A. A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest 2017. pp 107-130

Slade, M. (2009): Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals - Cambridge University Press. Cambridge.

Spindel, P.(2008): Case Management form an empowerment perspective – Spindel Associates Inc.

Szabó Gy. (2017): A mentális zavarokkal élőket sújtó stigma kutatása. Konzulens: Dr. Harangozó Judit a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrumának vezető pszichiátere.

Szabó L. (1999): A szociális esetmunka kialakulása és elméleti hátterei. Szociális Munka Alapítvány, Budapest.

Szabó L. (2003): Esetmenedzselés a segítő munkában: A segítő munka környezeti tényezői. In: A szociális esetmunka gyakorlata. Wesley Kiadó. Budapest, 2003. pp 114-134

Szabó L. (2008): Intenzív esetmenedzselési modellek a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában. In: Esetmenedzseri tevékenység a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában. Szigony Alapítvány, Budapest 2008. pp 90-110

Szabó L.(2008): A pszichiátria útja a zárt intézettől a közösségi ellátásig. In: Esetmenedzseri tevékenység a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában. Szigony Alapítvány 2008. 7-18pp

Szabó L.(2009): Esetmenedzsmet, in: Közösségi Pszichiátriai Koordinátor és Gondozó Képzés, Jegyzet. NSZFI, Budapest. pp 58-107

Sztancsik V. (2017): A szkizofrénia betegség reprezentációja és a megbélyegzés. Doktori értekezés. Témavezető: Dr. Hab. Pék Győző

Tremkó M., Tóth A., Molnár R., Petke Zs. (2016): A spiritualitás megjelenése a szenvedélybetegek 12 lépéses kezelési modelljében. In.: LAM 2016;26(11–12):503–512.

Tringer L. (1992): A gyógyító beszélgetés. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ, Budapest.

Tringer L. (2010): A pszichiátria rövid története. In: A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest 2010. pp 17-33

Tringer L. (2010): A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest pp 55-58, 415, 420-425

Udvari K. (2011): Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. Esély 2011/5 pp. 100-118

Varese F, Barkus E, Bentall RP.(2012): Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. Psychol Med. 2012; 42: pp 1025-1036.

Vizi J., Ferenczi- Dalos Gy.: Gyermekbántalmazás és igazságügyi pszichiátria. In: Balázs J. és Miklósi M. (szerk.) (2015): A gyermek-és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve pp:2-4 Budapest, Semmelweis Kiadó.208-2018

Walker R., Winick W., Frost E., Liberman P. (1969): Social restoration of hospitalized psychiatric patients through a program of special employment in industry.Rehabilitation Literature, 1969/30 297-303 pp

Walsh F. (2016): A deficit- szemlélettől az erő kutatásáig. In.: A családi rugalmasság erősítése. Animula Kiadó . Budapest 2016 pp. 30-34

Whitehead C.W. (1997): Shelterd workshop study: A nationwide report on shelterd workshops and their employment of handicapped individuals. In: Workshops Survay, Vol. 1., Washington, D.C.: U.S. Department of Labor Service.

Yehuda R., Daskalakis N.P., Bierer L.M.,Bader H.N., Klengel T., Holsboer F.,Binder E..B (2015).: Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation Biological psychiatry, 2015

Letöltések:

A Ron Coleman-sztori. Fordította: Dudik Annamária Éva (2015)

<https://ebredesek.hu/a-ron-coleman-sztori/>

Letöltés: 2019. augusztus 5

Babity M. (2005): Gyermekbántalmazás- felismerés, megelőzés, kezelés. Oktatási segédanyag a „Gyermekbántalmazás, megelőzés, kezelés” c. fakultációhoz pp: 10-19. Budapest: Eötvös József Főiskola, http://kulvarosialdozatsegites.hu/files/docs/gyermekbantalmazas_megelozes_kezeles.pdf. Letöltés dátuma: 2018. szeptember 15

Cook Ch., Powell A. , Sims A (2009) Spirituality and Psychiatry. London. Referátum: Tremkó M. (2016): Spiritualitás és a pszichiátria.

http://www.elitmed.hu/ilam/recenzio/spiritualitas_es_a_pszichiatra_13496/

Csontos E. (2017): Folyóhoz A Medret.

<https://ebredesek.hu/csontos-erika-folyohoz-a-medret/>

Letöltés: 2019. augusztus 5.

Csontos Erika: Szétmálló hangerdő.

<https://ebredesek.hu/csontos-erika-szetmallo-hangerdo/>

Letöltés: 2019. augusztus 5

Freckska E. (2018): A betegséget nem lehet csak biológiai oldalról megközelíteni.

<https://www.webbeteg.hu/cikkek/portre/22340/dr-freckska-edde-interju>

Gy. Kiss E. (2012): A személyiség pozitív erőforrásai. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla

(szerk). (2012): Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában. Budapest, Oriold és Társa Kiadó. 1-16

https://www.researchgate.net/profile/Eniko_Kiss/publication/260192299_A_szemelyiseg_pozitiv_eroforrasai/links/0a85e5301563506516000000/A-szemelyiseg-pozitiv-eroforrasai.pdf

Harangozó J. (2010): Óh, Trieszt, Trieszt.

[http://lefnet.hu/index.php?_NOMOCMS\[entityname\]=pages&_NOMOCMS\[entityid\]=15](http://lefnet.hu/index.php?_NOMOCMS[entityname]=pages&_NOMOCMS[entityid]=15)

Letöltés: 2019. október 13.

Henderson R.C. et al.(2014): Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008-2012. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

October 2014, Volume 49, Issue 10, pp. 1599-1608 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-014-0875-3>

Letöltés 2019.augusztus 01

Herczog N.: Még a holokauszt túlélők dédunokáit is megbetegíti a múltbeli trauma.
<https://magyarnarancs.hu/lelek/megfagyott-ido-119011>. Letöltve 2019. augusztus

Herold K. , Bulyáki T. , Szabóné M. (2018): Szakmai ajánlás, Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére. Jóváhagyta: Nyitrai Imre helyettes államtitkár. Kiadta: Czibere Károly államtitkár
http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatricai_Betegek_Kozossegi_Ellatasanak_Ajanlasi.pdf

Hidvégi B. (2019): Génjeinkben hordozzuk elődeink traumáit. <https://nlc.hu/lelek/20190428/generaciokon-at-oroklodo-traumak/> Letöltés: 2019. augusztus 1.
<http://nyitnikek.hu/>

Marius Rommeék Konferenciájának anyaga
<http://www.nyitnikek.hu/index.php?p=hanghallok>
Letöltés: 2019. augusztus 5

Mizsur A.: (2017): „A függőségem az én szupererőm”
https://hvg.hu/itthon/20170111_nyiro_gyula_korhaz_oszagos_pszichiatricai_es_addiktologiai_intezetet_petke_zsolt_alkoholizmus_fuggoseg
Letöltés 2019.augusztus 01.

Mizsur A. (2018): Az orvosok és rokonok is ellehetetleníthetik a skizofrének életét
<https://ebredesek.hu/az-orvosok-es-rokonok-is-ellehetetlenithetik-a-skizofrenek-eletet/>
Letöltés: 2019.augusztus 01.

Pap Á. (2016): Gyógyulás és hit.
https://mindenlehet.blog.hu/2016/02/27/gyogyulas_es_hit

„Recovery & the Conspiracy of Hope”: Pat Deegan’s 1996 Call to Arms! Come Hear Pat this Wednesday at the NYAPRS Conference.
<https://www.nyaprs.org/e-news-bulletins/2018/9/18/recovery-the-conspiracy-of-hope-pat-deegans-1996-call-to-arms-come-hear-pat-this-wednesday-at-the-nyaprs-conference>
Letöltés: 2019. augusztus 27.

Tremkó M. (2016) Referátum: Spiritualitás és a pszichiátria
http://www.elitmed.hu/ilam/recenzio/spiritualitas_es_a_pszichiatrica_13496/

Vályi R.(2008): Az altruizmus jelensége a társadalomtudományban.
<http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-833/kotojelek2007/TPUBL-A-833.pdf>
Letöltés: 2019.08.05.

Kéziratok:

Bulyáki T., Gallai I., Harangozó J., Szabó L.: Felépülés a mentális zavarból.

Harangozó J.: Az önsegítés hatalma.

Harangozó J.: Új összefüggésekről és új gyakorlatokról a közösségi ellátásban.
A stresszkutatásról, a traumákról, a felépülés- értékek gyakorlati megvalósulásáról,
a szakemberek és az önsegítők szerepének változásáról.

Harangozó J.: A posztpsychiatriáról.

Ábrajegyzék

1. számú ábra. Hieronymus Boch : Bolondok hajója (1490-1500)

Képforrás: [https://www.google.com/search?q=Hieronymus+Bosch+:+Bolondok+hajó+ja+\(1490-1500\)&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiOutaU28_jAhWQxosKH](https://www.google.com/search?q=Hieronymus+Bosch+:+Bolondok+hajó+ja+(1490-1500)&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiOutaU28_jAhWQxosKH).

Letöltés:2019.07.25.

2. számú ábra. „Gyógyítás” a 19. század elején

A centrifuga-szerű eszköz percenként százhusz fordulatra volt képes. A páciens „belső tisztulását” hánytatással kívánták elősegíteni.

Képforrás: https://www.nzz.ch/archiv_1986-1.8191088

Letöltés:2019.07.25.

3. számú ábra. Tony Robert-Fleury: Philippe Pinel leveteti a láncot az elmebetegekről egy elmeegógyintézetben

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=Q3E5XYuRBrPMgwfhlb2YBQ&q=Philippe+Pinel+&oq=Philippe+Pinel+&gs_l=img.3..0i19j0i30i19j0i5i30i19j0i30i19i4j0i5i30i19i3.30649.36617..37418...0.0..0.128.5443.49j9.....0....1..gws-wiz-img.ONHL0nJ2EPI&ved=0ahUKEwjLvviD3M_jAhUz5uAKHeFKD1MQ4dUDCAY&uact=5#imgcr=6MuyT-WZ3OmQHIM:.

Letöltés: 2019.07.25.

4. számú ábra. Szász János: Ópium- Egy elmebeteg nő naplója 2007

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=a-XE5XanCFYmvUMaMneAI&q=sz%C3%A1sz+j%C3%A1nos+%C3%B3pi-um&oq=Sz%C3%A1sz+J%C3%A1nos&gs_l=img.1.3.0l2j0i5i30j0i2417.71500.78684..81707...0.0..0.342.2620.11j12j0j1.....0....1..gws-wiz-img.....0..0i19j0i5i30i19j0i30i19j0i67.zJaf-BubBSil#imgrc=X8QzDiibeKI98M:

Letöltés: 2019.07.25.

5. számú ábra. Szász János: Ópium- Egy elmebeteg nő naplója 2007

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=a-XE5XanCFYmvUMaMneAI&q=sz%C3%A1sz+j%C3%A1nos+%C3%B3pi-um&oq=Sz%C3%A1sz+J%C3%A1nos&gs_l=img.1.3.0l2j0i5i30j0i2417.71500.78684..81707...0.0..0.342.2620.11j12j0j1.....0....1..gws-wiz-img.....0..0i19j0i5i30i19j0i30i19j0i67.zJaf-BubBSil#imgrc=1PL8oMXSaq-GLM:

Letöltés: 2019.07.25.

6. számú ábra. XIII. századi utazó orvos Európában. A betegek sorban állnak. Gyógyszert ad és kézrátételt gyakorol (felső kép), majd továbbáll (alsó kép).

Forrás: A pszichiátria társadalmi beágyazottsága. Írta: Tringer László dr. 2007

7. számú ábra. A börtönszerű bécsi Narrenturm.

Képforrás: <http://gedenkstaettesteinhof.at/de/ausstellung/01-vom-narrenturm-zum-steinhof>

Letöltés: 2019.07.25.

8. számú ábra. Az erdélyi országos tébolyda Nagy-Szebenben. Vasárnapi Újság, 1866

Képforrás: <http://members.iif.hu/visontay/ponticulus/rovatok/limes/fonagy-zoltan-bolondok-tornya.html>. Letöltés: 2019.07.25.

9. számú ábra. A lipótmezei országos tébolyda. Haske rajza. Vasárnapi Újság, 1869

Képforrás: [.https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=P-HQ5XdfaL47BUuiLrBA&q=A+lip%C3%B3tmezei+orsz%C3%A1gos+t%C3%A9bolyda.+Haske+rajza.+Vas%C3%A1rnap+Uj-s%C3%A1g%2C+1869&oq=A+lip%C3%B3tmezei+orsz%C3%A1gos+t%C3%A9bolyda.+Haske+rajza.+Vas%C3%A1rnap+Uj-s%C3%A1g%2C+1869&gs_l=img.12...1114299.1120120..1121893...0.0..0.157.5487.36j20.....0....1j2..gws-wiz-img.....0.2LR7idjUVDs&ved=0ahUKEwjX6JHv3s_jAhWOOBQKHeg-FCwIQ4dUDCAY#imgrc=lgT24xCNJ3NWGM:.](https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=P-HQ5XdfaL47BUuiLrBA&q=A+lip%C3%B3tmezei+orsz%C3%A1gos+t%C3%A9bolyda.+Haske+rajza.+Vas%C3%A1rnap+Uj-s%C3%A1g%2C+1869&oq=A+lip%C3%B3tmezei+orsz%C3%A1gos+t%C3%A9bolyda.+Haske+rajza.+Vas%C3%A1rnap+Uj-s%C3%A1g%2C+1869&gs_l=img.12...1114299.1120120..1121893...0.0..0.157.5487.36j20.....0....1j2..gws-wiz-img.....0.2LR7idjUVDs&ved=0ahUKEwjX6JHv3s_jAhWOOBQKHeg-FCwIQ4dUDCAY#imgrc=lgT24xCNJ3NWGM:) Letöltés: 2019. 07. 25.

10. számú ábra. Fotó: Szebeni András, Bakonyi Péter 1984-ban megjelent, Téboly, terápia, stigma című könyvében

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=Enk-5Xeq1Foy2UsXSp_gN&q=++Bakonyi+P%C3%A9ter+1984-ban+megjelent%2C+T%C3%A9boly%2C+ter%C3%A1pia%2C+stig-ma+c%C3%ADm%C5%B1+k%C3%B6nyv%C3%A9ben&oq=++Bakonyi+P%C3%A9ter+1984-ban+megjelent%2C+T%C3%A9boly%2C+ter%C3%A1pia%2C+stig-ma+c%C3%ADm%C5%B1+k%C3%B6nyv%C3%A9ben&gs_l=img.12...7954.11958..14528...0.0..0.223.2375.5j14j1.....0....1..gws-wiz-img.VUWWzwhe-7po&ved=0ahUKEwjqhK948_jAhUMmxQKHUXpCd8Q4dUDCAY#imgrc=mGgdbBB-s4tx2tM: . Letöltés: 2019. 07. 25.

11. számú ábra. Pszichiátriai betegek és Szenvedélybetegek részére közösségi alapellátás szolgáltatók száma megyénként. Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság.

12. számú ábra. Pszichiátriai betegek és Szenvedélybetegek nappali ellátása szolgáltatók száma megyénként. Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

13. számú ábra. A kiszolgáltatott helyzetű kliens jellemzői (Rapp, Goscha 2012:33-51)

14. számú ábra. A „hatalommal felruházott” kliensek jellemzői (Rapp, Goscha 2012:33-51)

15. számú ábra. Frida Kahlo: A megsebzett szarvas 1946.

Képforrás: https://www.google.com/search?q=frida+kahlo+sebzett+szarvas&tbm=isch&tbs=rimg:CfQyRHh7jTBHijiAkjX4fZ22Too85T5Se6ALbTVBirjfVkrZ1_1druv-8RCAGu9_14ZMrVo2g7UORC6TNc1nGQz4P9Q0ioSCYCSNfh9nbZOEQqGzxravpxhK-hIJjzIPIJ7oAsRB0IXb_1FxrOkqEgltNUGKuN9WShHoWmXkFUtI_1ioSCdnX92u6_1xEIEZQpEh3aCmYEKhIJAa73_1hkYtWgReUZiJfstN6cqEgnaDtQ5ELpM1xFmdBmD6fY-KlyoSCTWcZDPg_11DSEW0lq3y_1QmKd&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKEwj_9LC0k9DjA-hWjsaQKHU4zB8YQ9C96BAgBEBg&biw=1347&bih=638&dpr=1#imgrc=gJI1-H2dtk5_uM: Letöltve: 2019.07.25.

16. számú ábra. Frida Kahlo: Henry Ford Kórház vagy A repülő ágy (Henry Ford Hospital) 1932.

Képforrás: <https://www.google.com/search?q=frida+kahlo&tbm=isch&tbs=rimg:CV7cynu-H0vtqIjgrwiAAT9o5V4pWhxVvUq2-9YXPOUuZavP1HYLnRvhrIqsm2U-PQ-GGrlge6UCUI3PD892jH>

Letöltés: 2019. 07. 25.

17. számú ábra. Frida Kahlo: Unos cuantos piquetitos! 1935

Képforrás: https://www.google.com/search?q=frida+kahlo&tbm=isch&tbs=rimg:CT39zgn-XZlhIjgB_1Qu8HHtNDTpcuA8m3q03RyBcacpN1NEmot_1Vs-SkzL5Ewr-06X7Gm0G0XoMR8Tmy_1VJRbbg91GyoSCQH9C7wce00NEfnc0CvSh1TzKhIJoly4DyberTcR0CbqSLkPtUwqEglHIFxpyk3U0RFZW1-02-JCUCoSCSai39Wz5KTMEfzagOpD-wz-OKhIJvkTCvTpfsaYRYpf2hfn0HKQqEgnQbRegxHxObBFDZVET9Mr7jyoSCb9UIF-tuD3UbEezX4Wtebj_1F&tbo=u&sa=X&ved=2ahUKEwjP8Jy1u9DjAhVCKewKHTFD-ChAQ9C96BAgBEBs&biw=1347&bih=589&dpr=1#imgcr=JqLflbPkpMzvXM: Letöltés: 2019.07.25.

18. számú ábra. Generációk a deportáló vonatnál.

Képforrás: http://www.holokausztmagyarorszagon.hu/index.php?section=2&type=pics&chapter=5_2_3 Letöltés: 2019.07.25.

19. számú ábra. A hallgatás leplének szétszakítása.

Képforrás: https://www.google.com/search?q=a+hallgat%C3%A1s+lepl%C3%A9nek+sz%C3%A9tszak%C3%ADt%C3%A1sa&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjsp7n2w-HjAhVvk4sKHSkPD3oQ_AUIESgB&biw=1347&bih=638#imgcr=-Jihafssw-ZxP-M: Letöltés: 2019.07.25.

20. számú ábra. Claire Henderson: A stigma manifesztálódása.

21. számú ábra. Az élet mely területén érte hátrány? Tárki 2001. Harangozó, Gombos, Szabó 2002.

22. számú ábra. Ébredések - Sziget Fesztivál

23. számú ábra. Ébredések - Sziget Fesztivál

24. számú ábra. Vincent van Gogh: Önarckép levágott füllel 1889.

Képforrás: https://hu.wikipedia.org/wiki/Vincent_van_Gogh#/media/F%C3%A1jl:Van-Gogh-self-portrait-with_bandaged_ear.jpg
Letöltés: 2019.08.11.

25. számú ábra. Gulácsy Lajos: Az ópiumszívó álma 1913-1918.

Képforrás: https://www.google.com/search?q=gul%C3%A1csy+lajos&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjT-r_vo_rjAhUhmYsKHAgANgQ_AUIESgB&biw=1345&bih=638#imgcr=vTA98pv8uPyiwM: Letöltés: 2019.08.11.

26. számú ábra. Edvard Munch: A sikoly 1893-1910.

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1345&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=vs-FPXbHIJvXRgwfYi7-QCA&q=munch+sikoly&oq=munch+sikoly&gs_l=img.3...132175.142015..142529...0.0..0.120.2411.12j12.....0....1..gws-wiz-img.....0..0i67j0j0i24j0i30.VFw2zKqxcCY&ved=0ahUKEwixn7zwo_rjAhX16OAKHdjFD4IQ4dUDCAY&uact=5#imgrc=aUocxTnbMt5_iM: Letöltés: 2019.08.11.

27. számú ábra. Salvador Dali: Krisztus a kereszten. 1954.

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1345&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=2S-RQXZzwCYzagwe8sZOoBQ&q=salvador+dali+krisztus+a+kereszten&oq=dali+krisztus&gs_l=img.1.1.0j0i5i30.64582.68449..73837...0.0..0.113.798.7j2.....0....1..gws-wiz-img.....0i67j0i30.2NKgLpGPVA4#imgrc=xKwFDstpojCp-M: Letöltés: 2019.08.11.

28. számú ábra. Támasznyújtás rendszere. Neuff er 2009: 185 idézi Udvardi 2011:8

29. számú ábra. Gulácsy Lajos: Varázslat (A varázsló kertje) 1906-1907.

Képforrás: https://www.google.com/search?q=gul%C3%A1csy+lajos&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwifxaKETorkAhXypIsKHcz_DVQQ_AUIESgB&biw=1345&bih=638#imgdii=uW50f2IDtJcRxM:&imgrc=n-K-Q-kbH3DWyM: Letöltés: 2019.08.11.

30. számú ábra. Száll a kakukk fészkére.

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1347&bih=638&tbm=isch&sa=1&ei=-H4ZFXfCdIceEjLsPxeit8A4&q=sz%C3%A1ll+a+kakukk+f%C3%A9szk%C3%A9re&oq=sz%C3%A1ll+&gs_l=img.1.0.0i4j0i24i6.4078677.4082631..4084715...0.0..0.126.2033.21j3.....0....1..gws-wiz-img.....0..0i67.HSVB3PWRNoE#imgrc=v1Hc9zoBlIfO8M:
Letöltve: 2019.08.03.

31. számú ábra. Marc Chagall: Printemps 1938.

Képforrás: https://www.google.com/search?biw=1345&bih=589&tbm=isch&sa=1&ei=xP-NXXeXpNrWc1fAPwrK82A8&q=marc+chagall+&oq=marc+chagall+&gs_l=img.3..0i2j0i30i8.116585.119310..119983...0.0..0.100.858.9j1.....0....1..gws-wiz-img.....0i8i30.WH4ER-qB_zs8&ved=0ahUKEwjl2_zs9InkAhU1ThUIHUIZD_sQ4dUDCAY&uact=5#imgrc=un-7RYu786stuKM:

Letöltve: 2019.08.03.

32. számú ábra. Csontváry Kosztka Tivadar: Zarándoklás a cédrusokhoz Libanonban 1907.

Képforrás: https://www.google.com/search?q=Zar%C3%A1ndokl%C3%A1s+a+c%C3%A9drusokhoz+Libanonban&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi-kqCBqIfkA-hWwIIsKHeXtDYkQ_AUIESgB&biw=1345&bih=589#imgrc=yqxLc8nuSQAAMM:

Letöltve: 2019. augusztus 16.

33. számú ábra. Személyre szabott munkakeresési terv.
34. számú ábra. Az ellátottak megoszlása aktivitás szerint (ellátottak száma: 201 fő).
35. számú ábra. Aktív ellátottak bekerüléskor.
36. számú ábra. Inaktív ellátottak bekerüléskor.
37. számú ábra. Aktív ellátottak jelenleg vagy kigondozáskor (N = 112).
38. számú ábra. Inaktív ellátottak jelenleg vagy kigondozáskor (N = 89).
39. számú ábra. Az ellátottak megoszlása aktivitás és nemek szerint (N = 201)
40. számú ábra. Az aktív ellátottak megoszlása életkor és nemek szerint.

Bulyáki Tünde: Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába

A felépülésnek nincsen egységes meghatározása, mivel maga az egyéni utazás egyedi és személyes. Az egyik meghatározás, amelyre a szakemberek, kutatók és a felhasználók leggyakrabban hivatkoznak az Anthony (1993) által kínált definíció, amelyben a felépülés mélyen személyes, egyedülálló folyamat a hozzáállás, értékek, érzések, célok, készségek és/vagy szerepek megváltoztatásához. Ez egy kielégítő, reményteljes és hozzájáruló élet megélhetésének módja, még a mentális zavar által okozott akadályokkal, korlátozottsággal is. A felépülés magában foglalja az új élet értelmének és céljainak kifejtését, amikor az ember meghaladja a mentális zavar katasztrófájának következményeit (Francis 2014). A felépülés néhány olyan jellemzője, amelyet gyakran idéznek: egyedülálló és személyes utazás, normál emberi folyamat, folyamatos tapasztalat, ritka az egyedüli utazás, nem lineáris- az eredmények mellett kudarcok is lehetnek.

A felépülés sok ember számára küzdelem. A küzdelem a tünetek súlyosságából, a gyógyszeres kezelés mellékhatásaiból, jelenlegi vagy múltbeli traumából és fájdalomtól, nehéz társadalmi-gazdasági helyzetből, a mentális egészségügyi szolgáltatások igénybevételének tapasztalataiból származhatnak (Davidson, Rose 2007 idézi Amering, Schmolke 2009).

A felépülést objektív és szubjektív módon is meg lehet határozni. Objektív szempontból akkor mondhatjuk, hogy valaki felépült a mentális akadályozottságból, ha nincsenek olyan tünetei, melyek akadályozzák a mindennapi tevékenységeiben, képes az önálló életvitelre, önállóan menedzseli a pénzügyeit, gyógyszereit önállóan kezeli, ha munkaröpiaci aktivitása van, vagy tanul, ha képes baráti, társas kapcsolatok kialakítására és megtartására, ha viszonylag bensőséges családi kapcsolatokat tart fent. Szubjektív szempontból a felépülés magába foglalja a reményteli, szebb jövőbe vetett hitet, azt, hogy a személy felelősséget vállal a döntéseiért, a saját életért és rendelkezik olyan készségekkel, amelyek segítik őt a döntéseiben. A klinikumban dolgozó szakemberek inkább az objektív, mérhető kritériumra helyezik a hangsúlyt, míg a mentális zavarral élő személyek a felépülésre utaló szubjektív jeleket hangsúlyozzák, a mentális zavar okozta akadályozottsággal való megküzdés képességét, az örömteli célok elérésének képességét. Amennyiben a felépülésre objektív klinikai szemszögből nézünk rá, akkor a felépülés a normális korlátok közötti működést

jelenti (Lieberman 2010). Lieberman szerint (2010) ahhoz, hogy úgy tekintsünk egy emberre, hogy felépült a mentális zavarából a következőknek kell teljesülnie:

„ - A diagnózis felállításában szerepet játszó tünetek olyan mértékű tartós remissziója, hogy sem gyakoriságukban, sem súlyosságukban nem érhetik el a klinikai szintet.

- Teljes munkaidőben vagy részmunkaidőben végzett gyakorlati szereptevékenység, például munka vagy iskola, ami hasznos, eredményes és az életkorának megfelelő.
- Családtagok vagy más gondozók felügyelete nélküli életvitel, amely során az egyén önállóan vállal felelősséget a mindennapi szükségletei kielégítéséért, mint például a pénzügyei kezelése, a gyógyszerszedés, a megbeszélte időpontok betartása, a bevásárlás, egy étel elkészítése és a személyes tulajdonáért.
- Bensőséges családi kapcsolatok.
- Megfelelő helyeken és körülmények között végzett szabadidős tevékenységek.
- Kielégítő kapcsolattartás a kortársakkal, amelyek a barátokkal, társakkal való aktív kapcsolatteremtést, és a szociális háló kiépítését is magában foglalja.”

(Lieberman 2010: 17)

A felépülést, ha szubjektív szemszögből vizsgáljuk a felépülő számos szubjektív érzést és objektív tényezőt él meg. Így például a reményt, felhatalmazottságot, spirituális erőt, önsegítést, a stigmatizáció leküzdését. A felépülést számos szakirodalom egy utazásként definiálja. Egy olyan utazásként, amely a tünetek alól való felszabadulás jellemez, egy pozitív pszichológiai fejlődés mely visszaadja az értelmes, örömteli élet éléséhez a hitet. Mit gondolhatnak a mentális zavarral élő személyek a felépülésről? Hogyan látják, hogy milyen tényezők segítik elő ezt a pozitív pszichológiai fejlődést? Ezekre adott válaszok megismerése elősegíthetik azt, hogy jobban megértsük a felépülés folyamatát. Továbbá, ha ismerjük a felépülést elősegítő tényezőket, hatékonyabb pszichoszociális rehabilitációt tudunk biztosítani. A felépülés a mentálhigiénés rendszer vezető alapelvevé vált, amelynek eredményeként olyan gondozást és szolgáltatásokat kell támogatni, amelyek megkönnyítik az emberek életében folyamatban lévő változásokat. A felépülés társadalmi és interperszonális kontextusban bontakozik ki (Topor, Borg, DI Girolamo és Davidson, 2011 idézi Francis 2014).

Jelen munkának a célja, hogy feltárja azt, hogy a mentális zavarral élő személyek mit gondolnak a felépülésről, hogyan látják, milyen tényezők segítik elő a pozitív pszichológiai fejlődést, felépülést

Bulyáki Tünde: JOURNEY FROM MENTAL DISORDER TOWARDS RECOVERY

Recovery does not have uniform determinants since the individual journey is unique and personal. One determinant most often cited by professionals, researchers and other users is the definition put forward in Anthony (1993), in which recovery is deeply personal, a unique process encompassing attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles occasioning change. It is a way of living a satisfying, hopeful, associated life even with obstacles and constraints caused by mental disorder. The recovery contains within itself the purpose of the new life and expression of the goals, when the person transcends the mental disorder catastrophic consequences (Francis 2014). Some of the characteristics of recovery often quoted: a unique and personal journey, normal human process, continuous experiences, individual travel is rare, non linear, among the results there can be failures.

For many people recovery is a struggle. The struggle can stem from the severity of the symptoms, the side effects of medication, current and past trauma and pain, difficult socioeconomic circumstances and the experience of using mental services (Davidson, Rose 2007 quoted in Amering, Schmolke 2009).

Recovery can be defined both objectively and subjectively. Objectively we can say that someone has recovered from mental disability if there are no symptoms that hinder everyday activity, are capable of independent living, manage their financial affairs by themselves, handle medication on their own, have a connection with work or study, are they able to create and keep connections with friends and associates and if they maintain relatively close family ties. Subjectively, recovery contains within itself the expectation of a belief in a brighter future, that the person takes responsibility for decisions and his/her own existence and is equipped with the skills which help facilitate decisions. Specialists working in clinics place emphasis on objective measurable criteria while people suffering mental disorder emphasise the subjective signs that point to recovery, the ability to struggle against mental disorder obstacles and the ability to achieve pleasurable goals. Looking at recovery from an objective clinical perspective, recovery means functioning within normal constraints (Lieberman 2100).

According to Liberman for us to accept that person has recovered from a mental disorder the following have to be fulfilled:

-The symptoms for a diagnosis are in such a sustained remission that in frequency and severity they do not reach a clinical level.

-Roles undertaken full or part time in work or education that are useful, productive and age appropriate.

-Living without the supervision of family members or other carers, the individual independently assumes responsibility for everyday necessities, for example—financial management, medication, punctuality, shopping, cooking and personal property.

-Intimate family relationships

-Leisure activity in appropriate places and surroundings

-Satisfying contact with peers that encompasses active connection and social network creation among friends and acquaintances. (Lieberman 2010: 17)

If we examine recovery from a subjective perspective, the person recovering experiences several subjective feelings and objective factors. Thus for example hope, empowerment, spiritual strength, self-help and overcoming stigma. Recovery is defined as a journey in much of the literature. A journey characterised by liberation from symptoms, a positive psychological development that restores faith in leading a meaningful life. What can people living with mental disorder think about recovery? How do they observe the kinds of factors that help this positive psychological development? Understanding the answers to these questions can aid in better understanding the recovery process. Furthermore if we know the factors that promote recovery we can provide more effective psychosocial rehabilitation. Recovery has become a fundamental principle of the mental health system, consequently there is a need to support care services that ease the ongoing changes in people's lives. Recovery unfolds in a social, interpersonal context (Topor, Borg, Di Girolomo and Davidson 2011 quoted in Francis 2014).

The aim of the present work is to reveal what people with mental disorder think about recovery and how they see what factors promote positive psychological development and recovery.

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1, Bulyáki T. (2016): Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák. ELTE TÁTK, Budapest 2016. ISBN 978-963-284-791-7

2, Bulyáki T., Harangozó J. (2018): Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. Szerk: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány Budapest, 365-394, 2018.

ISBN 978-615-00-1809-6

3, Bulyáki T., Gordos E. (2018): Pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek munkarehabilitációja. In: *A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*. Szerk.: Perlusz Andrea, A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány Budapest, 93-107, 2017. ISBN 978-963-12-8507-9

4, Bulyáki T, Kaszás Jánosné I, Gallai I, Harangozó J. (2018) : Mi a felépülés? In: Bulyáki Tünde, Harangozó Judit (szerk.) *Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. Ébredések Alapítvány Budapest, 7-14 2018. ISBN 978-615-00-1809-6

5, Bulyáki T.: Pszichoszociális fogyatékossgal élők és családjaik támogatása, a közösségi pszichiátria ellátás lehetőségei. In.: Kucsrea Csaba, Rácz Andrea (szerk.) *Életfordulók- Gyerekkortól Időskorig*. Szociálpedagógia 15/ 2020. Apor Vilmos Katolikus Főiskola Vác 179- 201 2020. ISSN 2064-2709

6, Bulyáki T., Gallai I., Kaszás Jánosné I., Harangozó J., Szabó L. (2021): Felépülés a mentális zavarból. *Alkalmazott Pszichológia* (megjelenés alatt).

7, Bulyáki T. : A közösségi pszichiátria bemutatása. Hogyan segíti elő a közösségi ellátás a mentális zavarral élő személyek felépülését? In.: *Tudományos Gondolkodás és kutatás a szociális munkában*. (megjelenés alatt).

8, Maurilio GM Tavormina, Giuseppe Tavormina, Eugenio Nemoianni, Francesco Franza, Immacolata d' Errico, Maria Grazia Spurio, Romina Tavormina, Nicolas Zdanowicz, Stephanie De Mesmaeker, Judit Harangozó, Anna Nyulászi, **Tünde Bulyáki**, Ivan Urlic, Andrea Russo and Marc Agius: THINKING OF PSYCHIATRIC DISORDERS AS „NORMAL” ILLNESS. Data from a questionnaire on social stigma:

a multicenter studis. In: *Psychiatria Danubina*. 2016, Supplement 1, volume 28.: 1-184
ISSN 0353-5053. UDC 616.89

További közlemények

9, Bulyáki T., Kaszás I., Gallai I., Harangozó J., Szabó L. (2021): The Journey from Mental Disorder Towards Recovery. *Psychiatria Hungarica* –angol nyelvű kiadványa (megjelenés alatt)

10, Bulyáki T., Bugarszki Zs., Szabó L. (2001): Gondolatok a pszichiátriai betegeknek nyújtott szociális szolgáltatások jövőjéről, in. *Háló* 2001/december

11, Bulyáki T., Falloon, I.R.H., Harangozó J. (2004) : Hatékony munka- rehabilitáció pszichiátriai és pszichoszociális problémákkal élők számára. *Ébredések Alapítvány*, Budapest, 2004

12, Bulyáki T. (2004) : Munkarehabilitáció. In.: *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek*. Szerk.: Harangozó Judit, Szabó Krisztina. *Periféria* füzetek 2004/2 Egészségügyi, szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Budapest, 2004, 113-122

13, Bulyáki T., Harangozó J. (2016): Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve (E-book)*. Szerk: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. *Ébredések Alapítvány* Budapest, 316-328, 2016.

ISBN: 978-963-12-5980-3

14, Bulyáki T. (2016): Támogatott lakhatás In.: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. 2016. (e-book) Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. *Ébredések Alapítvány*, Budapest 2016, 328-332. ISBN: 978-963-12-5980-3

15, Bulyáki T., Szécsi J. (2018) : Paranormatív kihívások. In: *A fiatalok lehetőségeinek kibontakoztatása*. Szerk.: Csákvári Judit, Cs. Ferenci Szilvia. *ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar*, Budapest, 20 76-116. ISBN:978-963-7155-82-6

https://edit.elte.hu/xmlui/static/pdfs/web/viewer.html?file=https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/40207/A%20fiatalok%20lehet%c5%91s%c3%a9geinek%20kibontakoztat%c3%a1sa_A.pdf?sequence=5&isAllowed=y

16, Bulyáki T. (2018): Támogatott lakhatás. In: *Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. Szerk.: Bulyáki Tünde, Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest 355-362 2018.

ISBN 978-615-00-1809-6

17, Bodrogi A., Gordos E., Bulyáki T. (2002): Integrált Pszichiátriai Ellátás az Alkoholbeteg Gyógykezelésében. In: *Addiktológia Hungarica* 2002/I. szám

18, Bodrogi A., Bulyáki T., Harangozó J., Gordos E., Falloon R.H. (2006):
Szenvedélybetegek közösségi rehabilitációjának módszertana. In: *Kísérletek a szenvedélybetegek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon*. Szerk: Berényi András. Forrás Lelki Segítők Egyesülete, Debrecen 2006 63-109

19, Bodrogi A., Harangozó J., Bulyáki T., Falloon I.R.H. (2014): *A közösségi Addiktológia kézikönyve*. Ébredések Alapítvány, Budapest 2014.

20, Falloon, I.R.H., Bulyáki T., (2016): Személyes célok kitűzése a felépülés útján. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. (e-book). Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest 7-15. 2016. ISBN: 978-963-12-5980-3.

21, Falloon, I.R.H., Bulyáki T., (2016): A sikeres kommunikáció alapjai – Alkalmazzuk az aktív figyelem módszerét a problémák és célok pontos meghatározására. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. 2016.(e-book). Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest 2016, 36-45. ISBN : 978-963-12-5980-3.

22, Falloon, I.R.H., Bulyáki T., (2016): A sikeres kommunikáció alapjai –Problémamegoldás és célkitűzések valóra váltása a felépülés útján. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. 2016. (e-book). Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest 2016, 45-52. ISBN : 978-963-12-5980-3.

23, Falloon, I.R.H., Bulyáki T., (2018): Személyes célok kitűzése. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest . 15-25 2018. ISBN 978-615-00-1809-6

- 24, Falloon, I.R.H., Bulyáki T., (2018): A sikeres kommunikáció alapjai – Alkalmazzuk az aktív figyelem módszerét a problémák és célok pontos meghatározására. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest 47-59 2018. ISBN 978-615-00-1809-6
- 25, Falloon, I.R.H., Bulyáki T., (2018): A sikeres kommunikáció alapjai –Problémamegoldás és célkitűzések valóra váltása a felépülés útján. In: *A Közösségi Pszichiátria Kézikönyve*. Szerk.: Bulyáki Tünde, dr. Harangozó Judit. Ébredések Alapítvány, Budapest 59-67 2018. ISBN 978-615-00-1809-6
- 26, Harangozó J.,Tringer L., Gordos E., Kristóf R., Werrnig R.,Slezák A., Lőrincz Zs., Varga A., Bulyáki T.(2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában, in. *Lege Artis Medicinae*, 2001
- 27, Harangozó J., Bodrogi A., Nemussuri J., Bulyáki T.(2008): A Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum és az Ébredések Alapítvány tevékenységének bemutatása .in.: *Psychiatria Hungarica XXIII.évf.2008/4*
- 28, Herold K., Bulyáki T., Szabóné Cs.M. (2018): Szakmai ajánlás közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére. EMMI 2018
- 29, RÁCZ A., BULYÁKI T., SIK D., SZÉCSI J.(2019) : Szociális munka és társadalmi mobilitás: gyermekes családok, szenvedélybetegséggel és pszichoszociális akadályozottsággal élők támogatása . In: *Évkönyv*. Szerk.: Horák Rita, Samu János. Újvidéki Egyetem Magyar Tantervű Tanítóképző Kar, Szabadka 2019 pp.137-151. ISSN 2217-8198 ETO/UDC: 37(058)
<http://magister.uns.ac.rs/files/kiadvanyok/evkonyv/Evkonyv2019.pdf>
- 30, Bulyáki T., Gordos E., Mérey Zs.: *A Közösségi Pszichiátriai Ellátás Oktatási Programja*. 2019. Jóváhagyta: Prof. Dr. Kásler Miklós

