

Bulyáki Tünde

**Utazás a mentális zavarból
a felépülés irányába**



Bulyáki Tünde
**Utazás a mentális zavarból
a felépülés irányába**

Bulyáki Tünde

Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába

Budapest, 2023

© Bulyáki Tünde, 2023

ISBN 978-963-489-599-2

ISBN 978-963-489-614-2 (pdf)



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ



ELTE | TáTK

eltebook.hu

Felelős kiadó: az ELTE Társadalomtudományi Kar dékánja

Kiadói szerkesztő: Kiss Ernő Csongor

Projektvezető: Csanádi-Egresi Nóra

Tipográfia: Szalontai Attila

Borítóterv: Kéri Péter

Nyomdai munkák: Multiszolg Bt.

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	9
I. A mentális zavarral élő emberek rehabilitációjának útja a zárt intézetektől a közösségi ellátásig.....	13
II. Intenzív esetmenedzseri tevékenység a mentális zavarral élő személyek közösségi ellátásában.....	33
1. Az asszertív közösségi kezelés (ACT-modell)	36
2. Iowa esetmenedzselési modell.....	38
3. Az erőforrásmodell	38
4. Az Integrált Pszichiátriai Ellátás.....	40
5. Az esetmenedzseri rendszer	41
III. Szolgáltatások mentális zavarral (pszichoszociális fogyatékossgal) élő személyek számára	45
1. Az egészségügyben hozzáférhető ellátások	45
2. Szociális alapellátások.....	46
3. Szociális szakellátások	48
4. Jellemző szociális problémák és szolgáltatási válaszok.....	50
5. Mit értünk pszichoszociális fogyatékossgal alatt?	51
6. Hiányzó ellátások, fejlesztendő területek, jövőbeli tervek, amelyek elősegítik a mentális zavarral élő személyek társadalmi mobilitását.....	54
IV. Mit jelent a felépülés?	61
1. Mi a felépülés?.....	61
2. A személyes felépülés tényezői	65
3. A személyes felépülés szakaszai.....	67
4. A felépülés négy feladata	68
5. A professzionális segítők szerepe	70
6. A felépülés útján haladva számos dolog segíthet a változásban. Hogyan látják ezt a felépülők?	70
7. A környezeti tényezők szerepe	78

V. A mentális zavarral élő emberek felépülésének kutatása.....	83
VI. Eredmények.....	89
VII. Megbeszélés	95
1. Az élettörténeti csomópontok áttekintése – stressz, elhanyagolás, bántalmazás, trauma	95
2. Stigma	111
3. Akaraterő, személyes hatékonyság, önmagunkba vetett hit	126
4. Spiritualitás	134
5. A kapcsolati hálóból adódó támogató források	138
6. Elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat.....	146
7. Örömteli célok	151
8. A közösségi pszichiátriai ellátás.....	155
9. Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése	173
10. Önsegítés, sortársi segítség	182
VIII. Következtetések.....	197
Zárszó	203
Köszönetnyilvánítás.....	205
Irodalomjegyzék.....	207
Ábrajegyzék.....	221
Mellékletek	225

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 megyünk-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 zavar¹ által okozott akadályokkal, korlátozottsággal is. A felépülés magában foglalja az új élet értelmének és céljainak kifejlesztését, amikor az ember meghaladja a mentális zavar katasztrófájának következményeit (Francis 2014; Bulyáki és mtsai 2020; Bulyáki 2021b). A felépülés néhány olyan jellemzője, amelyet gyakran idéznek:

- egyedülálló és személyes utazás,
- normális emberi folyamat,
- folyamatos tapasztalás,
- ritka a magányos utazás,
- nem lineáris – az eredmények mellett kudarcok is előfordulhatnak.

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).

A felépülést objektív és szubjektív módon is meg lehet határozni. Objektív szempontból akkor mondhatjuk, hogy valaki felépült a mentális akadályozottságból, ha

1 A WHO (2019) definíciója szerint a mentális rendellenességek közé a különböző tünetekkel jellemezhető problémák széles köre tartozik. Az azonban általánosságban elmondható róluk, hogy a zavart gondolatok, érzelmek és magatartás, illetve a másokkal való zavart kapcsolatok jelenléte a meghatározó. A definíció példaként említi a magatartászavart, a depressziót, a szorongást, a bipoláris zavart és a szkizofréniát.

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 magában 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 remisziója, 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 gyógyszeresedés, a megbeszélte időpontok betartása, a bevásárlás, egy étel elkészítése, valamint a személyes tulajdonáért.
- Bensőséges családi kapcsolatok.
- Megfelelő helyeken és körülmények között végzett szabadidős tevékenységek.
- Kielégítő kapcsolattartás a kortársakkal, amely a barátokkal, társakkal való aktív kapcsolatteremtést és a szociális háló kiépítését is magában foglalja.

(Lieberman 2010: 17)

Ha szubjektív szemszögből vizsgáljuk a felépülést, a felépülő számos szubjektív érzést és objektív tényezőt él meg. Így például reményt, felhatalmazottságot, spirituális erőt, önségítést, a stigmatizáció leküzdését. A felépülést számos szakirodalom utazásként definiálja. Egy olyan utazásként, amelyet a tünetek alól való felszabadulás jellemez, egy pozitív pszichológiai fejlődés, amely visszaadja a hitet az értelmes, örömteli élet megéléséhez. Mit gondolhatnak a mentális zavarral élő személyek

a felépülésről? Hogyan látják, hogy milyen tényezők segítik elő ezt a pozitív pszichológiai fejlődést? Az ezekre adott válaszok megismerése elősegítheti azt, hogy jobban megértsük a felépülés folyamatát. Továbbá, ha ismerjük a felépülést elősegítő tényezőket, hatékonyabb pszichoszociális rehabilitációt tudunk biztosítani (Bulyáki 2021b). A felépülés a mentálhigiénés rendszer alapelvévé 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. Munkámban felhasználom a korábban publikált és megjelenés alatt álló írásaimat.

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

*„A fejlődésben a múlt mozgatja és teszi lehetővé a jelen;
a történetben a jelen leválik a múlttól, értelmet ad neki
és érthetővé teszi.”*
(Foucault 2000: 36)

A pszichiátria fejlődéstörténete az ókorig nyúlik vissza, és sokszínű kultúrhistoriai érdekességgel jellemezhető (Buda 2011). A pszichiátria kutatói, fejlődéstörténetének vizsgálói sokszor megállapították, hogy a mentális zavar megítélése mindig az adott társadalmi kor gazdasági, kultúrszociológiai viszonyai által meghatározott (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 normalitástól eltérő emberek számára, éles tükröt tart a társadalom elé az adott közösség működéséről és az 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. Minden kultúrában a meglévő hiedelemrendszer alakítja a diagnózis születését, a betegség következményeit és a kezelést magát. Számos nemzetközi kutatás megállapította, hogy az „őrület”, a mentális zavar megítélése kultúrafüggő, és ahhoz, hogy integrálni tudjuk a betegek diagnosztizáltakat a közösségbe, fontos megismernünk az adott társadalom képét a betegnek diagnosztizáltakról (Légmán 2011).

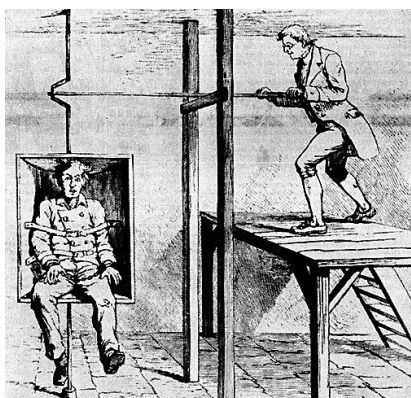
Az ókorban a mentális zavarokat ártó szellemek befolyásának vagy az elkövetett bűnök büntetésének tulajdonították. Ezért a mentális zavarral élő személyeket bűnösöknek vagy megszállottaknak tartották, gyógyításukat papokra bízták, akik vezeklést, bűnbánatot, különböző szertartások végzését írták elő számukra (Boda – Horváth 2000). Az egyiptomiak a démonok megszállottjainak tartották a mentális zavarral élőket. Serapis és Saturnus templomaiban helyezték el, és szuggesztív

módszerek alkalmazásával próbálták gyógyítani őket. Indiában már több mint 3500 éve zenével gyógyították a mentális zavarral élőket. A kínai orvoslásban vizes pakolásokat, akupunktúrát, növényi kivonatokat és zenét alkalmaztak (Tringer 2010).

A pszichiátria fejlődéstörténetében először Hellaszban fogalmazódik meg a tudományos medicina képzete. A legrégebbi görög orvostan úgy tekint a mentális zavarokra, mint valamilyen más testi zavar szövődményeire, amelyek a test fő nedveinek megbetegedéséből fakadnak. Aszklépiadész gyógykezelést írt elő a mentális bajokra, még hozzá pszichoterápiát és vizes gyógymodot (Bakonyi 1984)

Hippokratész az elme zavarait betegségnek tartotta. Véleménye szerint a gyógyítás orvosi és nem papi feladat. Hippokratész a mentális zavaron belül elkülönítette a dühösségi állapotokat, az epilepsziát, a melankóliát és a demenciát (Tringer 2010), és a testnedvek tana szerint közelítette meg a mentális zavarokat. A betegségeket szerinte a nedvek (nyál, vér, a sárga és a fekete epe) arányának megromlása okozza (Bakonyi 1984). Hippokratész az agyról azt vallotta, hogy a nyák termeléséért felelős szerv. A tanítványai a mentális zavarokat az agy működési zavaraira vezették vissza (Tringer 2010). A görög hatásra a rómaiaknál is orvosi tevékenységgé vált a pszichés zavarok kezelése. Celsus (Kr. e. 14 – Kr. u. 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 pszichiátriai kezelésben használatos 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 a középkorban 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 irányt vett (Tringer 2010). Az egyház üldözte az „ördög megszállottjait” és azokat a tudósokat, akik másfajta okok után kutattak a mentális problémák kialakulása kapcsán. A mentális zavarral élők sorsa a középkor folyamán attól függött, hogy milyen tüneteik jelentkeztek. Egyeseket tiszteltek, másokat betegnek tartottak. A szerzetesek döntötték el, hogy a mentális zavarral élő személy isten vagy az ördög eszköze-e. Az egyiket szenté avatták, míg a másikat ördögűzésnek vetették alá (Bakonyi 1984). Amennyiben betegnek vélték, gyógyították. A korabeli terápiákhoz tartozott a fürdő, a diéta és gyógyszerek alkalmazása (Tringer 2010). Előfordult, hogy a mentális zavarral élő embereket hajóra rakták, és azt nekieresztették az óceánnak. Hieronymus Bosch megfestett egy ilyen hajót *Bolondok hajója* címmel (1. ábra).



2. ábra. „Gyógyítás” a 19. század elején. A centrifugaszerű eszköz percnként százhusz fordulatra volt képes – a páciens „belső tisztulását” hánytatással kívánták elősegíteni

Roger Bacon angol tudós, filozófus, teológus tanait, melyekkel természetes okokat keresett a mentális zavarokra, elvetette az egyház (Bakonyi 1984). A fejlett arab orvostudomány ezzel szemben a mentális zavarokra az agy betegségeként tekintett. Elkülönített kórházakat hoztak létre a gyógyításukra (Tringer 2010). Elmegyógyintézetek jöttek létre Bagdadban (705), Kairóban (800), Damaszkuszban, Aleppóban (1270). Arab hatásra épültek az első önálló elmegyógyintézetek a spanyolországi Valenciában is (Bakonyi 1984).

Ez idő alatt Európában az inkvizíció üldözte a mentális zavarral élőket. Változást csak a XVI. század eleje hozott, az a fölfordulás, amit Amerika felfedezése okozott a világban. A reneszánsz az ember és az élet szépségét hirdette. Új városok születtek, az ipar 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 felvilágosodás szabad eszméi viszont már a mentális zavarral élő emberekkel való bánásmód orvosi vonatkozásait helyezték előtérbe.

A 18. században a londoniak szórakoztató időtöltése volt az állatsorban (bilincsen, sötét cellákban) tartott embertársaik megtekintése. A skótok és az angolok egyaránt pénzért mutogatták megbilincselte „őrültjeiket”. A fájdalom gyógyító erejében hittek, az ápolók különböző eszközökkel kínozták a mentális zavarral élőket (lásd 2. ábra).

Ezen a helyzeten változtatott Philippe Pinel (1745–1826), aki a mentális zavart nem a bűnös életforma következményeként látta, hanem betegségként, ami gyógyítást igényel. Pinel engedélyt kapott a Nemzeti Konventtől, hogy a francia forradalom szellemében levegye a bilincset a mentális zavarral élő emberekről (lásd 3. ábra). Felhatalmazást kapott, hogy másfajta gyógymódban részesítse őket (Boda – Horváth 2000), és elmekórházakká alakította a börtönazilumokat. Pinel humanista pszichiátriája követőkre talált.

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 továbbra is láncon tartották a betegeket, és imádsággal

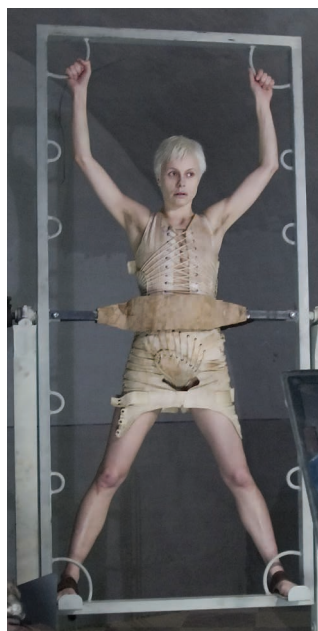


3. ábra. Tony Robert-Fleury: *Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière en 1795*
(Pinel, a Salpêtrière kórház főorvosa 1795-ben; 1876)

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 kényszerzék 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* című munkája alapján készült (4. ábra).

A 19. század végéig a viselkedése alapján lett valaki elmebeteg, a társadalmi együttélés szabályainak a megsértése miatt. A kor a társadalmi problémák



4. ábra. Szász János *Ópium. Egy elmebeteg nő naplója* (2007) című filmjéből

intézményes megoldási törekvéseinek korszaka volt. Ekkor alakul ki a bűnözők elkülönítése, a modern börtönügy is. Michel Foucault (2000) a modern börtön kialakulása kapcsán a következőket gondolta: az intézmény a társadalmi fegyelem és rend eszköze volt, a korábbi korok súlyos büntetéseihez viszonyítva már némi humanizmust tükrözött. Ugyancsak Foucault írja, hogy ekkor alakult ki a modern kórház első változata is. Létrejött a klinika, ahol a betegeket megfigyelhették, vizsgálhatták, kipróbálhatták a különböző gyógy módokat, és a leendő orvosokat taníthatták. A régi tébolydákából korszerű intézmények lettek. Intézménybe kerülni továbbra is a társadalmi önállóság elvesztését jelentette, ám a klinika betegei szerencsés esetben visszanyerhették önállóságukat. Az orvosok mindinkább megbecsült tagjai lettek a helyi társadalmaknak (Buda 2011). Szintén Foucault mutat rá, hogy a medicina sajátos szemléletet, alakított ki, a betegségekben felismerhető összefüggések felkutatása, leírása lett a cél (Buda 2011).

A 19. század második felére jelentek meg a betegségsztályozások: 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 hipnózisiskola működött, az egyik Nancyban (Hyppolyte Bernheim), a másik a párizsi Salpêtrière kórházban (Jean-Martin Charcot). Mindkét orvos főleg a hisztériát tanulmányozta. Megközelítésük abban különbözött, hogy Bernheim inkább pszichológiai, Charcot pedig neurológiai magyarázattal élt. Sigmund Freud, a Bécsi Egyetem idegklinikájának a gyakornoka a franciaországi tanulmányai alatt mindkét iskolában járt. Bécsi magánrendelőjében eleinte ő is hipnoterápiával foglalkozott. Ekkor váltak ismertté Wilhelm Wundtnak az asszociációs kísérleti vizsgálataival kapcsolatos eredményei. Freud érdeklődése az asszociációk törvényszerűsége felé fordult. A módszert felhasználva alakította ki pszichoterápiás módszerét, a pszichoanalízist (Tringer 2010).

A korszak már önálló problématerületnek tekintette a pszichiátriát. Egyre több elmekórházra volt szükség, és az intézményekben gondozottak száma világszerte nőtt. A századforduló évtizedeiben a legtöbb európai országban megkétszereződött a mentális zavarral élők száma. Nehéz pontosan megmondani, hogy mi okozta a betegek számának gyarapodását: közrejátszhatott az orvostudomány fejlődése, illetve az átlagéletkor emelkedése is. A mentális zavarral gondozottak közül egyesek állapota javult, ám többségük folyamatos kórházlakó maradt. A mentális zavarok és az elmegyógyászat az I. világháború után egyre fokozódó társadalmi terhet jelentett. Az elmegyógyintézetekben tartózkodó személyek az ingerszegénység miatt leépültek. A szakemberek belátták, hogy a folyamatos kórházban lét ront a mentális zavarral élő emberek állapotán. A 20. század első harmadában a pszichiátriai betegségeket

örökletesnek vélték. Mendeli recesszív öröklődést feltételeztek, ebből fejlődött ki az *eugenika* elnevezésű áltudományos, rasszista politikai ideológia, amely a betegeket kényszersterilizálta, a későbbiekben a II. világháború éveiben a mentális zavarral élők nagy részét el is pusztította (Buda 2011). Alfred Hoche, német orvos és író, aki 1902-től a freiburgi egyetemen a pszichiátria professzora, a mentális zavarral élőket „életre nem érdemes”-eknek nyilvánította, és a társadalomra veszélyes élet megsemmisítését hirdette. Ugyanakkor az elmegyógyászatban világszerte a megoldásokat keresték a mentális zavarral élők segítésére. Elterjedt a kómakezelés, főleg a szkizofréniával diagnosztizáltak körében érték el vele eredményt. A II. világháború után az aktív kezelések között megjelent a prefrontális lobotómia. A módszer a szövődményei miatt nem terjedt el. Az ötvenes években megjelentek a modern pszichiátriai gyógyszerek. A pszichiátriai kórházak egyre inkább a belgyógyászati osztályokra hasonlítottak, a betegek többsége gyógyszert szedett, különböző foglalkozáson vett részt, és nem csak feküdt az ágyában (Buda 2011). Ambuláns gondozóhelyek jöttek létre, a hetvenes évekre hangsúlyossá vált a járóbeteg-ellátás. A kórházakba a súlyos állapotban lévő mentális zavarral élő emberek kerültek, akiket rövid időn belül elbocsátottak. Kialakult az úgy nevezett „forgóajtó-pszichiátria”. Sok mentális zavarral élő ember ingázott az otthona és a kórház között, ugyanis 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. Létrejöttek intenzív lélektani és szociális terápiás rendszerek, úgynevezett „terápiás közösségek”. A pszichológiai gyógy módok a szociális milióval és a közösség hatásával dolgozó kezelési rendszerekkel ellensúlyozták a kórházi tartózkodásingerszegénységét. A pszichiátria befogadta a pszichoterápiát, amely ambuláns módon már működött a magánpraxisban, sokszínű módszertannal, új segítő szakmák bevonásával (Buda 2011).

A 20. század második felére kialakultak nyitott, neurotikus betegeket segítő osztályok, ahol a terápiás rezsimnek tulajdonították a fő gyógyhatást. Megjelentek olyan elvárások, hogy a pszichiátriának az embert mint *bio-pszicho-szociális egységet* kell segítenie. A nyitottként működő pszichiátriai osztályok sokáig ragaszkodtak a szomatikus szemléletű, zárt légkörükhöz. Arra törekedtek, hogy a pszichiátriát „intramurális”-ként, a pszichiátriai osztályok falain belül tudják megtartani. Ezzel szemben a mentális zavarral élőket a közösségbe visszasegíteni akaró fiatal pszichiáterek az „extramurális” elképzelést (a kórházon kívül történő rehabilitációt) képviselték. 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, ezek megjelentek a tömegmédiában és a művészetben is. Az így létrejött diszkurzusok a pszichiátriáról szélesebb körben adtak 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 „forgóján” visszatértek. Másrészt a társadalom gyakran kirekeszti, diszkriminálja a mentális zavarral élő embereket, és ez nehezíti a felépülésüket. Az ezredév végére a pszichiátria nemcsak nagy orvosi ellátóágazat, hanem az alkalmazott gyógyszerek miatt szinte külön iparág is lett. A magát *biológiai pszichiátriának* nevező irányzat a nagy fejlődés ellenére sem találta meg a mentális zavarok biológiai alapját, így továbbra is minden a régi megközelítési keretben maradt: a mentális zavarral élő személy és a környezetének (természetes támaszának) a közlései és a viselkedés változásának megfigyelései alapján történik a diagnosztikus általánosítás (Buda 2011).

Különböző társadalmakban, kultúrákban más számít normálisnak és kórosnak. Már a korai pszichiátriai kritikák is felhívták a figyelmet a nehézségekre. 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 indultak kritikai harcba (Ronald D. Laing, David Cooper).

Thomas Szasz (1961) szerint a betegségfogalom az emberi viselkedést illetően értelmetlen, az csak a szervezet, az emberi test elváltozásaiban releváns. Azt hangsúlyozza, hogy nincs elmebetegség, az egy mítosz, és ezen alapul a pszichiátria egész rendszere. Szasz szerint a pszichiátria betegségfelfogásában a kritériumok változása társadalmi vagy gazdasági érdekviszonyok hatását tükrözi. Az ötvenes évektől az amerikai pszichiátriában irányadó lett a pszichoanalízis, de a nagy állami elmekezelőházakban és a területi praxisban is a klasszikus biológiai pszichiátria kontrollálta a viszonyokat (Buda 2011). A pszichoanalitikus befolyásoltság a betegség pszichodinamikus értelmezésében a lelki „kórokok” kimutatására keresett újabb magyarázatot, elősegítette a kórházi pszichiátria ambuláns súlypont-áthelyeződését, azaz a járóbetegellátás hangsúlyosabb mivoltát 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 ötvenes évekre ez a fejlesztés többnyire háttérbe szorult, és a figyelem a közösségi alapú ellátás felé fordult (Gomory és mtsai 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 és mtsai 2006: 4)

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

A hatvanas évek polgárjogi mozgalmaihoz kapcsolható attitűdváltás és a terápiás forradalom tette lehetővé a pszichiátria humanizálódását a nyugati típusú társadalmakban. A hatvanas évek elején a Kennedy-kormányzat kezdett közösségi elmeegészségügyi központokat (Community Mental Health Center) alapítani. Ezekben a központokban lelkiterápiákban, tanácsadásban, krízisintervenciókban résztültek a szolgáltatást igénybe vevők. Az intézménytelenítés vált a mentálhigiénés programok központi elemévé. Az 1963-ban hozott mentálhigiénés törvény további lökést adott a kórházi kezelés közösségi mentálhigiénére alapuló alternatíváinak (Gomory és mtsai 2006). A súlyos mentális zavarral élő személyek közösségi mentálhigiénés intervenciók programját, az „asszertív közösségi ellátás”-t (Assertive Community Treatment, ACT), amelyet eredetileg a „felkészítés a közösségi életre” (Training in Community Living, TCL) néven ismertek, a hatvanas évek végén, valamint az a hetvenes 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 pszichiátert, Mary Ann Testet, a szociális munka professzorát és Arnold Marx pszichiátert. A hetvenes 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. A kiút keresésekor megfogalmazódott az a vélemény, hogy a korszerű gyógyszeres kezelések nyomán feleslegessé vált a pszichiátriai ágyak

fenntartása. Az érvelés során hivatkoztak a szociálpszichiátriai eredményekre, a totális intézményrendszerért érintő kritikákra, valamint a modern pszichofarmakológia hatékonyságára (Szabó 2008). Ennek hatására világszerte elindult a pszichiátriai kórházi ágyak leépítése. 1978-ban az olasz reformpszichiátria páratlanul radikális átalakítást hajtott végre. Bezárták az összes állami és önkormányzati elmekórházat, elmeosztályt, és helyettük területi járóbeteg-ellátó központokat hoztak létre (Buda 2011). Triesztben dolgozott Basaglia, akinek a nevéhez fűződik az olaszországi pszichiátriai reform a hetvenes évek végén. Trieszt kórházi ellátás nélkül maradt. A mentális zavarral élő emberek önsegítő „szövetkezetekbe” tömörültek. Basaglia eszmerendszere Goffmanhoz, az egzisztencialista filozófusokhoz és pszichiátriai-felfogáshoz, valamint 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).

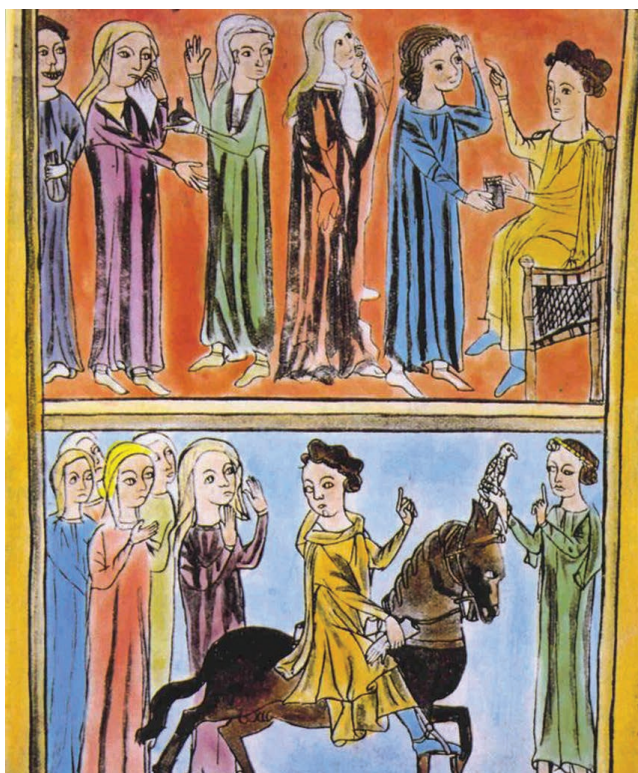
Az elmúlt évek tapasztalatai világszerte azt mutatták, hogy a gyógyszeres kezelések önmagukban nem elegendők a mentális zavarral élő emberek komplex pszichoszociális nehézségeinek a leküzdésére. A pszichiátriai új utat kellett találni, ennek nyomán jelent meg a közösségi pszichiátriai ellátás.

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

Rehabilitáció a magyar pszichiátria 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, kézrátétellel és ördögűzéssel gyógyítottak.

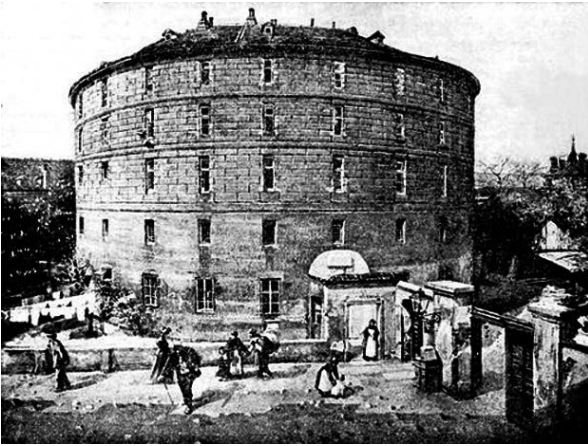
Könyves Kálmánról (1095–1114) tudjuk, hogy rendeletben kijelentette, hogy boszorkányok nincsenek. Különbséget tett a „boszorkányok” és a „varázslók” között. A varázslókat törvényszék elé kellett utalni (Kosza 1996). III. István király korában rendeletben kijelentették, hogy az „elmebetegekkel” kötött házasság felbonthatatlan (1151). A rendelet kimondta azt is, hogy az „elmebetegség” ugyanolyan súlyos, mint a bénaság vagy a vakság. IV. Béla király (1235–1270) Buda városi statútumaiban azt mondja többek között, hogy aki „elmebeteg”, nem megy bíróság elé. Károly Róbert (1308–1342) a pozsonyi kórházhoz tartozó fürdőkről és szegényházakról



5. ábra. 13. századi utazó orvos Európában. A betegek sorban állnak előtte, gyógyszert ad, és kézzel gyógyít (felső kép), majd továbbáll (alsó kép)

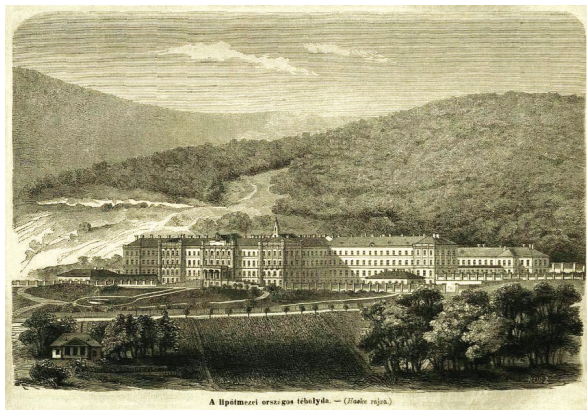
rendelkezik. I. Ferdinánd 1552-ben rendeletben intézkedik az iszákossággal és a kicsapongással kapcsolatban, továbbá foglalkozik az „elmebetegek” gyámsági ügyeivel is (Kosza 1996). A későbbi évtizedekben, évszázadokban elsősorban babonáság elleni rendeletekről tudunk. Mária Terézia a babonáság elleni küzdelemben törvényben szabályozza (1763), hogy az „elmebetegeket” kórházba vagy bolondokházába kell vinni. Azt is elrendelte, 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 elmegyógyintézetet 1784-ben. Az ötemeletes, kör alakú épület Narrenturm (bolondok tornya) néven vált közzismertté (6. ábra). Az ápolás és kezelés humanizálására azonban még sokáig kellett várni. A láncok és a bikacsök még 1840 körül is használatban voltak a betegek fegyelmezésére (Fónagy 2014).



6. ábra.
A börtönszerű bécsi
Narrenturm

7. ábra.
Az erdélyi országos
tébolyda Nagyszebenben
1866-ban



8. ábra.
A lipótmezei országos
tébolyda Budán
1869-ben

II. Lipót 1790-ben kiadott rendeletében kimondja, hogy az „elmebetegek” ápolásért a házi pénztárak fizessenek (Kosza 1996). Egy 1791-es rendelet országos tébolyda létrehozásával foglalkozik, ez azonban csak 1895-ben valósult meg. A bécsi tébolydába magyar beteget nem vehettek fel, mert utánuk nem tudták az ápolási díjat behajtani. Levéltári adatok utalnak arra, hogy a „veszélyes” betegeket a városi kórházakba vitték. A kórházaknak 1826-tól kimutatást kellett vezetniük az „elmebetegek”-ről. Több adat is utal rá, hogy a vármegyék maguk akartak tébolydákat építeni vagy a meglévő kórházak egyes részeit elmeosztályokká alakítani. Az első elmeegógyító osztály a kolozsvári Karolina Kórház mellett létesült 1857-ben. Utána 1863-ban megnyílt az erdélyi tébolyda Nagyszebenben (7. ábra) (Kosza 1996).

1868-ban Budán, Lipótmezőn létrejött intézmény az akkori városterületől jókora távolságra volt (8. ábra). Ez nemcsak a háborítatlan nyugalmat szolgálta, hanem azt is jelzi, még mindig mennyire erős volt a pszichiátriai betegek veszélyességének túlbecsülése és az elkülönítésükre való törekvés (Fónagy 2014).

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-elmeegógyintézetek is létesültek. Pólya József 1841-ben Angyalföldön alapított egy tizágyas intézetet. A második magán-elmeegógyintézetet 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 a történelem és a természettudomány tanulmányozására ösztönözte (Boda – Horváth 2000)

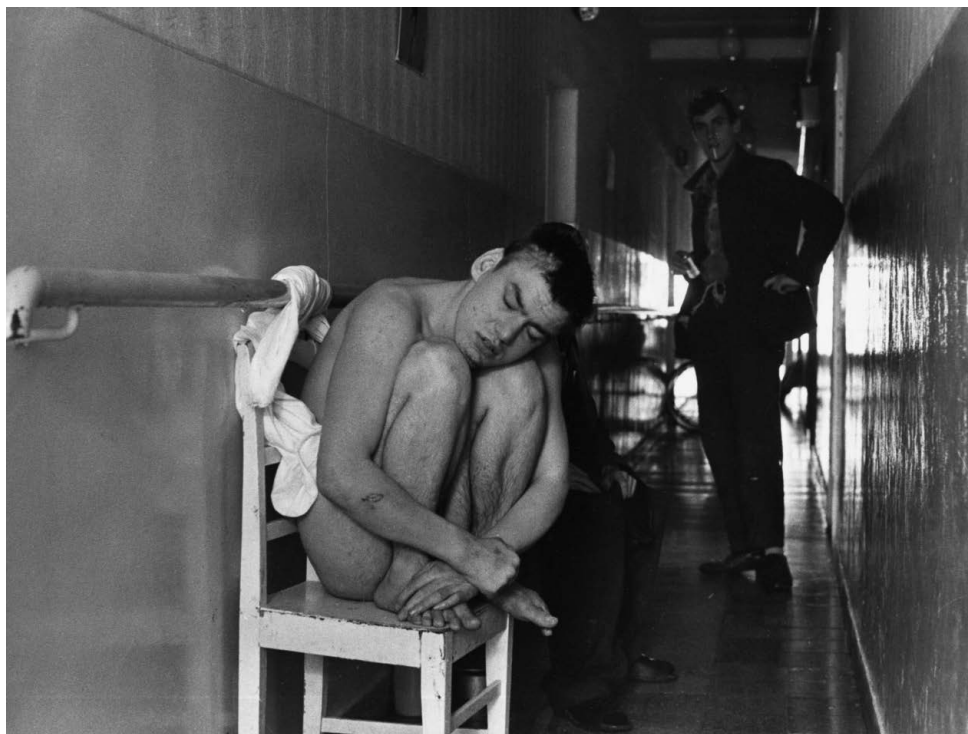
Firm Jakab 1875-ben *Munka* címmel intézetet nyitott Rákospalotán „hülyék” számára, mely 1877-ben az „Első Magyar Hülyenevelő és Ápoló” nevet vette fel. Tizenkét növendéke volt. A későbbiekben bővíteni kellett az intézetet. 1877 novemberében Rákospalotáról Pestre költözött át az intézet, és 1880-tól 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 emelkedését mutatták. Az ország akkori vezető pszichiáterei a maihoz hasonló okokra vezették vissza a növekedést: „a létért való küzdelem”-re (Kosza 1996). Oláh Gusztáv volt az, aki a *tébolyda* elnevezést megszüntette, és helyette az *állami ideg- és elmeegógyintézet* kifejezést vezették be. A kor másik fontos eseménye a pszichiátriai klinikák megnyitása volt. Lechner Károly lett a kolozsvári elme-kórtani intézet első tanszékvezető professzora. A budapesti orvosi kart 1882-ben alapították. A klinika 1908-ban épült fel, és 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 területi ellátás formájában működő pszichiátriai gondozás alapjait Fabinyi Rudolf és Oláh Gusztáv rakták le. Szükségesnek tartották az ambulanciák létrehozását a prevenció és 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 intézetben kívüli ellátásban részesüljenek. Országos programmá kívánta kiterjeszteni a programját, de ez csak a hatvanas években valósult meg (Boda – Horváth 2000). A pszichiátriai terápiák között a fektetés, a fürdők és a 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). Beszelnünk kell a családi ápolási rendszerről (csáp) is, 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 vidékén halt meg, és ott temették el. A környékbeli, mentális zavarral élő emberek évtizedeken, évszázadokon át elzarándokoltak az „örült” 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. Beszámol arról, hogy jól működő gazdaságok jellemezték azokat a helyeket, ahol családok fogadták be a pszichotikus embereket. Az elhelyezés két formája valósult meg, *homofamiliáris* vagy a *heterofamiliáris* rendszer aszerint, hogy saját vagy idegen családokhoz történt az elhelyezés (Kosza 1996). A rendszer Magyarországi bevezetésére 1905-ben került sor Dicsőszentmártonban, ahová Nagyszebenből helyezték át a mentális zavarral élő embereket. 1908-ban már belügyminisztériumi rendelet szabályozza a rendszer működését (Boda – Horváth 2000). Az elmegyógyintézetek városi iparos vagy falusi parasztcsaládokhoz adták ki az intézetben élő mentális problémával küzdő embereket. A befogadó családok ápolási díjat kaptak az ápoltakért. Ez 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.



9. ábra. Megcsomózott köldökszinóron (Szebeni András fotója Bakonyi Péter 1984-ban megjelent *Téboly, terápia, stigma* című könyvéből)

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 évei alatt nem látták szükségét, és felszámolandónak tekintették a pszicho-tudományokat és intézményeiket (Kovai 2016). Magyarországon az ötvenes 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 és mtsai 2006). Szerencsére hazánkban nem volt jellemző, hogy politikailag „deviáns” személyeket kényszergyógykezeltésre ítélték volna (Balogh és mtsai 2004a). Az államszocialista időszakban a politikai hatalom nem tartott igényt

a pszichológiai szaktudásra (Kovai 2016). A mentális zavarok társas természetének elfedésére kiválóan alkalmas volt a pszichiátria és neurológia területeinek összemossása, továbbá az „elmebetegek” ápolását szolgáló bentlakásos intézmények kitelepítése (Gomory és mtsai 2006). Létrejöttek a mentális zavarral élők ápolását szolgáló bentlakásos intézetek, melyeket minél távolabb, régi kastélyokban, kúriákban, elnéptelenedő településeken hoztak létre. Egy ilyen bentlakásos intézetben készült a 9. ábrán szereplő fotó. 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 gondnokon keresztül is alig tudnak kapcsolatot tartani velük, ezáltal a társadalomba való visszatérésük teljesen reménytelenné válik (Harangozó 2001).

A pszichiátria és a neurológia szoros összefonódása azzal is járt, hogy a mentális betegek segítése Magyarországon kizárólag medikális keretek között történhetett, míg 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” évei alatt a magyar szociálpszichiátria megerősödéséhez, mozgalomjellegének kibontakozásához vezetett (Gomory és mtsai 2006). Magyarországon az ötvenes években alakultak meg az első munkaterápiás intézetek: Intaházán, Simaságon, Pomázon. A hatvanas és hetvenes években a munkaterápia mellett más szocioterápiás eljárások is megjelentek. Tért hódított a terápiás közösségek rendszere, és újabb szocioterápiás jellegű intézetek jöttek létre (Dobán, Szekszárd-Palánkon, Izsófalván), 1965-től nappali szanatóriumok is alakultak.

Meg kell említenünk Juhász Pált, aki elsőként szervezett meg az egyetemi tanszéken belül rehabilitációs intézetet. Előbb a klinikán vezette be a foglalkoztatást, majd külön intézményt hozott létre, az ún. 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 Centrumnak a vezetője. A Nappali Szanatórium a terápiás közösségek alapelvei szerint működött Juhász Pál igazgatósága óta. 1995 után elindult a továbbfejlődés a közösségi ellátás irányába (Harangozó és mtsai 2008).

Tringer László a pszichiátria ellátórendszerének fejlődését több szakaszra osztotta (Harangozó és mtsai 2008). Tringer szerint az első intézményi „forradalom” az elmegyógyintézetek kórháziasítása volt, a második forradalom a terápiás közösségek

kialakulása során érhető tetten. Ez a folyamat hazánkban is követhető volt a hetvenes évektől a terápiás közösségek mozgalmában, mely megteremtette a mentális zavarral élő emberek és a szakemberek közötti szimmetrikus kapcsolatot, valamint a teammunka, a csoportterápiák és a készségfejlesztés alapjait, és ezzel a rehabilitációs stratégiával sokkal inkább felkészültté vált a mentális zavarral élők mindennapi életének a javítására (szociálpszichiátria), mint a korábbiakban domináns analitikusan orientált pszichoterápiás irányzatok (Harangozó és mtsai 2008). Egyre inkább teret 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. Ez a nézet forradalmi volt a terápiás közösségek elindulásakor, és sok helyen nehezen illeszkedett be az intézményrendszer merev struktúrájába. A hetvenes évektől Magyarországon is kialakultak terápiás közösségek, ilyenek voltak a Kun Miklós és Füredi János vezette osztály az Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézetben, Intaháza, a 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 és mtsai 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. A pszichoterápiák hagyományosan nem terjedtek ki a közösségi pszichiátriai ellátás célcsoportjára, a krónikus pszichotikus emberekre. Ez az ötvenes évektől változott meg. 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 ahogy azt a korábbiakban gondolták. A téveszmék gyakran hordoznak olyan elemeket, amelyek a mentális zavarral élő személy önmagával kapcsolatos negatív gondolataihoz kapcsolódnak, ily módon hasonlóan kezelhetőek, mint a neurotikus állapotok. Ennek hatására született meg 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 és mtsai 2008).

1995-től indult el az első pszichoedukációs tréning mentális zavarral élők és családjaik számára csoportos formában. A családtagok külön intenzív egynapos csoportfoglalkozáson vehettek részt. 1996-ban megjelent az első magyar nyelvű

kézikönyv a nappali szanatórium munkatársainak gondozásában. 1997-ben oktatófilm is készült erről a módszerről. A nappali szanatórium vezetője, Harangozó Judit egy milánói konferencián megismerkedett I. R. H. Falloon professzorral, akivel hosszú távú együttműködést alakítottak ki. A nappali szanatórium munkatársai által működtetett Ébredések Alapítvány adaptálta Falloon Integrált Pszichiátriai Ellátás (IPE) módszerét, amely a bizonyítékokon alapuló szakmai módszerek együttes alkalmazását teszi lehetővé (Harangozó és mtsai 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 2000-re kidolgozta a Támogatott Foglalkoztatás módszertanát, melyhez 2004-ben módszertani kézikönyvet jelentetett meg. Az alapítvány 2005 óta végez konzultációs-kapcsolati pszichiátriai (liasoni) tevékenységet. 1994-től együttműködik a Mental Disability Rights International nevű szervezettel, amely a mentális zavarral élő emberek jogaival kapcsolatos tanulmányt jelentetett meg (Harangozó és mtsai 2008). A mára már világhírű szervezet első tevékenysége volt a Magyarországon végzett munka, amelynek hozamaként az Ébredések Alapítvány megalapította az első, magyar felhasználók vezette érdekvédelmi szervezetet, a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórumot. Az alapítvány hozzájárult más civil szervezet létrejöttéhez is, mint családszervezetek (KESZ, Kálvária Egyesület), a szociális ellátásban fontos szerepet játszó Szigony Alapítvány, a szekszárdi Gyöngysor Alapítvány. Az alapítvány évek óta működtet stigmacsökkentő programokat. Legfontosabb megjelenése a Sziget Fesztiválon való részvétel sátorral, programokkal, valamint az iskolai érzékenyítő program tapasztalati szakértők bevonásával. Az alapítvány létrehozta a magyar antistigma-kezdményezést, amely a www.nyitnikek.hu honlapon érhető el (Harangozó és mtsai 2008).

A Hanghalló Módszer meghonosítása is az Ébredések Alapítványhoz és az alapítványnál kísérő szakértő Mérey Zsolthoz köthető. A Hanghalló Csoport egy önszervező mozgalom, amelynek keretében maguk a betegek veszik kezükbe a sorsukat, és keresnek a felépülésükhöz együttműködő és jó szemléletű szakembert. A későbbiekben a *VII. fejezet*ben részletesen bemutatom a módszert.

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 a szociális alapellátás kidolgozásában. A későbbiekben az országos képzési program kidolgozásában és oktatásában is meghatározó szerepe volt, van az Ébredések Alapítványnak. A szakemberképzés mellett kiemelkedően fontos, hogy az alapítvány tapasztalati és kísérő szakembereket is képez.

A hazai közösségi pszichiátria kapcsán szót kell ejtenünk a Soteria Alapítványról is. Az első Soteria-házat 1971-ben alapította Loren Mosher amerikai pszichiáter. Magyarországon 1995-ben alakult meg a Soteria Alapítvány Budapesten, dr. Csom Éva vezetésével, Feldmár András, a magyar származású, Kanadában élő pszichoterapeuta inspirációjára. Az alapítvány segítséget nyújt mentális zavarral élő embereknek, intenzív eszményes tevékenységet folytat. A stábjában dolgozó szociális munkások egyéni eszményes munkát végeznek a különböző állapotú, mentális zavarral élő emberekkel. Tevékenységük egyszerre folyik a Soteria helyiségében, az érintett lakásán, egy semleges helyen (pl. kávéház, utca) vagy pszichiátriai és szociális intézményekben. Az eszményes, amennyiben szükség van rá, végigkíséri az érintettet az akut fázistól egészen a visszailleszkeedés 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 és 2014 között.

Napjainkra az intézménytelenítés, a közösségi pszichiátriai ellátások felé nyitás elérte a nagy létszámú bentlakásos intézeteket is. Az intézményi férőhelyek kiváltása, a támogatott lakhatás biztosítása még inkább hangsúlyozza a közösségi pszichiátriai ellátás keretében megvalósuló szolgáltatások fontosságát. Sajnos azonban látnunk kell, hogy a közösségi pszichiátria szolgáltatások nem mindenhol hozzáférhetőek. Fontos szolgáltatásfejlesztési cél az ellátásokhoz való hozzáférés biztosítása.

További fejlődési irányként megfogalmazhatjuk, hogy a hangsúlyt a felhasználók irányította programok felé kell helyezni, ideértve a kliensek önsegítő szerveződéseit is. A mentálhigiéné felépülésparadigmája alaposan megváltoztatja a mentális zavarokról, valamint a kezelésükről alkotott elképzeléseket. Az új paradigma a kliens választását, döntési képességének fejlődését tekinti meghatározónak (Gomory és mtsai 2006). Farkas, Gagne, Anthony és Chamberlin (Gomory és mtsai 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 a 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 [...]. 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 és mtsai 2006: 123)

II. Intenzív esetmenedzseri 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 ez az esetmenedzseri tevékenységekre is igaz. A hagyományostól eltérő esetmenedzseri tevékenységek a kilencvenes évektől kezdve egyre inkább az esetkezelés új irányvonalaként jelentek meg különböző elnevezésekkel jelölve. Például „klinikai esetmenedzselés” (*clinical case management*, Surber 1994, idézi Szabó 2008: 90), „emelt szintű esetmenedzselés” (*advanced case management*, Raiff – Shore 1993, idézi Szabó 2008: 90), „asszertív közösségi kezelés” (Stein – Santos 1998, idézi Szabó 2008: 90), „kiterjesztett bróker modell” (*expanded broker model*, Robinson – Bergman 1989, idézi Szabó 2008: 90), „erőforrásmodell” (*strenght model*, Rapp 1998, idézi Szabó 2008: 90). A különböző elnevezésű és megközelítésű modellek közös vonása, hogy intenzív segítőtevékenységekre épülnek (Szabó 2008).

Az intenzív esetmenedzselési modellek legfontosabb jellemzői:

- a mentális zavarral élő személy igényeinek megfelelő, kontinuens segítés;
- a társadalmi integrációra való törekvés;
- a problémaleküzdési stratégiák és életviteli készségek erősítése;
- a családi erőforrások, természetes támaszok fokozott felhasználása;
- intenzív, individualizált esetvitel és adekvát kliensforgalmi terhelés;
- a segítő nagyfokú esetviteli autonómiája;
- magas szintű szakmai követelmények (kvalifikáció, felkészültség, kompetencia, klinikai tudás);
- a teammunka kiemelkedő jelentősége.

Kontinuens, hosszú távú segítség: A tradicionális esetenedzseri tevékenység strukturált, körülírt segítség, amely sokszor időben is határolt. Az esetvitel során a találkozások gyakorisága a kliens szükségleteihez alkalmazkodik, és törekszik az esetvitel lezárására. Ennek megfelelően a segítség 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 időráfordítású komplex segítsékként 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, befogadókészsége, 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 az intenzív esetenedzselés szerves része. 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 a természetes erőforrásként megjelenő barátoknak. Az esetenedzser a családdal mint rendszerrel, a családdal mint egészszel dolgozik együtt a pszichoszociális rehabilitációs folyamatban. A család a segítségben elsődlegesen partnerként jelenik meg, és belső erőforrásainak mobilizálásával kulcsszerepet kap a kliens (hozzátartozó) támogatásában, az életviteli skillek fejlesztésében, a relapszusprevencióban (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 a jellemző (Szabó 2008). A professzionális segítők és a család között a gondozási folyamat egészében (pszichoedukáció, relapszusprevenció, a család aktív részvétele a skillfejlesztő programokban) partneri viszony van. Új változáskezelési stratégiák jelennek meg a családgondozásban és a családkonzultáció során (Szabó 2008). A családot támogató közösségi hátterek szerepe növekszik.

Intenzív, individualizált esetvitel és adekvát kliensforgalmi terhelés: A mentális zavarral élők közösségi pszichiátriai ellátásában kulcsfontosságú a klienssel és családjával kiépülő személyes kapcsolat, az intenzív segítő munka. Az intenzív munka magával hozza azt, hogy alacsonyabb kliensszám mellett tud hatékony lenni. Az ideális 10-15 kliens lenne, szemben a tradicionális esetmenedzseléssel, ahol a kliensszám sokszor meghaladja a 30 főt. A hazai gyakorlatban a segítők sajnos túlterheltek, ez 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 (nem az esetvitelt támogató, hanem gyakran azt megnehezítő mértékű) adminisztratív terhek mellett zajlik, 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 a kliensek stresszsérülékenysége miatt különösen fontos krízishelyzetekben, 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 alapdiplomához (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, készség elengedhetetlen, hogy a segítő kompetens legyen az esetvitelben. Tudjon multidiszciplináris teamben dolgozni, tudjon együttműködni a társ-szakmákkal az intézményen felüli teammunkában. A hazai gyakorlat sajnos sokszor

azt mutatja, hogy a kevésbé képzett, „olcsóbb” kolléga megfelelőbb a szolgáltatás biztosításához. Ez pedig sajnos a szolgáltatás minőségének romlásához vezet.

A teammunka kiemelkedő jelentősége: Az intenzív esetenedzselésben az esetenedzser munkája során a team szerepe megnövekszik, és fontos a szupervíziós háttér biztosítása is. A multidiszciplináris teammunka lehetőséget ad arra, hogy a különböző képzettséggel 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 esetenedzselés keretében egy személyes, bizalmi kapcsolat keretében megvalósuló támogató munkáról van szó. Az intenzív esetenedzser-modellek az a nézetet képviselik, hogy a sokrétű segítségnyújtás közepette szükség van egy személyes, megtartó kapcsolatra (Bugarszki 2003).

Röviden beszéljünk a különböző esetenedzselési modellekről.

1. Az asszertív közösségi kezelés (ACT-modell)

Az ACT-modellt, mely hosszú távú ellátást nyújt a közösségben mentális zavarral élő személyeknek, a hetvenes években dolgozták ki Wisconsin államban. A hetvenes években Leonard Stein, Mary Ann Test és 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 és mtsai 2004b). 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 munkaidőkereten túl (például telefonügyelet biztosítása) (Szabó 2008). Az asszertív közösségi kezelés másik sajátossága, hogy az esetfelelős mint esetgazda szorosan a teamre támaszkodik. Az esetvitel során a szolgáltató, gondozó team minden 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 a 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 életterükben 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 konzultensből, munkaügyi tanácsadóból, két mentálhigiénés szakemberből, egy sorstárs képviselőből (tapasztalati szakértőből) áll (Balogh és mtsai 2004b). 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 emelnünk a közösségi források felhasználását, továbbá a közösségek befogadókészségének erősítését antistigma-programok keretében, a közösségi kulcsszemélyek szemléletének formálása által. Az ACT-modell kiemeli a pszichoedukáció és a támogató csoportok jelentőségét a családdal folyó munkában.

Az ACT-modell jellemzői összefoglalva (Szabó 2008):

- 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 teammunka;
- intenzív támogatás és kliensképviselés;
- magasan kvalifikált esetvivő, lehetőleg klinikai specializációval és tapasztalattal;
- nagy esetviteli autonómia.

A továbbiakban bemutatott esetmenedzselési modellek hasonló jellemzőket mutatnak.

2. Iowa esetmenedzselési modell

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

Az Iowa-modell jellemzői (Szabó 2008):

- 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;
- az esetmenedzser képzettsége: kvalifikált, klinikai specializációval;
- mozgásteret körülhatárolt;
- szupervíziós háttér.

Az Iowa-modellnél az esetvitel időben körülhatároltabb, kevésbé intenzív és kevésbé komplex, strukturált, az esetvivő mozgásteret is szűkebb. Az esetviteli szám nagyobb, mint az ACT-modellnél. Hangsúlyt kap az egyénre szabott személyközpontú megközelítés (Szabó 2008). Meg kell említenünk Robert Surbert, aki a San Franciscó-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. erőforrásmodell (*strengths model*), amely bár szorosan kapcsolódik a szociális munkában elterjedt *empowerment* (hatalommal felruházás) koncepciójához. E modell kidolgozása a nyolcvanas években a Kansasi Egyetem Szociálismunkás-képző Tanszékén dolgozó Charles Rapp és Rona Chamberlain nevéhez fűződik (Szabó 2008).

3. Az erőforrásmodell

Az erőforrásmodell fókuszában a társadalmi integráció és a normalizációs elv áll. Rapp és Chamberlain (1985) álláspontja, hogy a mentális zavarral élő személy

ugyanolyan tagja a társadalomnak, mint bárki más, mindenkinek jogában áll a társadalomban való integrált élet éléséhez (Szabó 2008). A mentális zavarral élő személyeknek egyenlő esélyt kell biztosítani a társadalmi és környezeti források eléréséhez. Az erőforrásmodell a társadalmi integrációt helyezi stratégiája középpontjába, és fejlődésorientált megközelítést képvisel. A mentális zavarral élő személyek vágyai ugyanolyanok, mint bárki másé, szeretnének jót enni, jó munkahelyet, kutyát, barátot; szeretnének szeretve lenni. A mentális zavarral élő személyek segítségével 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 reményvesztetté válik, 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 sokszor maguk a szakemberek és a segítő intézmények erősítik fel az inadekvátság érzését. A bentlakásos intézetekben a gondozási terv készítésénél gyakran nincs jelen a kliens, akinek az életéről szó van. A kliens helyett a szakemberek döntenek arról, hogy mi lenne az örömteli célja, vagy a kudarckok mögött gyakran azt keresik, hogy mit tett a kliens hibásan, és hogyan „kellene” másképpen csinálnia. Ennek a hozama lehet, hogy az önbizalmában már eddig is ingatag kliens önbizalma még tovább csökken. A környezeti erőforrásokhoz való hozzáférés is gyakran korlátozott. A szociális kapcsolatrendszer sokszor leszűkül 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 (idézi Bulyáki és mtsai 2020). 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 elengedhetetlen, hogy ne páciensnek, hanem partnerünknek tekintsük azt, akivel közösen dolgozunk a segítő munka során (Szabó 2008; Bulyáki és mtsai 2020).

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;
- nem pedig 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 bemutatom az Integrált Pszichiátriai Ellátást (IPE), mely a hazai közösségi pszichiátriai ellátás módszertani alapját adja.

4. Az Integrált Pszichiátriai Ellátás

Az Integrált Pszichiátriai Ellátás (IPE), amelyet Falloon professzor vezetésével az angliai Buckinghamben vezettek be először a világban, az ACT-modellt mint szervezési modellt tekinti az egyik alapjának. Magyarországon Harangozó és munkatársai adaptálták ezt a közösségi gondozási módszert. Az IPE fő célja, hogy a mentális zavarral élő személyek a társadalomban integrált életet éljenek, és annak 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 kulcsszereplő a kliens és a természetes támaszként megjelenő családja és barátai. A segítő folyamat a kliens otthonában történik. A gondozási folyamat során megvalósul a kliens és hozzátartozóinak a pszichoedukációja, életviteli készségeinek fejlesztése, stresszkezelésének fejlesztése. Ezek hozzásegítik a klienst és családját ahhoz, hogy leküzdjék a mentális zavar által okozott nehézségeket, és elinduljanak a felépülés útján (Balogh és mtsai 2004b).

Az Integrált Pszichiátriai Ellátás pillérei:

- személyre szabott rehabilitációs terv;
- optimális gyógyszeres kezelés;
- pszichoedukáció;
- az életviteli készségek fejlesztése;
- stresszkezelés;
- az 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 és mtsai 1998).

5. Az esetmenedzseri rendszer

A közösségi gondozásban kulcsfontosságú a különböző pszichoszociális szolgáltatókkal való szoros együttműködés, melyet az esetmenedzser biztosít. A kifejezés az angolszász szociális munka területéről származik, és 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 (Kaplan 1990). A tevékenység célja az, hogy a szolgáltatások elérhetővé váljanak a rászoruló kliensek számára, valamint az, hogy javítsák a gondozás minőségét és ezáltal a kliens életminőségét egy költséghatékony ellátási keretben (Szabó 1999).

Az esetmenedzselés munkájában egyaránt megjelenik a koordinátori, kliensképviselési és tanácsadó szerep (Szabó 2003; Balogh és mtsai 2004c).

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

- a 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 problémákkal, nehézségekkel való megküzdésében szerepet játszó intézményi támasztékok is. Tágabban értelmezve a korábbiakban bemutatott erőforrásmodell megközelítése szerint beszélhetünk belső erőforrásokról, a kliens megküzdési képességeinek felhasználásáról is. A külső erőforrások tekintetében kiemelkedő fontosságúak a családi, baráti kapcsolatok mint természetes erőforrások, és mellettük a közösség (önkéntesek, önszolgáltató szervezetek, tapasztalati

és kísérő szakértők stb.) is támogató forrásként jelenhetnek meg. Természetesen intézményesült formális forrásokról is beszélünk kell, hiszen a felépülés útján ezeknek is fontos szerepük 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 meghatározó szerepet betöltő források feltárása, azonosítása.

Kapcsolatépítés a kliens és a forrásintézmények között: Gyakran találkozhatunk azzal a jelenséggel, hogy a mentális zavarral élő személy segítő intézmények között vándorol, és nem érti, miért szükséges ez helyzet. Ennek következtében gyakran bizalmatlanná válik. Az esetmenedzseri munka fontos területe a kliens és a forrásintézmény közötti kapcsolatépítés. Ezen tevékenység során a klienst tájékoztatják arról, miért szükséges más intézményi segítséget igénybe vennie, mit lehet várni ettől az intézményi segítőtől, és mi az, amit ennek igénybevétele kapcsán neki várhatóan tennie kell. Fontos, hogy az esetmenedzser telefonon is tájékoztassa a forrásintézményt a kliens a küldése előtt arról, hogy miért küldi a klienst, és ezt kísérőlevélben is rögzítse, melynek tartalmát egyeztesse a klienssel, és hozzájárulását kérje 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 2003; Balogh és mtsai 2004c).

Kliensképviselés: Tágabb értelemben a segítő intézmény feladata, hogy feltárja azokat a hiátusokat, ellátási nehézségeket, melyek aláássák a hatékonyságát. Kliensképviselési funkciója ebben az értelemben akkor gyakorolható, ha az intézményi képviselő jelen van a helyi szociálpolitikai stratégiák kialakításánál, és szakértői pozíciója van. A segítő közvetlen esetvitelhez kapcsolódó kliensképviselési 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. Az intézményközi koordináció keretében fontos az egyeztető munka.

A szociális támogatóhálózat erősítése: Kiemelkedően fontos, hogy a kliens a természetes életterében fellelhető természetes erőforrásaira támaszkodjon. Az esetmenedzser szintén 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;
- önszolgáltató 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 bemutatom a mentális zavarral élő személyek ellátására, segítségére működő szolgáltatókat.

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

Magyarországon a mentális zavarral élő személyek az egészségügyi és szociális ellátás igénybevételével 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 a kompetenciájukat meghaladó esetekben.

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

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

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 és mtsai 2004c).

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.

A *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;
- valamint a támogatott lakhatási szolgáltatás.

2013. január 1-jétől a szociális szolgáltatások rendszere kiegészült a támogatott lakhatási szolgáltatással mint szakosított, de nem intézményi ellátási formával. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatait és működésük feltételeit a többször módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza (Bulyáki 2021a).

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 igénybevétel önkéntes, a szolgáltatás térítésmentes. A szolgáltatás a kliens (mentális zavarral élő személy) otthonában hozzátartozói, barátai, számára 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 igénybe vevők pszichoszociális rehabilitációja, felépülésének elősegítése is

fontos célja (Herold és mtsai 2018; Bulyáki 2021a). A közösségi ellátás célja a mentális zavarral élő személyek felépülésének, társadalmi integrációjának elősegítése. A komplex biopszichoszociális rehabilitáció biztosítása hozzájárul az előzőekben megfogalmazott cél eléréséhez. A közösségi ellátás keretében szoros az együttműködés a mentális zavarral élő személyt gondozó pszichiáterrel és más pszichoszociális ellátást nyújtó szolgáltatókkal.

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében személyre szabott rehabilitáció valósul meg, melynek kiindulópontját a kliens örömteli céljai jelentik. A gondozási folyamatban a család, barátok céljai és vágyaik is ugyanolyan fontossággal jelennek meg, mint a klienséi.

A szolgáltatást igénybe vevők 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 és mtsai 2018)

A szolgáltatást igénybe vevők 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

Személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás a 18. életévüket betöltött fekvőbetegkezelést nem igénylő mentális zavarral élő személyek részére. Az igénybevétel önkéntes, a mentális zavarral élő személy kérelmezi. A szolgáltatás az önsegítésre, az öntevékenységre épít. A nappali klub 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 igénybe vevők étkeztetését. A nappali ellátás biztosításának további célja az igénybe vevők személyre szabott segítése, pszichoszociális rehabilitációja, a mentális zavarral élők felépülésének támogatása. A nappali ellátás alapvetően nyitott, szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási forma, amely települési szinten az alapszolgáltatások összekapcsolásának hátterét adhatja (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 gyógyintézetet nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt ön maga 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. A munkavégző készségek megtartását és fejlesztését szocioterápiás és munkarehabilitációs foglalkoztatás segíti (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, pszichés, mentális, 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 veheti igénybe a mentális zavarral 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-gyógyintézeti 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 (kétségfejlesztés, 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 életkora, egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt a rászorultat az alapszolgáltatások keretében nem lehet segíteni, állapotának és helyzetének megfelelő szakosított ellátási formában kell őt gondozni. A szakosított ellátási formák közé tartozik a lakóotthon, mely kb. tizennégy mentális zavarral élő személyt vagy fogyatékos személyt – ideértve az autista személyeket is –, illetőleg szenvedélybeteget befogadó intézmény, amely az ellátást igénybe vevő 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

Az 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 életkornak, egészségi állapotnak 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 háttérszolgáltatásként van jelen, mely hosszú távon elérhető (Ács – Gordos 2017, 1993. évi törvény a szociális igazgatásról és ellátásról).

4. Jellemző szociális problémák és szolgáltatási válaszok

Az MTA Kiválósági Együttműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum elnevezésű projektjének keretében az ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális Munka Tanszék oktatóinak együttműködésében megvalósuló kutatás a hátrányos helyzetű emberek társadalmi mobilitási esélyeit, lehetőségeit, az elérhető szolgáltatásokat vizsgálta 2019-ben. A kutatás az Észak-magyarországi régió egyik fejlesztést igénylő kistérségében, két budapesti agglomerációban, egy intézményi férőhely kiváltásában részt vevő szociális intézményben és Budapesten valósult meg. A kutatás célcsoportjába tartoztak a vizsgált területeken élő, különböző problémákkal küzdő családok, gyermekvédelemben érintett gyermekek és családjaik, pszichoszociális fogyatékossgal élők, illetve szenvedélybeteg emberek és szociális, egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek. E kutatásban jelen publikáció írója is részt vett. Ezen kutatási eredmények felhasználásával valósult meg a társadalmi mobilitás és az ellátórendszer vizsgálata.

De mit is értünk pszichoszociális akadályozottságon vagy pszichoszociális fogyatékossgon? Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jóllétét jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékossg hiányát. Ez kiegészül a spirituális jólléttel. Az egészség nem csupán cél, hanem erőforrás, melyet a mindennapokban használunk. Mentális egészség esetén – ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint – „a jóllét 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 fogyatékos alatt?

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

A törvény alkalmazásában a *fogyatékos személy* fogalma megváltozott:

1. § [...] 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 részt vevő kutatók (2017) a következő javaslatot tették a pszichoszociális fogyatékos 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)

A Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum (PÉF) elnöke a pszichoszociális fogyatékos fogalmát a következőképpen 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)

A *fogyatékos* megnevezést több a problémával érintett személy nem tudja, és nem szeretné elfogadni, a *pszichoszociális akadályozottság* kifejezés vállalhatóbbnak tűnik az érintettek körében.

A mentális zavarral 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 résztvevői közül. További nehézséget jelent a mentális problémához kapcsolódó stigma. A stigmatizáció okozta nehézségek képezhetik a legnagyobb akadályt a felépülésben, a pozitív irányú társadalmi mobilitásban.

A stigma a legnagyobb bűn! És a legnagyobb, az eredendő főbűn, ami leginkább, különösképpen 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 mentális zavarral 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 lakóköznyezetben hozzáférhető szolgáltatások (közösségi ellátás, nappali ellátás és a támogatott lakhatás) komplex pszichoszociális rehabilitáció biztosításával segíti a mentális zavarral élő személyeket a felépüléshez, a pozitív irányú társadalmi mobilitáshoz. Ezen szolgáltatók antistigma-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 kapcsán. A lakóközösségbe integrált támogatott lakhatási programok ugyanis 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-ben 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 bejöttök egy estére, és itt elszerepelgettek a színpadon, mi meg jól érezzük magunkat, meg itt látják, hogy fú ilyet is tudnak, meg ők sem vademberek, stb. Nagyon jó, de menjete 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 időotthon, bármi, na de pszichoszociális fogyatékosok 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 nemcsak a betegségelnevezés – nekem van egy legalább 200 szavas kigyújtésem –, hanem az orvosszakma 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, amelyek elősegítik a mentális zavarral élő személyek társadalmi mobilitását

Ez egy nehéz dolog, a pozitív irányba történő előrejutás 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 egyfajta 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 Együttműködési 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 arról, hogyan látják a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek társadalmi mobilitását, illetve azokat a szociális ellátásokat, amelyek a célcsoport támogatására, pszichoszociális rehabilitációjára vannak.

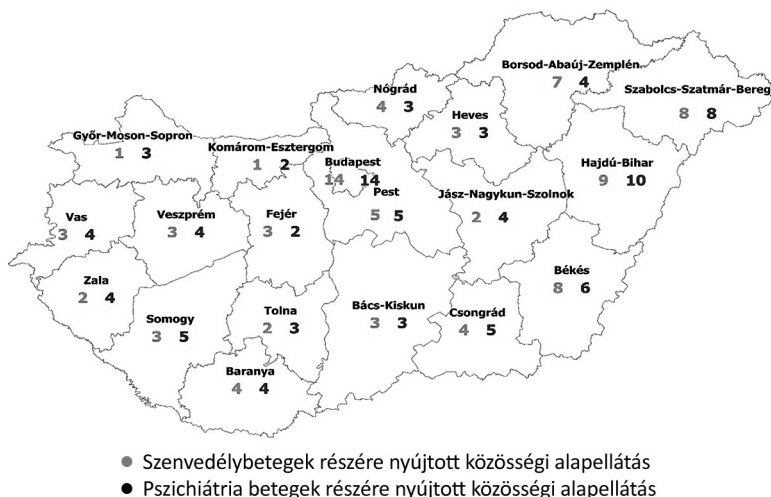
Milyen fejlesztési célok fogalmazhatóak meg a célcsoport ellátása kapcsán? A következőkben ennek kérdését tárgyalom.

Elsődleges cél: a hozzáférhető ellátás

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

Országosan 91 szolgáltató biztosít pszichoszociális akadályozottsággal élők számára közösségi pszichiátriai ellátást, de 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



10. ábra. Pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére közösségi alapellátást nyújtó szolgáltatók száma megyénként 2020-ban

a támogató közeget megkeresni, akkor gyakran lehet mellékhatásként az elmagányosodás, a hajléktalanság, az elszegényedés. Lefelé mondván a mobilitást. Felfelé 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 a kutatásunk egyik helyszínénél szolgáló, Budapest agglomerációjába tartozó település, ahol nincsen közösségi ellátás, nappali klub.

[F]alu bolondjaként kóvályognak a településen vagy környező falvakban. (idézet a települési Család- és Gyermekegészségügyi Központ és Szolgálat munkatársával készült interjúból, MTA-kutatás 2019)

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

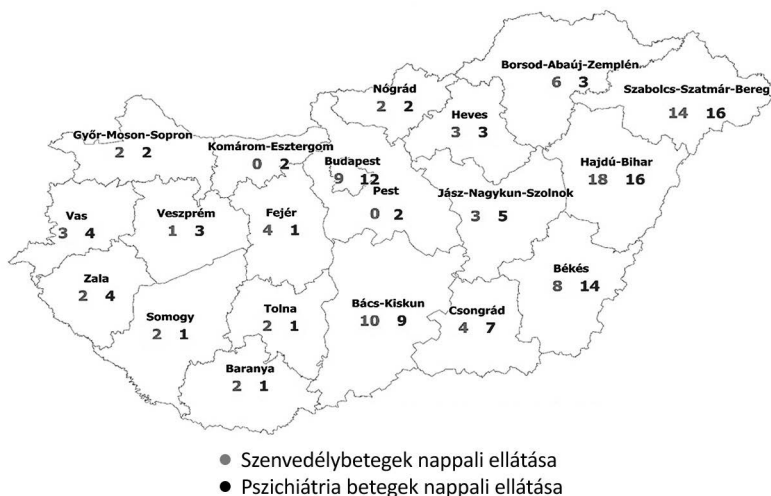
[...A] település valamilyen módon, formálisan ellátja, nem ellátórendszerben. Akik meg jómódú családokban élnek, azokkal nagyon kevésbé találkozunk. Inkább

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 Gyermekjóléti 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 sok esetben ellátás nélkül maradnak. Hasonló a helyzet a nappali ellátás területén is. Országosan 99 nappali klub működik. A területi egyenlőtlenségek itt is tetten érhetőek.

A nappali ellátást nyújtó intézmények szolgáltatási hiányosságaira hívja fel a figyelmet az érdekvédő szakember.

[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 bélyegyűjtőknek, 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



11. ábra. Pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek nappali ellátását végző szolgáltatók száma megyénként 2020-ban

nem tartja be, azt nem lehet sem oktatással, sem a betegek megfelelő hozzáállással, de még stigmacsökkentéssel sem helyrehozni. 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 azonban sok helyen nincsenek ilyen szolgáltatások, amelyeket igénybe lehetne venni.

Az önsegítő aktivitások elősegítése, támogatása

[A]z önsegítést még jobban meg az érdekvédelmet segíteni lehetne. És az önsegítő 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 nevű projektje is teret adott annak, hogy tapasztalati szakértők a Lakótámogatási Munkacsoport keretében segítsék a nagy létszámú bentlakásos intézetekben élők felkészítését az önálló életre.

Megpróbálók valahogy hatni ott a sorstársakra, valahogy jobbat 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 jelent.

Érték- és evidenciaalapú szolgáltatások létrehozása. Képzett segítők jelenléte

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

[N]agyon meghatározó, hogy az eü.-ben és a szoc. ellátásban is olyan szervezeti kultúrára lehessen költeni, tanulni, szervezetfejlesztést 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 összejeveletekkel. Ebben látnám a másik részt. Az alapképzés az egész jó, de utána mondjuk 8 éve bent van valaki a szakmában, akkor fontos lenne a továbbképzés, ami az alapmodulokra 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 mentális zavarral élő személyek felépülésének útján a képzett, reményt adó szakember jelenléte kiemelkedően fontos.

[K]erestem 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 jelen lévő családtagok, barátok bevonásával elősegítheti a mentális zavarral 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. Az önszolgáltató 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?

Tünettől vagy tünet nélkül történik ez, az nagyjából lényegtelen a lényeg az, hogy jól érezzem magam. Az örömben és az életben. Nekem ez a felépülés. (Jakab)

Mit is jelent a felépülés? Mit gondol erről a felépülés útján járó személy, és mit gondol a szakember? Milyen tényezők segítik a felépülést? A következőkben ezekről a kérdésekről kívánok áttekintést nyújtani.

1. Mi a felépülés?

A *felépülés* fogalmát nem könnyű meghatározni, sok egymáshoz kapcsolódó definíció összessége alkotja. A pszichiátriai ellátásban, klinikumban dolgozó orvosok inkább a mérhető tényezőket, változásokat tartják fontosnak, hogy például képes-e az érintett ember az önálló életvitelre, van-e munkája, képes-e a gyógyszereszedését önállóan kézben tartani (Lieberman 2010; Bulyáki és mtsai 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: 62)

Kritériumok:

- az adott személy rendelkezik előzetesen felállított pszichiátriai diagnózissal;
- jelen állapotban az ahhoz kapcsolódó pszichiátriai diagnosztikai kritériumok nem állnak fenn;
- több mint öt év telt el az utolsó kórházi kezelés óta;
- pszichoszociális funkciói jelenleg „normál sávban” vannak (GAF [Global Assessment of Functioning] pontérték pl. 65 pont);
- antipszichotikus gyógyszerek alacsony szinten kerülnek alkalmazásra (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

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

- a mentális zavar diagnózisának felállításában szerepet játszó tünetek 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 (Liberman 2010; Szabó 2014; Bulyáki 2020).

Egy másik, a legelfogadottabb megközelítés a felhasználók szempontjait követi. Anthony szerint (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2018) a felépülés egy nagyon személyes változásfolyamat. 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 és mtsai 2018; Bulyáki és mtsai 2020). 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 otthonban), ahol mások ellenőrzik az életét. Mentális zavara ellenére képes életét formálni, irányítani, miközben nem függ szükségszerűen a gyógyszerektől, akár gyógyszerek nélkül is tünetmentesen élheti az életét. A felépülés ilyen irányú megközelítésének fontos eleme, hogy a mentális zavarral élő személytől az izoláció helyett aktívabb részvételt feltételez az életvitelben, és a védekező elutasítás helyett a mentális zavarral való szembenézést és elfogadást ösztönzi.

A felépülés fogalmának 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 változásfolyamat, 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 beteg”-ként definálja magát. Ennek pozitív hozadéka az önstigmatizáció terhe alól való felszabadulás. A felépülés folyamata nemcsak a felépülő személyt érinti, nem csupán önmagára támaszkodó változási folyamatról van szó, hanem feltételezi mások támogató jelenlétét is (pl. családtagok, barátok). A felépülés

ugyanakkor nem lineáris folyamat, hanem egy megtorpanásokkal átszótt „utazás”. A felépült személyek életében is lehet relapszus, és sor kerülhet kórházi elhelyezésre. Fontos változás az, hogy a felépült személy reménykedik 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 jelenségét alapvetően a mentális zavarral sikeresen megbirkózók személyes narratíváin keresztül ismertettem. A felépüléskoncepció empirikus vizsgálata igen nehéz, ugyanakkor fontos jellemzői jól megfoghatóak, így az *empowerment*, a remény és optimizmus, valamint az étellel kapcsolatos elégedettség érzése is (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

A mentális zavarból önmagukat felépültnek tekintők sokféleképpen fogalmazták meg, hogy mit is jelent számukra a felépülés.

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 és mtsai 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 életemben. 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 hozzáállni. Mi a bajom, és tudom magam kontrollálni. 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, hogy a *klinikai és személyes felépülés* egymástól élesen elkülönülő fogalmak-e. Ennek kapcsán három komponenst kell kiemelnünk.

1. 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 és mtsai 2020).
2. 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 igénybevételével volt csak megvalósítható (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).
3. Fontos tényező a remény, annak felismerése, hogy a mentális zavar diagnózisa ellenére nem szükségszerű, hogy a mentális zavarral élő ember élete az intézményi létre korlátozódjon. A remény megtartásában a felépülés útján fontos szerepe van a segítő szakembernek (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

Számos pszichiátriai rehabilitációs program a klinikai felépülést helyezi előtérbe. Mike 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 és mtsai 2020).

Míg a mentális zavarral élő személy az akadályozottságból a felépülés irányába halad, számos szubjektív érzést és objektív tényezőt tapasztal meg. Így például (Lieberman 2010):

- Remény egy jobb jövőre, szebb életre. 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. Meg tudom csinálni.”)
- Spirituális erő, amely hittel és reménnyel köti össze az embereket.
- Önségítés és szociális támogatás a sorstársaktól, tapasztalati és kísérő szakértőktől.
- A mentális betegségeket és a mentális betegeket megbélyegző stigmatizáció leküzdése.

2. A személyes felépülés tényezői

A felépülés kapcsán kétféle megközelítéssel találkozhatunk: a *nomotetikus tudással* és az *ideografikus tudással*. Gyakran tapasztalható feszültség a nomotetikus és ideografikus megközelítés között. Feszültség húzódhat meg a problémaorientált megközelítés, a tünetredukció, a rizikótényezők feltérképezése, a krízisellátási protokollok kontra a posztmodern konstruktivista megközelítés között, ez utóbbi prioritásként a szolgáltatást felhasználók preferenciájához igazodik.

Számba véve, 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, erősítheti a bizalmatlanságot, és az objektív tényezők leértékelését eredményezheti (Bulyáki és mtsai 2020).

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

1. a klinikusok segítő munkájában jelentős szerepet játszik az értékorientációjuk, a feltevéseik és a nehézségekkel küzdő emberről alkotott képük;
2. a klinikai modell jellegét tekintve hipotézisépítő – önmagában nem tekinthető „objektív realitás”-nak, így a tapasztalatok nyomán megerősíthető vagy elvethető;
3. a klinikai modell akkor értékes, ha hasznosítható a mentális zavarral élő emberek segítésében, 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.

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

- a „mentális beteg” identitásmeghatározó 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 betegidentitástól.

(Szabó 2014: 63; Bulyáki és mtsai 2020)

Andresen és munkatársai az alábbiakat emelik ki:

1. Remény – jövő irányultságú várakozás a személyes célok elérése kapcsán. Központi kérdés: 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 nyomot 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.
(idézi Szabó 2014: 63)
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 és mtsai 2020)

3. A személyes felépülés szakaszai

A személyes felépülés folyamata az alábbi szakaszokra bomlik:

- kontrollvesztés az élet felett, az önbizalom elvesztése, a 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 és mtsai 2020).

Andresen ötfázisú modellje a felépülés bemutatására:

1. Moratórium – elutasítás, zavartság, reménytelenség, identitászavar és visszahúzódás.
2. Tudatosulás – felcsillan a jobb élet reménye, valamint az, hogy lehetőség van a felépülésre. Ezt a környezetében lévő fontos mások erősíthetik, szerepminták vagy a klinikus támogatása segítségével. Tudatosul az, hogy a betegidentitás 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 munkafázis, 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. Megküzdőképesség, önbizalom, optimizmus jellemzi a jövővel kapcsolatban. Önképe pozitív, és hisz abban, hogy a mentális zavarral kapcsolatos tapasztalata nyomán jobb emberré vált.

(lásd Szabó 2014: 64; továbbá Bulyáki és mtsai 2018; Bulyáki és mtsai 2020)

A felépülés előbbieken bemutatott többfázisú 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 és mtsai 2020).

4. A felépülés négy feladata

Első: 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 *betegidentitással*. A pozitív identitás nem egyenlő a mentális zavar semmibevételével. 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 éhez, az átélt akadályozottság és a mentális zavarhoz kapcsolódó stigma ugyanis nyomokat hagy. De a betegséghangsúlyú identitástól el lehet szakadni, és egy jobb jövő lehetősége bontakozhat ki, ami reményt ad (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

Második: a mentális zavar átfogalmazása

E feladat szorosan kapcsolódik a mentális zavarhoz kötődő tapasztalatokhoz, továbbá ahhoz, hogy milyen jelentését fogalmazzuk meg magunk számára. A jelentés hozzátapadhat a klinikai modellhez, hangsúlyt adva a diagnózisnak, vagy el tudunk tőle szakadni, megfogalmazva azt, hogy a mentális zavar bár jelen lévő 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 és mtsai 2020).

Harmadik: a mentális zavar „önmenedzselése”

A cél: megszabadulni a mentális zavartól, megtanulni, hogy hogyan lehet vele élni, a pozitív átfogalmazás során valamilyen értéket találni benne. Feltenni a kérdést: milyen pozitív hozama van a mentális zavarnak a problémával élő számára? Minimalizálni kell 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 felelősségvállalás, amely azt fejezi ki, hogy mentális zavarral élő személy felelős a saját örömteli életéért, a felépülés útján a segítség kereséséért és mások támogatásának megszerzéséért. Patricia Deegan tapasztalati szakértő 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 betegidentitás erősödéséhez vezet (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

Negyedik: a szociális szerepek újraértékelése

Egy pozitív szociális identitás formálása, a személyes és szociális értékek megszilárdítása kiemelkedő feladata a felépülés irányába ható utazásnak (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

5. A professzionális segítők szerepe

Az alábbiakban összegezhető:

- a remény megerősödésének támogatása,
- az identitás támogatása, pozitív identitás erősítése a személyes fejlődés ösztönzése,
- a személyes felelősségvállalás ösztönzése,
- a jelentéskeresés segítése.

(Szabó 2014: 65; Bulyáki és mtsai 2020)

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

- Vonjunk be másokat: szükségünk van útmutatásra, reményre, irányításra és barátságra.
- Dolgozzunk az én-erőségeken: az önbecsülésen, az önbizalmon, az önismerten 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 és mtsai 2009: 14)

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

Először Gallai István tapasztalati szakértő *A közösségi pszichiátria kézikönyve* című kiadványban megosztott gondolatait olvashatjuk arról, hogy szerinte mi segíti elő a felépülést.

- [F]ontos 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 realitáskontrollom nagyban visszaállt) (hónapok-évek alatt),

- nem kell szégyellni magunkat a diagnózisunk miatt, azok nem mi vagyunk,
- ne foglalkozunk 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 igazítjuk 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, nemcsak gyógyszert ad, hanem foglalkozik a lelkivilágunkkal is, mert ez az állapot is „onnan jön” (megkeresi a probléma gyökerét), (traumafeldolgozás). 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, családterápia, művészetterápia, 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 (a 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 bölcsebbek 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 és mtsai 2018: 9–11; kiemelés az eredetiben)

Következzenek itt a kutatásom interjúalanyainak a meglátásai, gondolatai a felépülés útjáról.

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. [...] 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, nemcsak az, hogy leülünk, és csak csendesen üldögélünk, hanem az, hogy a mindennapi életben jövünk-megyünk, és az életben jelen vagyunk. Az adott pillanatban jelen vagyunk. Ez, ideérkeztem, és ez most még jobban, erre most ráfekszem, ezt gyakorlom. (Cili)

A Hanghalló Csoport tagjai (L., N. és B.) segítettek a felépülésben. (Dénes)

Nekem az nehéz volt, hogy skizofrén vagyok, na, én nem vagyok beteg. Ha ezt elfogadom, átengedem 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 hozni. Minél hamarabb vissza akartam a régi kerékvágásba 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 visszamentem 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 céloom. (Bence)

Ha valami hajtja az embert belülről, bízni kell magunkba, hogy jó dolog hajt belülről. Küzdés, 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 szemben, 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 mehetiünk el a rosszban. Ismerje meg magát az ember, a becsületes kiskapukat. Hogy megismerje az ember magát. (Imre)

Én a családomtól kaptam olyan értékrendet, ami jó. Mindenre van megoldás, nem szabad kétségbe esni. Nem szabad egész életre 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 segítségével, 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 céloom az tényleg úgymond már az akkor öngyilkosságba vezet. Mert minek

élek. Engem szerintem, továbbra is azt mondom, ami segített rengeteget: a barátok, szülők melletttem 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. Nemcsak megteremteni kell, hanem meg is kell tartani. Ezt úgy lehet megtartani, ha nem hagyjuk magunkat kizökken-teni. Nem kell túlreagálni 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 tünetetek alóli felszabadulás és az életbe való visszatérés jellemzi.

Hogyan is jelenik meg a segítő életviteli támogatás a felépülés útján haladó mentális zavarral élő személynél? Slade (2009) leírásában a személyes felépülés egy „utazás”, amelyben a segítő útítárs támogató, ösztönző részvételével átsegíti a mentális zavarral élő személyt a mentális zavar okozta akadályokon. A VII. fejezetben részletesebben olvashatunk a humanisztikus segítőről és a felépülésre gyakorolt személyes hatásáról, valamint Carl Rogers munkásságáról. Slade felépülésmegközelítése 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 a kliens kapcsolata leginkább a felismerés és mélyebb önmegértés ösztönzője. A felépülés útján a segítő a klienst erőforrásainak facilitálásával, az erőforrások hozzáféréseinek elősegítésével segíti. A korábbiakban bemutatott erőforrásmodell 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 és mtsai 2020).

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 jelen lévő, támogató szerepet játszó emberi kapcsolataikra. A kapcsolatok közül kiemelt szerepet kap a segítővel kialakult

bizalmi viszony. 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.

Charles A. Rapp és Richard J. 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, illetve 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 segítők hatékonysága 50% körül mozog, ezt a szakképzett segítők kb. 15–20%-kal haladják meg, és a legtehetségesebb, legtapasztaltabb segítők hatékonysága is alig haladja meg a 75%-ot (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020). Rapp és Goscha Rogershez hasonlóan a személyközpontú megközelítésben szintén a kibontható belső változási 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 klienscsoportokkal – így a mentális zavarral élők segítségével – foglalkozó segítők igen gyakran a szociális környezetben tapasztalható negatív jelenségekre fókuszálnak (pl. kirekesztődés, stigmatizálódás, izoláció, munkanélküliség, lakhatási problémák), 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 és mtsai 2020).

A mentális zavarral élő egyén úgy jelenik meg ebben a megközelítésben, mint a változáskezelés, a 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 egyrészt a kliens autonómiájának, önértékesítő képességének megerősítését, másrészt a társadalmi önértékesítés ösztönzését jelenti. Rapp és Goscha (2012) 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 és mtsai 2020).

Néhány kiindulási pont 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)

Az itt felsorolt szempontok nyomán kiemelhetjük azokat a tényezőket, amelyek mentén a belső és a környezeti erőforrások meghatározó komponensei leírhatók. Ezek a következők:

Belső erőforrások:

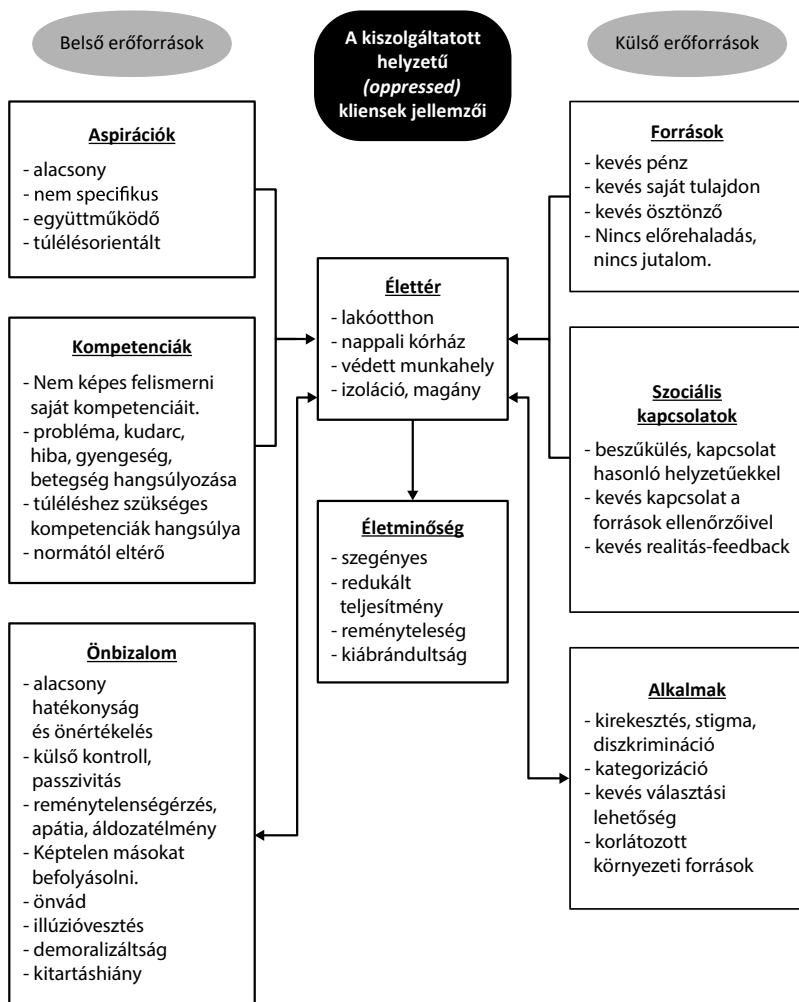
- a kliens vágyai, törekvései, céljai,
- a célok megvalósításához szükséges kompetenciák,
- a kliens önbizalma, önmagáról alkotott képe.

Külső erőforrások:

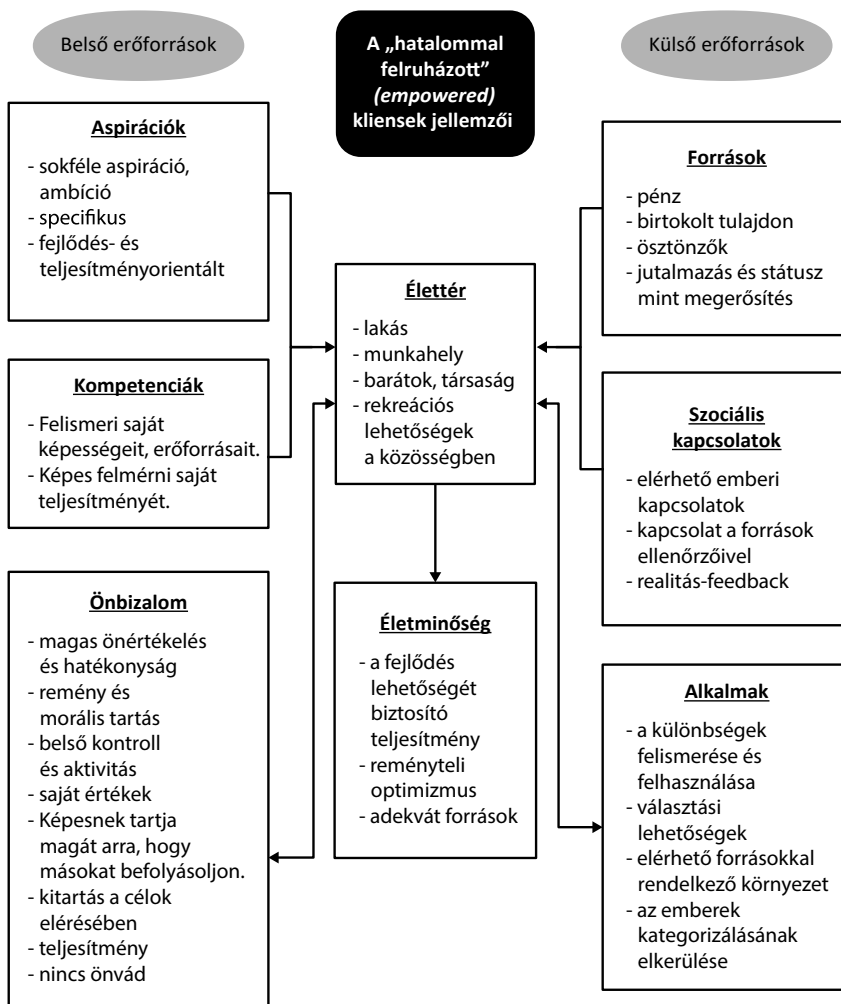
- a kliens számára szükséges források,
- a kliens szociális kapcsolatai,
- a felkínálkozó lehetőségek, alkalmak.

(Szabó 2014: 69)

Rapp és Goscha e tényezőket a *kiszolgáltatott helyzetű (oppressed)* és a *hatalommal felruházott (empowered)* kliensek jellemzői mentén tekinti át (2012: 49–50), ezt a 12. és 13. ábra szemlélteti.



12. ábra. A kiszolgáltatott helyzetű kliensek jellemzői



13. ábra. A „hatalommal felruházott” kliensek jellemzői

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* és a *megerősítő* környezetet (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020).

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 figyelembevétele.
- 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; lásd még Bulyáki és mtsai 2020)

A *csapdába ejtő környezet* nagymértékben kirekesztő, stigmatizáló, a társadalom peremére szorítja a mentális zavarral élőket, akik elszegényednek, izolálódnak, és kiszorulnak a közösségekből, az élet fontos színtereiről. A *megerősítő környezet* ezzel szemben olyan befogadó környezet, amely megerősíti a mentális zavarral élők közösséghez tartozását, és alkalmat nyújt törekvéseik, céljaik megvalósításához (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020). Áttekintve a környezeti tényezőket, körvonalazhatóvá válik számunkra az életviteli támogatás azon praxismodellje, amely lehetőséget ad a mentális zavarral élő emberek személyes felépülését ösztönző, életviteli autonómiájukat megerősítő segítő munkára.

E praxismodell elemei a következők (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai 2020):

- *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 felelőségek megfogalmazásával, a megvalósítás időkeretével, a felhasználható erőforrások figyelembevételével. A tervezés munkája az egyén és segítő együttműködésén alapuló – a mentális zavarral élő személy preferenciái mentén haladó – közös erőfeszítés.
- *A források elérése:* a fókuszban a mentális zavarral élő személy céljainak eléréséhez szükséges külső erőforrások mobilizálása áll. A közösségi integráció elősegítése.
- *Az együttműködés fenntartása:* a mentális zavarral élő személy reményének, motivációjának erősítése. A gondozási tervben megfogalmazott célok eléréseért tett erőfeszítéseinek elismerése, ösztönzése. Fontos a felépülésben utazó autonómiájának, önhatékonyságának és közösségi integrációnak a megerősítése a személyes örömteli célok, vágyak, törekvések prioritásai mentén. Az önhatékonyság erősítése „saját élet feletti hatalom visszavétele” nyomán.

Az itt felvázolt modellt 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 zavarral élő egyén élete zajlik. Tartalma az élet folyamában felmerülő nehézségek és akadályok, irányát pedig az egyén törekvései, személyes örömteli céljai határozzák meg.
- 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 munkási tevékenységnek tekinti, ugyanakkor hangsúlyozza az informális segítőkkel való együttműködés jelentőségét. Látnunk kell azt, hogy az életviteli támogatás szakértelmet feltételező szolgáltatás, amelyet a mentális zavarral élő egyén nehézségei kapcsán ugyanúgy „használhat”, mint bármilyen más, a szükségletei kielégítésére fókuszáló szolgáltatást.
- 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.

- A segítő munkája során nem kérdőjelezi meg a pszichiátriai konzultációs háttér jelenlétének fontosságát. Nem vitatja a pszichiáter kompetenciakörébe 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 nyílt párbeszédben ösztönözze a mentális zavarral élő személyt arra, hogy egy realisztikusabb mérlegelés és önbelátás nyomán elfogadja, ha szükséges, a pszichiátriai segítséget. Segítse klienst, hogy a pszichiátriai rehabilitációban képes legyen a saját érdekeit képviselni pl. a gyógyszeres terápia kapcsán is.
- A mentális zavarral élő emberek segítésében a segítőnek a klienseikről alkotott képe, értékorientációja és etikai tartása kiemelkedően fontos. Ez különösen fontos a segítő kliensképviselési 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 „antiopresszív” stratégiái kapcsán, továbbá megtalálhatjuk a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában a mentális zavarral 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: 73, lásd még Bulyáki és mtsai 2020)

Láthatjuk, hogy a felépülés egy pozitív pszichológiai fejlődés, egy utazás, ahol a segítő „útitárs”-ként támogatja e 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 gyógyszeresedés ellen. Mikor jobban éreztem magam, rendszeresen elhagytam a gyógyszereket. A hallucinációk is visszatértek, ami abban merül ki, hogy utazás közben lebecsmérlően kritizálnak párbeszédekben. Félelemmel és rettenetes szorongással töltötték el. Úgy éreztem, hogy a környezetemben kamerával és lehallgató készülékekkel belelátta a gondolataimba is. Fontos megjegyezni, a sérelmeimet mindig magamban tartottam. Nem beszéltem róla, evvel is büntetve magam. Amikor elkezdtem beszélni a problémáimról, a hétköznapjaim 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 bentfekvések egyre ritkábbá váltak, igaz, most is vannak állapotingadozások, amelyek esetenként gyógyszeremlést 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 és mtsai 2018: 12)

V. A mentális zavarral élő emberek felépülésének kutatása

A felépülést objektív és szubjektív módon is meg tudjuk közelíteni (lásd a *IV. fejezetet*, amelyben a felépülés terminológiáját, kritériumait mutattam be). 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 és a természetes támaszként jelen lévő barátoknak.
- A felépülésre hatással van a társadalmi elfogadás, a támogató környezet.
- A szigmatizáció akadályozza, nehezíti a mentális zavarral élő személyt a felépülésben.
- A felépülést elősegítik a személyes, örömteli célokra épülő, azok elérését elősegítő, hatékony pszichoszociális rehabilitáció és az elérhető közösségi pszichiátriai szolgáltatások.
- A felépülésben az önsegítő aktivitásoknak is fontos szerepük van.
- A felépülésben kulcsszerepet játszik a segítő, akinek munkája meghatározó a mentális zavarral élő személy felépüléséhez vezető úton.

Kutatási minta

Kutatásomban 16, mentális zavarral élő (8 nő, 8 férfi) személy vett részt, akik mind igénybe vették Budapesten a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum – Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátását. A kutatás 2015. június 16. és 2015. szeptember 18. között valósult meg. Az interjúalanyok a BNO-besorolás szerint a *szkizofrénia* (F20), a *szkizoaffektív pszichózis* (F25) vagy a *bipoláris zavar* (F31) diagnózisával rendelkeznek. Az interjúalanyok a közösségi pszichiátriai ellátás keretében családjuk, valamint természetes támaszuk bevonásával kapnak támogatást a felépülés útján. Az életútinterjúk időtartalma változó volt, hatvan perctől négy és fél óráig terjedő tartamban. A széles körű 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 bölcsőszervezet, amely partnereivel megteremtette a közösségi pszichiátriát Magyarországon, és számos civil szervezetet hozott létre (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 megteremtése. 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 közreműködőnek 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”.²

A kutatásban szereplők jellemzői kapcsán még elmondható, hogy kilenc fő diplomával, hat fő középiskolai végzettséggel, egy fő általános iskolai végzettséggel rendelkezett. Olyan személyekkel készítettem interjúkat, akiket az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai koordinátori feladatait betöltő intézetvezető pszichiáter objektív (lásd a felépülés korábbiakban bemutatott objektív szempontjait)

² Lásd <https://ebredések.hu/rolunk/what-we-do/> (Letöltés dátuma: 2019. július 16.)

szempontok alapján felépültek tekintett, illetve maguk is felépültek tekintettek önmagukra. Az interjúalanyok közül heten tapasztalati szakértőként az Ébredések Alapítvány önszervező mozgalmában aktívan részt vesznek a mindennapokban. Két fő pedig professzionális segítőtővé vált időközben, és szociális munkásként ugyan a szociális munka más alkalmazási területén, de segítőként dolgozik. A legfiatalabb interjúalany 25 éves, a legidősebb 65 éves volt (Bulyáki 2021b).

Kutatási eszköz

Kutatásom során félig strukturált életútinterjúkat készítettem. A kutatásban az interjúalanyok önkéntesen vettek részt, a bejegyző nyilatkozat aláírásával (lásd a 2. mellékletben) hozzájárultak az interjú rögzítéséhez és az interjúanyag felhasználásához jelen munkához kapcsolódóan. Az interjúalanyok élettörténeteiből készült esetismertetések az 1. mellékletben megtalálhatóak. Az anonimitás megőrzése érdekében a neveket megváltoztam.

A félig strukturált életútinterjú pillérei a következők voltak:

1. Az élettörténeti csomópontok áttekintése, a jelenlegi helyzet
2. Az interjúalany 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, a stigmatizáció kezelése
 - Mit gondol a mentális zavaráról?
 - Hogyan viszonyul a mentális zavarához?
 - Érte önt hátrányos megkülönböztetés a mentális zavara miatt? Ha igen, az élete mely területén?
 - Mit gondol a mentális zavarokhoz kapcsolódó előítéletről?
 - Ön hogyan viszonyul a stigmatizációhoz?
 - Mit gondol, mit lehetne tenni a stigmatizáció ellen?
4. Életviteli készségek, önállóság, hatékonyság, kompetenciák
 - Tevékenységek, aktivitás (mivel foglalja el magát, munka, tanulás, szabadidős tevékenység)
5. Kapcsolati háló, kötődések, társas támogatás, a szociális kompetencia tényezői
6. Önbecsülés, önértékelés, önhatékonyság
7. Szerepidentitás, az interjúalany helye a világban

8. Személyes felelősségvállalás, „önmenedzselés”
9. Belső erőforrások: vágyak, törekvések, célok
10. A család mint erőforrás
11. Külső erőforrások megléte/szükséges anyagi és intézményi források, segítő hálózat, önségítés
12. Megerősítő környezeti tényezők; befogadás, az individualitás és személyes szükségletek akceptálása, ösztönzés, inspiráció, a fejlődés lehetősége
13. Az élet élésének külső realitásai, keretei. A mai magyar társadalmi viszonyok között milyen lehetőségük van a mentális zavarral élő embereknek?
14. Mit gondol a felépülésről?
15. 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, valamint a 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, és milyen különbségek, illetve hasonlóságok érhetőek tetten az interjúalanyok életében. A mindennapi életünkben megfigyelhetjük, 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 az interjúalanyaim identitástudatát. 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 életből, és izolálódnak. A külső és belső erőforrásaik beszűkülnek. A közösségi pszichiátriai ellátási tapasztalatok megmutatták számomra, hogy a család mint erőforrás és a barátok támogató szerepe kulcsfontosságú a mentális zavarral élő személyek fejlődéséhez, a felépüléshez vezető úton. Kíváncsi voltam arra, hogy az interjúalanyok hogyan látják a családtagok és a barátok szerepét a felépülésben. A mentális zavarral élő emberek mindennapi élet éléséhez szükséges készségei gyakran nem elégséges szinten vannak jelen. Lehet, hogy fiatal felnőttként nem is volt lehetőségük, szükségük ezen készségek használatára, melyek azonban elengedhetetlenek az önálló élethez. A közösségi pszichiátriai ellátás 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 a mentális zavarral élő személy motivált legyen, és higgyen a változásban. Ehhez szükséges még egy humanisztikus segítő, akinek fontos a kliense fejlődése.

A rehabilitáció kiindulópontját a mentális zavarral élő személy örömteli céljai jelentik. 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, a hitet az örömteli életben. 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 szerepük van. Vajon az önsegítő csoportok, a tapasztalati és kíséző 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 említettem a társadalmi elfogadás, befogadás szükségességét. A felépülés függ attól, hogy milyen lehetőségek állnak rendelkezésre az adott társadalmi keretek között. Ennek ismerete elengedhetetlen az esélyegyenlőség elősegítéséhez szükséges törekvések megfogalmazásához. Végezetül kíváncsi voltam arra is, hogy az interjúalany mit gondol a felépülésről és az ő személyes jövőjéről.

A kvalitatív idiografikus módszerű kutatásom részletgazdag bemutatást tesz lehetővé. Az életútinterjúkból készült átirat többször átolvastam (ez az ún. „elmerülés az adatokban”, Smith és mtsai 2009, idézi Rácz és mtsai 2016: 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 (ahogy ezt a korábbiakban is rögzítettem), 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 meghatároztam a felépülés azon pilléreit, melyek minden vagy a legtöbb résztvevőnél megjelentek,

valamint azokat, amelyek speciálisan egy-egy résztvevőnél figyelhetők meg. Ezek az eredmények összecsengenek a kutatási hipotézisekben megfogalmazottakkal, a tapasztalati szakértők által megosztott beszámolókkal és a közösségi pszichiátriai ellátásban szerzett saját tapasztalataimmal.

A továbbiakban az így kapott eredmények alapján mutatom be a felépülést elősegítő tényezőket.

VI. Eredmények

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

A felépülést elősegítő tényezők az interjúalanyok meglátása szerint:

- az akaraterő, az önhatékonyság hite;
- örömteli célok;
- támogató családi és baráti kapcsolatok;
- inspiráló, támogató személy;
- közösségi pszichiátriai ellátás, család gondozás (hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégiák);
- elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat;
- önségítés, 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 (pl. Deegan 1996). 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 (Amering – Schmolke 2009). A kutatásban 29 fő vett részt, 10 férfi és 19 nő, 20 és 69 éves kor között. Diagnózisukat tekintve *szkizofrénia*, *bipoláris zavar*, *súlyos depressziós rendellenesség* és *személyiségzavar* volt jellemző. A kutatásban részt vevő személyek közel fele szerhasználó is volt. A résztvevők közül három fő nem szedett a mentális problémája kapcsán gyógyszereket az interjú idején. Minden interjúalany részt vett pszichiátriai járóbeteg-kezelésben. A félig strukturált interjúkat a kliensek otthonában készítették el. Az interjúk elkészítése előtt egy könyvtárban volt találkozó, ahol Patricia Deegan a kutatás céljáról, módszeréről előadást tartott

számukra. A találkozón Deegan először mint szakember mutatkozott be, ezután osztotta meg a résztvevőkkel a mentális zavarral való személyes érintettségét. Ezzel a bizalmasabb légkör kialakítása volt a célja. A félig strukturált interjúkat Giorgi Amedeo fenomenológiai módszerével (Amering – Schmolke 2009) elemezték, amely a résztvevők tapasztalatainak kontextuális megértéséhez vezetett. Az eredményeket többször megvitatták egy kutatási fókuszcsoporthoz, mentális zavarral élő személyek részvételével.

A kutatás eredményeként elmondható, hogy az interjúalanyok a gyógyszeres terápia mellett fontosnak tartják a felépülés elérésének szempontjából (Amering – Schmolke 2009):

- a tevékenységeket, melyek értelmet és célt adnak az életnek;
- a személyre szabott gondozást;
- a társadalmi szerepek pozitív értékelését, mely növeli az önbizalmat;
- az önszolgálatot;
- a munkát;
- a másoknak való segítséget;
- a szeretteikkel töltött időt;
- természetben létezését.

A következőkben a Scottish Recovery Network (SRN) (Amering – Schmolke 2009) a felépülés tényezőit feltáró kutatását ismertetem. A skót mentális egészségügy szakemberei 2006-ban missziójuknak tartották, hogy feltárják a mentális zavarból való felépülést elősegítő és akadályozó tényezőket. Munkájuk során a kvalitatív vizsgálat módszertanát alkalmazták. A szakemberek abban reménykedtek, hogy a kutatás eredményeként a személyes élettörténetek megismerésén túl sikerül azonosítani azokat a tényezőket is, melyek az interjúalanyok felépülésében kulcsszerepet játszottak. A kutatást vezető szakemberek azt gondolták, hogy az egyes történetekből összegyűjtött „anekdotikus bizonyítékok” (*anecdotal evidence*) segíthetik a mentális zavarból való felépülést elősegítő tényezők megértését, valamint az egészségügyi politika és jó gyakorlatok fejlesztését Skócia minden területén.

A kutatási projekt abból a feltevésekből indult ki, hogy az interjúalanyok által megosztott élettörténetek különféle hivatkozásokot tartalmazhatnak szolgáltatásokra és programokra vonatkozóan (orvosi ellátás, lakhatás, szociális munka, önkéntesség), valamint információt nyújthatnak arról, hogy a tágabb társadalom hogyan befolyásolja a gyógyulást. A kutatásban – mely 2005 folyamán Skócia hat különböző helyszínén zajlott – 67 mentális zavarral élő személy vett részt. Az élettörténeteket félig strukturált interjúban gyűjtötték össze. Bár a kutatás csak pillanatképet adott, de mégis jól tükrözi a felépülési folyamatokat. A kutatók arra a következtetésre

jutottak, hogy több információhoz lehetne jutni a felépülést elősegítő tényezőkkel kapcsolatban, ha három-öt éven belül megismételnék az interjút. További következtetésként megemlítik, hogy a felépülés faktorainak feltárásában a hozzátartozókkal és a mentális zavarral élő személyt segítő szakemberrel is szükséges interjút készíteni.

A narratív kutatásban feltárt, a felépülést elősegítő tényezők (Amering – Schmolke 2009):

- pozitív szemlélet kialakítása magáról és a jövő reményének megteremtése;
- az érintett értelmes tevékenységekkel és céllal rendelkezik az életben;
- tevőleges részvétel a saját 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 úton;
- a szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége;
- ha mentális zavarral élő személy hisz a felépülés lehetőségében, a felépülés reménye erősíti az önértékelést és a magabiztosságot;
- kontroll a saját mentális állapot felett, a tünetek kontrollálása;
- az élet pozitívumainak a keresése;
- a megfelelő támogatás és gyógyítás megtalálása;
- az élet jelentésének és a személyes céloknak a meghatározása.

Retta 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 szkizofréniában vagy más súlyos mentális zavarban szenvedő emberek tapasztalati beszámolóit a felépülésről, a felépülés fogalmáról szóló felhasználói cikkeket, valamint a felépülésre vonatkozó kvalitatív kutatást és elméleti irodalmat. A felépülés definícióját a felhasználók által használt fogalmak alapján keresték. A felhasználók által használt felépülésmeghatározást úgy azonosították, mint *a mentális zavar következményeiből való pszichés gyógyulást*.

Négy kulcsfontosságú felépülési folyamatot azonosítottak:

- a remény megtalálása;
- az identitás helyreállítása;
- az élet értelmének megtalálása;
- felelősségvállalás a felépülésért.

Emellett öt fázist azonosítottak:

- moratórium;
- tudatosság;
- előkészítés;
- újjáépítés;
- növekedés.³

Kutatásom korlátai

A rövid szakirodalmi kitekintés után beszélnem kell a kutatásom korlátairól, a kapott eredmények értelmezhetőségéről és az ezekből levonható általános következtésekről.

A kutatásom helyszínéül szolgáló Ébredések Alapítvány a hazai közösségi pszichiátriai ellátás módszertani intézménye, a közösségi pszichiátriai ellátás programjának egyik megalkotója. A közösségi pszichiátriai gondozók képzésében oktatóként eltöltött évek tapasztalata, az ellátásban dolgozó szakemberekkel való találkozás alapján elmondható, hogy a hazai közösségi pszichiátriai ellátás töredékes. Nem minden szolgáltatónál jelenik meg módszerhűen 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 nem minden mentális zavarral élő személy tudja igénybe venni a közösségi pszichiátriai ellátást, illetve a pszichiátriai betegek nappali ellátását (ennek okait a *III. fejezetben* ismertettem). A szolgáltatási kapacitások nem minden településen érhetőek el. 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 hasonlóan az önsegítő aktivitások elérhetőségében is megfigyelhetők egyenlőtlen-ségek. Az önhatékonyság hite, az akaraterő szorosan összefügg a pszichoszociális rehabilitációban elért sikerekkel.

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

³ Részletesen lásd a *IV. Mit jelent a felépülés?* című fejezetben.

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

A következő fejezetekben a felépülést elősegítő tényezők bemutatására kerül sor a félig strukturált interjúkra támaszkodva.

VII. Megbeszélés

„Kezdd élni az életedet, ne a diagnózisodat! A diagnózisom nem határoz meg engem. 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 számunkra megfelelő döntéseket.”
(Patricia Deegan)

1. Az élettörténeti csomópontok áttekintése – stressz, elhanyagolás, bántalmazás, trauma

Bár a kutatásom fókuszában nem a mentális zavarok kialakulásához vezető tényezők feltárása, bemutatása áll, mégis fontos röviden áttekinteni az élettörténeti csomópontok feldolgozásának eredményét. Az interjúk elemzése során két fontos tényező körvonalazódott: a mentális zavarral élő személyek által megélt stressz és a trauma, melyet mint sebet hordoztak magukkal. Mára már tudjuk, hogy a mentális zavarok nemcsak biológiai tényezőkkel függnek össze, hanem a mindennapi életben keletkezett stressz is hat rájuk (Harangozó 2018).

Stressz

A *stressz* fogalmát eredetileg Selye János vezette be a magatartás- orvostan területén, és szerinte 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 stresszt* és az *életeseményeket*. A környezeti stressz az, amit a közösségben napról napra átélt konfliktusos események során megélünk; ez 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*, azaz a kifejezett érzelmek (Falloon és mtsai 1998)

és a *family burden*, vagyis a családi terhek (Falloon és mtsai 1998). A mindennapi stressztényezők között kiemelkedő jelentősége van az emberi kommunikációnak. Különösen a túlzottan aggódó és ugyanakkor ellenséges, kritikus kommunikáció lehet megterhelő az egyén számára. 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 azok tudattalanul is hatnak ránk. Holokauszt-túlélők leszármazottainál érzékenyített stresszrendszer „íródik be” egyes génekbe, másoknál viszont nagyobb ellenállóképesség öröklődik (Yehuda és mtsai 2015; Harangozó 2016a).

Az *életesemény* kifejezést a jól elhatárolható eseményekhez kapcsolódó stressz megnevezésére használjuk, mint például közeli barát/rokon elvesztése, a munkahely elvesztése, a párkapcsolat/házasság felbomlása (Falloon és mtsai 1998).

A magyar Selye János igazolta, hogy a stressz lehet pozitív, amikor is sikeresen megküzdünk valamivel. Amennyiben túlterhel bennünket a stressz, létrejön a *kimerülés*. A stressz-láncreakció lényegében mindenkinél ki tud váltani valamilyen testi vagy lelki tünetet. Ez a *distressz* működése. Ehelyett kell a „jó stresszválaszt”, a *rezilienciát* elősegíteni (Harangozó 2018). 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 sérülékenységszresszmodell szerint a mentális zavarral járó károsodás megnyilvánulásának valószínűsége akkor a legnagyobb, amikor a sérülékenységi és a stressztényezők kombinációja meghaladja az adott személy biopszichológiai alkalmazkodóképességét, és kiváltja azokat a válaszreakciókat, amelyek az adott személy mentális zavarát jellemzik (Falloon és mtsai 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 és mtsai 1998). A hátrányos társadalmi helyzet és az urbanizáció elősegítheti a mentális és más egészségproblémák kialakulását. Az egyenlőtlenség fontosabb tényező, mint a gazdagság (Harangozó 2016b). 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



14. ábra. Frida Kahlo: *A megsebzett szarvas* (1946)

a megbetegedések előidézőjének. 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)

A korábbi elképzelések a mentális betegségek esetében az agy eltéréseit hangsúlyozták, amit legtöbbször adottságként fogtak fel. Ma már tudjuk, hogy a környezeti tényezők is fontos szerepet játszanak a mentális zavar kialakulásában. Szinte minden mentális zavar mögött megbújik bántalmazás vagy trauma (Harangozó 2018). Frida Kahlo aki szintén traumák sokaságát élte meg, több alkotásában is megjeleníti a traumák okozta sebeket (lásd a 14–16. ábrákat).

Patricia Deegan újraértelmezte a lelki egészség legnagyobb problémájának tekinthető pszichotikus állapotot. Felfogása szerint a pszichotikus állapotok többnyire a korai gyermekkorban fennálló traumatikus, stresszes életkörülmények és életesemények sorozatából eredeztethetőek (Mérey 2018).

Harangozó és munkatársai (2015) szerint jelentős a kapcsolat az érzelmi, fizikai, szexuális zaklatás és a disszociatív tünetek kialakulása között a szkizofréniával diagnosztizáltak körében. Egyes tanulmányok azt mutatják, hogy a gyerekkori trauma és zavarok kialakulása a szkizofrén spektrumú disszociációt elősegítheti (Harangozó és mtsai 2015). Varese, Barkus és Bentall tanulmányukban a gyerekkori szexuális bántalmazással hozzák összefüggésbe a hallucinációk kialakulását (Varese és mtsai 2012). Romme és munkatársai (2009), valamint Read és munkatársai (2005) kutatásaikban kimutatták, hogy az átélt traumák számával szignifikánsan nő annak a veszélye, hogy valaki pszichotikus jelenséget megtapasztaljon.

A traumás zavarok spektruma az egyszeri esemény viharos hatásaitól, a hosszantartó, visszatérő bántalmazás összetettebb hatásáig terjed. Miként a traumatizált embereknek, nekünk, szakembereknek is meg kell értenünk a múltat, hogy magunkénak tehessük 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 tekintettem 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 egyéves 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.

A *veszélyeztetettség* 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).

Az *elhanyagolás* minden olyan mulasztás vagy baj okozása (ez lehet szándékos vagy óvatlanságból, nemtörődomségből 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: az érzelmi biztonság, a 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 megfelelően 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: Az alapvető fizikai szükségletek, higiénés feltételek hiánya. Idetartozik 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 a szülők nem reagálnak a gyermek szükségleteire, ha mondjuk éhes, szomjas, álmos. Továbbá előfordulhat az is, hogy a szülő a szociális helyzete miatt nem képes megfelelően kielégíteni a gyermek szükségleteit, mert nincs meg hozzá például a megfelelő anyagi forrása (Babity 2005). Ebben közrejátszhat az is, hogy a szülő egyedül neveli a gyermekét, és nincs segítő, védő családi háttere, akikre támaszkodni tudna bármilyen probléma esetén. Továbbá maga a szülő is folytathat olyan önpusztító tevékenységet, mint a prostitúció, a szerhasználat, az önsértés, ami által veszélyezteti gyermeke testi épségét, vagy éppen ezek miatt a kiskorú nem részesül megfelelő ellátásban (Herczog 2007).

Oktatási, nevelési elhanyagolás: Az iskolalátogatás kötelezettségének elhanyagolása, az iskolai feladatok figyelmen kívül hagyása (Vizi – Ferenczi-Dallos 2015).

Az elhanyagolás mellett foglalkoznunk kell a bántalmazás jelenségével is.

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. Idetartozik a bántalmazással, erőszakkal való rendszeres fenyegetés, a szorongás keltése, a megszegényítés, az állandó kritizálás, az érzelmi zsarolás, a gyermek kihasználása. Érzelmi bántalmazás az is, amikor a gyerek tanúja mások bántalmazásának. Idetartozik 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)

Mérföldkő volt, hogy a szüleim elváltak. 6 éves voltam, amikor különváltak. (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 tinédzserkor, 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 horoszkópomat 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)



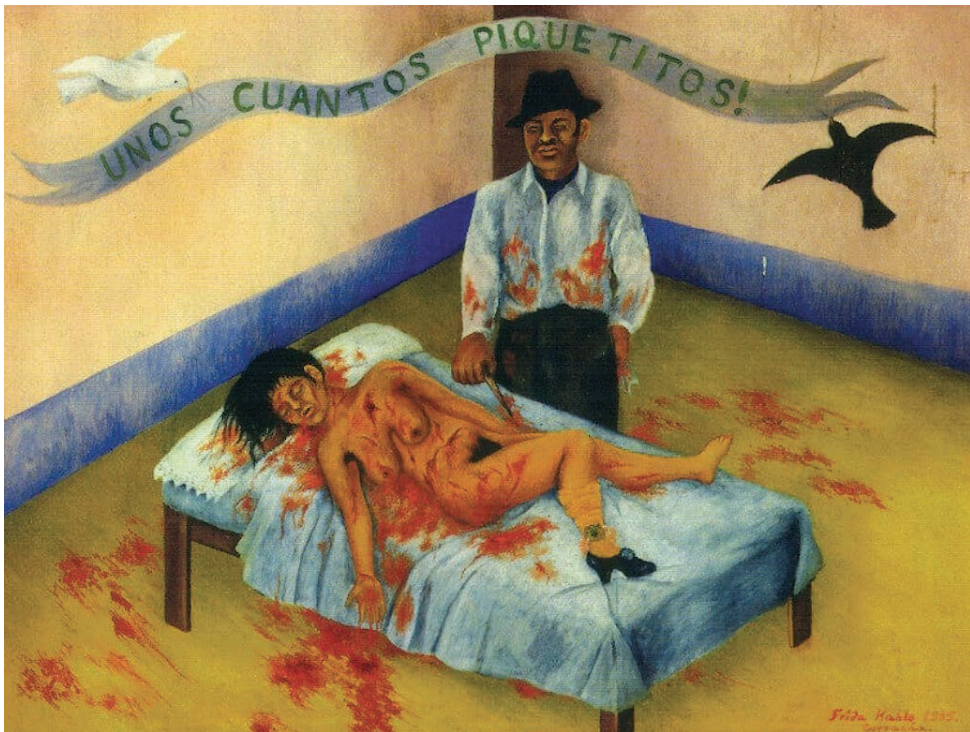
15. ábra. Frida Kahlo: *Henry Ford Kórház* (1932)

Én teherbe estem, és el kellett vetetnem a gyereket. Amikor fiatal voltam és szerelmes, nem értettem a dolgokat, zsidó gyerekem 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. Mérhéttelen torzulásokat okoz egy abortuszos nő élete, nem feltétlenül önként végzi ezt az abortuszt. (Magdolna)

Fizikai bántalmazás: Fizikai sérülés okozása.

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

És akkor bepörgött valamiért, és nekemesett a sodrófával. Kitekertem a kezéből, és bevágtam a kemencébe. (Sámuel)



16. ábra. Frida Kahlo: Csak néhány apró késszúrás! (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. Kamaszkoromban 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)

A bántalmazás egyéb formái:

- koldulásra, lopásra, prostitúcióra, hazugságra való kényszerítés;

- a *szociális bántalmazás* alatt a bántalmazott bezárását, a lakóhely elhagyásának akadályozását, a szociális kapcsolatok korlátozását vagy lehetetlenné tételét értjük;
- *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 veszélyezteteti magzata egészségét (pl. drog vagy alkohol fogyasztása, dohányzás, prostitúció). A várandós nő bántalmazása is idesorolható. Ebbe a csoportba tartozik az újszülött megölése is.
- Alkohol- és drogabúzus: a szülők szerhasználatának olyan következményei lehetnek, amelyek a gyermekre veszélyt jelentenek.
- „Münchausen by proxy”. Amikor a bántalmazást szándékosan követi el a szülő (szándékosan betegséget okoz) a gyermekénél azért, hogy ezáltal ő kapjon figyelmet. Súlyos következményei lehetnek e bántalmazási formának.
- A gyermek önbántalmazása. Az önsértés, melynek súlyos formája az öngyilkossági kísérlet (Vizi – Ferenczi-Dallos 2015).
- Kortársak egymás közötti bántalmazása. A gyermeket, serdülőt nemcsak a családon belül érheti bántalmazás, trauma, hanem az iskolában a kortársaik által is, amit *bullying*nek nevezünk. Egyik formája a fizikai erőszak, ami megjelenhet ütés, verés, rúgás vagy akár viselkedéses agresszióban, pl. amikor azt követelik az áldozattól, hogy adja nekik oda az otthonról hozott élelmét. Másik típusa a szóbeli, verbális bántalmazás, ebben az esetben a gyengébbik fél állandó csúfolásnak, gúnyolásnak van kitéve a társai által (Révész 2007).

Trauma

A bántalmazás sokszínűségét ismerhettük meg a fentiekben, ezek gyermek- és felnőttkorban egyaránt megjelenhetnek. A traumák mögött emellett meghúzódhatnak természeti katasztrófák vagy más életeseemények is, melyeknek az egyén számára traumahozamuk van, és mentális probléma kialakulásához vezethetnek. A trauma pillanatában az áldozat tehetetlen az őt érő erőbehatalással szemben. Ha a traumát valamilyen természeti erő okozza, *katasztrófáról* beszélünk. Amennyiben emberek az előidézői akkor *erőszakról* beszélünk (Hermann 2011).

A traumát Juliet Mitchell a 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 megjósolni” (Mitchell 1999, idézi Pohárnok – Lénárd 2015: 221). A nyolcvanas években az Amerikai Pszichiátriai társaság úgy határozza meg a traumatikus eseményt, mint ami „kívül esik a mindennapi emberi tapasztalatok körén” (Hermann 2011: 50). 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 ugyanis nehezen nevezhetők 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 katasztrófareakciókat idéznek elő. A pszichés traumák közös jellemzője „az intenzív félelem, a kiszolgáltatottság, a kontrollvesztés és a megsemmisülés fenyegetésének” érzése (Hermann 2011: 51). 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 fenyegettség érzése;
- tehetetlenség, a helyzet felett való kontroll elvesztése;
- olyan élmény, esemény, amely meghaladja a mindennapiság szintjét;
- az áldozat világról kialakított képe 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 különböztethető meg 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 eredményeképpen 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 I. 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 I. és II. világháborút, valamint a vietnámi háborút követően született tudományos munkák sokasága arra törekedett, hogy rendszerezze 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 szemlélet. 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 és a családon belüli erőszak.

A pszichiátriai ellátórendszerben dolgozóként sokszor találkozhatunk hosszantartó, ismételt gyermekkori traumák túlélőivel. Nem minden bántalmazott ember kerül a pszichiátria látókörébe, sokan önerőből épülnek fel a traumatizáltságukból. A pszichiátriákon ápolt emberek közül sokan gyerekkori bántalmazás túlélői. A pszichiátriai intézetekben bentlakó mentális zavarral élő személyek 50–60%-a, az ambuláns ellátás igénybe vevők 40–60%-a számol be a gyerekkori testi, szexuális vagy mindkét típusú bántalmazásról. Egy pszichiátriai sürgősségi ügyeleten készült felmérés szerint az ott ellátott személyek 70%-ának 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 ha egyszer már kialakult a kötődési stílus és a személyek közötti viselkedési mód a családon belül, 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, váratlan haláleset vagy öngyilkosság állt a trauma hátterében, a családban gyakorta diszfunkcionális interakciós minták jöttek létre (Havelka 2011). A szülők saját gyermekkori traumatizáltsága hasonló helyzetet eredményez. A traumatizált családokban a mindennapi élet és ezzel együtt a családban élő gyermek sokszor nem kap megfelelő figyelmet. Sokszor tapasztalható bizalomhiány és csökkent bevonódás egymás iránt vagy ezzel ellenkezőleg a túlzott

félelemmel átítatott bevonódás, a nagyon erős összetartozás és a túlzott védettség. A gyermekeket eltölthetik félelmek, melyek okát nem ismerik, de megérezhetik, ami a szüleiknek, nagyszüleiknek fáj, és próbálják azt elkerülni. Néha a gyermekeknek kell megtenni azt, amit a szülők nem tudnak.

Azért kellett szkizofrénné válnom, hogy valaki szembenézzen a családi traumákkal.
(Zsuzsanna)

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

A holokauszt, a kitelepítés, a meghurcolás, a megkínzgatás, a sok háború mind idesorolhatók, 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 átörökítődnek. [...] 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 életünkéről, amit átörökítünk. (interjúrészlet Harangozó Judittal; Hidvégi 2019)

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

Az interjúalanyaim között volt egy hölgy, nevezzük Zsuzsának, aki harmadik generációs holokauszt túlélő, bár ezt ő sokáig nem tudta, mert a családja eltitkolta előle. Zsuzsa szerint fordulópont volt, hogy elment agykontrollra, ami megváltoztatta a világról alkotott gondolatait, és valamit megbolygatott, felkavart 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 tévében a reklámok kellemetlen gondolatokat ébresztettek benne, és női hangokat, 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 családot is bevonták a segítő folyamatba. Zsuzsa alternatív segítségként elment Hellinger-csoportra, családállításra. A családgonozás aktív szakaszában kiderült, hogy Zsuzsa zsidó. A családja ezt a korábbiakban teljesen eltitkolta előle. Zsuzsa visszaemlékezett, hogy 16 éves



17. ábra. Generációk szállnak le a deportálóról Auschwitz-Birkenauban (1944)

lehetett, amikor a nagynénje temetése zsidó szertartás szerint zajlott. 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, hanem öngyilkos lett. Kiderült még, hogy az a hölgy, akit Zsuzsa anyai nagymamájaként ismer, valójában az édesanyja nagynénje. Amikor Zsuzsa nagypapája öngyilkos lett, a család a nagymamát hibáztatta, és a gyereket elvették tőle. A Hanghalló Önsegítő Csoportra rendszeresen jár. Zsuzsa részt vett a Hanghalló Csoport által szervezett tréningen, amit a skót származású Ron Coleman vezetett, aki tapasztalati szakértő, hanghallóknak nyújt segítséget, és felépülésfarmot működtet. Coleman szerint a legtöbb esetben a hangok utasításokként vagy negatív megjegyzéseként jelennek meg, sikolyokat jellemzően a zsidók hallanak. Ekkor lett világos Zsuzsa számára, hogy a hangok, amiket hall, a gázkamrában haldokló emberek sikolyai lehetnek (Zsuzsanna esetét részletesen lásd az 1. mellékletben).



18. ábra. *A hallgatás leplének szétszakítása* (könyvborító)

A holokauszt traumái nem csak az áldozatokat és azok leszármazottait érintik. 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 jelen lévő, a múltat fel nem dolgozó sebet jelent, hiszen akik koncentrációs táborban gyilkoltak, mentálisan sérültek, és a sebeiket átadták a következő generációnak. Erről számol be Jobst Bittner *A hallgatás leplének szétszakítása* című könyvében (lásd 18. ábra).

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 nemzedéké-

nek 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 fedezte fel a háború késői következményeit. A legtöbb németországi család mindmáig a múlt árnyékában él. (Bittner 2014: 25)

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

A traumatizált személynek az értelmes világban való hitének visszaszerzésében fontos, hogy másokkal is megoszthassa traumatikus élményeit. Ez a családtagokon, barátokon kívül a tágabb közösség segítségét is igényli. 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 traumafeldolgozás esélyevész 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 fordulópont, hogy ha anyámék ezt nem kezelik titokként, hogy a nagybátyámnak problémái vannak, és ha azzal is tisztában lettek volna, hogy ez fiúágon öröklődik, akkor már az elején lehetett volna tudni, hogy gondok lesznek. Ez is azt gondolom, hogy hozzátartozik, 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 interjúrészteltek jól illusztrálják, hogy az érzelmi és fizikai bántalmazás egyaránt tetten érhető a segítők oldaláról is.

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 viselkedtem. [...] 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 olyan-juk 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, túrni 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 cselekvőképese személy. Mikor feleltem, 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 visszaéltek 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, rettegést, kétségbeesést éli át, amit a kliense. E jelenség a „traumás viszontátétel” vagy „vikariáló traumatizáció” (Herman 2011: 171). Valószínű, hogy a traumatizált életéretésének hallgatása a terapeutában is felidéri esetleges múltbeli traumatikus élményeit.

A segítők mintegy háromnegyede saját, illetve 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 2016a)

A *sebzett segítő* fogalmát Carl Gustav Jung-hoz köthetjük. A görög mitológia egyik szereplője volt Kheirón, a kentaur, a sebzett segítő archetípusa. Kheirón megsebesült egy nyílvesztőtől, amit a Hüdra vérébe mártottak. A mérge 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 (Harangozó 2016a).

A traumából való felépülés folyamata három szakaszra osztható:

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

Mivel a trauma a biológiai szinttől a társas szintig az emberi funkciók minden területére kihat, a segítségnek komplexnek kell lennie. A felépülésvív 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 mtsai 2015). A traumák feldolgozásában, a felépülés előmozdításában az önsegítő aktivitásoknak nagy szerepük van. Erre jó példa a Hanghalló Csoport tevékenysége (lásd a VII. fejezet önsegítésről szóló alfejezetét).

2. Stigma

agybajos, agyilag zokni, abnormális, bolond, buggyant, debil, degenerált, dilibogyó, elmeháborodott, elmezavarodott, eszelős, eszement, félcédulás, féleszű, félkegyelmű, félnotás, flepnis, flúgos, fogyatékos, futóbolond, golyós, gyengeelméjű, gyagyás, gyógyos, habókos, háborodott, hangyás, hibás, hibbant, idióta, ketyós, kretén, nemszázás, normálatlan, örült, selejt, selejtes, tökkelütött, zakkant, skizofrén, elmebeteg, depressziós, elmebajos, betegagyú⁴

Másképp bánik a közvélemény egy szívbeteggel vagy azzal, akinek idegösszeroppánása van. Nem vagyunk tisztába' a szavak valódi jelentésével. Az emberek félnek, kirekesztik az ilyen embereket. Végigélni 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, így a felépülés elérése lehetetlennek tűnhet. Hogy mit lehet tenni ezen, a felépülést nehezítő akadály leküzdésére? Összetett a válasz, és előtte mindenképpen látnunk és értenünk kell a stigma, a stigmatizáció keletkezésének okait, megjelenési formáit, 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. Ma a stigma három alapvető típusát különíthetjük el. Az első a testi fogyatékoság, a második az egyéni

4 Az Ébredések Alapítvány kliensei által összegyűjtött kifejezések.

jellem „szégyenfoltjai” (pl. mentális zavarok, alkoholizmus), a harmadik pedig a faji, nemzeti, vallási hovatartozás stigmái (Goffman 1998).

Goffman szerint mindennapjaink találkozásai során megszokjuk, hogy már az ismeretségekötés 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 illető 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, akik találkoznak vele, arra kényszeríti, hogy elforduljon az illetőtől tekintet nélkül arra, hogy egyéb tulajdonságai milyen hatást tennének rá. Az adott személy stigmát visel (Goffman 1998).

A stigma fogalmát meghatározhatjuk stigmatizáló attitűdök összjátékaként is, mely attitűdök a sztereotípiák, az előítélet és a diszkrimináció (Lauber és mtsai 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 és mtsai 2003; Eagly – Chaiken 1998; Szabó 2017).

A sajátunktól különböző, felületesen ismert, más kultúrájú, etnikumú csoportok tagjaira könnyű kivetíteni bizonyos tulajdonságokat, és a társadalmi nehézségekért bűnbakként felelőssé tenni őket. Ezeket az embereket aztán könnyű diszkriminálni, kizárni bizonyos többségi cselekvésekből, javakból, gátolni az előrejutásukat, a lehetőségekhez való hozzáférésüket.

Torzító tényező az érzékelésben, gondolkodásban, tettekben (Barcy 2012):

- kategorizáció;
- sztereotípiák;
- tulajdonítás (attribúció);
- projekció;
- a mi csoportunk szembeállítása az ő csoportjukkal;
- előítélet,
- bűnbakképzés;
- diszkrimináció, megkülönböztetés.

A mentális zavarral élő személyekkel kapcsolatos attitűdökkel kapcsolatban feltételezhető a távolság vágya. Graham Thornicroft (2006) a stigma fogalmát három

összetevővel jellemzi: tudást érintő problémák (vagyis tudatlanság), az attitűdben felmerülő problémák (vagyis előítélet) és a viselkedésben jelentkező problémák (azaz diszkrimináció). Bruce G. Link és Jo C. Phelan 2001-ben megalkotott konceptualizáló elmélete szerint az emberek először kiemelik és címkézik a megkülönböztetett tulajdonságokat, 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, 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 jelentőségük van, a társadalom azonosítja, kiszelektálja, és e kategóriák létezését ezek után természetesnek tekinti (Link és Phelan 1999; Szabó 2017). Ha valaki pszichiátriai diagnózist kap, azt a társadalom szintén címkéként kezeli, bekategorizálja az illetőt (Link – Phelan 2001; Szabó 2017).

Krystyna Nieradzik és Raymond 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 hajléktalan, mentális zavarral élő emberek esete, akik a hajléktalanság stigmáján túl nem szeretnének újabbat 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.

Sztereotípiá

Egy embercsoport bizonyos jellemvonásainak vagy motívumainak általánosítását *sztereotipizálás*nak 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 és mtsai 2001; Hamilton – Rose 1980; Szabó 2017). Ezek a megállapítások és elvárások gyorsan alakulnak ki bennünk, a tapasztalatokkal, érvekkel szemben ellenállóak. Feltételezések szerint ellenállóságuk abban rejlik, hogy a nekik megfelelő információ feldolgozását elősegítik, míg a nekik ellentmondóét gátolják. Amennyiben a sztereotípiá 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 valamit cselekszik, akkor a megfigyelők következtetéseket próbálnak levonni arról, hogy mi okozhatta az egyén viselkedését. Ezt az oksági következtetést nevezzük attribúciónak.

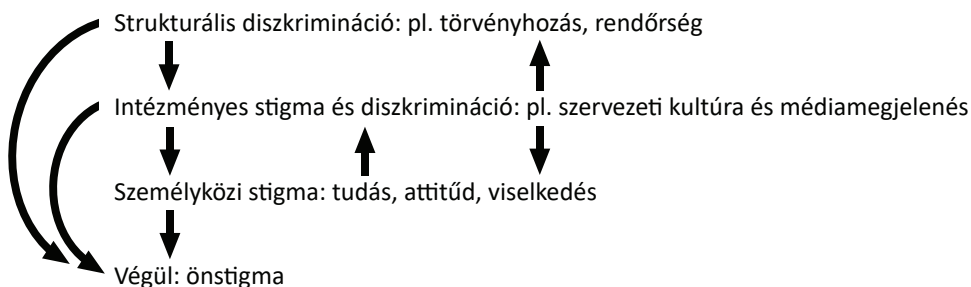
Előítélet

Előítéletről akkor beszélhetünk, ha az illető egyetért a sztereotípiával, és érzelmi reakciót is mutat ezzel kapcsolatban. Amennyiben az illető az előítéletének megfelelően cselekszik, akkor *diszkriminatív viselkedésről* beszélünk. A diszkriminációt a kutatók sokkal inkább az előítélettel hozzák összefüggésbe, 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 és mtsai 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 (Barcy 2012). Hátrányos megkülönböztetésről, negatív diszkriminációról akkor beszélünk, ha valakit nemcsak érzelmileg befolyásol az előítélet, hanem a cselekvéseit is meghatározza. A negatív diszkriminációhoz tartozik

A STIGMA MANIFESZTÁLÓDÁSA: 4 szintes modell



19. ábra. Claire Henderson: A stigma manifesztálódása

a szociális távolságtartás is, például amikor valaki elzárkózik a mentális zavarral élő emberekkel való kapcsolattartástól.

Kétszer munkanélküli lettem emiatt, talán emiatt. 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 leépítés 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 (előrevetített) diszkriminációt*. Tapasztalt (érezelt) diszkriminációról és szociális távolságtartásról annál gyakrabban számolnak be a mentális zavarral élő személyek, minél súlyosabb az illető állapota, minél rosszabb a prognózisa a mentális zavarának (Szabó 2017). A stigma manifesztálódásának modelljét a 19. ábra ismerteti, Claire Henderson nyomán.

Az érzelt diszkrimináció a diszkriminációt elszenvedő egyénből stresszreakciót vált ki, amely hatással van mind mentális, mind fizikális jóllétére (Szabó 2017). 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. Ez létrejöhet oly módon, hogy az egyént bizonyos helyzetekben korábban diszkrimináció érte, így hasonló helyzetekben előre tart tőle; de előzetesen tapasztalt diszkrimináció nélkül is létrejöhet, amennyiben az egyén korábban a sztereotípiákat bensővé tett (Szabó 2017).

Graham Thornicroft és munkatársai az INDIGO-kutatás keretében 27 országban megkérdezett 732 szkizofréniával élő adatait felhasználva felmérték a diszkrimináció előfordulását szkizofréniával érintett emberek életében. Tapasztalt diszkrimináció ritkán fordult elő, és főleg a családi élet és a vagyonszerzés terén érzékelték azt. 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%-uk a családi élet, 29%-uk pedig a munkavállalás során. 64% előfeltételezte a megkülönböztetést a munkában és a tanulásban, 72% eltitkolta a diagnózist, 38% érezte diszkriminatívnak a szakembereket.

A stigma típusai

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

Angela Parcesepe és Leopoldo 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 és mtsai 2009; Szabó 2017). A veszélyesség megítélése lehet felelős a szkizofrénia, illetve a szkizofréniával élő személy kevésbé pozitív megítéléséért – vagyis a stigmatizációért (Sztancsik 2017). A mentális zavarral élő emberek körében nem gyakoribb az elkövetett bűncselekmények aránya, mint az átlaglakosság körében, a közvélemény az erőszakosságot mégis 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. George Gerbner kutatásai szerint a mentális zavarral élő személyek drámai és hírműsorokban többnyire deviáns szerepben láthatók. Úgy tűnik, a média elősegíti az ön- és közveszélyes örült mítoszának kialakulását, és megerősíti a társadalomban a mentális zavarral szemben élő előítéleteket, a velük való bizalmatlan, elzárkózó, gyakran agresszív viselkedést (Gerbner 2002; Légmán 2011). Jum C. 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. Az önstigmatizációt jól szemlélteti az alábbi interjúrészlet.

Te magad vagy az első, aki stigmatizál. (interjúrészlet, 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 kettőtöri 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 mentális zavarral élő személyek a stigmatizációtól való félelem miatt elkerülik az olyan helyzeteket, ahol stigmatizálódhatnak. A párkapcsolatoktól, a munkavégzéstől és számos társaskapcsolati helyzettől visszahúzódnak. Ez a folyamat eredményezheti az elmagányosodást, az életminőség romlását, a 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 *egyértés*, a mentális zavarral élő személy a negatív sztereotípiákat igaznak fogadja el. A harmadik lépcsőfokon, az alkalmazás során a negatív előítéletet magára vonatkoztatja, ami önmaga leértékeléséhez vezet (Szabó 2017). Változó, hogy a mentális zavarral élők kinek mennyit mondanak el a mentális problémájukról.

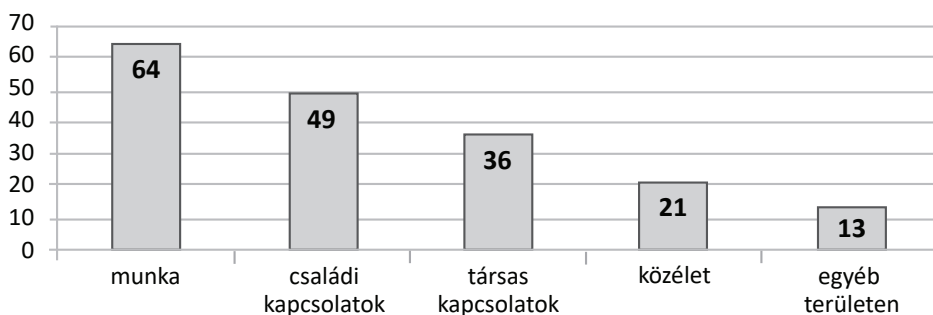
Én az első órán beismertem, hogy mi a betegségem, meg akartam előzni a dolgokat, azt hittem, hogy mindenki látja rajtam, hogy tudathasadásom van. (Bence)

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 és az

ebből adódó nehézségeket a támogató családtagokkal és barátokkal. Végül vannak olyan személyek, akik nyíltan vállalják a mentális problémáikat. Ezeknek a tapasztalati szakértőknek kulcsszerepük van a társadalmat érzékenyítő programokban, továbbá a sorstársak felépülésének elősegítésében (*A stigma csökkentése* című alfejezetben lesz róla szó). A probléma nyílt felvállalása megerősítést nyújt az egyénnek abban, 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, kiégéséhez vezethet. A szakemberek kiégése a mentális zavarral élő személyek ellátásának minőségi romlását eredményezheti. A nem megfelelő minőségű pszichoszociális rehabilitációt biztosító szolgáltatók nem segítik elő a kliens képessé válását a felépülésre.

Szembe kell nézni azzal a ténnyel is, hogy ugyan az egyik legfőbb erőforrás a felépülés során a család, van, amikor éppen a természetes támaszként jelen lévő családtagok stigmatizálják a mentális zavarral élő személyt. A TÁRKI 2001 nyarán végzett kutatásában (Harangozó és mtsai 2002) 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 miatt. Hogy az élet milyen területén jelentkeztek ezek a hátrányok, azt az alábbi, 20. ábra szemlélteti.



20. ábra. Az élet mely területén érte Önt hátrány?

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 nemkívánatos mellékhatásait gyakran a mentális zavarral élő személy „nem megfelelő” viselkedésének tudják be. Az egyik interjúalany elmesélte, hogy a korábbiakban előfordult, hogy mozgáskényszere volt, lábaival egy helyben állva topogott. A közösségi gondozás során is volt olyan alkalom, hogy előjött ez a mozgáskényszer, és az édesanyja rászólt, hogy ne csinálja. 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 igénybe vevői között magas, ám a stigma és a diszkrimináció csökkentésére irányuló *Time to Change* antistigma program első szakaszában (2008–2011) visszaesett (Henderson és mtsai 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 egészségügy területe sem mentes a stigmatizáció jelenségétől, 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 jönnék, megölnek ilyesmi. (Lola)

A mentális egészségügyben és a szociális ellátásban dolgozók attitűdjei befolyásolják a biopszichoszociális 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, ami nem megfelelő szintű szolgáltatásokat eredményezhet, melyek nem segítik elő a rehabilitációt, így a stigmatizációt erősítik.

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

A stigmatizáció hathat a baráti kapcsolatokra, a pártalálásra, a családalapításra egyaránt. A 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 (2014) 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 a betegségüket. A válaszadók 44%-a emellett diszkriminációt élt meg azzal kapcsolatban, hogy mennyire tartják őt alkalmas szülőnek (Szabó 2017).

A 2001-es TÁRKI-kutatásban a 200 szkizofréniával élő ember 42%-a munkanélküli volt, és ezt jelölték meg a diszkrimináció legsúlyosabb következményeként (Harangozó és mtsai 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 jelenségekkel 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 kihat. Egyesek tehetetlenül szenvednek a stigmatizációtól, míg mások tudomást nem véve róla vagy harcolva ellene aktívan képviselik saját és sorstársaik érdekeit is.

A stigma csökkentése

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

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 melyek a stigmatizáció csökkentését eredményezhetik. Patrick W. Corrigan és David L. 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 interjúalanyok 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 kamaszokban, 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 átfogó talán tárgyként kellene ismertetni. (Bence)

Az oktatás hatékonyabb, ha mentális zavarral élő tapasztalati szakértők bevonásával valósul meg. Ezek a pszichoeducációs előadások lehetőséget adnak arra, hogy a résztvevők közvetlenül találkozhassanak mentális zavarral élő személyekkel. A személyes élmény elősegíti a stigma csökkenését. Jó példa erre az Ébredések Alapítvány. Az alapítvány munkatársai, tapasztalati és kísérő szakértői évek óta nagy sikerrel 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 a tüneteik 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, Norman Sartorius szerint antistigma kampányok bármely országban szervezhetők, függetlenül annak méretétől vagy gazdasági helyzetétől (Sartorius 2006; Szabó 2017). E 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 kisfilmet az *Egy csodálatos elme* című film felhasználásával, melyet ezeken a találkozókön levetítettek. A program részeként rövid tájékoztató broszúrákat csatoltak a közüzemi számlákhoz, és így juttatták el azokat a lakossághoz.

Magyarországon az Ébredések Alapítvány által működtetett Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés bekapcsolódott az *Open The Doors* programba. Az antisigma-kezdeményezéshez több civil szervezet és magánszemély csatlakozott, akik vállalják, hogy a WPA (Pszichiátriai Világszövetség) és a WHO (Egészségügyi Világszervezet) antistigma-alapelveinek és a 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 diszkriminációja ellen, a megőrzés csökkentéséért, illetve azoknak, akik hiteles tájékoztatást nyújtanak e témában.

Az Ébredések Alapítvány több éve jelen van a különböző fesztiválokon, a korábbiakban a Művészetek Völgyében és napjainkig a Sziget Fesztiválon (lásd 21–22. ábra).

Ezekon a fesztiválokon olyan programokat szerveznek meg („Élő könyvtár”, filmvetítés, beszélgetés tapasztalati és kísérő szakértőkkel, kvízek, festés), amelyek a mentális zavarok jobb és tárgyyszerű megismerését, a stigmatizáció csökkentését célozzák meg.

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 bátorságról tett tanúbizonyságot dr. Petke Zsolt is, aki az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) addiktológiai osztályát vezeti, amikor is felvállalta függőségét egy HVG-interjúban 2017-ben (Mizsur 2017).

Az egészségügyben és a szociális ellátórendszerben dolgozók stigmatizáló attitűdjét csökkentheti, ha képzésük során találkoznak tapasztalati szakértőkkel. Ezt célozza meg King’s College programja is. „Az érzékelt (tapasztalt) és anticipált (előrevetített) diszkrimináció kezeléséről szóló képzés hatékonysága” (*The Effectiveness of Responding to Experienced and Anticipated Discrimination [READ] Training*) elnevezésű kutatás a King’s College London szervezésében valósul meg dr. Claire Henderson és dr. Tanya Deb vezetésével. A program pszichiátriai ismeretekkel már rendelkező medikusoknak nyújt oktatást személyes kontaktus formájában a mentális zavarokkal élőket sújtó stigmatizáció csökkentésének céljából, eközben méri attitűdjeik változását.



21–22. ábra. Az Ébredések Alapítvány rendezvényei a Sziget Fesztiválon

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 az 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, az SE Egészségtudományi Kara Ápolástani Tanszékének hallgatói, illetve az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kara Szociális Munka Tanszékének hallgatói közül kerültek ki. A kutatás hipotézise az volt, hogy a segítő szakmák hallgatóinak adott oktatást és a 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, a személyes kontaktust hatására a hallgatók jelentős részének javultak a mentális zavarokkal élőkkel szembeni attitűdjei. A mentális egészségre vonatkozó ismereteik gyarapodtak, az empátia fontossága felértékelődött a szemükben (Szabó 2017).

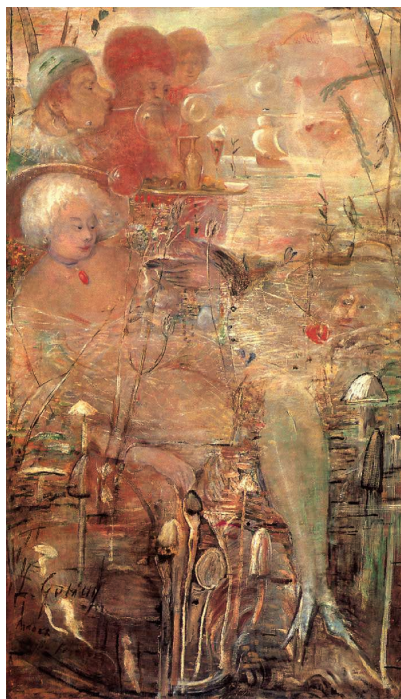
Hatalmas előrelépésnek mondhatjuk, hogy a szociális ágazatban a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozók képzésében az oktatók az ismeretátadást tapasztalati szakértőkkel, illetve kísérő szakértőkkel végzik (Bulyáki és mtsai 2019).

A közösségi stigma csökkentése mellett az önstigmatizáció redukálása is fontos. Az önstigmatizációt csökkentheti, ha mentális zavarral élő személy önségitő csoport tagja, ahol hozzá hasonló nehézségekkel küzdő emberekkel találkozhat. A hatékony, közösségbe integrált pszichoszociális rehabilitáció (melynek keretében a mentális zavarral élő személy és családtagjainak 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 nagy létszámú szociális intézmények ezt a folyamatot nem segítik elő. Az intézményi férőhelyek kiváltására fókuszáló Támogatott Lakhatás programok viszont a közösségbe integrált szolgáltatások biztosításával a stigmatizáció csökkentését is célul tűzik ki.

Az emberi diverzitás, a mentális zavarral élő és más nehézségekkel küzdő embertársaink által képviselt értékek elismerése segít bennünket egy stigmától kevésbé terhelt élet éléséhez. (Példaként említhető itt egyebek mellett Vincent van Gogh, Gulácsy Lajos vagy Edvard Munch munkássága – lásd 23–25. ábra.)



23. ábra. Vincent van Gogh: *Őnarckép levágott füllel* (1889)



24. ábra. Gulácsy Lajos: *Az ópiumszívó álma* (1913–1918)



25. ábra. Edvard Munch: *A sikoly* (1895)

3. Akaraterő, személyes hatékonyság, önmagunkba 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 előrelépni, 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 többtényezős folyamat eredményeképpen jöhet létre. Ilyen tényező a mentális zavarral élő személy önmagába vetett hite, illetve a remény a változásra vonatkozóan. Az önhatékonyság, az akaraterő kérdése visszatérő momentum volt az interjúalanyokkal való beszélgetés során is.

Hogy ki mennyire tartja magát hatékonynak egy szituációban, mennyire érzi azt, hogy befolyásolni, kontrollálni tudja azt, nagy jelentőséggel bír az illető énképe és önértékelése meghatározásában (Csabai – Molnár 2009b). Míg 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 esett szó. A stresszel való megküzdés kapcsán Lazarus fogalmazta meg először az egyéni különbségek jelentőségét a kognitív tényezők vonatkozásában (Szabó 2019). Richard S. Lazarus munkásságában kiemelkedő fontosságú a stresszhelyzet értékelésében szerepet játszó kognitív közvetítő folyamatok elemzése. Ez új szempontot emelt be a klasszikus inger–válasz-formulával dolgozó viselkedéslélektanhoz képest, és alapját képezte a Lazarus és Folkman által kidolgozott *tranzakcionális stresszelméletnek*, amelyet a stresszkutatásban alapműnek számító *Stress, Appraisal, and Coping* (Stressz, értékelés és megküzdés; 1984) című munkájukban foglaltak össze (Szabó 2019). E munkában hangsúlyt kap a *megküzdés (coping)* 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 2009a). A problémafókuszú megküzdés alapvetően a stresszhelyzet értékelésén és az arra épülő problémamegoldó erőfeszítésen, az emocionális fókuszú megküzdés pedig a fenyegető helyzet emocionális töltésű átélése nyomán megjelenő védekezési reakciókon, illetve a fenyegető helyzet átértékelésén alapuló megküzdési erőfeszítésen alapul. Lazarus megkülönbözteti az *elsődleges értékelést* és a *másodlagos értékelést*, melynek során a személy eldönti, hogy a rendelkezésre álló erőforrások, tartalékok és megküzdési eszköztár elegendőek-e a hatékony megküzdéshez (Csabai – Molnár 2009a).

Lazarus és Folkman a megküzdési stratégiákat csoportosítva nyolc kategóriát írt le (Csabai – Molnár 2009a):

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

Lazarus 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 változtathatatatlannak értékeljük. Ha változtatható, akkor a problémafókuszú megküzdési stratégiák kerülnek előtérbe, ha változtathatatatlannak 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 többtényezős – függ a személyiségtől, a szubjektív közérzettől, egészségi állapottól, szociális körülményektől, és ami hatékony az egyik helyzetben, az egy másik kontextusban hatástalan.

(Lazarus 1993, idézi Szabó 2019: 100)

Az alábbiakban bemutatom *a megküzdés protektív személyiségtényezőit*.

Kontrollképesség

A helyzetek kontrollálásának módja többféle lehet, *viselkedéses, kognitív döntési információs, retrospektív és másodlagos kontrolltípus*ról beszélünk (Csabai – Molnár 2009a,b). A személyiség külső vagy belső kontroll attitűdjének feltárása Julien B. Rotter (1966) vizsgálataira nyúlik vissza (Gy. Kiss 2012).

A vizsgálat eredményeként megállapítást nyert, hogy a *belső kontroll attitűdjével* jellemezhető személyek a sikereiket vagy kudarcaikat úgy értékelik, mint saját tevékenységeik eredményeit, amelyeket cselekedeteik befolyásolni tudnak. A *külső kontroll attitűdjével* rendelkező személyek viszont a sikereiket vagy kudarcaikat külső, általuk nem befolyásolható tényezővel hozzák 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. [...] Ehhez én kellettem, hogy olyan legyen a dolog, hogy jó legyen. [...] Ezt én csináltam magamnak, hogy nincsenek problémáim. [...] Rajtam múlik minden. Jó, jó, a szociális munkásom is sokat segített, de ehhez, hogy felépüljek, én kellettem. (Sámuel)

Hatékonyabb vagyok, mint voltam. (Zsuzsanna)

Nem bíztam senkiben, csak magamban. Úgy éreztem, hogy ebből csak én tudok kijönni. [...] Saját magam felépítem. Majd én egyedül. [...] Saját magam építettem fel, nem vettem igénybe semmit. [...] Magam próbáltam felépíteni. [...] Hiszek abban, hogy segíts magadon, Isten is megsegít. [...] Akaraterő. Márpedig ki akarok ebből jönni. [...] Az elmúlt három évben tisztult le nálam, hogy nem szabad feladni. [...] Hatékony vagyok. Pörgős, aktív vagyok. (Szilvia)

Rothbaum, Weisz és Snyder (1982, idézi Gy. Kiss 2012: 3) *elsődleges* és *másodlagos kontrollt* különböztettek 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 attitűdje* 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

Michael Rosenbaum (Gy. Kiss 2012) szerint a *tanult leleményesség* a képességek és kognitív elvárások összességét tartalmazó személyiségrepertoár, amely segítségével a személy az aktuálisan zajló viselkedés görbülékenységét 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 *copingstratégiát* fejlesztő tréningek, terápiás technikák révén javítani lehet (Gy. Kiss 2012). Ezen készségfejlesztő stratégiák meghatározó elemei a közösségi pszichiátriai ellátás kereteiben megvalósuló pszichoszociális rehabilitációnak.

[É]vekig 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 kérdés. És akkor ha engem provokálnak családban, mert az stresszhelyzetet okoz, ami nálam visszatesztet 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

Suzanne C. 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 életcéllal, 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 munkatársai (Gy. Kiss 2012) szerint a magas *hardiness*értékkel rendelkező személyek mind fizikailag, mind lelkileg egészségesebbek.

[M]ost már úgy vagyok veled, 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 veled. Hát amit a legjobbat ki lehet hozni ebből. Bocsanat, 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 sajnos, az is az élet része, hogy nem mindig vagyunk tünetmentesek. (Annamária)

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

Én-tudatosság

Allen 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 lelkiállapotának monitorozása. 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

Albert Bandura szerint a személy én-hatékonyságába vetett hite fontos szerepet tölt be a kitűzött célok és kihívások tekintetében. A magas én-hatékonysággal jellemezhető személyek több erőfeszítést fejtenek ki az adott cselekvés végrehajtására, mivel nagyobb az önmagunkba vetett hitük, és ezért erősebb motivációval rendelkeznek. Az én-hatékonyság mértéke befolyásolja azt, hogy a személy milyen mértékű kitarással 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. Küzdés, 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 füvezek. Ha nincs ilyen, nem kell parázni. Becsületesen 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 én-hatékonyság, az autonómia és a kontroll tényezői, valamint a mögöttük meghúzódó személyiségtalaj jelentősége emelhető ki egy fejlődés-lélektani megközelítésben. A reziliencia szociális tényezői kapcsán pedig a társas támogatás és a produktív közösségi aktivitás (Szabó 2019).

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

Koherenciaérzék

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

A koherenciaérzék 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 az abban való hit, hogy az erőfeszítéseknek van értelme).

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

Diszpozicionális optimizmus

Michael F. Scheier és Anne 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 és Segerstrom (2006) kutatásukban azt találták, hogy az optimizmus pozitívan korrelál a *megközelítő* és a *probléma-fókuszú coping*gel, míg negatívan korrelál az *elkerülő* és *emóciófókuszú coping*gel (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*), amelynek 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

Peter Salovey és John 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 jóllétérzéséhez, illetve növekedéséhez. Salovey és munkatársai (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 olyan intelligenciatípus, amely az emberi humánnum specifikus adottsága, és amellyel más élőlény nem rendelkezik, 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. Nemcsak megteremteni kell, hanem meg is kell tartani. Ezt úgy lehet megtartani, ha nem hagyjuk magunkat kizökkenni. Nem kell túlreagálni a zavaró helyzeteket. Nem izgatjuk magunkat olyasmivel, amin nem tudunk egyből változtatni. (Zalán)

Láthatjuk, hogy a megküzdési stratégiák jellege, az eltérő személyiségvonások befolyással vannak a problémákkal való megküzdésre, így a mentális zavar okozta nehézségekkel való megküzdésre és a felépülésre is. Az asszertivitást elősegítő, a problémamegoldás készségét fejlesztő tréningek a személyes hatékonyság érzését növelik, és erőt adnak a pozitív változás útján.

4. Spiritualitás

Mentális zavaromról azt gondolom, hogy tulajdonképp mi a tudatunkkal vagyunk egyek, és a zavar az az egómnak 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)



26. ábra. Salvador Dalí: *Keresztes Szent János Krisztusa* (1951)

Salvador Dalí a szürrealizmus egyik leghíresebb képviselője a *Keresztes Szent János Krisztusa* című művével a spanyol keresztény spirituális hagyományokhoz kapcsolódik (lásd 26. ábra). A spiritualitás előmozdítója lehet a mentális zavarból való felépülésnek.

A felépüléshez vezető úton erőt adhat, 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 életút-interjúk 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?

A függőségéből felépült Papp Ákos szociális munkás a következőképpen vélekedik a gyógyulás és a hit kapcsolatáról (Papp 2016).

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 sohasem gondoltam, hogy ehhez több nagy betegségen kell átesnem. Nyilván ezért is, de felépülesem 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 nemcsak 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 érzek, 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 lélekben 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.

A spiritualitás fogalmával hagyományosan a vallás, a teológia területén találkozunk. A pszichiátria a 20. század közepéig ignorálta a jelenséget. A DSM IV-ben

vallási-spirituális problémaként, diagnosztikai kategóriaként szerepelt a fogalom, végül a 2015-ben megjelent *A pszichiátria magyar kézikönyve* ötödik kiadásában az alapkérdések között találkozunk vele (Tremkó és mtsai 2016; Füredi – Németh 2015).

A felépülést elősegítő biopszichoszociális szemlélet uralkodó paradigmá. Frecska Ede szerint a gyógyító tevékenységet ki kell egészíteni a spirituális megközelítéssel, a mentális zavarral élő emberek egészségének, *bio-pszicho-socio-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 (Tóth 2018).

A gyerekek, mindenképpen jobban mondva az a tudat, hogy többgyermekes 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 elvezettet 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. Meghatározhatjuk olyan szellemi irányzatként, 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 *selfen* túli transzcendenssel való kapcsolatként észleljük. A vallás társasan és tradicionálisan megosztott hiedelmek és tapasztalatok rendszerét fedi (Cook és mtsai 2009; Tremkó 2016). A mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik életéből gyakran eltűnnek az örömteli célok, az élet értelmébe vetett hit. A személy örömteli céljainak újbóli megjelenésében, elérésében támogató erő lehet a spiritualitásból adódó erőforrás.

Elkezdtem 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. A spirituális fejlődés során a személyiség gyarapszik, integráltabbá válik. A hit, a vallás védő, támogató belső erőforrásként van jelen az egyén életében, és az egészségmegőrzésben is fontos szerepet játszik. William Faulkner 1997-es vizsgálatában azt találta, hogy 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 és mtsai 2009; Tremkó 2016). Fontos, hogy a mentális egészséggel, nehézségekkel foglalkozó szakembereknek nyitottnak kell lenniük a hozzájuk segítségért forduló személyek spirituális élete iránt.

[...D]oktornőnél 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 ötféle identitásformát különböztethetünk meg (Cook és mtsai 2009; Tremkó 2016):

- 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);
- a bizonytalan személy önmaga sem tudja, hogyan vélekedjék a spiritualitásról;
- 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).

Spiritualitás... Igen mert nekem ez segített 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 jóllehet, hogy rosszul gondoltam, de az út eddig tartott. (Cili)

Az önsegítő csoportokon, így például a szenvedélybetegek 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 és mtsai 2016).

[A]míg annyira sértett az ember belül, addig nem tud nyitottan hozzáállni a másikhoz, 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 és mtsai 2016: 507)

5. A kapcsolati hálóból adódó támogató források

Hát a családtól rengeteget. Anyukámtól és a barátaimtól. Ugye így már elmondtam, hogy nagyon támogató, szupportív 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 családgondozásban. Ez a partneri viszony a pszichoszociális rehabilitáció alapját adja. Ez nem mindig volt így. A hetvenes évek előtt a családtagokat sok-sok évig kizárták a mentális zavarral élőket segítő tevékenységekből. Megbélyegezték őket, bűnbakot képeztek belőlük

felelőssé téve őket a mentális zavar kialakulásáért. Ilyen megközelítés volt például Erich Fromm és Frieda Fromm-Reichmann elképzelése (Goldenberg – Goldenberg 2008), miszerint a szkizofréniával diagnosztizáltak korai anya–gyermek-kapcsolatában van a sérülés. E szerint a megközelítés szerint a férfiaknál kialakuló szkizofrénia az anyai elutasításnak tulajdonítható. From-Reichmann felvetette a *szkizofrenogén anya* fogalmát. Gregory Bateson és munkatársai (Goldenberg – Goldenberg 2008) az ötvenes évek közepén a családon belüli kommunikációs minták és a valamely családtagnál kialakuló szkizofrénia közötti lehetséges összefüggéseket kutatták. Arra jutottak, hogy zaklatott családban a szülői konfliktusokat szkizofrén tünetek megjelenése szakítja meg. Bateson, Jackson, Haley és Weakland feltételezték (Goldenberg – Goldenberg 2008), hogy a család maga is alakítja tagjának irracionális viselkedését a saját ellentmondásos kommunikációs követelményeivel. Bevezették a *kettős kötés* fogalmát, amely felelős a család egy tagjának szkizofrén zavaráért, de bebizonyosodott, hogy nem ez a szkizofrénia okozója (Goldenberg – Goldenberg 2008).

Láthatjuk, hogy az előbbieken bemutatott elméletek a családot inkább pato-logizálták, és nem erőforrásként jelenítették meg. Szerencsére az utóbbi évtizedekben a terápia fókusza a deficitről, a patológiáról áttolódott egy kompetenciaalapú, egészségorientált felfogás irányába, amelyben a fő cél a család mozgósítható erőinek erősítése (Walsh 2016). Ez a pozitív álláspont áthelyezi a segítői támogatást annak feltárásáról, hogy hogyan bukott meg a család; helyette annak a keresésére lesz fontos, hogy hogyan tudnak sikerrel járni. A klinikusokban elkezdett tudatosulni, hogy a terápia nyelvezete képes pato-logizálni a családokat. Elmozdulást figyelhetünk meg a korábbi, a terapeutát hangsúlyozó hierarchikus modellekről és a családi patológiát kiemelő romboló stratégiákról. 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 megküzdőkapacitások támogatása, a rokonsági és közösségi erőforrások mozgósítása (Walsh 2016). Az interjúalanyok meglátása szerint hatalmas erőt és kitartást ad, ha családtagokra, barátokra tudnak támaszkodni az élet nehéz pillanataiban is.

A környezetem elfogadott. Mellettem álltak, ez kulcsfontosságú. [...] Abban, ha figyelnek, nem ítélnek 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 erőforrásokra, akiknek szükségük van arra, hogy ismeretek és megküzdési stratégiák birtokába jussanak (Lieberman 2010).

Libermanhoz köthető a viselkedésterápiás családi menedzsmentek prototípusának kidolgozása. Az azóta megszületett családi kezelések újabb módszerei ennek a megközelítésnek a fogalmi alapjaira támaszkodnak. A hetvenes 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, illetve kommunikációs és problémamegoldó készségeiket gyakorolták.

1975-ben a Londonban dolgozó Liberman megbízta Ian Falloont a viselkedésterápiás családi menedzsment tesztelésével. Falloon 36 fiatal, szkizofréniával diagnosztizált felnőttet vizsgált, akik családjukkal otthonukban, feszültséggel terhelt kapcsolatban éltek. A kutatásban résztvevőket véletlenszerűen osztották be az otthon végzett viselkedésterápiás családi menedzsmentre, illetve a kórházban biztosított támogató egyéni terápiára. Minden, a kutatásban részt vevő személy kapott antipszichotikumot, és emellett esetmenedzsmentben részesültek. Attól függetlenül, hogy melyik csoportba tartoztak, minden páciens ugyanazt a kezelési programot követte. A viselkedésterápiás családterápia és az egyéni eredmények összehasonlításakor a kutatók értékelték a pszichotikus tüneteket, a közösségi létet, a 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 következőképpen alakult: a családi menedzsment esetében 11%, míg 83% azok körében, akik egyéni terápiába jártak. A viselkedésterápiás családi menedzsmentben résztvevők rokonai jóval kisebb mértékű családi terhet éltek meg, mint az egyéni terápiában részesülőké (Libermann 2010).

A viselkedésterápiás családi menedzsment célja a család problémamegküzdési készségeinek a javítása, a hatékony kommunikációs készségek fejlesztése. Falloon felismerte, hogy a mentális zavarral élő emberek és hozzátartozóik megküzdési és problémamegoldási képességei javultak a viselkedésterápiás családi menedzsment hatására. Falloon és munkatársai kidolgozták az Integrált Pszichiátriai Ellátást (IPE), melynek a fókuszában a mentális zavarral élő család áll (ahogy a *II. fejezetben* már bemutattam).

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

A mentális zavarral való megküzdés nemcsak 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 segítésében (Lieberman 2010). A megterhelés egyik forrása a mentális zavar tüneteiből adódik. A másik az anyagi felelősség növekedése, amely annak a következménye, hogy nem dolgozó fiatal felnőtt él a családban.

A támogató családtagoknak számos nehézséggel kell megküzdeniük, ilyen a gyász érzése is. Amikor a pszichiáter szembesíti a családot a mentális zavar diagnózisával, sokszor elvész az a remény, hogy a családtagjuk valaha boldog lehet, és aktív életet élhet a társadalomban. A tünetek enyhülése és a működés javulása reményt adhat a hozzátartozóknak. Reményt és erőt, hogy támaszként, kísérőként támogatást adjanak a mentális zavarral élő hozzátartozójuknak. 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 meggyőzniük 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 intervenció a mentális zavarral élők és családtagjaik számára klinikai, családi, szociális és gazdasági előnyöket hoz. A családok a segítőtől elsősorban feltétel nélküli elfogadást és támasznyújtó odafordulást igényelnek. Azt várják, hogy elismerjék az erőfeszítéseiket (Szabó 2008).

Anyukám érdekes... anyukám, ő a lelki támasz meg ugye főzés, kaja, a nővérem abszolút programfelelős, 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 természetes támaszként vannak jelen a mentális zavarral élő személyek életében. Frank Nestmann Vaux alapján a kapcsolathálózatok támasznyújtásának három formáját különbözteti meg (lásd Udvardi 2011: 8):

- támaszt nyújtó források (strukturális dimenzió) – ezek mind anyagi, mind természetes támaszok lehetnek;
- támaszt nyújtó tranzakciók (cselekvési dimenzió) – konkrét cselekvésekben megjelenő támaszok; és
- támaszt nyújtó értékelések (kognitív és emocionális dimenzió) a probléma meghallgatása, átértékelése és egyéb érzelmi támaszok.

Manfred Neuffer e támasztípusokat az alábbiak szerint bővítette ki:

1. táblázat. A támasznyújtás rendszere (Neuffer 2009: 185, idézi Udvardi 2011: 8)

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

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. [...] Most anyaotthonban vagyunk, és el kell adni a lakásunkat, hogy két kicsit tudjak venni. Itt egyénileg jártam a doktornőhöz, és családiról is voltunk itt. Én akkor már válni akartam. A pszichés egészségemre rányomta 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 problémájáról, megküzdési képességekkel rendelkezik, támogatást

tudnak nyújtani, asszertívan érdekeket tudnak képviselni, megő 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 veszik, és megteremtik 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 jófejek 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 barátnóm, ... 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. Veszel itthon egy lakást, találsz 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 baráti kapcsolat a támogatás mellet a szabadidős, közös programok által az izoláció megelőzését is elősegíti.

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 taval, hogy „A” bajok vannak. És hogy taval 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 X doktornő, hogy ez kettőn áll, mert hogyha ők nem kapnának a barátságából, 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 rockzenében 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 a mentális zavarral élő személy nem elutasítást, stigmát kap a közösségtől, amelynek tagja.

Csak a kollégáim voltak, nekik köszönhetem a felépülésem. Egy kutatógárdába 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 kollégáktól nagyon sok szeretetet kaptam, nem tudtam senkinek megköszönni, mert szétszéledtek, nem is tartjuk a kapcsolatot. Talán számukra nem volt ekkora jelentősége a dolognak, mint nekem. Nem tudom visszaadni ezt nekik. Ezért próbálok segíteni másoknak, de ha az élet úgy hozza, segítek, 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 visszatértett. 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 számítógépkarbantartó-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 elkezdett opponálni, 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 nullá-

val 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 hozzatett 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 egybeesett a dolog. A tanárain tudták, hogy milyen problémáim vannak. Odafigyeltek rám, mentorom is volt. Sokat beszélgettek velem. (Bence)

Láthatjuk, hogy az emberi kapcsolatoknak olyan erejük van, ami jobbá teheti a mentális zavarral élő ember sorsát, életét. Két ember egymásrautaltságát, harmóniáját, kapcsolatuk megtartó erejét jeleníti meg Gulácsy Lajos a *Varázslat* című alkotásában (27. ábra).



27. 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, megfogják a kezem. Tehát volt olyan szilvesztereste, 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 feküdnie, mert akkor éppen mániás fázisom volt, de talpon hordtam ki, kórház nélkül. És ő emlékeztetőül fölhívott, hogy időben feküdjek 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 szilvesztereste rámcörög, hogy Annamária, ne felejtse el, időbe' le kell feküdnie. 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 X doktornő megnyugtatót, 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 küzdelemben nem vagyok egyedül. A felépülésnek ez is része, mert sajnós visszastem, de van remény újra, hogy összeszedjem magamat, és újra, megint megújult erővel néztek 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 útítárs ezen az úton. Útítárs, aki eszközöket, megértést, türelmet, elérhetőséget, támogatást, odafigyelést, emberséget, embertársi szeretetet 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 elérhető a mentális zavarral élő személyek számára? Hiszünk-e abban, hogy képessé tudjuk tenni klienseinket és hozzátartozóikat a személyes örömteli célok, a boldogság elérésére? Hogyan vagyunk jelen a segítő kapcsolatban? Hogy tekintünk azokra, akikkel együtt dolgozunk? Mint egy munkadarabra, elszemélytelenítve vagy mint segítségre szoruló embertársunkra?

Azt gondolom, hogy segítő szakemberként 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 megbékéléseért a legtöbbet tevő amerikai pszichológus, Carl Ransom Rogers a saját életünk alakításának szabadságát, az önmegvalósítás lehetőségét, a lehető legteljesebb elfogadással és őszinteséggel történő másokra figyelmet 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: 11)

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 ítélkezünk, nem címkézünk, teljes valójában el tudjuk fogadni a másikat, ha át tudjuk 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” (idézi Kramer 2014: 9).

Rogers bízott az emberi természet alapvető jóságának lehetőségében, és bízott az egyes ember „erőfeszítéseiben és abban a készségében, hogy életvezetésében változtatást tud végrehajtani” (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 a saját életünkkel kapcsolatos felelősség átvételére.

Rogers legfontosabb felismerése, hogy a segítő kapcsolatban nem a választott módszer a legfontosabb, hanem maga a segítő személy. A 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, tők 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 nemcsak tartalmi, gondolati, hanem érzelmi is.

A másik ember 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 alacsonyabbrendű 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 ugyanezeket az érzéseket elfogadja önmagában. És egyszer azon kapja rajta magát, hogy megváltozott. (Rogers 2014: 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 hozzátenni. Az utóbbi időkben ezek a beszélgetések tudták a legtöbbet adni. Bízató 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 *nondirektív tanácsadás*nak hívta. Rogers szemléletének középpontjában a lelki zavarral küzdő személy áll, 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. X 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 lereagálja 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 legszegényetesebb 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 érzései egybeérnek, és hitelesek, kongruensek. Az empátia, a feltétel nélküli elfogadás, a terapeuta kongruenciája e három feltétel az alapja a humanisztikus, hatékony segítő kapcsolatnak (Tringer 1992).

Rogers szerint (2014), ha a terapeutát jellemzik a következők:

- 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.

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében létrejövő segítői 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 csak vissza a történeti fejezetben (*I. fejezet*) bemutatottakra. Jól illusztrálja az elnyomó jellegű segítő kapcsolatot Ken Kesey azonos című művéből készült film, a *Száll a kakukk fészkére* (lásd 28. ábra).



28. ábra. *Száll a kakukk fészkére* (Miloš Forman, 1975)

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 ő tudja, mi a mentális zavarral élő személy célja. Kiről és miről szól az 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 „felépülésalapú rehabilitáció egyes jellemzői: az egyén személyes céljaira, szükségleteire irányítják a folyamatot. A rehabilitációs terv egy »tárgyalássorozat« eredménye. A kliens személyes választásait, önkompetenciáját, szabadságát, életének kiteljesedését, önszegítő aktivitását, az empowermentet segíti” (Harangozó 2019).

A partneri viszony kialakítása a jó segítő kapcsolat egyik kulcsa. 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.

[...A]kkor tudok segítséget nyújtani, ha egyfajta állandóság jellemez, ha a valódi érzéseim egyértelműek, ha a kliens 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 2014: 66)

7. Örömteli célok

Akinek nincsen szenvedélyes hobbi, tevékenysége, célja az nagyon el tud kallódn... A gyerekkori álmok és a célok rendkívül fontosak, hogy egy ilyen betegségből ki lehessen törni. A dédelgetett 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 neki. (Csíkszentmihályi 1991: 279)

Mint mindannyian, így a mentális zavarral élő embertársaink is szeretnének boldogan élni, szeretve lenni, sikeresnek lenni, szép helyekre utazni, jót enni stb. A mentális zavar okozta nehézségek, a mentális zavarhoz kapcsolódó stigmatizáció, az izoláció azonban 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 a 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 állnak, 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 annak, hogy neki lehetnek céljai, és ezek megvalósítását el is érheti. A közösségi pszichiátriai ellátás során (amelynek 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 szerepük van a személyiség és életút hosszú távú fejlődésében 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 a 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 biopszichoszociális 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 (részletesen lásd *A közösségi pszichiátriai ellátás* című VII. 8. alfejezetet) a segítő kapcsolat a mentális zavarral élő személy örömteli céljainak a meghatározásával kezdődik.

Az interjúalanyok is megfogalmazták a célok kitűzésének fontosságát.

Segítettetek célokat megfogalmazni. Onnantól kezdve, hogy az örömet megtaláljam, mert magamtól nem találtam volna meg. Az önsajnálamban tivornyáztam. Saját magamat a hajamnál fogva kellene kirángatni az önsajnálamból... Amit a szakemberek segítettek benne, hogy szépen lépésről lépésre ki lehet integrálni a társadalomba. Az örömforrás elfelejteti, megfeledkezem 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 kizökkenteni abból az önsajnálamból 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, amely 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)

Előfordul, hogy a célok eléréséhez vezető utat 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 Y doktorra. Én zongorázok, festek. Én egy művészlélek vagyok, más világban élek, álmodozó, fantáziáló vagyok. Neheztelek Y doktorra azt mondta, hogy rehabilitálj 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 kértezték meg először, hogy mi is az én célom. (Emma)



29. ábra. Marc Chagall: Tavasz (1938)

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). A célok gyakran irreálisnak tűnhetnek, mint például, hogy egy kecske hegedüljön (29. ábra). A felépülés útján haladva elért változások azonban reményt adnak az akár irreálisnak tűnő célok elérésében is.

8. A közösségi pszichiátriai ellátás

Mióta ide járok, úgy érzem, hogy akkor kezdtem el élni. Tényleg. Akkor lett néhány barátom... ugye itt ismertem meg a[z] 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 V. 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 a pozitív fejlődésük, felépülésük egyik kulcsa. A következőkben a közösségi pszichiátria alapelveit, módszertanát, szolgáltatási elemeit mutatom be.

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 öt 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)⁵

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 az 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

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

számára elérhetővé tegye ugyanazokat a szociális, foglalkoztatási és rekreációs lehetőségeket, amelyek a közösségben élő többi ember számára is hozzáférhetőek. A pszichiátriai rehabilitáció összekapcsolja a mentális zavarral élő emberek számára fontos személyes, örömteli célokat azokkal a pszichoszociális szolgáltatókkal, amelyek mérséklék a korlátozottságot, és elősegítik a felépülést (Lieberman 2010). A rehabilitáció során nagymértékben támaszkodik a mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személyek természetes támaszként jelen lévő családtagjaiknak, barátainak az erőforrásaira. A közösségi pszichiátriai rehabilitációban a rendszerszemlélet adta keretek miatt 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 készségeiket, amelyek ahhoz szükségesek, 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 élettel való elégedettség különbségei is megszabják” (Lieberman 2010: 32).

A közösségi pszichiátria szemléletét és szolgáltatásait meghatározó tényezők:

- Mindenkinek jogában áll a társadalomban való aktív részvétel. Fogyatékos-sága, betegsége miatt senki sem zárható ki a közösségből. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 190 §-a szerint 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 biopszichoszociális megközelítés. A mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személy akadályozottságát és az akadályozottság megszüntetéséhez, mérsékléséhez szükséges stratégiákat komplexen nézi.
- A „betegségkép” változása, a felépülésbe vetett hit fontossága, a felépülés értékalapú megközelítése.

A közösségi pszichiátria alapelvei (Harangozó 1999):

- a pszichoszociális akadályozottsággal élő embereknek mentális problémájuktól függetlenül joguk van a társadalmi életben való aktív részvételre;
- biopszichoszociális szemlélet;
- a 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;
- önszorgató aktivitások facilitálása, önszorgató erőforrások felhasználása, tapasztalati és kísérő szakértők aktív jelenléte a pszichoszociális rehabilitációt végző szolgáltatóknál;
- a közösségi pszichiátriai ellátás multidiszciplináris teammunkára épít, a mentális zavarral élő embert gondozó pszichiáter együttműködik a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó terápiás munkatárssal.

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 (Lieberman 2010):

- képességeikben fejlődjenek, és új képességeket sajátítsanak el;
- támogatáshoz jussanak;
- életviteli készségükben fejlődjenek, és önállóan éljenek, amennyire ez lehetséges;

- integrálódnak a mindennapi életbe, a közösségbe;
- a kívánt tevékenységeiket meg tudják valósítani;
- a mentális zavaruk tünetei mérséklődjenek vagy megszűnjenek;
- értelmes élet élhessenek, melyben megélhetik az önhatékonyságukat.

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 teammunkában 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 tapasztalati szakértő és kísérő szakértők is megjelenjenek a segítő folyamatban. Erre jogyakorlati példa az Ébredések Alapítvány, ahol a közösségi szolgáltatásban a tapasztalati és kísérő szakértők aktív szerepet kapnak a családokat segítő közösségi ellátásban, illetve önsegítő csoportok vezetésében. A team „vezetője” maga a kliens, hisz ő a saját életének a legjobb szakértője. A családgondozás rendszerszemléletű, azaz a családtagok szükségleti, vágyai, személyes céljai ugyanolyan fontosak, mint a mentális zavarral élő (pszichoszociális akadályozottsággal élő) klienseké. Ez azzal is jár, hogy a mentális zavarral élő személy problémáit a család közös problémájának részeként kezeli a rehabilitációs team (Harangozó 2000). Időnként az adott intézményi kereteken túl más pszichoszociális szolgáltatóval együttműködve más szakembereket is bevonnak. A team összetételét a rehabilitációs szükségletek határozzák meg. A team vezetője felelős a teammunka eredményességért. Intézményen felüli teammunka esetében esetkonferencia biztosításával és a rendszeres kapcsolattartással biztosítja a hatékony együttműködést. A teamtagok végzettsége eltérő, de fontos, hogy „egy nyelvet beszéljenek”. Fontos, hogy a teamtag azonosulni tudjon az adott szervezet küldetésűdátával, a szervezet által képviselt értékekkel, fontos, hogy a team jól felkészült 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 személyt a pozitív pszichológiai fejlődésre, a felépülésre. A jó minőségű szolgáltatás csak olyan szervezeti feltételek mellett várható el, ahol rendszeresen megvalósul a teljesítményértékelés (Kristóf 2014; Harangozó 2006).

A jól felkészült vezetők segítik a team tevékenységét. A team vezetője felelős a hatékony teammunka 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 humánerőforrás-gondokkal küzd, és a segítő nem minden esetben megy ki a szolgáltatást felhasználó otthonába. Ebben az esetben a család a szolgáltatónál részesül a rehabilitációban. Az ideális viszont az lenne, ha a család a saját életterében kapná meg 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 *II. 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 gondozási terv elkészítése. Ennek első lépése a mentális zavarral élő személy (és a természetes támaszként megjelenő hozzátartozók) komplex állapotfelmérése.

Állapotfelmérés (lásd *3.1. melléklet*): A mentális zavarral élő emberek pszichoszociális rehabilitációjának kiindulópontját 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 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 és mtsai 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 zavarról. A klienssel folytatott beszélgetés során az önellátásra vonatkozóan is információt gyűjtünk. Képet kapunk az étkezés, a testi higiéné, az 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. Feltérképezzük, hogy hogyan birkóznak meg e stresszel az érintett személyek. A felmérés részét képezi az életminőség felmérése is. Az életminőség felmérése során feltárjuk azt az esetleges szakadékot, mely a tényleges tevékenységek és az áhított tevékenységek között húzódik. A tényleges és az áhított tevékenységek közötti szakadék feszültséggel töltheti el a mentális zavarral élő személyt, és ez a feszültség motiválhatja a szükséges változtatások megtételére (Falloon és mtsai 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 lakáshelyzettel kapcsolatos gondok, az anyagi helyzettel, a munkavégzéssel járó nehézségek stb. (Falloon és mtsai 1998; Bulyáki 2016). Összegezve: a mentális zavarral élő ember pszichés állapotának felmérése kulcsfontosságú, a rehabilitációs (gondozási) terv megalkotását megelőző elem.

Gondozási terv (lásd 3.2. 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. Doktor-nő kijött lakásra. Tehát hogy a közösségi ellátásnak ez a teammunka 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.-szel, a pszichológussal. Igen, családgondozás is volt, és egyéni terápia is. Aztán X. doktornővel. Volt pszichoedukáció 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[ot]. És aztán ugye volt a nappali kórház kezelés. A klinikai kezelés. A [...] tréningre jöttem. Akkor a viselkedéstopológiai 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 családilag 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 a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy és a hozzátartozóinak személyes szükségleteire kell épülnie. Ezt foglalja össze a gondozási terv. 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). A következőkben a gondozási terv elkészítésének folyamatát ismerhetjük meg.

1. A 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 VII. 7. alfejezetet).

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 terápiás munkatárs) támogatja a mentális zavarral élő személyt a rövid távon örömet nyújtó, megvalósítható céljai feltárásában. Fontos, hogy kitűzött célok elérése közvetlen örömmel is

járjon a gondozott számára. Nem szerencsés túl sok cél kitűzése, ilyenkor a célok hierarchiáját kell felállítani (Harangozó 2000; Bulyáki 2016).

A célok meghatározásának alapelvei (Falloon és mtsai 1998; Bulyáki 2016):

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

2. A célok elérését akadályozó kulcsproblémák meghatározása

A gondozási terv elkészítésének következő lépése a személyes örömteli célok elérését akadályozó problémák meghatározása. A kulcsproblémák elemzése, a problémákat befolyásoló és meghatározó tényezők feltárása. A mentális zavarral élő személy és családtagjai (barátai) által definiált problémák elemzése után (lásd 3.3. *melléklet*) a család és a segítő szakember határozott időre szóló megoldási tervet dolgoznak ki a problémák megoldására (Bulyáki 2016).

3. A személyes célok eléréséhez szükséges pszichoszociális stratégiák meghatározása

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

A lehetséges pszichoszociális stratégiák a következők (Falloon 1998; Bulyáki 2016):

- pszichoedukáció;
- az életviteli készségek tréningje;
- stresszkezelés (kommunikációs tréning, problémamegoldó-tréning, relapszus-prevenció),
- 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 felvilágosítása az alvással kapcsolatban; a gyógyszerek elfogadásának

tréningje, a gyógyszeradagolás pontos betartásának biztosítására; a téveszmék, paranoiás gondolatok és hallucinációk kezelése; a rossz étkezési szokások kezelése).

4. Megállapodás kötése a gondozási terv időszakára

A gondozási tervben rögzített lépéseket írásos szerződésben megerősítik, mely tartalmazza, hogy a mentális zavarral élő személy, illetve a számára természetes támaszt nyújtó hozzátartozók milyen feladatot vállalnak a problémák megoldásában, a személyes örömteli célok elérése érdekében, valamint hogy 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. A 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 a gondozási tervben rögzített célokat a mentális zavarral élő személy eléri, akkor új célokat határoznak meg. A cél elérésének dátumát rögzítik. Az az ideális, ha háromhavonta kiértékelik a gondozási tervben rögzített célokban elért haladást, hiszen rövid távú célokkal dolgoznak, és ennek mentén haladva jutnak el a hosszú távú célokhoz. Amennyiben a célok elérése nem valósult meg, akkor a problémaelemző lap, illetve a problémamegoldó lap segítségével újból áttekintik az adott személyes célt a mentális zavarral élő személlyel és a hozzátartozóival (Bulyáki 2016).

A gondozási terv elkészítésekor meghatározzák azokat a pszichoszociális rehabilitációs stratégiákat, melyek a mentális zavarral élő személy és családja személyes céljainak az elérését segítik.

Hatékony biopszichoszociális intervenciók (Harangozó 2000):

- az optimális gyógyszeres terápia;
- a pszichoedukáció;
- a stresszkezelés.
- az életviteli készségek tréningje;
- specifikus módszerek;
- védett lakhatás;
- a munkarehabilitáció; valamint
- az önszegítő csoportok.

Pszichoedukáció

Allandóan rángatózott a lábam, és anyukám mindig rám szólt, hogy kislányom, ne rángasd a lábad. És akkor 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 alapdolgokkal, 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 egyben kölcsönös tanulási folyamat, ahol érthető és könnyen elsajátítható módon minden fontosat megtanulunk az adott mentális zavarról. Nemcsak az érintettek ismerete bővül az adott mentális zavarra vonatkozóan, hanem a segítő szakember is mélyebb betekintést nyerhet az adott személy mentális zavarának tüneteivel kapcsolatban, megismerheti a mentális problémához kapcsolódó érzéseit, megoldási stratégiáit, a családtagok tapasztalatait, megfigyeléseit. A kliens tapasztalati szakértelmével segíti a pszichoedukációs folyamatot saját élményei révén.

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

A 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. Nemcsak 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 kétszer félnapos vagy egynapos 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 széleskörűen kell megbeszelnünk a kérdéseket, hogy minden tréningtag problémájával foglalkozunk, és mindenkit aktív résztvevővé kell tennünk. Ugyanakkor a családgyógyógyozás keretében és az egyéni foglalkozás keretében megjelenő felvilágosító munka lehet rövidebb, hisz csak az adott személyre és hozzátartozóira koncentrálnak (kb. 4 ülés).

A különböző mentális zavarokról elérhető tájékoztató munkafüzetek, szórólapok, brosrák, videófelvevételek, amelyek segítik a szóbeli tájékoztatást (Lieberman 2010; Bulyáki 2016). A pszichoedukációs tevékenységet segíti az Ébredések Alapítvány kiadásában megjelent *A közösségi pszichiátria kézikönyve* című kiadvány (Bulyáki – Harangozó [szerk.] 2016). Ezen könyvet használva a mentális zavarral élő személy és családja, hozzátartozói önszerű módon tájékozódhatnak az adott mentális zavar természetéről. A pszichoedukáció a segítői munka egészét áthatja. A gondozói tevékenységet végigkíséri a pszichoedukációs tevékenység, pl. állapotrosszabbodáskor vagy a gyógyszerek szedésének abbahagyásakor a segítők szakember visszautal a pszichoedukáció során elsajátított ismeretekre. A pszichoedukáció nemcsak a segítők munkájának leghatékonyabb eleme, hanem az egész segítők tevékenység 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 megismerésének segítése és ezzel az esetleges állapotváltozások időbeli felismerése.

Húsz 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 megalapodás 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 lábakban 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 pszichoeducáció feléjük is. És ez részemre nagyon megnyugtató volt, hogy a doktornő erre vállalkozik, hogy kijön házhoz. Ugye itt kijönnek a közösségi ellátásnál házhoz, és közösen pszichoeducáltuk 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 megható 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 pszichoeducációs foglalkozások során tájékoztatást nyújtunk a mentális zavarral élő személynek és hozzátartozóinak a korai figyelmeztető tünetekre vonatkozóan. Feltárjuk az adott személy korai figyelmeztető tüneteit (Falloon és mtsai 1998; Bulyáki 2016). A pszichoeducációs foglalkozás során feltárt korai figyelmeztető tünetekre építve a mentális zavarral élő személlyel és hozzátartozójával elkészítjük az állapotrosszabbodás esetén alkalmazandó krízistervet. A krízistervben meghatározzuk a korai figyelmeztető tüneteket, a tünetek észlelése esetén szükséges teendőket; azt, hogy kivel lépne kapcsolatba az adott személy a korai figyelmeztető tünetek fellángolásakor; megadjuk a szakemberek elérhetőségét, akiket az adott esetben az érintett személy vagy hozzátartozói értesítenének az állapotrosszabbodásról (lásd 3.4. melléklet). Az állapotrosszabbodáskor jobb kimenetelt biztosít, ha a mentális zavarral élő személyek és hozzátartozóik már a korábban elkészített krízisterv alapján tudják, hogy mit kell ilyenkor tenni (Falloon és mtsai 1998; Bulyáki 2016).

A kórházba' úgy éreztem, hogy nem foglalkoznak a valódi problémával, és csak a tünetekkel foglalkoznak. A probléma gyökerével nem foglalkoztak. 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 végigjártszottam a párbeszédet a doktornővel, de nagyon jó, hogy ezekre van alkalmam, hogy végigjátsszam. (Annamária)

A mentális zavarral élő személyek különösen sérülékeny (*vulnerábilis*) klienscsoportba tartoznak (lásd az VII. 1. alfejezet). 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 stresszkezelés módszerei:

- kommunikációs készségek fejlesztése,
- problémamegoldó készségek fejlesztése,
- asszertív viselkedés elősegítése,
- kríziskezelés és megelőzés (lásd a pszichoedukációs és krízisintervenciós tevékenység leírását),
- agressziókezelés.

1. Kommunikációs készségek fejlesztése: „A személyek közötti kommunikáció javításának stratégiája a viselkedés csoportterápiában kidolgozott készségfejlesztő tréning módszereiből származik” (Bulyáki 2016: 52). A készségfejlesztést végző szakember a tanár, tréner szerepét tölti be (aki oktatói, tréneri tapasztalattal rendelkezik) és segíti a résztvevőket az új készségek elsajátításában. A készségfejlesztés során az új kommunikációs készségek fejlesztése, a meglévő hatékony készségek erősítése valósul meg.

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

- A pozitív érzés kifejezése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan fejezhetik ki a mindennapi életben a pozitív érzéseiket (lásd 3.5. melléklet).
- A pozitív szemléletű (konstruktív) kérés. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogy hogyan kérhetnek konstruktívan egymástól (lásd 3.6. számú melléklet).
- A 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 (lásd 3.7. számú melléklet).
- Az aktív figyelem technikájának fejlesztése. A készségfejlesztés során a mentális zavarral élő személy és hozzátartozói megtanulják, hogyan tudnak hatékonyan figyelni a kommunikációban részt vevő partnerre, a kommunikációs folyamatra (lásd 3.8. melléklet).

2. *A problémamegoldó készség fejlesztése:* A hatékonyan alkalmazott kommunikációs készségek hozzájárulnak a problémamegoldó készségek fejlődéséhez. Ha a 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 problémamegoldási módszer lépései (lásd 3.9. *melléklet*):

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

3. *Az 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 érdekek érvényesítésének készsége csorbulhat. Az asszertív viselkedés fejlesztése a kommunikációs tréninghez kapcsolódóan, 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 semmivel sem veszélyesebb, mint a társadalom bármely tagja. A mentális zavarral élő személyek által elkövetett bűncselekmények médiában való 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, mind a kezelésben is.

Az indulat, düh szabályozásának lépései, stratégiái (Falloon és mtsai 1998; Bulyáki 2016):

- A helyzet felmérése
 - az agresszív viselkedés gyakoriságának és természetének a nyomon követése. A beavatkozást végző szakember a mentális zavarral élő személlyel 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.
- Az indulat, düh kezelése: a beavatkozást végző szakember
 - felvilágosítás tart az agresszió természetéről és hatékony kifejezésének lehetőségeiről;
 - problémamegoldó beszélgetést kezdeményez a mentális zavarral élő személlyel 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 egyértelművé teszi a beavatkozásokat 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.

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

A bentlakásos intézményekben a lakótársak is részesei, elszenvedői egy-egy agresszív megnyilvánulásnak. Ezeknek a „történetek”-nek – ugyanúgy, mint a családon belül – fontos a közös feldolgozása.

Az 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 gondolatátstrukturálás, és akkor még voltak ilyen szuicid 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 fél éven 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 céloim. 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 családotól. 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 fölhívtam 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 a gondozási terv tevékenység leírását) interperszonális és szociális készségeket

igényel. A közösségben való aktív élethez rendelkezünk kell a szociális készségek széles tárházával. Idesorolhatjuk az önellátást, a rendelkezésre álló pénz beosztását, az új ismeretek elsajátítását (tanulást), a segélykérést, a beszélgetést, a bensőséges viszony kialakítását, a munkavégzési készséget, a lakóhely fenntartását, a szabadidő aktív eltöltését (Falloon és mtsai 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, hajléktalanok) 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 igényeljen. Az életviteli készségek fejlesztése aktív tanulást igényel. A készségfejlesztést végző szakember tanítószeremben 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 igénybe vett 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. a 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 részleteiben a VII. 9. alfejezetben 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 kialakulhat legális és illegális szer használata kapcsán. Ezen problémák súlyosbíthatják a mentális zavarral élő emberek helyzetét. Fontos, hogy a mentális zavarral élő ember komplex, integrált rehabilitációban részesüljön, 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. Idesorolhatjuk a szuicid készletés megfékezésére szolgáló módszereket (Harangozó 2000; Bulyáki 2016). A speciális technikákhoz sorolhatjuk továbbá a táplálkozási rendellenességek és rossz étkezési szokások kezelésére fókuszáló tevékenységeket. Az alvás szabályozására irányuló tevékenység is fontos technika. Az alvászavar korai figyelmeztető tünet lehet, mely az állapotrosszabbodásra hívhatja fel a figyelmet. Nagyon fontos, hogy az alvási szokásokat az állapotrosszabbodáskor, a krízis korai szakaszában helyreállítsuk (Falloon és mtsai 1998; Bulyáki 2016). A gyógyszeres kezelés kapcsán fontos a *kemonkordancia*⁶ felépülésszemléletű gyakorlatának kialakítása, melynek lényege a mentális zavarral élő személyekkel való hatékony tárgyalás kialakítása. A speciális stratégia része a gyógyszeres kezelésekkel 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, ami elősegítheti a mentális zavarral élő személy és családja pozitív fejlődését, az örömteli élet élését. A közösségi pszichiátriai ellátás elősegíti a közösségbe integrált élet élésének lehetőségét, a magány leküzdését, az emberi kapcsolatok gazdagodását (lásd a 30. ábrát, ahol a cédrus már nem magányos).

⁶ Kemonkordancia: a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos döntéshozatal támogatása.



30. 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 begyógyasztereztek 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 (Liberman 2010, idézi Bulyáki 2012: 59):

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. élelmiszer, lakhatás) és a mindennapi életben élvezetet jelentő javakhoz juttatja;
- védeltséget szerez a visszaesséssel szemben, mivel a munkahely gyakran védelmet nyújt a stresszel és a neurokognitív vulnerabilitással 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.

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, segíti a struktúra és a napirend megteremtését, és fokozza a motivációt. A mindennapok nem semmittevéssel, egyhangúan, szürkén telnek el (Lieberman 2010). A munkavégzéssel megszerzett jövedelem pedig lehetőséget ad örömteli célok megvalósítására.

A munka fontosságát a mentális zavarral élő emberek rehabilitációjában kétszáz évvel ezelőtt is felismerték a morális terápia megjelenésével. A 19. 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 hatásuk 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 és mtsai 2002), és a versenyképes munkahelyeken, versenyképes bérért való elhelyezkedést tartják a legkívánatosabbnak (Bulyáki 2012).

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

A munkarehabilitáció számos modelljét alkalmazták már a mentális zavarral élő emberek rehabilitációjára. A továbbiakban bemutatok néhány munkarehabilitációs formát, illetve a foglalkoztatási formák előnyeit és hátrányait.

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 státusz megalapozásában (Könczei 1994). A védett munkát legtöbbször a nyílt munkaerőpiactól elszigetelt helyszínen végzik. Ezek a munkák gyakran unalmasak, monotonok, egyhangúak, mégis struktúrát visznek 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 zárkóznak 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 kórházakban. 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 jövődő munkájuk ellátására nem készíti fel. További hátránya lehet e foglalkoztatási formának, hogy nem reagál, nem alkalmazkodik az egyéni szükségletekhez, célkitűzésekhez. Általában alacsony betanítotttságot 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 klubok*, a pszichoszociális rehabilitációs központok (pl. nappali szanatóriumok) nem segítik elő a munkaerőpiacon való elhelyezkedést (Mueser – Bond 2000; Bulyáki – Harangozó 2004). A nem hatékony formák közé sorolhatjuk még az intézményekben folyó terápiás munkát (Becker 1967; Walker 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 az ilyen foglalkoztatást preferálják. A jelenlegi társadalmi és gazdasági helyzetben nem könnyű létrehozni és működtetni azokat, de mégis szükség van új foglalkoztatási formákra. Idetartoznak 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 szórványosan már Magyarországon is elindultak. Jó példa erre a Szigony Alapítvány a Községi Pszichiátriáért Alapítvány védett foglalkoztatási programja. Az alapítvány foglalkoztató műhelyében iparművészek által tervezett egyedi, kézzel készített termékeket gyártanak. 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 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 multidiszciplináris 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 multicégeknel a szervezeti kultúra az olyan, hogy egyáltalán az ott dolgozók szeressenek bejárni. Jól érezzék magukat, szeressenek ott lenni.

[...]

Nálam már nagyon égető volt, szükségem lett volna egy befogadó környezetre, ahol nemcsak 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

Ez olyan speciális munkaerőpiaci 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 segítés 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 igénybe vevők 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 vértézve a készségfejlesztés technikáival.

A támogatott foglalkoztatás filozófiája alapvető emberi jogokra 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).

A támogatott foglalkoztatás kialakulása

A világ számos országában követőre 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 munkabékekről és a lakhatásról; törvény az egészségügyi ellátással kapcsolatos pénzügyi akadályok elhárításáról, ún. utalványok létrehozása a munkával kapcsolatos szolgáltatások megvásárlásához (Cook – Razzano 2000; Bulyáki 2012).

Európában a II. 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 is. A Támogatott Foglalkoztatás Európai Egyesületét (European Union of Supported Employment [EUSE]) 1990-ben alapították meg az európai nemzetek, amely az Európai Fogycékkassza 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%-a 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 legerjedtebb és empirikusan validált típusát *egyéni elhelyezés és támogatásnak (Individual Placement and Support, IPS)* nevezik (Becker – Drake 2003; Lieberman 2010). Ezt a programot Robert Drake és Deborah Becker dolgozta ki, és a foglalkoztatási rehabilitáció standardjává lett az Egyesült Államok egész területén (Lieberman 2010).

A támogatott foglalkoztatás ismérvei (Bulyáki és mtsai 2004):

- 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.

A támogatott foglalkoztatás során alkalmazott lépések, feladatok (Bulyáki és mtsai 2004; Bulyáki 2016):

- 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 munkaerőpiaci 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).

Az Ébredések Alapítvány munkatársai a kilencvenes évek közepén kidolgozták a mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek nyílt munkaerőpiaci foglalkoztatásra felkészítő programját. Az alapítvány az OFA (Országos Foglalkoztatási Közalapítvány) támogatásával 2004-ben megjelentette a módszertani anyagát. 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. a Soteria Alapítvány is. Az Ébredések Alapítvány pszichoszociális fogyatékoságal élő megváltozott munkaképességű személyek nyílt munkaerőpiaci

elhelyezkedését segítő program részletes leírását, módszertani elemeit a 4. mellékletben tekintheti meg az olvasó.

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, bográcsfőzés a kert kellős közepén. (Jakab)

A mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű embereket segítő szervezetknél nélkülözhetetlen a felépülésalapú szemlélet, a küldetéstudat.

Jelentősen javulna a mentális zavarral élő emberek munkaerőpiaci aktivitása, ha megkaphánák 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)

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 és mtsai 2004).

A nemzetközi vizsgálatok (Drake és mtsai 1999; Bulyáki és mtsai 2004) és a hazai tapasztalatok alapján egyaránt megállapítható az, hogy a nyílt munkaerőpiaci

foglalkoztatottság a mentális zavarral élő emberek pszichés állapotára pozitívan hat, javítja az életminőségüket.

Elmondható, hogy a hatékony munkarehabilitáció célzottan a kliens preferenciáira, szükségleteire, készségeire, képességeire, képzettségeire alapozott munkarehabilitációs terv mentén, „normális” munkahelyen, egészségesek között, valós, nyílt munkaerőpiaci körülmények között megvalósuló foglalkoztatást biztosít. Ezen foglalkoztatás eléréséhez célzott és gyors, konkrétan az adott munkahely és a munkavállaló adottságaira épített felkészítést nyújt. Az egyén szükségleteire és helyzetére szabott támogatás folyamatos (Cook – Razzano 2000; Bulyáki és mtsai 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. A védett foglalkoztatás keretében hatékonyabb a kics csoportos foglalkoztatás, melynek jó megjelenési formája a kisvállalkozás, ahol alacsony létszámú csoportban dolgoznak együtt mentális zavarral élő, megváltozott munkaképességű személyek „egészséges” emberekkel (Bulyáki és mtsai 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 kilábalhat belőle. [...] Jól emlékszem rá, hogy az orvos szavai úgy hatottak rám, mintha elütött volna egy kamion – olvasható Patricia Deegan a felépüléssel megfogalmazó, híressé vált írásában (Deegan 1988).

Deegan úgy határozott, hogy nem veszi figyelembe a diagnózisát, hanem eldöntötte, hogy pszichológus lesz, és meg fogja 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 beszélnék, rövid kitérőt tennék az önsegítésre vonatkozóan.

A nemzetközi szakirodalmak sokféle jelentéstartalommal ruházzák fel az önsegítést. Az önsegítés elemei átszövik a hétköznapi életünket. Hétköznapi értelemben akkor beszélhetünk önsegítésről, 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 következőképpen kategorizálhatóak (Gerevich 1989):

- szociális segítség (a fejlődés egy faktora);
- szupportív rendszer;
- társadalmi mozgalom;
- szellemi (szpirituális) 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;
- a deviánsok és stigmatizáltak szervezetei;
- a szociális kontroll képviselői;
- a hosszan tartó deficitek és deprivációk leküzdését célzó segítség;
- az átmeneti életcikluson való túljutás eszköze;
- terápiás módszer.

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: a csoportok struktúráját az határozza meg, hogy a csoport hány főből áll, a tagoknak 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

a testi betegségben szenvedők csoportjait (Gerevich 1989). Katz és Bender öt típust ír le a cél szerint:

- elsődleges cél az önmegvalósítás;
- elsődleges cél a szociális reform;
- elsődleges cél az alternatív életformák teremtése;
- a kiközösítettek csoportjai;
- kevert, eklektikus csoportok, például elvált szülők csoportjai.

A megcélzott probléma súlyosságát veszi alapul Levi felosztása (Gerevich 1989):

- egészségesek önfejlesztő csoportjai;
- stresszhatás alatt élők csoportjai (pl. válófélben lévők csoportjai);
- viselkedési zavart korrigáló csoportok (pl. Névtelen Alkoholisták);
- túlélést biztosító csoportok (stigmatizáltak, fajlag hátrányosan megkülönböztettek).

A presztízs szerint: a csoport presztízsét 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 szervezetten belül vagy kívül zajlik (Gerevich 1989).

Az önségítő csoportok formálódásában meghatározó volt az, hogy két, korábban alkoholproblémával küzdő személy, Bill Wilson és Ebby Thatcher 1934-ben elindították 12 lépésű önségítő csoportjukat, melyből kinőtt a Névtelen Alkoholista Mozgalom. Sok szempontból az önségítésnek ez a korai csoportmodellje ma is mintát nyújt a különféle önségítő csoportprogramoknak. Ha megvizsgáljuk a Névtelen Alkoholista Mozgalmat, láthatjuk, hogy az önségítő csoportok elterjedésével és a közös ideológia megerősödésével elindult egy olyan szerveződés, amely egyre inkább intézményesítette a mozgalmat. A hatvanas évek második felében a közösségi mentálhigiéné előretörése során a közösségi támogató rendszerek mellett az önségítés programjai is jelentősen megerősödtek, és társadalmi elfogadásuk is megnőtt. Ez nagy lendületet adott az önségítő csoportok, mozgalmak fejlődésének, miközben nem volt jelentős közeledés a professzionális segítők és az önségítő szerveződések között. Amíg a korábbi évek távolságtartással és időnként rivalizálással voltak jellemezhetőek, a kilencvenes években egyre inkább megjelent a közeledés igénye (Szabó 2008).

Mára nyilvánvalóvá vált, hogy a professzionális segítség és az önségítésben jelen lévő tapasztalati tudás illeszkedése jelentősen növelheti a segítő munka hatékonyságát (pl. a Hanghalló Módszer a traumafeldolgozásban). A tapasztalati szakértők (*expert by experience*) és 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 arra, hogy a szolgáltatások tapasztalati szakértőket alkalmazzanak. Jó példa erre 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 Fogya- tékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. (FSZK) által kiírt *Szülősegítő szolgáltatások támogatása* című pályázaton az Ébredések Alapítvány lehetőséget kapott arra, hogy kísérő és tapasztalati szakértőket képezzen. További jogyarkolatokat is sorolhatnánk még, pl. a Szigony Alapítvány a Közösségi Ellátásért Nappali klubját vagy a szenvedélybeteg-ellátási egészségügy területéről az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) Addiktológiai osztályát, ahol tapasztalati szakértők is jelen vannak, és kulcsfontosságúak a felépülés útján. Örvendetesnek mondható, hogy 2018-ban az EMMI (Emberi Erőforrások Minisz- tériuma) szervezésében a közösségi pszichiátriai ellátás új oktatási programjának elkészítése kísérő szakértő bevonásával készült (Bulyáki és mtsai 2019), és az okta- tásban a tapasztalati és kísérő szakértők a professzionális szakemberekkel együtt fogják oktatni a leendő kollégákat. Az önsegítést kiterjeszthetjük az érdekvédelem irányába. A pszichoszociális akadályozottsággal élő emberek érdekeit védi és képviseli a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, amely országos szervezet.

Az Ébredések Alapítványnál az interjúalanyokat segítő szervezetnél több önse- gítő csoport is működik, melyeket tapasztalati és kísérő szakértők vezetnek. Ilyen csoport például a Bipoláris Önsegítő Csoport, melynek indítását egy belgiumi példa inspirálta. A csoport jelenlegi 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 élők. A csoportvezető úgy gondolta, hogy egy ilyen csoport Magyarorszá- gon is hasznos lehet a bipoláris zavarral élők számára, az Ébredések Alapítvány pedig teret adott e találkozóknak. Az üléseken a tagok életvezetési nehézségeiről és a gyógyszerek megtapasztalt mellékhatásairól egyaránt szó esik. A csoportvezető tapasztalatai szerint a sorstársi közösségben könnyebben megnyílnak az érintettek.

A Hanghalló Önsegítő Csoportot (amelynek tagjai a 2018-as Közösségi Pszi- chiátria Konferencián megalakították a Magyar Hanghalló Mozgalmat, mely által lehetőség van bekapcsolódni a Nemzetközi Hanghalló Hálózat [*Intervoice*] tevé- kenységébe) az Ébredések Alapítvány vezette be Magyarországon. A csoporton a szenvedéstartalommal járó hangokkal való megbirkózást támogató önsegítés valósul meg. A Hozzá tartozói Önsegítő Csoport tagjainak nagy része a Hanghalló

Önsegítő Csoport tagjainak hozzátartozóiból, főleg szüleiből áll. A Hozzátartozói Önsegítő Csoport azzal a céllal alakult, hogy a hozzátartozók a közösségi pszichiátriai ellátás szellemében segíthessék egymást családtagjaik felépülésének minél hatékonyabb támogatásában. A bántalmazást, traumákat átéltek számára az Eltökéltek Csoport nyújt támogatást. Ezen csoport keretében a traumák feldolgozásához kapnak segítséget az érintettek.

Az önsegítés értéke kimagasló a felépülés útján. A mentális zavarral élő személyt és családját traumatizálhatja a mentális probléma megjelenése. Sokszor információk hiányában, kétségbeesve élük meg a mindennapokat. Az önsegítő csoportok lehetőséget adnak arra, hogy a hasonló élethelyzetben lévő emberek találkozhassanak egymással, megélhessék, hogy nincsenek egyedül a problémáikkal, és sorstársi segítséget, támogatást kaphatnak a problémákkal való megbirkózásban. A mentális zavarral élők az önsegítő csoportokban a megélt tapasztalataikat is meg tudják osztani olyanokkal, akiknek szintén személyes tapasztalatuk van a társak 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 pszichózisról 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 az aktivitását is.

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... 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 táncszak-
kört 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 kezelték, azt mindenképpen rájuk is kell testálni, csinálják. (Jakab)*

Volt olyan interjúalany, 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. Patrick W. Corrigan 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, amely baráti kapcsolatok kialakítására is teret ad, és lehetőséget teremt a négy fal közötti izolációból való kitörésre is.

*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, úgyhogy 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 segített. Barátságokat köthetünk, új dolgok iránt érdeklőd-
hetünk. A felépülésbe segített a Hanghalló Csoport tagjai (L., N. és B.). (Dénes)*

Az önsegítő csoport az önismeretet magasabb szintre emelheti, és ezzel hatékonyab-
bá teheti a csoporttagot a felépülés elérésében, a pozitív pszichológiai fejlődésben.

*Ahogy elkezdtem használni ezt a módszert, rájöttem, hogy én már kamaszkorom-
ban így bántam magammal. Gyerekkoromból nincsenek akkora élményeim, inkább
kamaszkoromból. Akkor is voltak ilyen hangok, de akkor mintha inkább a saját*

énemből jöttek volna. De akkor azokkal is úgy bántam, amikor kritizáltak, meg becsméreltek, 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 közül 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 Réka (2008) tanulmányában a szociális munka és az altruizmus kapcsolatát vizsgálja. Auguste Comte (Vályi 2008) elképzelése szerint az altruizmus az önzetlenséggel szinonim, és az egoizmussal ellentétes ösztönt jelenti. Az altruizmus nem csupán etikai kategória, hanem vallási fogalom, a humanitás vallása. Comte 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). Nancy Eisenberg (Vályi 2008) szerint az altruizmus olyan viselkedés, mely más hasznára van, önkéntes, szándékos, és tudatosan nem a cselekvő saját érdekeit szolgálja. Daniel Bateson és munkatársai (1986) kidolgozták az ún. *empátia-altruizmus-modellt*. Az elképzelésük az volt, hogy ha az emberek bajba jutott személyt észlelnek, a személyes vagy empátiás aggodalom egyikét élék 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 szemben szimpátiát, aggodást vált ki, és altruista viselkedéshez vezet. Ilyen esetben a segítségnyújtó célja, hogy az áldozat szenvedésén enyhítsen (Bateson és mtsai 1986).

Hol a helyem? Hát ilyen segítő, valamilyen fajta segítő szeretnék jobban lenni, mert-hogy 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 vettek fel végül is. (Lola)

Szerintem az is támasz, tudja az ember, hogy hova lehet fordulni. Nemcsak én vagyok lelki támasz a Hanghalló Csoporttagoknak, hanem ők is támaszok nekem, és ez fordítva is. (Imre)

Az interjúalanyok felépüléshez vezető útján a pozitív fejlődésben az önsegítő csoportok között a Hanghalló Csoport kiemelkedő jelentőségűnek tűnik, ezért ez az önsegítő mozgalmat részletesen bemutatom.

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. Kitartott amellett, hogy a hang nem értelmetlen dolgot mond, hanem az üzenetének köze van Patsy életéhez. Romme ezután összehozta Patsyt más hanghallókkal, hogy osszák meg egymással a tapasztalataikat (Mérey – Csontos 2017). Marius 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 és mtsai 2018). 2009-ben Romme és szerzőtársai megjelentették az *Élet a hangokkal – 50 felépülés-történet* című kötetet, mely a Hanghalló Módszer bizonyítékbázisát 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. (Mérey és mtsai 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, mégis pozitívnak értékelte.

Szókratész tanúságtételét a hanghallásáról vallásos személyek tapasztalatai követik. 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. (Mérey és mtsai 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 szkizofréniára diagnózisához köt. Tapasztalati szakértőként a többi hanghallóval egyenrangú viszonyra törekedtek, ami a Hanghallók Mozgalmának (*Hearing Voices Movement*) kialakulásához vezetett. A hanghalláshoz 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 mtsai 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 mondanivalójukban (Romme és mtsai 2009).

Azok a tünetek, amelyeket 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 mtsai 2009: 28).

Ron Coleman a Hanghalló Mozgalom egyik meghatározó alakja, akit gyerekkorában lelkipásztora éveken át abuzált szexuálisan. Colemannél hanghallás jelentkezett, *paranoid szkizofréniával* diagnosztizálták, hat évet töltött kórházban zárt osztályon, de 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).

Coleman időközben pszichológus lett, felépülésházat működtet. 2014 augusztusában az Ébredések Alapítványánál tartott tapasztalati szakértőként workshopot.

Coleman a hanghallásból való felépülés három szakaszát különbözteti meg. Az első az ún. *ijesztő fázis*. Ezt a szakaszt a hangoktól való félelem, a hangok elkese-redett 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 üzenettként értelmezni. A Hanghalló Módszer technikáinak segítségével megtanulja hangjait kezelni, az erőviszonyokat a maga javára fordítani. A harmadik, *stabilizációs szakaszban* a hanghalló kezébe veszi életének irányítását; a hangok visszahúzódnak, és a korábban gyakran bántó, szenvedést okozó hangok tanácsadó, támogató hangokká válnak (Mérey – Csontos 2017).

A Hanghalló Módszer fontos mozzanata, amikor a hanghallót az első szakasz-ból a másodikba vezeti át.

„Jobb, ha a hanghallást kezeljük a szkizofrénia kezelése helyett!”

(Romme 2018)

Az önbecsülés, önismeret, önsegítés 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).

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 gyűlölködőek és becsmérlőek.

Történet: *26 éves voltam, amikor először kezdtem hangokat hallani. A másik három diáktársammal együtt bérelt háznak a fürdőszobájában voltam, ők a hátam mögött beszéltek, legalábbis én úgy gondoltam. Először azt gondoltam, hogy dolgozat 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 keresztül mentem, a hangjaim magnófelvételhez hasonlítottak arról, amit régen nekem mondtak. A hangok nagymértékben aláásták a biztonságérzetemet és az önbecsülésemet. Fontos volt számomra, hogy tartozzak valahová, így bekapcsolódtam a hanghalló hálózatba, és elég hosszú ideig szerkesztettem a hírlevelet.*

A Hanghalló Módszer eszköztára és technikái

A hangok üzenetének, jelentésének megfejtésére használt eszköz A maastrichti kérdőív (lásd 5. melléklet), mely 12 témakörre kérdezve feltárja a hangjelenség és a hanghalló személy élettörténete közötti kapcsolatot. A hanghalló személy tudatosíthatja magában, hogy életének mely mozzanatai járultak hozzá a világba, önmagába vetett bizalmának megingásához, mi ásta alá önértékelését, önismeretét és önmaga elfogadását, illetve minek az eredményeképpen vált képtelenné a saját életének irányítására.

A Hanghalló Módszer vezérmotívuma az, hogy a hangok a felépülés irányába hatnak annak ellenére, hogy üzenetük az esetek többségében bántó, becsmérlő, 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 saját magának 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 és mtsai 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. Egyrészt a hanghallás jelenségének értelmezésében rejlik, másrészt a hang tartalmából adódik. A hagyományos pszichiátria a hangokkal csak mint tünetekkel foglalkozik, a hangjelenséget „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).

A Hanghalló Módszer a hanghallást természetes emberi tapasztalásként kezeli. Az elszenvedett trauma hang formájában jelenik meg. A hangoktól való félelem leküzdése mellett fontos lépés a hangokkal való kapcsolatfelvétel. A hang megjelenése a hanghalló személynél választ követel, az elküldése nem vezet eredményre. A hang elismerése, a vele való párbeszéd kezdeményezése elősegíti a kapcsolatfelvételt (Mérey 2018).

A hangok kezelése a „szervezési” fázisban: Ebben a fázisban megkezdődik a hangok mondanivalójának megfigyelése. Erre a célra szolgál a Coleman által kidolgozott *Éppen most hallottam hangokat* elnevezésű felmérőlap 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. A fő mottó egyrészt, hogy a hang mindig segít, másrészt pedig, 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 2018).

A hangok kezelése a „stabilizációs” fázisban: A hangok jelentkezésekor feltett eldöntendő kérdések segítségével megfejthetők azok szimbolikus üzenetei.

Ez segítséget adhat a hanghalló számára gondot okozó probléma azonosításához és megoldásához. Ha a hanghalló a pozitív pszichológiai fejlődés során eljut oda, hogy párbeszédet folytat a hangjaival, és azokat értelmezni is tudja, akkor képes 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. Az Ébredések Alapítvány 2012 májusában indította el a Hanghalló Csoportot. Az azóta eltelt évek alatt a Budapesten és több vidéki városban működő hanghalló önsegítő 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 gondoltam ezt, de amikor Mérey Zsolt és a mellette felépülés-útjukat járó tapasztalati szakértők otthonossá 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 kijebb és kijebb 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 Alapítványnál 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 „kiakadások”, 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 2018: 13)

VIII. Következtetések

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 „mássággal” 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, a szabadság, a kompetencia, a döntésben való részvétel a felépülés fogalmába is beépültek. A felépülés nem mindig jelenti azt, hogy a mentális zavarral élő személy tünetmentessé válik; van, aki komoly tünetekkel is meg tud küzdeni, és képes munkába járni, teljes életet élni. A felépülés állapota az önsegítő viselkedést, az önszabályzó képességet és a segítő folyamatban való felelősséget is jelenti (Harangozó – Bodrogi 2009). A felépülés folyamatát számos szakirodalom utazáshoz hasonlítja. Ebben az utazásban a mentális zavarral élő személy gazdagodik, fejlődik, és tünettől vagy tünet nélkül, de boldogabb, sikeresebb életet élhet.

Az utazást gyakran kísérik útítársak, akik sokszor előmozdítói 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, deficitszemléletű 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 (melyek a felépüléshez segítő kapcsolatot jellemzik) a személyes szükségletek, választások és 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 felépülésértékű szolgáltatások megjelenését.

A jelen munkában ismertetett kutatás fókuszában a mentális zavarból felépült személyek által fontosnak tartott, a felépülést elősegítő tényezők feltárása állt. 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.

A felépülést elősegítő tényezők az interjúalanyok meglátása szerint a következők:

- akaraterő, az 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;
- önségítés, 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, a barátoknak, a támogató szakembereknek (akik a közösségi pszichiátriai ellátás keretében személyre szabott segítséget nyújtanak), valamint a sorstársi segítőknek is.

A felépülést elősegítő attitűdöket és hatékony gyakorlatokat foglalja össze a következő, 2. táblázat (Harangozó – Bodrogi 2009: 570–594).

2. táblázat. *Felépülésattitűdők, felépülésalapú jó gyakorlat*

A felépülés tartalmi elemei	A felépülésalapú attitűdők	A felépülésalapú jó gyakorlat
Személyes szabadság, szabad döntések, méltányosság	Személyközpontú elvekre épülő szimmetrikus kapcsolat	Ösztönző (pl. alacsonyküszöbű, 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.

A felépülés tartalmi elemei	A felépülésalapú attitűdök	A felépülésalapú jó gyakorlat
	Szükségletalapú ellátás	Személyes célokra alapozott gondozási és kezelési terv, amelyben a mentális zavarral élő és a természetes segítőinek felelős részvétele is rögzített
	A méltányosság biztosítása	Az emberi méltóság fenntartásához szükséges eszközök megteremtése (lakhatás, ápolás, önellátás), méltányos bánásmód, hatékony kommunikáció
	A szakemberek kockázatküszöbe és a mindenért való felelősségérzet csökkenése	A mentális zavarral élő személy és hozzátartozói döntéseiért 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.
	Hatékony szakmai intervenciók használata, a megszokott, de kevésbé a tényeken alapuló ellátás rovására	A remisszió elérése és fenntartása, a visszaesések megelőzését szolgáló stratégiák

A felépülés tartalmi elemei	A felépülésalapú attitűdök	A felépülésalapú jó gyakorlat
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 (<i>network</i>) 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 munkarehabilitáció, asszertív közösségi kezelés, a túlzott intézményhasználat kerülése, relapszusprevenció
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 <i>network</i> támogatása, ill. a 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 <i>network</i> kialakítása a gondozási terv része lehet.
Alacsony stigma	A felépülés állapota és a felépülésalapú ellátás csökkenti a stigmát: a legjobb stigmacsökkentés a hatékony rehabilitáció	Hatékony, bizonyítékokon alapuló pszichoszociális és biológiai intervenciók egy felépülésalapú ellátórendszerben
		Tudatos stigmacsökkentő stratégiák az intézmények és szolgáltatások fejlesztésekor, pl. a nagy intézményekben, elkülönítetten folyó ellátás helyett kisebb és integrált szolgáltatások kialakítása

A 2. táblázat megmutatja azt, hogy a felépülés értékeiből hogyan vezethető le az ellátás szemlélete és gyakorlata. A felépülésalapú 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;
- az oktatás, az önálló élet éléséhez szükséges tudás és készségek elsajátítása;
- a spiritualitás, az erő a személyes célok eléréseért 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 felépülésalapú 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 érhető el, a szolgáltatások igénybevétele kapcsán azonban esélyegyenlőtlenség tapasztalható. Másrésztől szembesülhetünk azzal a ténnyel is, hogy nem minden szolgáltató biztosítja módszerhűen a pszichoszociális rehabilitációt.

Zárszó

A felépülés eredménye a személyiség gazdagodása, melyben az „útitársak” is osztoznak. Segítőként mi is gyarapodunk, hisz részesei vagyunk ennek a folyamatnak. Több mint húsz éve vagyok „útitárs”. Hálás vagyok azoknak a mentális zavarral élő embertársaimnak és családjaiknak, akiktől ezen utazások alatt tanulhattam. Tanulhattam arról, hogy hogyan lehet megküzdeni a legkilátástalanabb élethelyzetekkel, 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 ebből a hitből táplálkozik a kliensünk változáshoz fűződő reménye. Fontos, hogy az embert lássuk, és ne a tüneteket az embertársunkban.

A felépülésalapú 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 önségítés szerepe kimagasló a felépülés folyamatában. Az ellátásban, de már a szakemberek oktatásában is nélkülözhetetlen a tapasztalati és kísérő szakértők jelenléte. Előrelépésnek 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 csapatmunka eredménye, ahol a team kulcsszereplője a mentális zavarral élő személy. A felépülő aktivitása elengedhetetlen. A családtagok, barátok, önségítő közösségek, szakemberek közös támogatásának gyümölcse a pozitív fejlődés. Fontos, hogy ez a szemlélet és ezek az értékek részesei legyenek 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 nyomulás a családom, akkor most hol lennék? Elme-szociális otthonban Szentgotthárdon. Valószínű. És az állam

ZÁRSZÓ

osztaná be azt a pénzt, amit... Vagy nem tudom. Nem lenne saját lakásom, hanem anyukámnál laknék... talán, a kishobában. 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 falevél. Csak a sok színes folttal, hogy sárga, zöld, meg... (Annamária)

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet szeretnék mondani a szakmai fejlődésemet meghatározó két személynek, Harangozó Juditnak és Szabó Lajosnak. Hálával tartozom mindkettőjüknek.

Továbbá köszönetet szeretnék mondani Rácz Andreának motiváló szavaiért.

Hálás vagyok Kéri Péternek a könyvborító elkészítéséért, inspiráló jelenléteért.

Irodalomjegyzék

- Ács A. – Gordos E. (2017): A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása. In: Perlusz A. (szerk.): *Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékkal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*. Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest. 58–66.
- Amering, M. – Schmolke, M. (2009): *Recovery in Mental Health: Reshaping Scientific and Clinical Responsibilities*. Wiley-Blackwell – John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470743171>
- Andresen, R. – Oades, L. – Caputi, P. (2003): The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37. 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Services in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4). 11–23.
- Aronson, E. (1972): Az előítélet. In: Uő: *A társas lény*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 233–277.
- Babity M. (2005): *Gyermekbántalmazás-felismerés, megelőzés, kezelés*. Oktatási segédanyag a Gyermekbántalmazás, megelőzés, kezelés című fakultációhoz. Eötvös József Főiskola, Budapest. 10–19. http://kulvarosialdozatsegites.hu/files/docs/gyermekbantalmazas_megelőzes_kezeles.pdf (Letöltés ideje: 2023. 03. 28.)
- Bakonyi P. (1984): *Téboly, terápia, stigma*. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest.
- Balogh J. – Bulyáki T. – Falloon, I. R. H. – Gordos E. – Harangozó J. – Kristóf R. (2004a): A közösségi ellátás modelljei. In: Harangozó J. – Szabó K. (szerk.): *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek*. Nemzeti Család, és Szociálpolitikai Intézet – Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. 23–25.
- Balogh J. – Bulyáki T. – Falloon, I. R. H. – Gordos E. – Harangozó J. – Kristóf R. (2004b): A közösségi pszichiátria alapszolgáltatásai. In: Harangozó J. – Szabó K. (szerk.): *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. 19–22.
- Balogh J. – Bulyáki T. – Falloon, I. R. H. – Gordos E. – Harangozó J. – Kristóf R. (2004c): Az esetmenedzseri rendszer. In: Harangozó J. – Szabó K. (szerk.): *Oktatási*

- segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. 33–51.
- Barcy M. (2012): Konfliktus és előítélet. In: Uő: *Konfliktusok és előítéletek. A vonzások és taszítások világa*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 113–150.
- Bateson, C. D. – Bolen, M. H. – Cross, J. H. – Neuringer-Benefiel, H. E. (1986): Where is the altruism in the altruistic personality? *Journal of Personality and Social Psychology* 50(1). 212–220.
- Becker, D. R. – Drake, R. E. (2003): *A Working Life for People with Severe Mental Illnes*. New York, Oxford University Press.
- Békés, V. A. (2008): *A trauma reprezentációjának változásai holokausz narratívákban*. Phd-értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program.
- Bittner J. (2005): *A hallgatás leplének szétszakítása*. Immanuel Alapítvány, Budapest.
- Boda A. – Horváth Sz. (2000): Történeti áttekintés. In: Huszár I. – Kullmann L. – Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 9–13.
- Buda B. (2011): Egy gyógyászati szakterület kibontakozása. A pszichiátria fejlődéstörténete általánosságban. In: Egyed I. (szerk.): *Az elme gyógyítása. Kritikus pillantások egy különös orvosi szakterületre*. Háttér Kiadó, Budapest. 41–63.
- Bugarszki Zs. (2003): A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély* 14(1). 67–87.
- Bulyáki T. (2012): Pszichés zavarral élő, megváltozott munkaképességű emberek hatékony munkarehabilitációja (A közösségi gondozó a rehabilitációs folyamatban). In: Köver Á. (szerk.): *Hegyesi Gábor Emlékkönyv*. ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociálismunkás-képző Tanszék, Budapest. 59–69.
- Bulyáki T. (2016): *Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák*. ELTE Társadalomtudományi Kar, Budapest.
- Bulyáki T. (2021a): A közösségi pszichiátria bemutatása. Hogyan segíti elő a közösségi ellátás a mentális zavarral élő személyek felépülését? In: B. Erdős M. – Talyigás K. (szerk.): *Tudományos gondolkodás a szociális munkában II. Kutatások a magyarországi szociális munka problématerületén*. MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság, Budapest. 200–213.
- Bulyáki T. (2021b): A felépülés értelmezése a mentális zavarral élők nézőpontjából. *Esély* 32(4). 93–110. <https://doi.org/10.48007/esely.2021.4.6>
- Bulyáki T. – Gordos E. (2018): Pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek munkarehabilitációja. In: Perlusz A. (szerk.): *Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*. A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest. 93–107.

- Bulyáki T. – Harangozó J. (2004). Munkarehabilitáció. In: Harangozó J. – Szabó K. (szerk.): *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek*. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 117–118.
- Bulyáki T. – Harangozó J. (2016): Mentális zavarral élő megváltozott munkaképességű emberek munkához segítése. In: Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. E-book. Ébredések Alapítvány, Budapest. 316–326.
- Bulyáki T. – Szécsi J. (2018): Paranormatív kihívások. In: Csákvári J. – Cs. Ferenczi Sz. (szerk.): *A fiatalok lehetőségeinek kibontakoztatása*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest. 76–117.
- Bulyáki T. – Harangozó J. – Falloon, I. R. H. (2004): *Hatékony munkarehabilitáció pszichiátriai és pszichoszociális problémákkal élők számára*. Ébredések Alapítvány, Budapest.
- Bulyáki T. – Kaszás J. – Gallai I. – Harangozó J. (2018): Mi a felépülés? In: Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. E-book. Ébredések Alapítvány, Budapest. 7–14.
- Bulyáki T. – Gordos E. – Mérey Zs. (2019): Közösségi Pszichiátria Oktatási Programja. Szociális és Gyermekvédelmi Főosztály. https://nszi.hu/download.php?file_id=1941 (Letöltés ideje: 2023. 04. 03.)
- Bulyáki T. – Gallai I. – Harangozó J. – Kaszás J. – Szabó L. (2020): Felépülés a mentális zavarból. *Alkalmazott Pszichológia* 20(2). 59–76. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2020.2.59>
- Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.) (2016): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. E-book. Ébredések Alapítvány, Budapest.
- Ciardiello, J. (1981): Job placement success of schizophrenic clients in sheltered workshop program. *Vocational Evolution and Work Adjustment Bulletin* 14. 125–129.
- Coleman, R. (1990): *Recovery. An alien concept*. Gloucester. Handsell Publishing
- Cook, J. A. – Razzano, L. (2000): Vocational Rehabilitation for Person with Schizophrenia: Recent Research and Implications for Practice. *Schizophrenia Bulletin* 26(1). 87–103. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033448>
- Cook, Ch. – Powell, A. – Sims, A. (2009): *Spirituality and Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists, London.
- Corrigan, P. W. – Backs Edwards, A. – Lickey Diwan, S. – Green, A. – Penn, D. L. (2001): Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 27(2). 219–225. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868>

- Corrigan, P. W. – Watson, A. C. – Ottati, V. (2003): From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry* 49(2). 142–157. <https://doi.org/10.1177/0020764003049002007>
- Corrigan, P. W. – Kuwabara S. A. – O’Shaughnessy, J. (2009): The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction. *Journal of Social Work* 9(2). 139–147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>
- Crowther, R. M. – Marshall, M. – Bond, G. R. – Huxley, P. (2001): Helping people with severe mental illness to obtain work. Systemic review. *BMJ Clinical Research* 322(7280). 204–208. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7280.204>
- Csabai M. – Molnár P. (2009a): A stresszel és a betegséggel való megküzdés. In: *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 76–83.
- Csabai M. – Molnár P. (2009b): Az egészség változásaival kapcsolatos észlelt kontroll. In: *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 61–74.
- Csikszentmihályi M. (1991): Hogyan adjunk értelmet életünknek? In: *Uő: Flow – Az áramlat*. Akadémia Kiadó, Budapest. 275–306.
- Csontos E. (2017): *Folyóhoz A Medret*. <https://ebredések.hu/csontos-erika-folyo-hoz-a-medret/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)
- Csontos E. (2018): *Szétmálló hangerdő*. <https://ebredések.hu/csontos-erika-szetmallo-hangerdo/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4). 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deegan, P. E. (1996): Recovery and the Conspiracy of Hope. Elhangzott: 1996. 09. 16. „There’s a Person In Here”: The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australia. recovery-the-conspiracy-of-hope-pat-deegans-1996-call-to-arms-come-hear-pat-this-wednesday-at-the-nyaprs-conference (Letöltés ideje: 2019. 08. 27.)
- Drake, R. E. et al. (1999). A Randomised Clinical Trial of Supported Employment for Inner-city Patients with Severe Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry* 56(7). 627–633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.627>
- Eagly, A. H. – Chaiken, S. (1998): Attitude structure and function. In: Gilbert, D. T. – Fiske, S. T. – Lindzey, G. (szerk.): *Handbook of Social Psychology*. McGraw-Hill, New York. 269–322.
- Epstein, S. – Meier, P. (1989): Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology* 57(2). 332–350. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.57.2.332>

- Falloon, I. R. H. – Graham-Hole, V. – Fadden, G. (1998): *Az Integrált Pszichiátriai Ellátás módszertana*. Ébredések Alapítvány, Budapest.
- Foucault, M. (1998): *Az igazság és az igazságszolgáltatási formák*. Latin Betűk Kiadó, Debrecen.
- Foucault, M. (2000): A betegség és személyiség egyéni története. In: Uő: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése*. Corvina Kiadó, Budapest. 36–48.
- Fónagy Z. (2014): Bolondok tornya, magántébolyda, közörülde. A pszichiátria születése. *Ponticulus* 18(6). <http://www.ponticulus.hu/rovatok/limes/fonagy-zoltan-bolondok-tornya.html> (Letöltés ideje: 2022. 11. 01.)
- Francis, A. (2014): Strengths-based Assessments and Recovery in Mental Health: Reflections from Practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice. Horizon Research Publishing* 2(6). 264–271. <https://doi.org/10.13189/ijrh.2014.020610>
- Füredi J. – Németh A. (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 5. kiadás. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Gerbner, G. (2002): *A média rejtett üzenete*. MTA – ELTE Kommunikációelméleti Kutatócsoport – Osiris Kiadó, Budapest.
- Gerevics J. (1989): Az önsegítés fogalmköre a nyugati kultúrában. In: Uő: (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Gondolat, Budapest. 181–198.
- Goffman, E. (1998): Stigma és szociális identitás. In: Erős F. (szerk.): *Megismerés, előítélet, identitás. Szociálpszichológiai szöveggyűjtemény*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest., 263–296. A mű eredeti címe és megjelenése: Goffman, E. (1963): Stigma and Social Identity. In: Uő: *Stigma. Notes on the management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1–40.
- Goldenberg, I. – Goldenberg, H. (2008): A családterápia fejlődése és gyakorlata. A család eredete és fejlődése. In: Uők: *Áttekintés a családról. Első kötet*. Animula Kiadó, Budapest. 133–167.
- Gombos, G. (2013): *Mi a pszichoszociális fogyatékoság?* <https://pszichoszoc.wordpress.com/2013/10/06/mi-a-pszichoszocialis-fogyatekosag/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 15.)
- Gomory T. – B. Erdős M. – Kelemen G. (2006): Kényszer vagy együttműködés? Vitatott kérdések a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában. *Esély* 2006(5). 101–129.
- Gy. Kiss E. (2012): A személyiség pozitív erőforrásai. In: Gy. Kiss E. – Polyák L. (szerk.): *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest, Oriold és Társai Kiadó. 1–16. https://www.researchgate.net/profile/Eniko_Kiss/publication/260192299_A_

- szemelyiség_pozitiv_eroforrasai/links/0a85e5301563506516000000/A-szemelyiség-pozitiv-eroforrasai.pdf (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)
- GYFA (Gyógypedagógiai Fejlesztéséért Alapítvány) – Pszichoszociális Munkacsoport (2017): *Mit jelent a pszichoszociális fogyatékoság?* Kézirat.
- Hamilton, D. L. – Rose, T. L. (1980): Illusory correlation and the maintenance of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology* 39(5). 832–845.
- Harangozó J. (1999): A közösségi pszichiátria mint a közösségi alapú rehabilitáció modellje. In: Huszár I. – Tringer L. – Kullman L. (szerk.): *Rehabilitáció az orvosi gyakorlatban*. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest. 226–246.
- Harangozó J. (2000): Községi pszichiátria – mint a lakóhelyi rehabilitáció modellje. In: Huszár I. – Kulmann L. – Tringer L. (szerk.): *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 131–147.
- Harangozó J. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *Lege Artis Medicine* 11(8–9). 573–586.
- Harangozó J. (2006): Bizonyítékon alapuló pszichoszociális intervenciókkal való közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. In: Trixler M. – Tényi T. (szerk.): *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 253–297.
- 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 ideje: 2019. 10. 13.)
- Harangozó J. (2016a): Az (ön)segítés hatalma. Konferencia-előadás. XVII. Községi Pszichiátriai Addiktológiai és Mentálhigiénés Konferencia. Elhangzott: 2016. 05. 27. <https://www.youtube.com/watch?v=JtY0aP2S6DU> (Letöltés ideje: 2019. 08. 27.)
- Harangozó J. (2016b): Új összefüggésekről és új gyakorlatokról a közösségi ellátásban. A stresszkutatásról, a traumákról, a felépülésértékek gyakorlati megvalósulásáról, a szakemberek és az önségítők szerepének változásáról. Kézirat.
- Harangozó J. (2018): A stressz szerepe. In: Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. Ébredések Alapítvány, Budapest. 73–79.
- Harangozó J. (2019): A posztpszichiátriáról. *Psychiatria Hungarica* 34(4). 403–410. https://www.researchgate.net/publication/337567723_On_Postpsychiatry (Letöltés ideje: 2023. 04. 02.)
- Harangozó J. – Gombos G. – Szabó L. (2002). Szkizofréniaiban szenvedő emberek véleménye helyzetükről, kezelésükről, gondozásukról. Egy 2001 nyarán a TÁRKI által végzett közvélemény-kutatás bemutatása. *Psychiatria Hungarica* (17)2. 141–155.
- Harangozó J. – Bodrogi A. – Nemessuri J. – Bulyáki T. (2008): A Semmelweis Egyetem Községi Pszichiátriai Centrum és az Ébredések Alapítvány tevékenységének bemutatása. *Psychiatria Hungarica* (23)4. 224–230.

- Harangozó J. – Bodrogi A. (2009): A közösségi alapú rehabilitáció és gondozás. In: Füredi J. – Németh A. – Tariska P. (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 4. kiadás. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest. 570–594.
- Harangozó, J. – Brohan, E. – Sebes, J. – Csukly, G. – Lopez-Ibor, J. – Sartorius, N. – Rose, D. – Thornicroft, G. (2014): Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int. J. Soc. Psychiatry* 60(4). 359–366. <https://doi.org/10.1177/0020764013490263>
- 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* 3(6). 1044.
- Harday, S. I. (2004): *Az elfogadás művészete*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Harday, S. I. (szerk.) (1996): *A személyközpontú megközelítés elmélete és alkalmazása a segítő szakmában. Szöveggyűjtemény*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Havelka J. (2011): *A transzgenerációs traumaátvitel egy lehetséges módja*. PhD-értekezés. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Doktori Iskola Elméleti Pszichoanalízis Program, Pécs.
- Henderson, R. C. – Corker, E. – Hamilton, S. – Williams, P. – Pinfold, V. – Rose, D. – Webber, M. – Evans-Lacko, S. – Thornicroft, G. (2014): Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008–2012. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(10). 1599–1608. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0875-3> <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-014-0875-3> (Letöltés ideje: 2019. 08. 01.)
- Henderson, C. – Noblett, J. – Parke, H. – Clement, S. – Caffrey, A. – Grant, O. G. – Shulze, B. – Druss, B. – Thornicroft, G. (2014): Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 1(6). 467–482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Herczog M. (2007): *Gyermekbántalmazás*. Complex Kiadó Jogi és Üzleti Tartalom-szolgáltató Kft., Budapest. 63–113.
- Hermann J. (2011): *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Háttér Kiadó – NANE Egyesület, Budapest.
- Herold K. – Bulyáki T. – Szabóné Csizmadia M. (2018): *Szakmai ajánlás. Községi ellátás pszichiátriai betegek részére*. Jóváhagyta: Nyitrai I. helyettes államtitkár. Kiadta: Czibere K. államtitkár. Emberi Erőforrások Minisztériuma. http://kozossegiellatasok.hu/doc/Pszichiatricai_Betegek_Kozossegi_Ellatasanak_Ajanlasi.pdf (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)

- Hidvégi B. (2019): Génjeinkben hordozzuk elődeink traumáit. *nlc.hu*. <https://nlc.hu/lelek/20190428/generaciokon-at-oroklodo-traumak/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 01.)
- Kaplan, K. O. (1990): Recent Trends in Case Management. In: Ginsberg, L. (szerk.): *Encyclopedia of Social Work*. 18th Ed. Supplement. NASW Press, Silver Spring, MD. 60–78.
- Kapócs G. (2010): Egészség, egyenlőtlenség, politika. *Lege Artis Medicinæ* (6–7): 358–359. <https://elitmed.hu/kiadvanyaink/lege-artis-medicinae/egeszseg-egyenlotlenség-politika/pdf-open> (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)
- Katz, A. H. – Bender, E. I. (1976): Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects. *Journal of Applied Behavioral Science* 12(3). 265–282. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/002188637601200302>
- Kálmán Zs. – Könczei Gy. (2002): *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Kosza I. (1996): Rehabilitáció a magyar pszichiátria történetében. In: Uő: *A pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatának kézikönyve*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 11–31.
- Kovai M. (2016): *Lélektan és politika. Pszichotudományok a magyarországi államszocializmusban 1945–1970*. Károli Gáspár Református Egyetem – L’Harmattan Kiadó, Budapest.
- Könczei Gy. (1994): „Mégis kinek az érdeke?” *A fogyatékkutatás és fogyatékpolitika útja a rehabilitációtól a független életig*. Akadémiai doktori értekezés. MTA – A rák ellen, az emberért, a holnapért! Társadalmi Alapítvány, Budapest.
- Kramer, P. D. (2014): Bevezetés. In: Rogers, C. R.: *Valakivé válni. A személyiség születése*. Edge 2000 Kft., Budapest. 9–16.
- Kristóf R. (2014): A Teljesítményértékelési Rendszer (TÉR). In: Harangozó J. – Szabó K. (szerk.): *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet – Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest. 55–71.
- Lauber, C. – Nordt, C. – Braunschweig, C. – Rössler, W. (2006): Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 429. 51–69. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* 44. 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, R. S. – Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York.
- Légmán A. (2011): *Az örület és örültek helye a társadalomban. Magyar pszichiátriai ellátórendszer és az egyén viszonya*. PhD-értekezés. Pécsi Tudományegyetem

- Bölcsészettudományi Kar Irodalomtudományi Doktori Iskola Kultúratudományi Doktori Program, Pécs.
- Liberman, R. P. (2010): *Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Liberman, R. P. – Kopelowicz, A. (2002): Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry* 14(4). 245–255. <http://dx.doi.org/10.1080/0954026021000016897>
- Link, B. G. – Phelan, J. C. – Bresnahan, M. – Stueve, A. – Pescosolido, B. A. (1999): Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* 89(9). 1328–1333. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1328>
- Link, B. G. – Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27. 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lysaker, P. – Bell, M. – Milstein, R. – Bryson, G. – Shestopal, A. – Beam Goulet, J. (1993): Work capacity in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 44(3). 278–280. <https://doi.org/10.1176/ps.44.3.278>
- Martos T. (2009): Célok, tervek, törekvések. I. Elméleti megfontolások és alkalmazási lehetőségek. *Magyar Pszichológiai Szemle* 64(2). 337–358.
- Mérey Zs. (2018): *Hanghallás példatár. A hang szimbolikus üzeneteinek megfejtése*. Ébredések Alapítvány, Budapest.
- Mérey Zs. – Csontos E. (2017): Egy csodálatos elme. A John Nash életéről készült film, dokumentumfilm és életrajz összevetése, valamint tanulságok a hanghalló módszer számára. *Lege Artis Medicinae* 27(6–7). 284–295.
- Mérey Zs. – Mérey D. – Gallai I. (2018): A hanghallásról hitelesen, közérthetően. In: Bulyáki T. – Harangozó J. (szerk.): *A közösségi pszichiátria kézikönyve*. Ébredések Alapítvány, Budapest. 121–135.
- Mizsur A. (2017): „A függőségem az én szupererőm”. *hvg.hu* 2017. január 11. https://hvg.hu/itthon/20170111_nyiro_gyula_korhaz_oszagos_pszichiatricai_es_adiktologiai_intezetet_petke_zsolt_alkoholizmus_fuggoseg (Letöltés ideje: 2023. 04. 02.)
- Mizsur A. (2018): Az orvosok és rokonok is ellehetetleníthetik a skizofrének életét. <https://ebredések.hu/az-orvosok-es-rokonok-is-ellehetetlenithetik-a-skizofrenek-eletet/> (Letöltés ideje: 2019. 08. 01.)
- MTA-kutatás (2019): Mobilitás és immobilitás a magyar társadalomban. MTA Kiválósági Együttműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum.
- Mueser, K. T. – Bond, G. R. (2000): Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 13(1). 27–35. <https://doi.org/10.1097/00001504-200001000-00006>

- Neuffer, M. (2009): *Case Management*. Juventa, München.
- Nieradzik, K. – Cochrane, R. (1985): Public attitudes towards mental illness – The effects of behaviour, roles and psychiatric labels. *International Journal of Social Psychiatry* 31(1). 23–33. <https://doi.org/10.1177/002076408503100103>
- Nyíró Gy. (1961): *Pszichiátria*. Medicina. Budapest
- Nunnaly, J. C. (1961): *Popular conceptions of mental health: Their development and change*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Papp Á. (2016): *Gyógyulás és hit*. https://mindenlehet.blog.hu/2016/02/27/gyogyulas_es_hit (Letöltés ideje: 2023. 01. 24.)
- Parcesepe, A. M. – Cabassa, L. J. (2013): Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health* 40(5). 384–399. <https://doi.org/10.1007%2Fs10488-012-0430-z>
- Patsch F. SJ (2010): A helyzetfüggő segítség etikája: paternalizmus és autonómia összefüggései a segítői helyzetben. *Sapientiana* 3(1). 63–75.
- Pohárnok M. – Lénárd K. (2015): A trauma lélektana. In: Kiss E. Cs. – Sz. Makó H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és megküzdés lélektana*. Pro Pannonia Kiadói Alapítvány. 221–235.
- Rác J. – Kassai Sz. – Pintér J. N. (2016): Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle* 71(2). 313–336. <http://dx.doi.org/10.1556/0016.2016.71.2.4>
- Raiff, N. R. – Shore, B. K. (1993): *Advanced Case Management: New Strategies for the Nineties*. Sage Publications, London.
- Rapp, Ch. A. – Chamberlain, R. (1985). Case management services for the chronically mentally ill. *Social Work* 30(5). 417–422. <https://doi.org/10.1093/sw/30.5.417>
- Rapp, Ch. A. – Goscha, R. J. (2012): *The Strengths Model: A recovery – oriented approach to mental health services*. Oxford University Press, Oxford.
- Read, J. – van Os, J. – Morrisons, A. P. – Ross, C. A. (2005): Childhood trauma, psychosis and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112. 330–350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Révész Gy. (2004): *Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Rogers, C. R. (2014): *Valakivé válni. A személyiség születése*. Edge 2000 Kft., Budapest.
- Romme, M. (2018): *A hanghallást kezeljétek, ne a szkizofréniát!* Előadásanyag. Budapest, 2018. április 24. Fordította: Mérey Zsolt. <http://www.nyitnikek.hu/index.php?p=hanghallok> (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)

- Romme, M. – Escher, S. – Dillon, J. – Corstens, D. – Morris, M. (2009): *Living with voices – 50 stories of recovery*. PCCS Books. Magyar változat 2018-ból: *Hanggokkal élni – 50 felépülés-történet* (ford. Mérey Zs.). Ébredések Alapítvány, Budapest.
- Salovey, P. – Rothman, A. J. – Detweiler, B. – Steward, W. T. (2000): Emotional states and physical health. *American Psychologist* 55(1). 110–121. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.110>
- Salva Vita Alapítvány (2000): Támogatott foglalkoztatás. Értelmi sérült munkavállalók a nyílt munkaerőpiacon. Kézikönyv.
- Sartorius, N. (2006): Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine* 11(3). 383–388. <https://doi.org/10.1080/13548500600595418>
- Simon D. – Tausz K. (2017): A pszichoszociális akadályozottsággal élők az adatok tükrében. In: Perlusz A. (szerk.): *Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékkal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról*. A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány, Budapest. 107–130.
- Slade, M. (2009): *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Solberg, N. – Segerstrom, C. (2006): Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review* 10(3). 235–251. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3
- Spindel, P. (2008): *Case Management from an Empowerment Perspective*. Spindel Associates Inc., Canadian Edition.
- Szabó Gy. (2017): *A mentális zavarokkal élőket sújtó stigma kutatása*. Szakdolgozat. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest.
- 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: Uő: *A szociális esetmunka gyakorlata*. Wesley Kiadó, Budapest. 114–134.
- Szabó L. (2008): *Esetmenedzseri tevékenység a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában*. Szigony Alapítvány, Budapest.
- Szabó L. (2009): Esetmenedzsmet. In: Uő: *Közösségi pszichiátriai koordinátor és gondozó képzés. Jegyzet*. NSZFI, Budapest. 58–107.
- Szabó L. (2014): Az életviteli támogatás módszertani alapjai – az életviteli támogatás erőforrásokon alapuló modellje. In: Balog-Urbanovszky Zs. és mtsai: *Új életvezetési modell a pszichoszociális fogyatékkal élők számára a tá-*

- mogatott lakhatásban. Intézményi férőhely kiváltás.* Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. Budapest. 65–76. <https://fszk.hu/kiadvany/uj-életvezetési-modell-a-pszichoszocialis-fogyatekossaggal-el-ok-szamar-a-tamogatott-lakhatásban/> (Letöltés ideje: 2019. 10. 04.)
- Szabó L. (2019): Bevezetés a gerontológiába. Kézirat.
- Szasz, T. (2002): *Az elmebetegség mítosza. A személyes magatartás elméletének alapjai.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Sztancsik V. (2017): *A szkizofrénia betegség reprezentációja és a megbélyegzés.* PhD-értekezés. Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Humán Tudományok Doktori Iskola, Pszichológia Program, Debrecen.
- Tátrai A. – Bernát A. – Gábos A. – Hajdú G. (2011): Az adatfelvételek módszertana. In: Nagy Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 35–40.
- Telkes J. (1984): A kríziskoncepció, a családszemlélet és a kölcsönös segítségnyújtás elve a mentálhigiében. *Alkohológia* (2). 4–20.
- Thornicroft, G. (2006): *Shunned: Discrimination against people with mental illness.* Oxford University Press, New York.
- Tóth A. (2018): Dr. Frecska Ede: a betegséget nem lehet csak biológiai oldalról megközelíteni. *WEBbeteg.* <https://www.webbeteg.hu/cikkek/portre/22340/dr-frecska-ed-interju> (Letöltés ideje: 2019. 07. 08.)
- Tremkó M. (2016): *Spiritualitás és a pszichiátria.* Referátum. http://www.elitmed.hu/ilam/recenzio/spiritualitas_es_a_pszichiatria_13496/ (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)
- Tremkó M. – Tóth A. – Molnár R. – Petke Zs. (2016): A spiritualitás megjelenése a szenvedélybetegek 12 lépéses kezelési modelljében. *Lege Artis Medicinae* 26(11–12). 503–512.
- Tringer L. (1992): *A gyógyító beszélgetés.* Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ, Budapest.
- Tringer L. (2007): *A pszichiátria társadalmi beágyazottsága.* (A Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikáján 2007. március 7-én, az „Elme Mater” sorozatban elhangzott előadás módosított változata) https://pbk.info.hu/archiv/tagok_cikkei/Tringer_Laszlo/A_pszichiatria_tars_beagy.pdf (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)
- Tringer L. (2010): *A pszichiátria tankönyve.* Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Udvari K. (2011): Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély* 22(5). 100–118.

- Varese, F. – Barkus, E. – Bentall, R. P. (2012): Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine* 42(5).1025–1036.
- Vályi R. (2008): *Az altruizmus jelensége a társadalomtudományban*. <http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-833/kotojelek2007/TPUBL-A-833.pdf> (Letöltés ideje: 2019. 08. 05.)
- Vizi J. – Ferenczi-Dalos Gy. (2015): Gyermekbántalmazás és igazságügyi pszichiátria. In: Balázs J. – Miklósi M. (szerk.): *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 208–218.
- 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* 30(10). 297–303.
- Walsh, F. (2016): A deficit-szemléletől az erő kutatásáig. In: Uő: *A családi rugalmasság erősítése*. Animula Kiadó, Budapest. 30–34.
- Whitehead, C. W. (1977): *Sheltered workshop study: A nationwide report on sheltered workshops and their employment of handicapped individuals*. *Workshops Survey*. Vol. 1. U.S. Department of Labor Service, Employment Standards Administration, Washington, D.C.
- WHO (2019): *Mental health: Fact sheet*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf (Letöltés ideje: 2023. 03. 06)
- 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* 80(5). 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>

Ábrajegyzék

1. *ábra.* Hieronymus Bosch: *Bolondok hajója* (kb. 1494–1510)

Fotó: © Wikimedia Commons, 2017

Forrás: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Jheronimus_Bosch_011.jpg
(Letöltés ideje: 2019. 07. 25.)

2. *ábra.* „Gyógyítás” a 19. század elején. A centrifugaszerű eszköz percenként száz-húsz fordulatra volt képes – a páciens „belső tisztulását” hánytatással kívánták elősegíteni

Fotó: © Neue Zürcher Zeitung, NZZ-Archiv

Forrás: https://www.nzz.ch/archiv_1986-1.8191088 (Letöltés ideje: 2019. 07. 25.)

3. *ábra.* Tony Robert-Fleury: *Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière en 1795*

(Pinel, a Salpêtrière kórház főorvosa 1795-ben; 1876)

Fotó: © Wikimedia Commons, 2019

Forrás: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Philippe_Pinel_%C3%A0_la_Salp%C3%AAtre.jpg (Letöltés ideje: 2019. 07. 25.)

4. *ábra.* Szász János *Ópium. Egy elmebeteg nő naplója* (2007) című filmjéből

Fotó: © Máthé Tibor, 2007

5. *ábra.* 13. századi utazó orvos Európában. A betegek sorban állnak előtte, gyógyszert ad, és kézrátétellel gyógyít (felső kép), majd továbbáll (alsó kép)

Forrás: Tringer 2007

6. *ábra.* A börtönszerű bécsi Narrenturm

Forrás: <http://gedenkstaettesteinhof.at/de/ausstellung/01-vom-narrenturm-zum-steinhof> (Letöltés ideje: 2019. 07. 25.)

7. *ábra.* Az erdélyi országos tébolyda Nagyszebenben 1866-ban

Kép: *Vasárnapi Újság*, 1866. október 7., 480.

Forrás: © Zakariás Erzsébet, Hagyományok háza, 2019

<http://kepekkonyve.hagyomanyokhaza.hu/picture.php?/362/category/37> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

8. *ábra.* A lipótmezei országos tébolyda Budán 1869-ben

Kép: Haske Ferenc rajza, *Vasárnapi Újság*, 1869

Forrás: <http://www.kitervezte.hu/epuletek/egeszsegugy/orszagos-tebolyda-lipotmezo> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

9. *ábra.* *Megcsomózott köldökzsinóron* (Szebeni András fotója Bakonyi Péter 1984-ban megjelent *Téboly, terápia, stigma* című könyvéből)

Fotó: © Szebeni András, 1982; Bakonyi Péter 1984

Forrás: https://index.hu/nagykep/2019/07/15/kadar-kori_elmegyogyintezetek_falai_mogott_szebeni_andras_lipotmezo_pszichiatria_fotozas_titkos/ (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

10. *ábra.* Pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek részére közösségi alapellátást nyújtó szolgáltatók száma megyénként 2020-ban

Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

11. *ábra.* Pszichiátriai betegek és szenvedélybetegek nappali ellátását végző szolgáltatók száma megyénként 2020-ban

Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

12. *ábra.* A kiszolgáltatott helyzetű kliensek jellemzői

Forrás: Rapp és Goscha 2012 és Szabó 2014: 70 nyomán

13. *ábra.* A „hatalommal felruházott” kliensek jellemzői

Forrás: Rapp és Goscha 2012 és Szabó 2014: 71 nyomán

14. *ábra.* Frida Kahlo: *A megsebzett szarvas* (1946)

Forrás: <https://www.fridakahlo.org/the-wounded-deer.jsp> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

15. *ábra.* Frida Kahlo: *Henry Ford Kórház* (1932)

Forrás: <https://tinakinsella.files.wordpress.com/2013/09/henry-ford-hospital.jpg> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

16. *ábra.* Frida Kahlo: *Csak néhány apró késszúrás!* (1935)

Forrás: [https://www.fridakahlo.org/a-few-small-nips-passionately-in-love.jsp#prettyPhoto\[imgel\]/0/](https://www.fridakahlo.org/a-few-small-nips-passionately-in-love.jsp#prettyPhoto[imgel]/0/) (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

17. *ábra.* Generációk szállnak le a deportálóvonatról Auschwitz-Birkenauban (1944)
Fotó: © Fortepan / Lili Jacob

18. *ábra.* *A hallgatás leplének szétszakítása* (könyvborító)

Fotó: © Immanuel Alapítvány, 2015

Forrás: <https://www.konyves.hu/termek/a-hallgatas-leplenek-szetszakitasa/> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

19. *ábra.* Claire Henderson: A stigma manifesztálódása

Forrás: The Effectiveness of Responding to Experienced and Anticipated Discrimination [READ] képzési anyaga nyomán készült

20. *ábra.* Az élet mely területén érte hátrány?

(A TÁRKI által 2001-ben végzett kutatás eredményei alapján)

Forrás: Harangozó és mtsai 2002

21–22. *ábra.* Az Ébredések Alapítvány rendezvényei a Sziget Fesztiválon

Forrás: © Ébredések Alapítvány

23. *ábra.* Vincent van Gogh: *Önarckép levágott füllel* (1889)

Fotó: © Wikimedia Commons, 2004

Forrás: https://hu.wikipedia.org/wiki/Vincent_van_Gogh#/media/F%C3%A1jl:Van-Gogh-self-portrait-with_bandaged_ear.jpg (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

24. *ábra.* Gulácsy Lajos: *Az ópiumszívó álma* (1913–1918)

Fotó: © Wikimedia Commons, 2008

Forrás: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gul%C3%A1csy_Lajos_\(1882-1932\)_The_Opium_Smokers_Dream_\(1913-18\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gul%C3%A1csy_Lajos_(1882-1932)_The_Opium_Smokers_Dream_(1913-18).jpg) (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

25. *ábra.* Edvard Munch: *A sikoly* (1895)

Fotó: Fotó: © Wikimedia Commons, 2019

Forrás: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:The_Scream_Pastel.jpg (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

26. *ábra.* Salvador Dalí: *Keresztes Szent János Krisztusa* (1951)

Fotó: © Glasgow City Council, 2021

Forrás: <https://artsy-media-uploads.s3.amazonaws.com/1vjqgahZkmjeg3wZVg-g0qQ%2Fkey+92.jpg> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

27. *ábra.* Gulácsy Lajos: *Varázslat (A varázsló kertje)* (1906–1907)

Fotó: © Wikimedia Commons, 2008

Forrás: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lajos_Gul%C3%A1csy_\(1882-1932\)_Magic_Var%C3%A1zslat_\(1906-1907\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lajos_Gul%C3%A1csy_(1882-1932)_Magic_Var%C3%A1zslat_(1906-1907).jpg) (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

28. *ábra.* *Száll a kakukk fészkére* (Miloš Forman, 1975)

Fotó: © United Artists, 1975

Forrás: <https://thecinemaholic.com/one-flew-over-the-cuckoos-nest/> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

29. *ábra.* Marc Chagall: *Tavaszi* (1938)

Fotó: © Heather James Fine Art, 2018

Forrás: <https://www.artsy.net/artwork/marc-chagall-printemps-spring> (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

30. *ábra.* Csontváry Kosztka Tivadar: *Zarándoklás a cédrusokhoz Libanonban* (1907)

Fotó: © Wikimedia Commons, 2012

Forrás: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Csontv%C3%A1ry_Kosztka,_Tivadar_-_Pilgrimage_to_the_Cedars_of_Lebanon_-_Google_Art_Project.jpg (Letöltés ideje: 2023. 05. 05.)

Mellékletek

1. melléklet. Esetismertetések	227
2. melléklet. Belegyező nyilatkozat	271
3. melléklet. A közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára	273
4. melléklet. Az Ébredések Alapítvány támogatott foglalkoztatási programja	297
5. melléklet. A Hanghalló Módszer/A maastrichti kérdőív	305

1. melléklet. Esetismertetések

ANNAMÁRIA

46 éves, bipoláris zavarral diagnosztizált felépült nő

Annamária Gödöllő településen született, és ott is járt általános és középiskolába. Jó tanuló volt. Egy fiútestvére van, aki kilenc évvel fiatalabb nála. Annamária édesapja rendszeresen bántalmazta az édesanyját. Sokszor a szomszéd családnál töltötte az éjszakáit, ennek ellenére boldog gyermekkorról számol be. Amikor az öccse egyéves volt, a szülei elváltak. Édesapja Amerikába költözött.

Iskolásévei alatt sok barátot szerzett. Óvónőképző szakközépiskolát végzett, majd a második próbálkozásra felvételt nyert a tanítóképző főiskolára. Ekkor húszéves volt, és már jelentkeztek mentális zavarának a tünetei. A jeleket édesanyja vette észre: „alvászavar, vásárlási kényszer, zavarodott beszéd” – ezekkel kezdődött Annamária problémája. A későbbiekben a kritikátlan, verbálisan bántalmazó viselkedés is megjelent tünetként. A családja azt vette észre, hogy Annamária másképpen viselkedik. Hamarosan kórházba került.

A kórházi kezelés során kiszolgáltatottnak érezte magát. 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 a fiatal nő 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 három-négy hónapig szedte a kórházi kezelés során beállított gyógyszereket, majd abbahagyta. Rövid időn belül újra kórházba került. Annamária ekkor szembesült azzal, hogy ezeket a gyógyszereket folyamatosan, „élete végéig” kell szednie.

A második kórházi kezelés után megkezdte főiskolai tanulmányait. Sikeresen végzett, majd Amerikába költözött, ahol az édesapja élt. Amerikában az első alkalommal két évig maradt. Ott-tartózkodása során munka mellett megszerezte a felsőfokú angol nyelvvizsgáját. Hazaérkezvén egy reklámügynökségnél helyezkedett el. Közben diplomát szerzett a Külkereskedelmi Főiskolán. 13 évnyi kórházmentes időszak következett Annamária életében. Tudott dolgozni, tanulni. Hypomán szakaszokat tapasztalt, melyeket kórházmentesen átvészelt.

1997-ben újra New Yorkba költözött. Három évig egy légitársaság irodájában dolgozott, majd három évig a Hotel Continentálnál. A későbbiekben, ahogy „ledőltek a tornyok”, és a turizmus is lecsökkent, átképezte magát ingatlanügynökké egy New York-i egyetemen. Megismerkedett egy izraeli férfival, akivel egymásba szerettek,

de szakítottak. Nemsokára megismerkedett egy másik izraeli férfival, akivel össze is házasodtak. A házassága azonban rövid időn belül felbomlott.

Annamária tünetei 2003-ban felerősödtek. Hazajött Magyarországra. 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. Erre 2004-ben került sor. Itthon ingatlanügynökségnél kezdett dolgozni, luxusingatlanokat értékesített. Később a Népszabadságnál dolgozott. 2004 és 2007 között nem volt szüksége kórházi kezelésre, 2007-ben azonban mély depresszióba esett. Volt egy sikertelen öngyilkossági kísérlete. Munkahelyén fél évig vártak rá, és megtartották a státuszát. Annamária azonban úgy döntött, hogy nem megy vissza. Ebben az időszakban „forgóajtós” beteg volt. A háziorvosa ezért úgy gondolta, hogy biztonságosabb lenne, ha leszázalékolnák. Annamária családjá nehezen kezelte a kialakult helyzetet. Szerették volna, ha Annamária a többi családtaggal együtt családterápiára járna. A család felvetette annak az esélyét, hogy Annamária Szentgotthárdra, a pszichiátriai betegek intézetbe kerüljön. Családi nyomásra 2009-ben 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 az édesanyjánál élt. Ebben az időszakban képtelen volt az önálló életre, a depresszió fogságában töltötte a mindennapjait. Az alapvető önellátást biztosító készségek gyakorlása komoly nehézséget jelentett számára. Nehezen tartotta a kapcsolatot a barátaival. Szerencsére a barátok nem mondtak le róla, hanem mindvégig kitartottak mellette. Ezekre a barátságokra Annamária úgy tekint, mint a család mellett a legfőbb erőforrásra, mely a mentális zavarból való felépülés útján kulcsfontosságú volt az életében.

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében Annamária és családjá számtalan segítő stratégiát sajátított el. Annamária kiemelten fontosnak tartja a pszichoedukációt, a relapszusprevenciót, a kognitív terápiát, valamint az asszertív tréninget. Az Annamáriát segítő folyamatba bekapcsolódtak a barátai is.

Annamária állapota a felépülése (2009) óta két alkalommal rosszabbodott. Volt egy párkapcsolata, és szerettek volna gyereket, ezért abbahagyta gyógyszereinek a szedését, amiről az őt segítő szakemberek is tudtak. Az utolsó visszaesnél pedig egy drasztikus fogyókúra és egy párkapcsolati probléma jelentett élethelyzeti nehézséget.

Jelenlegi helyzet:

Annamária felépültnek tekinti önmagát. Ezen az úton kulcsfontosságú volt 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, anti-stigma programban érzékenyítő órákon részt vesz mint tapasztalati szakértő oktató.

Családjával és barátaival jó viszonyt ápol. Édesanyja és a barátok, a velük töltött idő kulcsfontosságú Annamária életében. Célja, hogy párkapcsolatban éljen, ennek elérésén dolgozik.

BENCE

29 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi

Bence Romániában született, és hétéves koráig ott is élt a családjával. Édesanyját szintén szkizofréniával diagnosztizálták.

Bence életében sorsforduló volt, hogy a szülei elváltak. Hatéves volt, amikor külön váltak a szülők. Bence nővérel és édesapjával Magyarországra költözött. Édesanyja Romániában maradt. A család Tökölre költözött. Édesapja szülei és nővére már korábban Magyarországra költözött. Bence az általános iskolai tanulmányait Tökölön végezte el. Kisfiú volt még, amikor egy alkalommal valaki utánakiabált, hogy „te román”. Ez traumatikus emlékként él máig is Bencében. Hetedik osztályban megbukott, meg kellett ismételnie a hetedik osztályt.

Az általános iskolai tanulmányai után Szigetszentmiklóásra járt középiskolába. Ez az időszak stresszel teli volt számára. A haverok, a kimaradozás, a szórakozás elvonta a figyelmét a tanulásról. A későbbiekben Egerben is megpróbálta folytatni a középiskolai tanulmányait. Sajnos ez sem sikerült. Bence erősnek érezte az iskolát, és nem is akart odajárni.

Bence megítélése szerint hátrányos helyzetben volt, nem volt túl sok pénzük. Apja és nővére is dolgozott, megvolt mindene, de a többekhez képest szegényebbnek élte meg magát. Az élete nem volt összhangban a vágyaival. A bulikra, ruhákra, telefonra a nagypjától lopott pénzt. Időről időre meglopta a nagypját. A bulik mellett játékkerembe is járni kezdett.

A bulizások alkalmával rendszeresen fogyasztott drogokat (fű, extasy). Bence mértéktelen költekezésbe kezdett. Sokat lógott a dilerekkel. A lopások rossz érzéssel töltötték el, félt a lebukástól. Bence szerint ettől a helyzetből alakult ki az „üldözési mániája”. Családjá hamarosan szembesült a lopásokkal. Bence drogot hamisított, de hamarosan lebukott ezzel is. A lebukás után szégyellt iskolába járni.

Újra szegénységben éltek. Volt, hogy csak tésztát tudtak enni a családjával. Bencét félelemmel töltötte el, hogy az iskolában meg fogják alázni, ezért nem járt iskolába.

Bence mentális zavarának a tünetei ekkor jelentkeztek. Hangokat hallott, hajókürtöt, azt képzelte, hogy a haverok így hívják őt. Mindennek jelentőséget tulajdonított. Titkos társaságot kutatott, a Mátrixba képzelte magát. Görcsösen próbált valahová tartozni. Mindenben benne volt, amit a haverok kitaláltak. Boldogságot próbált keresni magának. Bence érzése szerint az édesapja kiábrándult belőle, és hozzá hasonlóan a haverok is. Úgy érezte, hogy távolságtartóvá váltak az emberek. Kirekesztettnek érezte magát. Gyanakvóvá vált az édesapjával és a testvérével szemben is. Nővérétől egy napon megkapta a Kék Pont Drogkonzultációs Központ szórólapját, de nem mert segítséget kérni, elmondása szerint az „üldözési mániája” visszatartotta.

Bence unokanővére javasolta, hogy keressék fel a SOTE Pszichiátriai Klinikát, és kérjenek segítséget. Bence 2001-ben került először kórházba a mentális zavara miatt. A kórházi kezelés során kapcsolatba került a klinika nappali kórházának munkatársaival, akik az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai szolgáltatását működtették. Bence családja igénybe vette a közösségi pszichiátriai ellátást. A kórházi kezelés után Budapesten maradt, és a nagynénihez költözött. Nagyszülei még Romániában elváltak. Budapesten a nagynéni az édesanyjával, Bence nagymamájával és lányával, Bence unokanővérével élt együtt. Bence édesapja, nővére és demenciaproblémával küzdő nagypapája továbbra is Tökölön élt. A család úgy gondolta, jobb, ha Bence Budapesten marad. Félttek, hogy ha hazamegy, akkor a régi haverok rossz hatással lesznek rá, és újra drogozni kezd. A családgondozás így Budapesten valósult meg. A családgondozásban részt vett Bence édesapja, nővére, nagynénikéje, nagymamája. Bence édesapja alkoholproblémával küzdött, amit nehezen vállalt fel a családgondozás során. Állapota később rendeződött, a szerhasználatot felhagyott. Sikeresen felvételt nyert a Zöld Kakas alternatív iskolába, itt végezte el a középiskolai tanulmányait. Bence meglátása szerint itt nem voltak nagyok a követelmények. A későbbi főiskolai tanulmányainál kisebbrendűségi érzéssel küzdött. Úgy érezte, hogy hiányos a tudása.

A Zöld Kakasban töltött évek fájó emlékek Bencének. Egy tanóra keretében kiderült, hogy szkizofréniával diagnosztizáltak. Nem kereste az osztálytársai társaságát, kisebbrendűségi érzéssel küzdött. Szervedés volt az ott töltött idő, megbélyegzettnek érezte magát.

Bence édesapja megbetegedett, daganatos betegségre lett. A fiú tanulmányi eredményei romlottak, ezért édesapja azt javasolta, hogy ne folytassa a tanulmányait, úgysem megy neki, inkább menjen el dolgozni (korábban a nyári szünetekben már dolgozott az építőiparban). De Bence nem hagyta ott a középiskolát. Úgy gondolta, hogy érettségi után kezd majd dolgozni. Nővére is biztatta, hogy ne hagyja abba a középiskolai tanulmányait. Az utolsó tanévben sikerült javítani az eredményein. Édesapja az érettségi időszakában halt meg. A tanárai támogatták ebben a nehéz periódusban. Bence az iskola mellett dolgozott. A tanárai motiválták a továbbtanulásra.

Szociálismunkás-képzésre jelentkezett, ahová fel is vették. Bence a saját átélte 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 ez alatt az évek alatt. 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, amiket tizenévesen elkövetett. Erre az időszakra esett az is, hogy a barátnője megcsalta őt. Fájdalommal töltötte el a sikertelen vizsga, a megcsalás, a büntudat.

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 gyógyszerek szedését. Ebben az időszakban nem járt konzultációra az őt segítő szakemberhez. Korábban dolgozott a főiskola mellett, hogy fenn tudja tartani magát, de ekkoriban nem volt jövedelme. A nagynénihez járt át enni, mert önerőből már az étkezést sem tudta megoldani. A nagynéni észrevette, hogy Bence ingerült, és rossz mentális állapotban van. Mentőt hívtak, és a rendőrség is kiment. Bencét akarata ellenére kórházba vitték, ott ébredt fel. Azt álmodta, hogy visszatoloncolják Romániába. Bence úgy érezte, hogy vége mindennek. Hallucinációk, téveszmék jelentkeztek nála. Azt gondolta, hogy az édesapja visszajön 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. 2009-ben, hat hónap után kikerült a pszichiátriáról, és újra a nagynénjéhez költözött. Folytatta a főiskolai tanulmányait, ebben a családjá is támogatja. A sikeres államvizsga sikerélményt adott Bencének. Jelenleg szociális terepen, a gyermekvédelemben dolgozik.

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 neki.

Bence a mentális zavara kapcsán a kórházi kezelésen kívül közösségi pszichiátriai ellátás keretében családkezelésben részesült. Nappali klubba is járt, ahol munkavállalásra felkészítő tréningen vett részt. A felépülésében a család támogatása segített neki a legtöbbit. Bence fontosnak tartja a személyes, örömteli célokat, a célok megfogalmazását. Elmondása szerint a családkezelés sokat segített neki, hogy merjen célokat megfogalmazni. A felépülés Bence számára azt jelenti, hogy

a társadalom hasznos tagja. Nem lóg ki a sorból, és ez jó élmény Bence számára, helyt tud állni, nem válik áldozattá.

Jelenlegi helyzet:

Bence négy éve dolgozik. A diploma megszerzéséhez hiányzik még a nyelvvizsga. Most a diplomamentő program keretében angolt tanul. A nagynénjével 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

48 éves, bipoláris zavarral diagnosztizált felépült nő

Cili 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 viszonyban vannak. Az első törés az életében a nagymama elvesztése volt. Gyerekkorában sok időt töltöttek együtt. A szülők dolgoztak, ezért a nagymama vigyázott a gyerekekre. Cili nagyon szerette a nagymamáját, sokat sírt, amikor meghalt, csak tinédzserkorában tudta feldolgozni az elvesztését.

A szülők rossz házasságban éltek, sokat veszekedtek, de fizikai bántalmazás nem fordult elő a családban. Cilit nagyon megviselte a családi légkör, főleg amikor a nővére férjhez ment, és egyedül maradt a szülőkkel. Innentől mérleg volt a két szülő között, ő tartotta össze őket. A gimnáziumi évek alatt nagyon nehéz volt Cili élete. Jó barátai kapcsolatai voltak, melyek 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 a nővérénél lakott, aki időközben elvált a férjétől. Szeretett a Kertészeti Egyetemre járni. Egyetemi tanulmányainak a befejezése után Hollandiába költözött, ahol 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, melyben laboratóriumba kerestek munkaerőt. Cili megpályázta az állást, és sikeresen megnyerte. Tíz évig dolgozott ott. Időközben ezen a munkahelyen szerelmes lett a főnökébe. Nem értette, hogy történhetett meg ez, hiszen kapcsolatban élt. Három hónapig lángolt ez a szerelem Ciliben, aztán úgy döntött, hogy szerelmet vall a főnökének, érzései azonban nem találtak viszonzásra. Cili úgy érezte mintha megszakadt volna benne valami.

Egy volt kollégáját hívta fel, ez a beszélgetés sokat segített neki. A volt párjának is elmondta, hogy szerelmes lett valaki másba. Erre úgy gondol vissza, hogy ekkor kezdődött el a „belső fejlődése”, mérföldkő volt a fejlődésében. A szerelmi csalódás utáni rossz érzés körülbelül egy évig tartott. Terápiára kezdett járni, rosszabbul érezte magát. Ekkor kezdett el nyitni a spiritualitás irányába is, meditációs tanfolyamra járt. Ekkor 32 éves volt. Időközben véget ért a kapcsolata, de a volt párjával barátok maradtak. Elköltözött a volt párjától, bérelt egy lakást, vett egy autót.

Továbbra sem érezte jól magát, bár nem volt magányos, mert 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 elégedett az életével. Nem tudott mit kezdeni magával. Ekkor egy vasárnap jött egy gondolat, hogy Indiába kell mennie. 2002 márciusában Cili felmondott, és tíz év után otthagya a munkahelyét. Úgy érezte, hogy az élet irányítja belülről. Azt gondolta, hogy van egy erő, amely belülről mutatja számára az utat. Megnézte A Gyűrűk Urát. A történetben magára ismert: neki is be kell járnia a saját útját. Mindenét összepakolta, mindent felszámolt maga körül. Egy indiai ashram turizmust szervező cégnél befizetett egy utat. Négy hónapot töltött Indiában. Sokat medítált, és elég otthonosan érezte magát. Hamarosan jött a felismerés, hogy haza kell jönnie Magyarországra. Cili ennek ellenére tovább maradt Indiában. Az esős évszakban nem érezte jól magát, és visszament Hollandiába, majd hazaköltözött Magyarországra. Édesanyjával és nővérével élt együtt. Nem maradt sokáig. A magyarországi életformától elszokott, nem érezte jól magát otthon, ezért visszament Hollandiába. Hollandiában egy barátja lakásába költözött, aki Indiába ment. Amszterdamban sem lett jobb, egyedül érezte magát. 2003 karácsonyán visszatért Magyarországra.

Cili úgy gondol vissza életének erre a szakaszára, hogy Indiában lelkileg lemezelenedett, és ez okozta a későbbi nehézségeket. Újra édesanyjával és a nővérével élt együtt, és házimunkával töltötte a mindennapjait. Egy belső sugallat hatására megpróbálta elengedni a spiritualitást. 2005 nyarán rossz mentális állapotba került. A pánikrosszullétek elhatalmasodtak rajta. Felkereste a pszichiátriai szakrendelést. A pszichiáter gyógyszerrel írt fel, ennek Cili nem örült. Úgy érezte, hogy a pszichiátere nem megfelelő a számára, nem befogadó, nem érezte az orvos nyitottságát.

2005-ben halottak napján Cili nővére és édesanyja a temetőbe mentek. Cili egyedül maradt. Hálóingben, zavart tudattal mászkált az utcán. A rendőrök mentőt hívtak hozzá, és bevitték a Nyíró Gyula Kórházba. Egy hétig volt bent. A kórházi kezelés után visszajárt az ottani pszichiáteréhez. Ebben az időszakban Cili nem tudott egyedül lenni. Félt. A spiritualitásról hallani sem akart. Mentális zavarának a tüneteiként említette a pánikrosszulléteket, a depressziót, a hangulatváltozásokat, a 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 a természetes támaszként jelen lévő családtagjai is részt vettek. Cili fontosnak tartja, hogy az őt segítő pszichiáter elfogadta a spiritualitás iránti érdeklődését, hitét. Ez sokat segített Cilinek. Időközben sikeresen elhelyezkedett a nyílt munkaerőpiacon. Pszichiáterével konzultálva 2006-ban elhagyta a gyógyszerei szedését.

2006 augusztusában felmondott. A felmondással járó stressz következtében rosszabbodott az állapota. A második kórházi kezelése egy hétig tartott. Újra dolgozni kezdett, gyógyszereit minimális dózisban szedte tovább. Ismét felmondott, de újra sikeresen elhelyezkedett. Cili három évig dolgozott az IBM-nél. Aztán ismét munkát váltott, és 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 rosszabbodott utoljára az állapota. Jelenleg tünetmentes, és minimális dózisban szedi gyógyszereit. Cili meglátása szerint a felépülésében sokat segített a meditáció. A felépülése útján a szerelmi konfliktussal való megbirkózás, aztán India, Magyarországon a kórházi kezelések és az Ébredések Alapítványnál töltött idő egyaránt fontos állomást jelentett.

Jelenlegi helyzet:

Cili dolgozik. Aktív életet él, jógázik, kirándulni jár. Jó baráti kapcsolatot ápol volt kollégáival. Az édesanyjával és az időközben külföldre költözött nővérével szintén jó a kapcsolata. Édesapjával is tartja kapcsolatot, de ritkán találkoznak. Tapasztalati szakértőként segíti az Ébredések Alapítvány munkáját. Az alapítvány antistigma-programjában, középiskolai érzékenyítő tréningeken aktívan vesz részt.

DÉNES

25 éves, paranoid szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi

Dénes Budapesten született. Két testvére van, egy húga és egy öccse. Húga öt évvel, öccse pedig tíz évvel fiatalabb. Nagyon szereti a hógát, az öccsére pedig büszke. Dénes szüleivel és testvéreivel egy Budapesttől nem messze lévő településen él.

Édesapja gépmester egy afrikai tulajdonú vállalatnál. 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 testvére sikeres öngyilkosságot követett el. Nagybátyja hasonló mentális zavarral küzd, mint Dénes.

Dénes szeret kirándulni, túrázni, biciklizni. Serdülőkorában cselgáncsozott, narancssárga övet szerzett. Az edzőjével és csapattársaival Erdélybe utaztak.

A középiskolában egy drogprevenciós óra keretében szó esett a különböző szerek használatáról. Az előadás felkeltette Dénes érdeklődését a szerhasználat iránt, és marihuánát kezdett szívni. Meglátása szerint ez járult hozzá az „átmeneti állapot” kialakulásához. Egy évig használt marihuánát, erre gyakran baráti körben került sor. Ekkor másodikos középiskolás volt (2006). A barátai közül nem mindenki használt drogot. Dénes számára a csoportos szerhasználat jó emlék, a magányos azonban nem. A baráti kapcsolatai felbomlottak egy konfliktus miatt. Az ebben az időszakban készült fényképek arra emlékeztetik Dénest, hogy hiba volt a szerhasználat.

Végzős középiskolás volt, amikor ellopták a biciklijét. Ezután a stresszt okozó helyzet után jelentkezett Dénes mentális zavara. Hangokat hallott, és dolgokat látott, amiket a környezete nem észlelt. A hallucinációitól nem tudott aludni. A családja orvosi segítséget kért. Dénes öt alkalommal járt pszichiátriai osztályon mentális zavara miatt. Legutóbb két évvel ezelőtt volt kórházban.

Dénest nagybátyja arra biztatta, hogy legyen hívő (az adventista gyülekezet tagja volt). Úgy érezte, hogy a gyülekezetben nem szívesen látják a szkizofrénia problémája miatt. Végül kirekesztették a gyülekezetből, azóta interneten keresztül követi a gyülekezet életét. A korábbiakban sziklamászó volt a budai hegyekben, Rózsadombon. Mióta ez az „átmeneti állapot” bekövetkezett nála, nem űzi ezt a sportot.

Dénes a pomázi rehabilitációs intézetből érkezett az Ébredések Alapítványhoz. Az alapítványnál a közösségi pszichiátriai ellátás keretében részt vett családgondozáson. A családgondozás mellett bekapcsolódott a Hanghalló Csoportba is. Dénes a felépülésében fontosnak tartja a Hanghalló Csoportot és a csoporton megismert sorstársaktól kapott segítséget, támogatást.

Jelenlegi helyzet

Dénes vágya, hogy párkapcsolatra tegyen szert. Szeretne továbbra is túrázni. Jelenleg nem szed antipszichotikumot. Az interjú készítésekor a relapszus állapotában volt.

DALMA**35 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült nő**

Dalma nehézségei kamaszkorában kezdődtek. 17 éves volt, amikor először pszichológushoz került, akihez három évig járt. Nehézséget okozott számára, hogy elhagyja az otthonát. 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 az életében. Dalma nagy sikerként élte meg, hogy hosszú idő után újra el tudja hagyni az otthonát.

Huszonéves korában azon a kamaszkori nehézségen túl, hogy szinte mindig a lakásban volt, más tünete még nem volt. Harmincéves kora körül jelentkezett az első, szkizofréniára utaló tünet, a hallucináció. Testileg és lelkileg is rossz állapotba került. Ezen rossz állapot kialakulását egy párkapcsolati krízis előzte meg. Dalmánál szkizofréniát diagnosztizáltak. A tüneteit elfogadta (így például a hallucinációit is), de a szkizofrénia diagnózisával nem tudott azonosulni. A tünetek hetekig jelen voltak. Kórházba került, a felépülés hosszú ideig tartott. Több alkalommal állapotrosszabbodás, visszaesés következett be nála. Az első kórházi kezelést követően két évig, majd három évig, majd tavaly év decemberében volt pár napig kórházban. Dalma meglátása szerint nagyobb figyelmet fordított önmagára, és ez segített neki kijönni ezekből a rossz állapotokból. Az első kórházi tartózkodás volt számára igazán nagy megrázkódtatás, trauma. A későbbi kórházba kerüléseket már könnyebben élte meg. A családját is megviselte, hogy Dalmánál mentális zavar jelentkezett.

Dalma a kamaszkori problémáit az édesanyjával való kapcsolati nehézségeire vezeti vissza. A környezetükben élő emberek ideálisnak látták a kapcsolatukat. Szimbiotikus viszonyban volt vele, amitől Dalma egyszerűen megfulladt. Ebben a túl szoros viszonyban már nem tudott létezni. Olyan erősen kötődött az édesanyjához, hogy már úgy érezte, csapdában van. Dalma édesanyja a problémáit már igen korán Dalmával beszélte meg, gyerekként így nehéz terheket kapott a minden napokban. További nehézségként a párkapcsolatát említette. Harmincéves korában 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 fel tudja vállalni a szakítást a partnerével.

A kórházi kezeléseket traumaként élte meg, azt érezte, hogy nem a valódi problémáival foglalkoznak, csak a tüneteivel. A kórházi kezelésekk mellett más rehabilitációs szolgáltatást is igénybe vett. Járt mozgásterápiára, csoportterápiára, pszichológushoz. A közösségi pszichiátriai ellátás kapcsán élte meg, hogy figyelnek rá, az érzéseit, gondolatait meg tudja osztani segítőivel. Naplót kezdett írni, ami sokat segített neki. Leírhatta gondolatait, érzéseit, problémáit.

A napló terápiás célokat is szolgál. Újraolvassa a régi naplóit, és átgondolja a dolgait. Évekig ki sem tudta mondani sem leírni magát a „pszichiátria” szót, mert annyira negatív volt a számára.

A mentális zavara miatt a munkaerőpiacon hátrányos megkülönböztetést élt meg. Az első és a második kórházi kezelés után is munkanélküli lett. Irodai adminisztrációs munkája volt mindkét munkahelyén. Bántani nem bántották. Aggódtak érte, de nem tudtak mit kezdeni azzal a ténnyel, hogy Dalmának mentális zavara van. A másik munkahelynél is leépítés volt, de ott nem is akarták foglalkoztatni. Itt már nagyobb szerepe volt annak, 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. Dalma meglátása szerint mindenki, így ő is hordoz előítéleteket. Azt gondolja, ha nyíltan lehet a lelki nehézségekről beszélni, az segít az elfogadásban. Ő maga korábban még a családtagjának is nehezen mesélt a mentális zavaráról. Jelenleg önkéntesként részt vesz középiskolai érzékenyítő programban mint tapasztalati szakértő.

Dalma a felépüléséhez vezető úton fontosnak tartja a megértést: megérteni, megismerni a helyzetet, amiben van. Továbbá fontosnak tartja azt is, hogy nem akart betegszerepben élni, ez adott erőt neki a felépülés útján. Fontos volt még, hogy a környezete, a családtagok, barátok elfogadták, és támogatták a felépüléshez vezető úton. Az önismereti munkát, az önsegítést is meghatározónak tartja a felépülés szempontjából.

Jelenlegi helyzet:

Dalma jelenleg tünetmentes, csökkentett dózisban szed gyógyszert. Dolgozik. Családjával és barátaival jó a kapcsolata. Örömteli céljai között a jelenlegi helyzet és a lelki egyensúly megtartása jelenik meg.

EMMA

46 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült nő

Emma a gyerekkora felhőtlenül boldog volt. Nővérével és szüleivel nőtt fel jómódú értelmiségi családban. A szülei között 23 év korkülönbség van. Az édesanyja az állami számvivőszéknél gazdasági igazgatóhelyettes volt. Szülei fiúgyermeket vártak, amikor Emmával volt várandós az édesanyja. Amikor kicsi volt, fiúsan is öltöztették. Húsz évig tartott, míg sikerült elfogadnia nőiességét.

Véleménye szerint a szülei maximalisták voltak. Nővére és Emma is jól tanult, bekerültek a gimnáziumba. A 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, és megváltozott az önértékelése. Korábban diákszínjátós körbe járt, de a bántalmazások után nem szeretett mások előtt szerepelni. Elhitte, hogy ő kövér, csúnya, és nagy a feje. Elhitte mindazt, amivel a nővére barátja bántalmazta. Emma eljutott odáig, hogy nem evett, és 16 évesen 36 kilogrammra lefogyott. Ekkor a szülők bevitték a kórházba. Az orvosok számonkérték a szülőket, hogy miért vártak eddig, miért nem vitték be hamarabb. A szülők elhanyagolták Emmát.

Emmát anorexiával kezelték, vitamininjekciókat kapott. Szülei folyamatosan tették. Emma hamarosan meghízott, és súlya a 80 kilót közelítette meg. 17 évesen egy évig kimaradt az iskolából. A kimaradt évet pótolta, és sikeresen leérettségizett. Emma nővérét a barátja választásra kényszerítette: vagy Emmát, vagy őt választja. A nővére a barátját választotta, és így Emmával megszakadt 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, és a kényszeres evők csoportjába járt. A csoporttal megoszthatta bánatát, hogy bántalmazták, és a családja is szembefordult vele. A pszichiátere tanácsára elköltözött Budapestre a továbbtanulás szándékával. A nővére sikeresen felvételizett az orvostudományi egyetemre, de a barátja rövid idő után ismét választás elé állította: vagy ő, vagy a továbbtanulás. A nővére ezért otthagyta az egyetemet, bár Emma családjában szégyen volt, ha valakinek nem volt diplomája.

Emma 19 évesen dolgozni kezdett, 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. Amikor megtudta, hogy nem vették fel arra a szakra, amit szeretett volna, autó elé ugrott. Zárt osztályra került a Lipótmezőre, majd a Merényi Gusztáv Kórház pszichiátriai osztályára.

Emma édesanyja azt tanácsolta, hogy Emma el se kezdje a tanulmányait, mert úgysem 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 mindent elintéztek, amikor tanult, magántanárt, protekciót, kollégiumot, albérletet. Igazságtalannak érezte a helyzetet, nem értette, hogy ezt mivel érdemelte ki.

Emma egy kis elégtételt érzett, mikor a nővére otthagya az egyetemet. Emma megítélése szerint nővére öntelt volt, amikor egyetemre járt, minden támogatást megkapott a szülőktől, mégis úgy döntött, hogy nem fejezi be a tanulmányait. Ez a mai napig nagyon fáj Emmának. Nővérének három gyereke született, de nincs munkája, háztartást vezet.

Emma kórházi tartózkodása idején édesanyja megsemmisítette Emma jegyzeteit, vázlatait. Édesanyja véleménye szerint ugyanis Emma a rajzolásba „örült” bele. Az édesapjától még korábban kapott egy festőállványt. Az édesanyja a kórházban megkérdezte, hogy elfűrészelheti-e az állványt. Emma igent mondott, de ekkor alig tudott magáról. Végül minden megsemmisült, az addigi élete eltűnt. Újra a nulláról kellett kezdenie mindent.

Emmánál szkizofréniát diagnosztizáltak. Édesanyja úgy reagált, hogy ő megmondta, hogy Emma bolond. Az orvosok megnyugtatták, hogy nem az ő nevelése miatt alakult ki ez a probléma. Emma ekkor kapott először gyógyszereket. Akkori orvosára neheztelt. Úgy emlékszik vissza, hogy ebben az időszakban az volt a terápiája célja, 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 orvosbizottsági véleményben az szerepelt, hogy csak igennel és nemmel tud válaszolni, és gondnokság alá kell helyezni. Ez az önbizalmát teljesen megcsorbította. Máig is nehézséget jelent számára, ha mások előtt kell szerepelnie. Két évig szociális foglalkoztatóba járt értelmileg akadályozott emberekkel. Emma sok éven keresztül ahhoz a pszichiáterhez járt, aki felállította nála a szkizofrénia diagnózist. Úgy érezte, 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. Önálló életre vágyott. Férjhez ment egy roma férfihoz, akinek 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. Közben elvégezte a gyógypedagógiai asszisztensi képzést. Óvodában dolgozott sérült gyerekek közt. Emma valójában nem akart még férjhez menni, de gyerekeket akart. Ahogy megkapta a lakást, egy hét múlva költözött a férje. Egy lányuk született.

Emma nem tudja megbocsátani, hogy 14 évet „kihagyott az életéből”. Rehabilitálták ugyan, de pályát módosított, és nem azt csinálta, amit valójában szeretett volna. Bántja, hogy ezek az évek kiestek, szerinte máshol tartana a szakmai karrierje, ha nem így alakult volna az élete. A szkizofrénia diagnózisa miatt nem mert felvételizni a képzőművészetre. Sok embert hibáztat ezért, többek között magát is.

2003-ban alkalmazott grafikus lett. Megtanulta a számítógépes grafikát annál a cégnél, ahol dolgozott. Ekkor kicsit 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 elnyomta, gátolta a fejlődését. Emma meglátása szerint a mentális zavarral élő embereknél nehézség lehet, hogy nem tudnak kiállni magukért, nem tudják megvédeni magukat. A férjének rákos megbetegedése lett, Emma otthagyta a munkahelyét, hogy tudja ápolni őt, végül hét éven át ápolta. A férje szintén bántalmazta, ezért jelenleg válnak. 2008 óta annyira megromlott a házassága, hogy most anyaotthonban él a lányával.

Emma azt gondolja, hogy életkora miatt nem vennék fel a képzőművészeti főiskolára. Szeretne tanulni, sikeres lenni. Élete álma az, hogy diplomát szerezzen.

Továbbra is rajzolt. Édesanyja azt mondta, hogy a rajz megbetegíti Emmát. 2009-ben az édesanyja sztrókot kapott. Emma, ekkor kicsit megkönnyebbült, hogy kikerült az irányítása alól.

Megismert egy művészt, 2010-ben ő lett a tanára, aki felfigyelt rá, és biztatta. Emmának ő új reményt adott az életében, és visszaadta az önmagába vetett hitét. Azóta boldog, és megtalálta az élete értelmét. Addig senki sem állt mellette, nem inspirálta senki. Hülyének volt nyilvánítva, és nem volt önbizalma a felsőfokú tanulmányokhoz. Ez nagyon fáj Emmának. Úgy érzi, sok mindent veszített. Lánya arra biztatja, hogy írja ki magából a fájdalmát, ő az, aki most támogatja. Emmának ma már könnyebb elmondania, megosztania a fájdalmát.

A családja nem támogatta a céljai elérésében. Szégyenként élték meg, hogy őt szkizofréniával diagnosztizálták. Emma kiközösítettnek érezte magát. Édesanyja mindenkinek elmondta a diagnózisát. Emmának 22 éves korában volt először hanghallása, a tüneteket máig tapasztalja. Ezek a hangok szexuális és szerelmi töltetűek. Emma véleménye szerint a mentális zavarral élő emberek helyzetén sokat segítene, ha azokat az értékeket látnák meg bennük, amiket ezek az emberek teremtenek. Emma 2003-ban volt utoljára kórházban. Csökkentett dózisban szedi a gyógyszereit. A felépülésében fontos szerepet játszott az a művész, aki tanára volt. Hitet és reményt adott neki. Emma fontosnak találja még a felépülés szempontjából, hogy legyen célja az embernek. A felépüléséhez vezető úton közösségi pszichiátriai ellátást is igénybe vett. Ezen szolgáltatás keretében élte meg először, hogy a segítőtvel való közös munka első lépéseként megkérdezték tőle, hogy mi az ő örömteli, személyes célja. E célokat igen fontosnak tartja.

Jelenlegi helyzet:

Emma tanul, alkot, és neveli a lányát. Örömteli célja, hogy felnevelje a lányát, hogy sokáig alkothasson, hogy baráti kapcsolatokra tegyen szert, hogy új családot alapítson.

IMRE**37 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi**

Imre Budapesttől nem messze él szüleivel. Egy bátyja van, akivel jó a kapcsolata. Imre négy és fél éves korában elveszítette a hallását a jobb fülére. Nem tudni pontosan, hogy miért, feltételezhető, hogy gyulladás állt a probléma hátterében. Ez a nehézség végigkísérte Imre életét. Ez a probléma nap mint nap eszébe jut.

Imrének volt egy kutyája, Morzsi, aki nyolcéves 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 végigkísérte Imre gyerekkorát. Szülei mindent biztosítottak Imre és testvére számára. Számítógép, Lego, majd PC, ami nagy dolog volt a nyolcvanas években. Hatalmas élmény volt Imrének, hogy ő ezeket dolgokat megkapja a szüleitől. A szülei sokszor veszekedtek, de amikor nem, nagyon nagy szeretetet adtak a gyerekeknek.

Imre nyolc-tíz éves lehetett, amikor egyszer nagyon rosszul volt, és azon gondolkodott, hogy mit tegyen magával, hogy ne érezze magát rosszul. Az egyik unokatestvére otthagytott náluk egy karton cigarettát, és Imre két-három szálát elszívott belőle.

14 éves korában Budapestre került. Előtte Münchenbe is eljutott, ez nagyon nagy dolog volt az életében. Münchenben a nagybátyja egy szállodában dolgozott mint pincér. Imre egy hónapot töltött Münchenben, ez idő alatt dolgozott is (felszolgált). Korábban is meglátogatta már a nagybátyját, amikor még Magyarországon, Budán dolgozott a Kacska étteremben. Ekkor Imre alig volt 10 éves. Imrének megtetszett a nagybácsi munkája, és érdeklődni kezdett a vendéglátás iránt. 14 évesen a közgazdasági politechnikumba és a vendéglátóipari szakközépiskolába jelentkezett továbbtanulni. A politechnikumba nem vették fel, így került a vendéglátóipari szakközépiskolába, Budapestre. Kollégiumban lakott a Kálvin téren. Ez az időszak a mentális zavar kialakulásának a tekintetében az életében nagyon meghatározó volt. A kollégiumi élet nagy szabadságot adott Imrének. Ezekben az években mindennapi életében jelen volt a szorongás. 15 éves korában az egyik barátja a kollégiumból ösztönözte, hogy menjenek el sörözőbe. Elkezdett dohányozni, alkoholt inni. Jól érezte magát. Megszűntek a lelki fájdalmai, de a tanulmányi eredményei romlottak. A legális szerek mellett az illegális szereket is használni kezdett. Imre utólag 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 külföldön, hajón kezdett dolgozni. Ebben az időszakban minden este alkoholt ivott, de marihuánát nem használt.

Imre a felépülése során jött rá, hogy a személyiségfejlődésében nagyon visszafogta a különböző szerek használata. Felismerte, hogy korábban, amikor valami problémája volt, nem gondolkodott rajta, hanem rögtön ivott valamit, és azzal el volt intézve a dolog.

Imre több szezont dolgozott le a hajón, 2003-ban és 2004-ben is elutazott, és otthon hagyta a barátnőjét. Ez nagyon megviselte, rossz mentális állapotba került. Amikor hazajött Magyarországra, úgy érezte, hogy nem tudja kontrollálni magát. Összeveszett a barátnőjével és az apjával is. Imre édesapja nem kedvelte ezt a lányt, és a lány sem kedvelte Imre édesapját, konfliktus volt köztük. A lánynak rossz híre volt a faluban, ahol Imre szülei élnek. 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 a családjában történeteket, menekülésként elhagyta a lányt.

2003 novembere-decembere körül már nagyon rossz állapotban volt. Összeesett. Úgy érezte, hogy fájnak a gondolatok, nem bírt gondolkodni, ekkor jöttek a hangok. 2004-ben aláírt egy szerződést, és újra a hajón vállalt munkát. A főnökei látták, hogy baj van. Imre úgy emlékszik vissza erre az időszakra, hogy el volt varázsolva. Elvitték orvoshoz, aki elküldte. Nagyon igazságtalannak érezte a helyzetet. Ez után csapás csapás hátán érte. Augusztusban haza is jött Magyarországra. Amikor hazafelé tartott, Franciaországban lekészte a csatlakozást. Kirabolták, ellopták az összes pénzét. A következő csapás volt Imre életében, amikor testvére egy üzletet szeretett volna lebonyolítani, de az lövöldözésbe torkollott. Az üzletkötésekor rátámadtak testvéreire, és elvették a pénzét.

Előfordult, hogy Imre előzetesbe került. A rendőrök berakták egy cellába éjfélről másnap délig. Ez még az előtt történt, hogy mindenkivel összeveszett, a lánnyal és az édesapjával is. Imre felkereste a bátyját, és ennivalót vásárolni indult a bátyja autójával. Megállították a rendőrök, akik a kocsi hátsó ülésén szoftvereket találtak, melyek Imre bátyjáé voltak. Emiatt helyezték Imrét előzetesbe.

A későbbiekben, amikor Franciaországból hazaérkezett, bekerült a Nyíró Gyula Kórházba, aztán a Péterfy Sándor Utcai Kórház pszichiátriájára. A váci kórházba 2004 decemberében került be, és 2005-ben jött ki a kórházból. Bátyjától sok segítséget kapott, amikor a pszichiátriáról kikerült. A testvére vállalkozásában kezdett el dolgozni, a lakhatását is ő biztosította. Menekülésként, illetve bizonyításként a szülei felé Angliában keresett munkát. 2005 májusában utazott Angliába, ahol sikerült az állásinterjúja. Jól érezte magát az új munkahelyén.

Az utazás előtt rendszeres kapcsolata volt pszichiáterével. A gyógyszereit rendszeresen szedte. Később azonban rosszul érezte magát a gyógyszerektől, és abbahagyta a szedésüket. 2006 február végén nagyon sokat dolgozott, rossz állapotba került. Az egyik reggel felkelés után felhívta a főnökét a szállodában, és felmondott.

Amikor hazajött Magyarországra, Imre felkereste a bátyját, de nála már nem tudott maradni. Előfordult, hogy két-három napig kóválygott az utcákon, vonatozott. Nem tudta, hogy mit csináljon. Egyfolytában hangokat hallott, hallucinációi voltak. Imre úgy érezte, mintha mindenki róla beszélne, miatta lennének jelenések a falon. Később a szülei a bátyja boltja körül találtak rá. Elvitték Ceglédre, a pszichiátriára, ahol egy hónapra a zárt osztályra került, majd két-három hónapot töltött a pszichiátriai nyílt osztályon.

Szülei ultimátumot adtak Imrének. Azt mondták, hogy ha nem változtat az életformáján nem mehet haza hozzájuk. Imre rádöbrent, 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. Cikinek találta, hogy a szüleinél lakik. Nem volt jövőképe, összezsaptak a hullámok a feje fölött. Nyáron öngyilkosságot kísérelt meg, akkor került be a Péterfy Sándor Utcai Kórházba, a toxikológiára. Egy hétig volt az intenzíven. Egy hét múlva tért magához. Imrét Ceglédre akarták küldeni a pszichiátriára, de ő ezt nem szeretne volna. Bátyja beszélt Imre orvosával, és átvitték az OPNI-ba. Egy hetet töltött ott. Onnantól kezdve szedte rendszeresen a gyógyszereit. Egy ideig kéthetente injekcióra járt oda, majd átkérte magát Ceglédre.

Imre újra dolgozni kezdett. Tolmácskodott, a bátyjánál is dolgozott. Ebben az időszakban nagyon meghízott, 160 kilogramm volt. A pszichiátere azt javasolta, hogy változtasson az életformáján. Imre hazaköltözött a szüleihez. 2009 szeptemberétől decemberig 50 kilogrammot fogyott. Reggel ötkor kelt, havat lapátolt, este hat után nem evett. Szobabiciklizett.

2009 decemberében az egyik legjobb barátja öngyilkos lett. Akkor megint kicsúszott a talaj Imre lába alól, a szüleivel is összeveszett. Imre az interneten keresett olyan helyett, ahol foglalkoznak az emberrel, ahol humánusan bánnak vele, és segítenek. Egy ismerőse által bukkant az Ébredések Alapítványra. Budapestre költözött. 2010 márciusa körül Imre bekapcsolódott az alapítvány közösségi pszichiátriai szolgáltatási programjába. Családjával együtt családgondozásra kezdtek járni. 2011 januárjában Imre kérte, hogy az őt segítő pszichiáter küldje be a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika osztályára. Imre újra a dohányzott, de le akart szokni, és abban bízott, hogy a kórházi osztályon ez könnyebben megy majd. Imre két hétig volt az osztályon. A dohányzáskor akkor szokott le teljesen, amikor hazament. Az alkoholt és a fűvet nem volt nehéz elhagynia, de a cigarettát nehezebb volt letennie.

2012-ben megalakult a Hanghalló Csoport. Imre megismerkedett a csoportvezetővel, aki mint kísérő szakértő jelenleg is vezeti a csoportot. A csoport mozgalmassá

tette Imre életét. Eleinte nehéz volt cselekednie és emberek közé járnia, de úgy érezte, ez később fontos lesz a számára. Élvezte a csoportban való létet. Imre a Hanghalló Módszer alkalmazása során rájött, hogy már kamaszkorában is úgy bánt az őt kritizáló, becsmérlő hangokkal, mint a Hanghalló Módszerek ajánlják. A Hanghalló Módszer használata természetes volt Imre számára. Aktív tagja lett a csoportnak, konferenciáikon előadásokat tart társaival a hangokról, az élményeiről, a felépülésükről. Nemzetközi konferenciákon vesz részt, ahol népszerűsíti a Hanghalló Módszert. Imre – mint tapasztalati szakértő – csoportvezetővé vált a Hanghalló Csoportban. Társaival nemcsak az Ébredések Alapítványnál vezetnek csoportot, hanem az ország több településén is segítik a hasonló nehézségekkel élő társaikat hasonló csoport beindításával, a tapasztalataik és a Hanghalló Módszer átadásával.

Imre mentális zavarának a tünetei a következők voltak: hallucináció; úgy érezte, hogy mindenki róla beszél; összefüggésbe hozta a járókelők beszédeit a 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 odament, mert úgy gondolta, hogy ott valami titkos dolog történik.

A gyógyszeres terápia mellett az alapítvány szolgáltatásai közül asszertív tréning, család gondozásban, Hanghalló Csoporton vett részt. Utoljára 2011-ben részesült kórházi ellátásban.

Imre meglátása szerint a felépülésében mérföldkő volt a káros szenvedély megszűnése; az, hogy az alapítványhoz került („olyan helyre ahol foglalkoznak az emberrel”); valamint a gyógyszerelváltás. A felépülését segítette, hogy a közösségi pszichiátriai gondozás keretében a pszichoedukáció során megtudta, hogy mit jelent az „összefüggésbe hozás”, ami az ő egyik tünete is. A problémák feltárása, az információszerzés a problémáról további előrelépés volt.

A Hanghalló Csoport, a realitásérzék, maga a Hanghalló Módszer, valamint annak elsajátítása, hogy kiálljon magáért a hangokkal szemben sokat segített Imrénnek a felépülésben.

Jelenlegi 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, valamint középiskolai érzékenyítő tréningeken. Nemzetközi konferenciákon képviseli társait és az alapítványt.

JENŐ**32 éves, paranoid szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi**

Jenő nagycsaládban nőtt fel egy Budapest közeli településen. Három testvére van, két fiú és egy lány, Jenő a második legidősebb gyerek. Édesapja villamosmérnök, édesanyja háztartásbeli. Édesanyjának középfokú gazdasági végzettsége van. Soly máron éltek 2013-ig, majd Pilisvörösvárra költöztek. Pilisvörösvárra a feleségével és kisleányával költözött Jenő.

Jenő és családja a nagyszülőkkel éltek, családi házban nőtt fel. Három évet járt Soly máron általános iskolába, aztán a Klebelsberg Kuno általános iskolába került. Esztergomba járt a ferences gimnáziumba. Jenő a gimnáziumi évek alatt kollégista volt. A középiskolai tanulmányait befejezve a Széchenyi István Egyetemen gépészmérnöki asszisztens felsőfokú szakképzésre járt nappali tagozaton. 2004-ben kezdett dolgozni, és közben elvégezte a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen a szociálpedagógiai képzést. A műszaki tanulmányait 2010-ben folytatta. Jenő jelenleg gépészmérnök szakra jár az Óbudai Egyetemen. Széles az érdeklődési területe, a humán és reál terület iránt egyaránt érdeklődik. Rendszeresen látogatja a SOTE mentálhigiénés képzésének előadásait, mindig is foglalkoztatták ezek a dolgok. Édesapja sok könyvet adott neki, ami a lélekkel, a mentális egészséggel kapcsolatos.

Tíz évig dolgozott a magyar Suzukiban, 2004-től 2014-ig, az első négy évben két műszakban, így volt módja folytatni a tanulmányait. 2009-től mérnöki pozícióban dolgozott. Sok tapasztalatot szerzett az autóiparban. Külföldi utakra ment, tárgyalásokon vett részt, ahol ő képviselte a céget. 2014-ben jött el a Suzukitól. Jelenleg Székesfehérváron dolgozik egy másik cégnél minőségbiztosításban. Jenő 20 éves korától 30 éves koráig volt a Suzukinál, az élete egyharmadát töltötte el itt.

Feleségével óvodáskoruk óta ismerik egymást. A zene hozta össze őket. Jenő zeneiskolába járt, és édesapjához hasonlóan orgonált. Felesége hegedűtanár, orgonistát keresett, és Jenőt kérte fel, hogy zenéljenek együtt. Így újították fel az ismeretséget. Kapcsolatuk 2008-ban kezdődött, és 2010-ben összeházasodtak. Ez fordulópontra volt Jenő életében. A gondtalan mindennapokat felváltotta a felelősséggel járó családfenntartó szerep. Ezt a szerepet tovább erősítette, hogy 2013-ban megszületett a gyermekük, egy kisleány. Jenő és családja a kezdetekben a szülőknél lakott. Külön házrészben éltek, de egy telken a szülőkkel. Jenő mentális zavarának a fellángolása a kisleány születése után jelentkezett. Jenő „világgá ment”, mert nem tudta feldolgozni a gyermeke születése kapcsán átélt eseményeket, a szülés körüli komplikációkat. Ausztriába menekült a gondok elől. 36 óra elteltével hazajött, és kérte a pszichiátriai kezelését.

Jenő környezetének visszajelzései szerint paranoid gondolatok jelentek meg nála. Jenő úgy gondolja, hogy a mentális állapotában bekövetkezett változás egy folyamat eredményeképpen 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. A felesége több mint egy napot volt a szülőszobán. Vért kellett neki adni, és nem volt sikeres a gerincérzéstelenítés. Ez a három-négy nap, amikor kérdéses volt, hogy túléli-e a felesége, nagyon nehéz volt Jenő számára. Problémák voltak a kisfiú szoptatásával is. Nehezen indult be a tejtermelődés. Ezt a helyzetet a felesége és ő is nehezen tudta kezelni. Jenő nehezen élte meg, hogy nem tudott segíteni. Jenő a felesége indulatosságát indulatossággal kezelte. Ez a mai napig problémát jelent a kapcsolatukban. Jenő gyerekkorában a szülei között voltak hangos viták, melyek hamar lezajlottak. Jenő úgy látja, hogy az indulatok kontrollálásának nehézségét otthonról hozta, ezt tanulta a családjától, de fontosnak tartja, hogy ezen változtasson. Jenő meglátása szerint a felesége és ő is rossz mintát kapott a szülőktől, amiről meglátása szerint nem tehetnek. Fontosnak tartja a változtatást, az asszertív kommunikációt. Jenő szerint ez egy lassú folyamat. Mind a kettőjüknek felül kell tudni kerekedni az indulatokon.

Mint említettük, Jenő és felesége egy ideig a szülőknél laktak. Ugyan külön házban, de egy telken éltek a szülőkkel. Jenőhöz bármikor benyithattak a testvérek vagy Jenő édesanyja. Ez feszülté tette Jenő feleségét. Ezt a problémát azóta megoldották azzal, hogy elköltöztek egy másik településre. Mind Jenőnek, mind a feleségének nehézséget jelentett a szülővé válás. Tanácstalanok voltak, hogy mit is kezdjenek egy síró kisbabával. Ráadásul a kisbaba érkezésének az ideje alatt zajlott Jenő házfelújítása. A kialvatlanság, a házfelújítás egyaránt stressz volt a számukra. A kisfiúk betegséggel született, az ezzel való megbirkózás pedig további terhet jelentett a házaspár számára. Jenőt feszültté tette, hogy a felesége és felesége családja pesszimizán látta a helyzetet. Ő bizakodóan akart tekinteni a kisfia problémájára. A felesége és családja szerint Jenő nem tudta feldolgozni, hogy beteg a gyermeke. Jenő viszont úgy látta, hogy a felesége az, aki nem tudja a helyzetet elfogadni. Jenő húga autista, ő úgy nőtt fel, hogy látta, hogy mit jelent, ha egy élethosszig tartó betegség, nehézség van egy családban. Jenő várta, hogy a pontos diagnózis felállításával egyértelművé válik a gyermeke betegsége. Bizakodni szeretett volna, amiben a felesége és családja visszahúzta.

Jenőt elszomorították a szüleitől és ismerőseitől érkező rosszalló visszajelzések a felesége viselkedésére. A visszajelzésekben az jelent meg, hogy Jenő felesége indulatosan bánik a gyermekükkel. Ebből konfliktusok voltak Jenő és a felesége között. Az unoka kapcsán a nagymamák rivalizálása további teher volt. Ezeket a nehézségeket Jenő és a felesége azóta megtanulta kezelni. Annyira engedik a nagyszülőket

belefolyni a családi életükbe, ami még nem terhes egyikőjük számára sem. A mentális problémája kapcsán Jenő úgy látja, hogy a felesége családja stigmatizálja őt.

Jenő nem tudta kezelni azt a kettőséget, amit a felesége viselkedésében tapasztalt. Amikor otthon voltak, azt látta, hogy a felesége indulatos a kisfiúkkal. Amikor a védőnőhöz mentek, akkor pedig úgy bánt a gyermekkel, mint a hímes tojással. Ezt nem érezte hitelesnek. Ez nagyon fájó volt Jenő számára. Megfogalmazódott benne az a kérdés, hogy melyik is az ő felesége. Az, aki otthon volt, a türelmetlen, vagy az, aki a védőnőnél megjelent. Ezen a nehézségen is dolgoznak a feleségével. Jenő időnként paranoid gondolatokkal küzd, ami nehezítheti ezt a folyamatot.

A 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 ház körüli teendőkben. Belátással van arra, hogy a segítsége csökkenti felesége terheltségét. Jenő és felesége is próbálják a pozitív dolgokat jobban meglátni, a pozitív események kapcsán az érzéseiket kifejezni. Jenő fontosnak tartja, hogy dicsérjék, megerősítsék egymást. Fontosnak tartja továbbá az önismeretet és a türelmet.

2013 augusztusában a kórházi tartózkodása alatt csak gyógyszeres terápiában részesült. Ő kereste meg az intézet pszichológusát. Néhány alkalom után a kapcsolatuk megszakadt. Aztán megtalálta az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Centrumát. A közösségi pszichiátriai ellátás keretében a feleségével közösen részesült családgondozásban. A későbbiekben egyszer (tavaly) rosszabbodott az állapota 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, melyet a családjától kapott: azt, hogy mindenre van megoldás, nem szabad kétségbe esni, nem szabad az egész életre vonatkozó következtetéseket levonni. Továbbá fontosnak tartja az asszertív kommunikáció elsajátítását, alkalmazását. Úgy véli, fontos volt a segítő személye is.

Jelenlegi helyzet:

Jenő csökkentett dózisban szedi a gyógyszereit. Dolgozik. Családi kapcsolatai rendeződtek. Az önismeretének fejlesztését fontos célnak tekinti. 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**50 éves, szkizoaffektív pszichózissal diagnosztizált felépült férfi**

Jakab úgy tekint vissza az életére, hogy nem azt az életet élte, amit gyerekkorában elgondolt, ami az álmaiban szerepelt. Úgy látja, hogy ezt nagymértékben meghatározta a család, ahol felnőtt, a szocializáció, amelyben részesült. Gyerekként nagyon szerette olvasni a „hősies könyveket”, pl. az *Egri csillagokat*. Azokkal a hősökkel azonosult, és hasonló életről álmódzott. Ám az alkoholproblémával élő édesapa, a szorongós édesanya, a szegénység, amiben éltek ezt nem tették lehetővé.

Jakab jó tanuló volt. 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. Semmiben sem tudott igazán elmélyülni, mert a családja előbb vagy utóbb elvette a kedvét. Úgy látja, 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. 16 éves korában mellette fulladt bele a folyóvízbe a barátja, ami megviselte.

Tanulmányait tekintve szakmunkás végzettség megszerzése után részt vett egy katonai továbbképzési programban, ahonnan továbbtanulhatott volna katonai főiskolán. Sajnos ebben a fiatalkorban jelentkező alkoholizmus megakadályozta. Ez fordulópont volt, „kisiklott” az élete. Jakab erről úgy gondolkozik, hogy tulajdonképpen sohasem volt sínén az élete, rá se került a sínre.

23 évesen elment dolgozni eredeti szakmájába. Négy éven át munkásszállón lakott. Ebben az időszakban nagyon sokat olvasott, hétvégenként pedig hazajárt a családjához. Az alkoholprobléma periodikusan volt jelen az életében. Három napig ivott, két hétig tartott, míg ezt kiheverte, és akkor megint berúgott. Ez töltötte ki a mindennapokat. Munka, könyvek és „vissza a gyökerekhez”. A szkizofrénia ebből a helyzetből billentette ki. Ekkor 26 éves volt. Parafenomén dolgokat észlelt a munkahelyén. Szülei elhatárolódtak tőle, kitaszított lett a családjából. Az alkoholprobléma nem tette annyira kitaszítottá, mint a szkizofrénia. Jakab nem hibáztatja a családját. Úgy gondol erre, hogy a szülei azt adták, amit ők is kaptak. Nem tudták átlépni az árnyékukat. Édesapja iránt haragot érez. Jakab belátja ugyan, hogy nem tehetett mást az édesapja, de érzelmileg nem tudja ezt elfogadni.

A szkizofrénia izgalmassá, változatosná tette az életét. Ezek az izgalmak inkább negatívak voltak, de olykor pozitívak is. Megalomán, misztikus törekvések következtek. Jakab különlegesnek tartotta magát. Volt, hogy ufónak, gömbvillámnak, a későbbiekben Jézus Krisztusnak képzelte magát. Egy kocsmában meztelenre levetkőzött, ennek a zárt osztályos kezelés lett a következménye. Az első epizód után a kórházból

kikerülvén a szülei segítségével sikerült elhelyezkednie. Akár napi 12 órát is dolgozott, de ezt nem sokáig bírta. Másfél hónap után az alkoholprobléma újra előjött. Jakab visszakérült Budapestre, ahol sikerült munkába állnia és szállót találnia. Májusban újabb állapotrosszabodás következett be, majd aztán szeptemberben és a következő év májusában. A második pszichotikus epizód után már nem tudott munkába állni. Jakab ezután kezdeményezte, hogy helyezték el Budapesttől nem messze lévő pszichiátriai betegek otthonába. Hosszú éveknél kellett eltelnie, jó néhány epizódnak és még néhány epizód nélküli évnek ahhoz, hogy Jakab felismerje, hogy problémája van. Sokáig emberfeletti érezte magát, nem akart beszűkülni az átlag közé.

Az alkoholprobléma kezelésében a munkahelyén az egyik csoportvezetőtől kért segítséget. Néhány év eltelté után belátta, hogy segítségre van szüksége, kezdetben azonban nem a megfelelő helyen kereste a segítséget. A hagyományos elvonókúra, a vallásos csoportok nem segítettek. Végül az Anonim Alkoholisták önszolgáltató csoportja vált hatékony segítséggé Jakab életében. Abba hagyta az ivást. Abban bízott, hogy ez lesz az alapja a pszichés állapota esetleges javulásának. Több mint három év eltelt alkoholmentesen, miközben 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. Jakabot nagyon megviselte ez a felismerés. Ez fontos fordulópontra volt. Abba hagyta az ezoterikus könyvek, a Biblia olvasását, mindazon irodalmak olvasását, amik hozzásegítették a pszichózis kialakulásához. Nem az olvasástól, nem a Hit Gyülekezettől 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 azt, hogy nem köt ki egy iskolánál, ami nem válik be.

Jakab a mentális problémája mellett nyolc-tíz évig küzdött a hajléktalansággal is. 2003-ban sikerült albérletbe költöznie. Utcán körülbelül fél évet élt. Hajléktalanságának nagy részét fedél alatt töltötte. Előfordult, hogy az Anonim Alkoholisták csoportszobájában lakott.

A mentális zavara kapcsán került kapcsolatba a Szigony Alapítvánnyal és az Ébredések Alapítvánnyal. Itt bekapcsolódott a két alapítvány közös programjába, amely mentális zavarral élő emberek nyílt munkaerőpiaci elhelyezését segítette elő. Jakab sikeresen elhelyezkedett dolgozni. A munkaerőpiaci szolgáltatás mellett a Szigony Alapítvány által működtetett Harmónia klubba is bejárt. A munkavállalásra jelentkező sorstársai számára önszolgáltató csoportot vezetett. A későbbiekben számítógépes tanfolyamokat tartott a klubtagoknak. Eljárt nyaralni a klubtársakkal. Jakab nagyon hasznosnak tartja a klub szolgáltatásait.

Adódott egy lehetőség, hogy baráti segítséggel és egy kis saját pénzzel a Duna mellett, Esztergomtól nem messze egy telket vegyen. Ezen a telken nem volt semmi.

Jakab elkezdte felépíteni az otthonát saját kezével, önerőből. Az új szomszédságban szerető, támogató közösségre talált. A felépülés Jakab számára azt jelenti, hogy kihozza az életéből a maximumot, ami nem törvénytelen. Olyan életet él, ami színes, és jól érzi benne magát. Hogy ez tünettől vagy tünet nélkül történik, az lényegtelen Jakab számára. A lényeg az, hogy jól érezze magát. A felépülését elősegítették a pszichiátriai és a szociális segítő szolgáltatások, valamint a saját törekvései, vágyai, akarata a jobb életre.

Jelenlegi helyzet:

Jakab 2002-től nem szed semmilyen gyógyszert rendszeresen. 2004-ben egy élettársi kapcsolat végén kis adagban szorongásoldót kapott, mert jelentkeztek a figyelmeztető jelek. Legutóbb 2011-ben volt állapotrosszabbodása, akkor a pszichiáterét helyettesítő orvostól kis adagban antipszichotikumot kapott. 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

35 éves, bipoláris zavarral diagnosztizált felépült férfi

Kristóf háromgyermekes családban nevelkedett. Édesapja a nyugdíjazásáig híres mentőorvos volt. Kristóf véleménye szerint édesapja öntelt, „piázós”. 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 marihuána használata, és a baráti körében is egyre többen kezdtek el szívni. Kristóf csatlakozott a barátokhoz. Meglátása szerint a nagybácsi mentális zavarát örökölte, és a marihuánafogyasztás kiprovokálta nála a mentális zavarának tünetét. Szorongások gyötörték. 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. Osztályfőnöke jóindulatú volt vele, és segített neki, hogy meg tudja ismételnie a gimnázium negyedik osztályát. Kristófnak nagymértékben felerősödtek a szorongásai, furcsa érzései, így nehezebbé vált a teljesítés. További nehézség volt, hogy új osztályközösségbe kellett beilleszkednie. Nehezen sikerült

leérettségiznie. Szeretett volna továbbtanulni, de a felvételi vizsgája nem sikerült. 2000-ben nem csinált semmit, saját szavaival élve tengett-lengett.

Nagyon rosszul érezte magát, ezért felkeresett egy drogambulanciát, hogy segítséget kérjen. A Kristófot segítő pszichiáter antidepresszánt írt fel, amitől visszatért az életkedve, és úgy érezte magát, mint 16 éves korában. Édesanya segítségével elhelyezkedett egy multinacionális cégnél egy üzletkötő mellett. Azon a nyáron felvették Kristófot a Pécsi Tudományegyetemre a jogi asszisztensi képzésre. A drogambulancián dolgozó, Kristófot segítő pszichiáter etikátlanul viselkedett a fiúval, zaklatta őt. Ölegette, simogatta, és egy alkalommal meg akarta csókolni. A pszichiáter bevallotta, hogy homoszexuális, és alkoholproblémával küzd. Kristóf nem tudott mit kezdeni a helyzettel. Kristóf meglátása szerint a szedett gyógyszerektől minden belső problémája a felszínre tört. Kiventilálta magából a sok frusztráltságot, amik a három-négy év alatt felgyűltek benne. Ez volt az oka, hogy annyira megbízott a pszichiáterében – utólag már így látja. A legbensőbb dolgaiba is beavatta a pszichiáterét. Ma már nem tenné ezt.

A családja nem tudott mit kezdeni 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. Mindenből megbukott, ezért félévet kellett ismételnie. A mentális állapota romlott. 2001-ben ugyanazt az állapotot élte meg, mint amikor gimnazista volt. Akikkel együtt kezdte az egyetemet, sikeresen továbbhaladtak. Az új csoporttagok idegenek voltak. Szorongásos, depressziós tünetek jelentkeztek nála. Nehézséget jelentett felkelnie. Kristófot édesanyja elvitte az otthonuk közelében lévő pszichiátriai intézménybe. Egy fiatal pszichiáternő új hangulatjavító gyógyszert állított be Kristófnál. A gyógyszeres kezelés mellett családterápiában részesült. A hangulata újra jó lett. Sajnos újból nem sikerült a félévi vizsgája, és megszűnt a hallgatói jogviszonya. Ezek után Kristóf nem csinált semmit. Sokat hízott, ami rontotta a közérzetét. Egy nap dührohama lett, és mindent összetört a konyhában. A nővére kiabált vele, és azzal fenyegette, hogy elvitetik a pszichiátriára, bár a korábbiakban a családban beszéltek arról, hogy ilyen esetben a megnyugtató segítség 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. Nemsokára

megjelentek a mentősök, akik megvárták a vacsora végét, és bevitték Kristófot a pszichiátriai osztályra.

Kristóf véleménye szerint nem viselkedtek vele korrekt módon. Az orvosa nem beszélgetett vele, csak a gyógyszereit állította be. Kristóf emlékei szerint ordibáltak a hozzátartozókkal, több alkalommal is fenyegetőztek, 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 állapotrosszabbodás állt be. További teher volt számára a családi nyomás, hogy maradjon a pszichiátrián, és folytassa a terápiáját. Egy év alatt háromszor volt kórházban. Kristóf meglátása szerint ebben az időszakban nem volt jó az érdekérvényesítő képessége. A rehabilitációt, amiben részesült, nem tartotta megfelelőnek. Meglátása szerint a gyógyszeres terápia volt a fókuszban. Úgy érezte, hogy a terápia kellemetlen mellékhatásaként jelentkező súlygyarapodás neki jelentett csak problémát. A kórházi tartózkodásai szenvedéssel teliek voltak. Úgy érezte, hogy ők vannak az orvosokért, és nem az orvosok vannak a pszichiátrián fekvő emberekért.

2003 nyarán elkezdett dolgozni újságkihordóként. 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 lánybarátok 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. Az önbizalma 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 lefogott.

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 sok hétköznapi teendő is nehézséget okozott számára. Nehézséget jelentett Kristófnak, hogy telefonáljon, kimozduljon otthonról, a mindennapos ügyeket intézze. A szorongás további nehézséget jelentett. Háromszoros túljelentkezés mellett

sikeresen felvételt nyert egy uniós forrásból finanszírozott képzési programba. Ez sikerélményt adott neki. A képzést sikeresen elvégezte. A program része volt, hogy a képzés után munkához juttatják a 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, az nem tudja, hogy hogyan közelítse meg az adott személyt. Kristóf sikeresen elhelyezkedett egy cégnél. Nagy reménnyel kezdett el dolgozni. Abban reménykedett, hogy nemcsak 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 tanuljon. Pécsre ment továbbtanulni.

2012-ben elvállalt egy másodállást, egy négyórás munkát. Az új munkahelyén reklamációs ügyintézőnek vették fel. Itt nem érezte, hogy kiközösítenék vagy 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 munkakörben dolgozott, de a vezetője átrakta az egyik cipőboltba eladónak. Kristóf itt jól érezte magát. Élvezte, hogy hölgy kollégáival jókat beszélgethet. A későbbiekben számlaellenőrként dolgozott itt, majd otthagyta a céget. Eközben a tanulmányaival jól haladt. Nemsokára 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. Később Kristóf eljött a gyógyszereket forgalomba hozó cégtől. A felszabadult idejében a nyelvvizsgájára készült, hogy megkaphassa a diplomáját, és sikeresen teljesítette is a nyelvvizsga-követelményeket.

Kristóf a kórházi kezelés mellett közösségi pszichiátriai ellátást és munkarehabilitációs szolgáltatást vett igénybe. Meglátása szerint az ő felépülésében kulcs szerepe volt a munkarehabilitációnak és azon személyeknek, akik hittek benne, és inspirálták az előrelépésben, és a sportnak is pozitív hozadéka volt. Kristóf számára a felépülés újakezdést, második esélyt jelent.

Jelenlegi helyzet:

Kristóf jelenleg munkát keres. Szüleivel él, de van egy saját lakása, amit fel szeretne újítani, és át szeretne költözni oda. Vágya, hogy tartós párkapcsolata legyen. Szeretne továbbra is sportolni.

LOLA**22 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült nő**

Lola Budapesten nevelkedett, és jelenleg is Budapesten él.

Hároméves korában jelentkeztek először nehézségek, problémák az életében. Lola rendszeresen bántalmazta magát. Volt, hogy úgy megütötte magát, hogy vér-aláfutásos 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 Gyermekkorházba. A vizsgáló orvos türelemre biztatta a szülőket. Óvodás volt, amikor az óvodai fejlesztő feladatokat nem, vagy nehezen tudta megcsinálni. Az édesapja egy alkalommal későn érkezett érte az óvodába. Már csak az óvónő és ő volt a csoportban. Lola úgy emlékszik vissza, hogy ekkor egy „hang jött” a fejében, és azt mondta, hogy „az apukád meg fog halni, és nem jön érted”. Ez a kellemetlen gondolat visszatérővé vált, az önbántalmazás is mindennapos lett. Lola a hanghallását nem tudta megosztani senkivel. Egyéni fejlesztésre járt. Az iskolai tanulmányait hétévesen kezdte el. A szüleinek az óvónők azt javasolták, hogy speciális iskolába vigyék, ahol gyógypedagógusok segíthetik a fejlődését. Lola kis létszámú osztályba került. A hanghallás, az önbántalmazás továbbra is fennállt. Beszédbeli nehézségei is voltak. Másodikos koráig nem tudta az *r* hangot kimondani. A szülők átírátták egy „normál” iskolába, így a harmadik osztályt új intézményben kezdte. Lola az új iskolában, az új osztályban rosszul érezte magát. Lassabb volt, nem haladt úgy, mint a többiek. Az iskolában a szülőknek azt javasolták, hogy vigyék el Lolát a Vadaskert Alapítvány Ifjúsági Pszichiátriai Kórház Szakambulanciájára.

A szakvéleményben szereplő dolgokra Lola nem emlékszik pontosan. Az megmaradt neki, 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 azonban nem volt jó a viszonya. Cikizték, bántották. Az osztályban a többieknek is volt valamilyen problémája. Volt, aki hiperaktivitással, volt, aki Tourette-szindrómiával élt. Lola a mindennapokat félelemben élte meg az iskolában. Félelemmel töltötte el, hogy mikor fogják az osztálytársak újból bántalmazni. Hatodikos korában kezdett pszichológushoz járni a szakember magánrendelésére. 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.

A nyolcadik osztály után középiskolában folytatta a tanulmányait. Az új környezet, új emberek stresszt jelentettek Lola számára. Szeretett volna jól teljesíteni. Nem fogadta el, ha középezt kapott, szeretett volna négyest vagy ötöst kapni. Nem bírta

a terhelést, ekkor, 2008-ban jelentkezett a hanghallása. A hangok először biztatóak voltak. A tanórákon a hang azt mondta, hogy „Lola, ügyes vagy, menni fog ez neked”. A hanghallás zavaró volt Lolának. Az egyik földrajzórán a tanárnő észrevette Lola zavaradottságát, és kiküldte a folyosóra, hátha attól jobban lesz. A folyosón nem volt zaj, így még jobban hallotta a hangot, mely immár zaklatóvá vált: azt mondta Lolának, hogy meg fog halni. A pszichológus, akihez járt, javasolt számára egy pszichiátert. Lola felkereste a szakembert, 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. Elmondása szerint az osztályon dolgozó ápolók fizikailag és érzelmiileg is bántalmazták, ami tovább növelte a szenvedését. A kórházi kezelés után Lola folytatta a középiskolai tanulmányait. Az állapota változékony volt. Sokat gondolkozott azon, amit a pszichiáter mondott, hogy ő elmebeteg. Úgy érezte, hogy a pszichiáternek csak egy tárgy, ami futószalagon érkezik. Ugyanakkor szerelmet érzett a pszichiáter irányába. Ez a kettőség furcsa érzéssel töltötte el őt. A magas dózisban szedett antipszichotikumtól sokat aludt, nehezen tudott tanulni.

A sikeres érettségi után Lola a továbbtanuláson gondolkodott. A szociális munkás szakot választotta. A tanulás nem ment könnyen, szenvedett a hallucinációktól. A vizsgákra való felkészülésben sokat segített az édesapja. Lola meglátása szerint édesapja nagyon sokáig kisgyerekként kezelte őt, és túlságosan kiszolgálta. Az akkori pszichiátere ajánlotta, hogy keresse fel a Semmelweis Egyetem Ébredések Alapítványi Közösségi Pszichiátriai Centrumát. 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 emberekre aggatnak. A tünetekben hisz, de a betegségben nem. Lola meglátása szerint valakit bipolárisnak, mást depressziós-nak, megint mást kényszerbetegnek címkéznek. Véleménye szerint az életesemények azok, melyek ezt vagy azt kihozzák az emberből. A közösségi pszichiátriai ellátás igénybevétele mellett a Hanghalló Önsegítő Csoportba kezdett járni. A tapasztalati szakértők támogatása sokat segített neki. A közösségi ellátás során kapott segítség által Lola nyitottabb lett a családjá és más emberek irányába. Baráti kapcsolatok alakultak az önsegítő csoportba járó tagtársaival. Az egyik csoporttaggal szerelmi kapcsolatba került. Ez a kapcsolat mind a kettőjükre pozitívan hatott. Lola családjá először nem örült ennek a kapcsolatnak. Nem értették, hogy miért jó ez.

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. Jelenleg 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 jelentkeznek, például a próbanyelvvizsgánál. Öt évvel ezelőtt volt utoljára kórházban. Csökkentet dózisban szedi a gyógyszereit. A kórházi kezelések 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 jóllét elérésében. 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.

Jelenlegi 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

65 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült nő

Magdolna nagy szeretetben, vallásos nevelésben nőtt fel. A szülei a széltől is óvták. Meglátása szerint túl óvó, féltő környezetben nőtt fel. Felnőttként nem volt gyakorlata a társadalmi életben való részvételben. A világot csak könyvekből ismerte. Az óvó környezet előnyének a biztonságot tartja. 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.

Jónak lenni elvárás volt. Ha Magdolnának olyan gondolatai adódtak, melyek a vallásos neveltetéssel nehezen összeegyeztethetőek, akkor büntudatot érzett. Magdolna véleménye szerint az ember nem szabályozza, nem tudja befolyásolni a gondolatait. A cselekedeteinkért felelősek vagyunk, és ezt a vallásban elnyomják a gyerekek-nél. Felnőttként egy szorongó, vallásosan nevelt embernél gyakori lesz a büntudat érzése. Magdolna felnőttként nehézségként élte meg, hogy nem tanult meg nemet mondani, kiállni önmagáért. Fiatal felnőttként nem tudott konfrontálódni. Konfliktushelyzetben hallgatott, és megpróbált jó lenni. Magdolna meglátása szerint az se jó, ha az ember túl jó, mert sérülékenyebb lesz. 18 éves volt, amikor egyetemre ment, és elkerült otthonról. Fizikus lett, egy kutatócsoport tagjaként sikeresnek mondhatta magát.

Magdolna édesanyja a szemére hányta, hogy egyedül hagyta őket. Anyja gondozta Magdolna beteg apját, úgy vélik, a lányuknak nem lett volna szabad elhagynia őket. 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 őt megbántani. Magában hordozott mindent nehézséget, az abortuszt is, amin átesett. A problémáit senkivel nem tudta megosztani. A feszültségek összegyűltek, és összeroppant. A vallásos közösséghez erősen kapcsolódott. Az ottani barátságai voltak a legfőbb emberi kapcsolatai. Most úgy emlékszik vissza, mintha egy szekta tagjává vált volna ebben az időszakban. 27 évesen, amikor párkapcsolati krízis miatt bekerült a Lipótra, fogalmazódott meg benne, hogy szakítani fog ezzel a vallásos, baráti társasággal. Egy zsidó fiúba volt szerelmes, és teherbe esett tőle. A fiú szülei azonban nem fogadták el, hogy ő keresztény, és arra kényszerítették, hogy vetesse el a gyereket. Haza nem szeretett volna menni az édesanyjáék miatt. Az utcán bolyongott, és onnan került a pszichiátriára. Első kórházi tartózkodásánál neurózist diagnosztizáltak nála. Hangokat nem hallott, de mérhetetlenül magányosnak érezte magát. A vallásos csoport tagjai 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 családjuk. Igazságtalannak érezte a helyzetét, hogy mindenki boldog, csak ő nem. Sokszor azt gondolta, hogy „dögöljön meg mindenki”. Ekkor a vallás jutott eszébe. Magdolna azt gondolta, hogy bűnbe esik a rossz gondolatoktól. Az orvosa azt javasolta az édesanyjának, hogy adja férjhez Magdolnát.

Magdolna Budapestre költözött. Korábban albérletben élt. A szülei nem vettek neki lakást, hogy nehogy érdekből akarja majd valaki feleségül venni. Ekkor saját lakásba költözött. A mindennapokat szorongásokkal élte meg.

Magdolna a második kórházi tartózkodásnál kapta meg a szkizofrénia diagnózisát. Kollégái, akik a kutatócsoportjának a tagjai voltak, minden nap meglátogatták a pszichiátrián. Magdolna úgy gondolja, hogy a felépülését a kollégáinak köszönheti. Nagyon sok szeretetet, támogatást és elfogadást kapott tőlük. Ezért is érzi azt, hogy ha tud, segít másoknak. Későbbi férje is azon kollégák közé tartozott, akik támogatták őt a felépülésben.

A férjével való házasságból született első gyermeke meghalt. Nagyon sokáig szomorkodott, nagyon megviselte a gyermeke elvesztése. Aztán újra várandós lett, és egészséges gyermeknek adott életet. Nem szerette 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 Magdolna az édesapját ment látogatni, az anyósa vigyázott a fiára. A gyermek mosolygós volt, de amikor Magdolna hazaérkezett, a kislány szomorúnak tűnt. Magdolna dühöt érzett az anyósa iránt. Azt gondolta, hogy az anyósa megrontotta a kislányt. Nemsokára megszületett a következő fiúgyermek. A szülés nagyon megviselte Magdolnát. Az idősebb kislány féltékeny volt az öccsére. Magdolna attól a kellemetlen gondolatától szenvedett, hogy a középső gyermek nem az övé. Nem kedves, nem mosolyog, megrontotta az anyósa.

Magdolna egyedül volt otthon, nem bírta a gyermekeket ellátni, a nagyobbik kislányt beadták a bölcsödébe. A kislány még jobban elkeseredett. Magdolna véleménye szerint rossz családban volt. A lelki gondok és a hormonális dolgok is megviselték. A kisebbik fiát meg akarta menteni, a nagyobbik fiáról azt gondolta, hogy azt csinálhatnak vele, amit akarnak. Kényszerű érzett, hogy meneküljön. Elment a másik házába, és elvitte a kisebbik gyermeket. Mindig is el akart válni a férjétől, a mai napig is, de visszatartotta, hogy fel kell nevelni a gyermekeket. Próbált beszélni a férjével, aki lerázta őt. Magdolna meg akarta menteni a kisebbik gyereket, és azt gondolta, hogy talán legjobb lenne, ha meghalnának. Fél napot sem volt abban a lakásban, ahová menekült. Kényszerzubonyban Lipóra vitték. Ezeket az eseményeket a mai napig sem tudja elfelejteni. Szeretetet nem kapott a férje anyjától. Úgy érezte, hogy az anyósa meg akarja ölni. Nem akart a pszichiátriáról hazamenni. Azt gondolta, hogy ő nem képes a világban való életre. Azt szerette volna, ha továbbküldték 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. Az életársával időközben sok év után összeházasodtak. Szeretetet nem kapott, csak durvaságot. Magányban nőttek fel a gyerekek, amit sérelmeznek is. Magdolnát 1996 után

leszázalékolták, ami azzal járt, hogy még jobban elszigetelődött. Időközben súlyos tüdőbetegsége alakult ki.

Magdolna kapcsolatba került az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Központjával. A családjával pszichoeducációs 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. Stigmatizációt a férje családjának a részéről élt meg. Ő magát nem tartotta „bolond”-nak. 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, most lakásokat újít fel, majd értékesíti. A mindennapi élethez kevés segítséget kap a családjától. Magdolna véleménye szerint a munka kiemelten fontos a felépülés útján. Magdolna a felépülésében a volt kollégák támogató szeretetét emelte még ki. Fontosnak tartja, hogy a céljainktól ne tántorodjunk el, még ha nehéznek is tűnnek.

Jelenlegi helyzet:

Magdolna a Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés koordinátora. Munkáját lelkesen végzi. Dolgozik, az üzleti vállalkozásait szervezi, irányítja. A tüdőbetegsége miatt a fizikális állapota rosszabb. Minden napot ajándékként él meg.

SÁMUEL

63 éves, paranoid szkizofréniával diagnosztizált felépült férfi

Sámuel Szegeden született. Az édesanyja a kórházban hagyta, így került állami gondozásba. Iskolásévei alatt nevelőotthonban élt. Sámuel jónak találja, hogy közösségben nőtt fel. Kiegyensúlyozott, vig kedélyű gyerek volt. Az általános iskolában közepes tanuló volt. Az általános iskola után tanulmányait élelmiszeripari szakközépiskolában folytatta. A szakközépiskolában az egyik osztálytársa testvére barátnőjének ugyanaz volt a családi neve, mint Sámuelnek. Sámuel megismerkedett ezzel a lánnyal. Kiderült, hogy unokatestvérek. Így talált rá Sámuel az édesanyjára. Sámuel 17 éves volt, amikor az édesanyja kezdeményezte az állami gondozás megszüntetését, ezután hazakerült Szegvára.

Sámuel kibukott a középiskolából, így nem tudta befejezni a tanulmányait. Nagymágocsra került, ahol egy tsz-ben kezdett dolgozni. Egy alkalommal megkérdezte édesanyjától, hogy ki volt az apja. Az asszony méregbe gurult, és sodrófával elverte Sámuel, aki ezek után bevágta a sodrófát a kemencébe. Az édesanyjával

ezek után végleg megromlott a viszonya. Sámuel Hódmezővásárhelyre került, ekkor 19-20 éves volt. Tanulmányait nem tudta folytatni, mert nem kapott támogatást. Betanított lakatosként kezdett el dolgozni. 20 éves korára perforációs gyomorfekélye lett. A betegségből hamar felgyógyult.

A helyi párttitkár fiával jó barátsága alakult ki. Sámuel a barátjával Németországba, egy elektromos műszereket gyártó műhelybe ment dolgozni. Az itt töltött évek alatt is fontos volt Sámuelnek a közösségi élet. A helyi KISZ-összejevetelekre is eljárt. Ezt követően Prágába került, ahol három évig szintén betanított munkásként dolgozott. Ezek alatt az évek alatt igazán közeli jó barátja nem volt. Jóban volt a kollégáival, de nem tudta elfogadni, hogy azok nagy mennyiségű alkoholt fogyasztanak. A prágai évek után egy évet Magyarországon dolgozott. A következő fontos állomás Sámuel életében Líbia volt, ahol három évet dolgozott az építőiparban. Katonai objektumokat építettek. A három év letelte után Sámuel újra Magyarországon élt és dolgozott. Ebben az időszakban munkásszállón lakott. Később Székesfehérváron egy cégnél telephelyvezető lett, és szolgálati lakást kapott. A cég raktárából építőipari anyagok tűntek el, és Sámuel hibáztatták. Sámuel vétkes volt, és igazságtalannak érezte a helyzetet. Otthagyta munkahelyét, és Szentgotthárdon egy ipari csarnokokat építő cégnél helyezkedett el. Itt két évig dolgozott, és IBUSZ-lakásban élt ez alatt az idő alatt.

A következő éveket a szkizofrénia problémája tette zavarossá. Sámuel munkásszállón élt, 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 nála az első pszichotikus epizód. Hanghallásai, vizuális hallucinációi és téves, paranoid gondolatai voltak. Világító szemű kutyát látott, ügynöknek képzelte magát, akinek sürgősen beszélnie kell Göncz Árpáddal, majd kényszeresen rendszámablákat olvasott.

Sámuel a 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. A hölgy lánya mindezt nem nézte jó szemmel. Azt gondolta, hogy Sámuel az idős hölgy lakását szeretné megszerezni, de ez nem így volt. Sámuel szerette a „mamit”, és segíteni szeretett volna neki. Később a „mami” lánya elfogadta a helyzetet, és segítségként élte meg Sámuel jelenlétét. Az idős hölgy később Szentgotthárdra került, és Sámuel hajléktalan lett. Segítséget kért az akkori Szociális és Családügyi Minisztériumtól, ahonnan egy hajléktalan embereket segítő átmeneti szállóra került. Itt hamar beilleszkedett a közösségbe. Újra munkát keresett, és egy vízszelelő mellett kezdett el dolgozni. Szorgalmasan pénzt gyűjtött, hogy tovább tudjon lépni a szállóról.

Sajnos azonban rosszabbodott az állapota, nem szedte rendszeresen a gyógyszerit. Ekkor depoinjekció 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 mentális zavarának a természetét, jellemzőit. Ez sokat segített az állapot elfogadásában.

A hajléktalanszállót működtető önkormányzat pályázatott hirdetett a szállón élők részére. Azok a hajléktalanok, akik legalább egy évig munkaviszonyban álltak az önkormányzattal, lakáshoz juthattak. Sámuel bekapcsolódott ebbe a programba, és a program lejárta után valóban lakáshoz jutott. A program alatt együtt kellett működni a kerületi családsegítővel. Az együttműködés során felajánlották Sámuelnek, hogy járjon el a kerületben akkoriban induló pszichiátriai betegek nappali klubjába. Sámuel rendszeresen látogatta a filmklubbot. Nemsokára nem érezte szükségét annak, hogy a klubba járjon, mondván, ott beteg emberek vannak, és ő már nem az. A munkahelyi közösséget fontosabbnak tartotta a felépülésében. Sámuel azóta is ebben a lakásban él, amit időközben a megtakarított pénzből teljesen felújított.

Jelenlegi helyzet:

Sámuel több mint 15 éve tünetmentes. A kezdeti gyógyszereihez viszonyítva csökkentett adagban kapja az antipszichotikumot. A mindennapokban belgyógyászati problémák okoznak nehézséget a számára. Rokkantsnyugdíjas. A jobb megélhetésért továbbra is dolgozik az önkormányzati cégnél. Ugyan egyedül él, de jó barátságot ápol a szomszédokkal. Ezekre a barátokra mindig számíthat, minthogy ők is számíthatnak Sámuelre. Szabadidejében barátokkal, kollégákkal jár moziba, színházba, kirándulni és egy jót beszélgetni.

SZILVIA

38 éves, bipoláris zavarral diagnosztizált felépült nő

Szilvia Kárpátalján született, és általános iskolás koráig ott is élt családjával. Édesanyja ének-zene tanár, nyugdíjasként jelenleg is tanít. Édesapja diplomás, de gyárban dolgozott a család jobb megélhetéséért. Egy bátyja van, akivel máig jó testvéri kapcsolatot ápol. Bátyja sokat vigyázott rá gyerekkorában, később Szilviát sokszor a bátyja segítette át az élet különböző nehézségein. Boldog gyerekkora volt. Szilvia

inkább apás volt, édesanyjával sokat veszekedett. Szilvia meglátása szerint édesanyjával is jó a kapcsolata, de nincs meg az „igazi lánya–anya-kapcsolat”.

Cserkészként sokat járt kirándulni, és már gyermekkorában kialakult a természet iránti szeretete. A közösség az általános és a középiskolájában is nagyon jó volt. Az általános iskolai osztálytársaival még most is összejárnak, és tartják a kapcsolatot. 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 a továbbtanulásával kapcsolatban. A pap egy Magyarországon újonnan induló egyházi iskolát javasolt Szilviának. Szüleit meglepte a magyarországi továbbtanulás ötletével. Megnyugtató volt a szülők számára, hogy Szilvia egyházi iskolába ment.

1992-ben egyedül költözött Magyarországra, és ösztöndíjasként 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 éveit úgy érezte, az az elvárás, hogy jól tanuljon. Ösztöndíja 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 Karára.

Budapestre költözött albérletbe. Sok segítséget kapott bátyja Magyarországra költözött barátjának a családjától, valamint a Magyarországon élő általános iskolai osztálytársaitól. Az iskolai tanulmányai mellett elkezdett dolgozni, hogy fenn tudja tartani magát. Diákmunka keretében adatrögzítést végzett. Ukrán állampolgárként azonban nem sokan akarták foglalkoztatni. Szilvia ebben az időszakban szegénylte, hogy Ungváron született. Az orosz nyelvtudás előnyt hozott a munkavállalásban, orosz érdekltségű cégeknél dolgozott. Később bankban helyezkedett el. Két és fél évig telefonos ügyfélszolgálaton, majd később irodában dolgozott. 12 éve dolgozik a banki szektorban.

A jogi tanulmányait félbeszakította, mert 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. A Közgazdasági Egyetemen kezdte meg a tanulmányait. Több OKJ-tanfolyamot és nyelvtanfolyamot végzett. 24 évesen férjhez ment. Utólag visszatekintve Szilvia úgy ítéli meg, hogy ez nem szerelemházasság volt. 20 éves kora óta hallgatta a szüleitől, hogy „vénlány” marad, és a megnyugtatókra ment férjhez. A házasságában „tengett-lengett”.

Tíz év házasság után elváltak. A szülei már az ötödik év után azt javasolták Szilviának, hogy váljon el. Szilvia a házasságára visszatekintve problémának látja, hogy

nem tudott nemet mondani. Most úgy látja, hogy naivan viselkedett, és szerencsés lett volna, ha határozottabb lett volna. Szilvia mindig is szeretett segíteni a segítségre szorulókon – legyen az barát vagy kolléga. Időközben megfogalmazódott benne, hogy jó segíteni másokon, de a saját életébe is kell energiát fektetnie. 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 10-12 órát dolgozott, és mellette tanult. Hétvégenként bulizott, és sokszor az ivásba menekült. Az élethelyzetből adódó stressz miatt nem tudott enni. Lefogyott 20 kilogrammot. Felborult az alvásritmusa.

Szilvia mentális zavara 35 éves korában jelentkezett. Elérkezett az államvizsga napja, de Szilvia nem jutott el a vizsga helyszínére. Útközben olyan érzése támadt, hogy ő egy filmben a főszereplő. Olyan gondolata volt, hogy a szülei nem a szülei, mintha örökbe fogadták volna. Úgy élte meg, hogy káosz lett az agyában. Elköltött 100.000-150.000 forintot 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. Szilvia a barátok segítségével eljutott egy pszichológushoz, aki azt javasolta, hogy keressen fel egy pszichiátert. Szilvia bizalmatlan volt, egyedül önmagában bízott. Úgy érezte, hogy ebből a helyzetből csak önerőből tud kijönni, és nincsen szüksége szakemberre.

Szilvia szüleivel felkereste az Ébredések Alapítvány Közösségi Pszichiátriai Centrumát. Az őt fogadó szakember bizalmat ébresztett Szilviában. Kórházi kezelésre nem került sor. 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 el szeretett volna költözni a lakásából. Fél év után abbahagyta a gyógyszerek szedését. Újra jelentkeztek a mentális zavarának a tünetei. Telefonon újból segítséget kért a barátaitól, akik kórházba vitték őt. 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, 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, akivel három hét után összeköltöztek. Szilvia megtalálta az igazi párját. Összeházasodtak. 14 hónap után újra munkahelyet váltott, visszament a korábbi

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. A további tényezők, melyek Szilvia meglátása szerint a felépülését elősegítették: az, hogy nem szeretne újabb állapotrosszabbodást, visszatalált önmagához a végbement változások által; a vallás („A Jóisten úgyis segít!”), az akaraterő; rájött arra, hogy segítséget kell kérni; a család, barátok; hogy a doktornő hogy bízott benne.

Jelenlegi helyzet:

Szilvia 38. hetes várandós. Jelenleg nem szed gyógyszereket, tünetmentes. Nem dolgozik, várja gyermeke érkezését. Férjével szeretnének még egy gyermeket. Szilvia úgy tervezi, hogy mikor a gyermekek óvodások lesznek, újra dolgozik majd. Szeretne jó anya lenni és a gyermekeinek jó családi hátteret biztosítani. Barátaival továbbra is jó, aktív kapcsolatot ápol.

ZALÁN

48 éves, bipoláris zavarral diagnosztizált felépült férfi

Zalán 18 éves korától kezdve akkor érezte jól magát, ha külföldre utazhatott. Olyan szerencsés helyzetben volt, hogy ezt sokszor megtehetette. Amikor elutazott valahova, mindig azt érezte, hogy feltöltődött. Amikor hazaérkezett a külföldi utakról, jól érezte magát. Nem zavarta semmi, jókedvű volt. Ezek viszonylag rövidebb időszakok voltak, utána hosszabb nyomasztó időszak kezdődött. Nyomasztotta az az életforma, ahogy az emberek Magyarországon éltek.

Amikor egyetemista lett, a tanulmányai nem kötötték le. Nem látta és nem hitt a tanulás eredményességében. Inkább az motiválta abban, hogy egyetemista legyen, hogy ne kelljen a sorkatonai szolgálatot letöltenie. Ez egyfajta kibúvó is volt. Zalán az egyetemi időszakokban is folyamatosan utazott. Amikorra 1991-ben végzett az egyetemen, már megszületett a kislánya, Zora. Később az első házasságából született egy fia is. Ez nagyon furcsa helyzet volt Zalán számára, mert nem tudta, hogy miből fognak megélni. Mégis úgy gondolta, ha már úgy alakult, hogy a barátnője terhes lett, mindenképpen föl kell nevelni a gyermeküket, és majd lesz valahogy. Lett is, csak akkor még kilátástalan volt a helyzet. Sok volt ez a teher, ami Zalánra nehezedett. Saját felelősségének érezte a családjáról való gondoskodást. Úgy érezte, hogy neki kell megtalálni a kiutat.

Zalán agráregyetemen végzett, és a bábolnai gazdaság külkereskedelmi irodájában kezdett dolgozni. Az új munkahelyén kiképezték volna külkereskedővé. Úgy érezte, hogy van jövője, karrierlehetősége a cégnél. Négy hét után mégis úgy döntött, hogy kilép a munkahelyéről. Nem sokkal később, 1991 novemberében depresszióval kórházba került. A lehangoltsága erős büntudattal járt együtt. Ez volt az első alkalom, amikor depresszióval kezelték. Zalán utólag visszatekintve úgy gondolja, hogy ez volt a legrosszabb helyzet, az a két hét, amit a kórházban töltött. Zalán orvosa egy vizit alkalmával azt mondta, hogy „majd kirántják” őt ebből a helyzetből. Volt egy hét, amikor nem tudott magáról, mert állandóan infúziót 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 tízféle 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 kilencvenes években ezt élte meg folyamatosan. Évente háromszor-négyszer fordultak elő 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 alakult, hogy mindig abbahagyta. Akkori állásában egyetemi tanársegéd volt. Akkor vált el második feleségétől, mikor elkezdett dolgozni, emiatt rossz állapotba került. 2001 júniusában véget ért a foglalkoztatása. Utána egy évig betegállományban volt, leszázalékolták. Fordítói munkákat vállalt, egészen 2007-ig ebből élt.

Zalán 1995-ben elvált az első feleségétől, 1996-ban új kapcsolata lett, és abból is született egy kislánya. Összesen négy gyermekük volt, mert a második kapcsolatából Zalán párjának már volt egy lánya. Zalán mentális zavara, a bipoláris zavar a párkapcsolatára is nagyon komoly hatással volt. Zalán úgy látja, hogy ezért szakadtak meg a házasságai, úgy ítéli meg, hogy az ő mentális állapotának változásaihoz nehéz volt alkalmazkodni. 2000 szeptemberében lett vége a második házasságának, utána hét évig egyedül élt. Ez az időszak jó volt arra, hogy többet tudott magára figyelni, arra, hogy mi történik vele. Sok időt töltött egyedül. A gyerekekkel csak hétvégenként találkozott. Zalán jobban tudott figyelni az alvása szabályozására. Az alvás és az ébrenlét ritmusa nagyon könnyen megbillent. Rájött, hogy az alvás szabályozásával a mániás folyamatot el lehet tolni. Megtanulta, hogy az éjszakai

telefonokra ne reagáljon. Ezekben az esetekben tudatosan visszaaludt. Így tudta az aktívabb időszakokat elfogadhatóbbá tenni, az alvás tudatos szabályozásával. Ebben az időszakban Zalán úgy érezte, hogy jobban tudja kezelni magát, a mentális problémáját. Ugyanakkor megjelentek nála olyan tünetek, melyek korábban nem voltak jellemzőek. Bizonyos helyzetekben olyan vizuális élményeket tapasztalt, mint korábban nem. Megélt olyan helyzeteket, amikben nem volt biztos, hogy valóságok. 2007-től ezek az depressziós-mániás időszakok, ingadozások megszűntek.

2006 második felétől Zalán borzasztó költségekbe kezdett. Egy ismerősével Berlinbe utazott. Adminisztratív hiba miatt az ismerős repülőjegyével gond adódott. Zalán minden pénzét odaadta neki, hogy új jegyet vásároljon. Négy napot töltött Berlinben pénz nélkül. Miután hazatért Magyarországra, állandósult 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. Zalánnak hónapok át nem volt keresete. Októbertől kezdett újra dolgozni. Egy internetes munkába kezdett, melyet azóta is végez. Törlesztette az adósságait.

2007 tavaszán volt az utolsó depressziós időszak. A depresszió elmúlt, helyette pszichotikus állapotok jelentkeztek. Ezekre jellemző, hogy hamar elkezdődnek, és gyorsan beszippantják Zalánt. Pár nap leforgása alatt más lelkiállapotba kerülhet. Zalán ezekben az állapotokban nem tudja a mindennapi életvitelét folytatni. Ilyen mentális állapot először 2009 márciusában alakult ki nála, nem sokkal azután, hogy 2009 februárjában megszületett a kisfia. Ebben az időszakban Zalánnak hallucinációi voltak. A gyermekorvosi 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. Például ha fölemeli a kezét, fúj a szél. Zalán úgy érezte, hogy minél jobban hisz ezeknek a dolgoknak a valóságában, annál valósabbnak éli meg őket. Meglátása szerint olyan gondolatmenetek lépnek fel nála, melyeknek már semmi közük a normál élethez. Azóta ez a pszichés élmény, állapot többször megtörtént vele. Mindig újabb és újabb gondolatkombinációval bővülte ez mentális zavar. Ez a lelki folyamat nagyon erős félelemérzettel párosul. Magát a félelemérzetet, a gondolkodást inspirálja és irányítja. Zalán ilyen mentális állapotában hanghallást is tapasztal. A hangok irányítják a cselekedeteit. Legutóbb 2015 januárjában volt ilyen állapotban. Felesége ezt az állapotváltozást észlelte, és kórházba vitte. Zalán mentális zavara egy-két nap gyógyszeresedés után rendeződik, és ez az állapot nem válik tartóssá. Nincsen folyamatosan hanghallása. Ahogy a depresszió esetében az első epizód volt a legszörnyűbb, ennek a jelenségnek az esetén is így van, az első hanghallásos eset volt a legborzasztóbb. Zalán azt gondolja, hogy az életkor előrehaladtával bizonyos

dolgok ismétlődnek, ezáltal ezek a motívumok is ismétlődnek, az ismerős már nem úgy hat, mint az új.

Zalán az új internetes munkája és párkapcsolata életmódváltást eredményezett. Úgy ítéli meg, hogy az élete unalmasabb, mint korábban, a munkája is unalmas és egyhangú. Nincsenek benne 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 kitépte 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, hogy ha állapotváltozást észlel Zalánál, szól az apósának, és elviszik szakemberhez. Zalán nem aggódik a mentális állapotában jelentkező zavarok miatt. Mindent ugyanott folytat, ahol az állapotváltozás előtt tartott.

A hanghallással járó mentális zavar leküzdésében Zalánnak segít, ha kapaszkodókat talál. Előfordult például, hogy úgy érezte, tárgyak helyeződtek át. Látott egy embert a békéről szóló felirattal a pólóján, és ő magára vette a pólón lévő üzenetet. A lelki béke megteremtődésének élte meg. A zavaró tünetek lecsengtek. Zalán ilyenkor megpróbál olyan dolgokat találni, melyekből személyes tartalmakat von le, melyek segítenek a mentális zavar leküzdésében. Ha jelentkezik valami eltérő, nem tulajdonít neki jelentőséget. Tovább tud lépni. Tudatosan teszi, tudja, hogy ez a problémája tünete. Nem figyel rá, nem hagyja kizökkenteni magát, és a jelenség elmúlik. Zalán úgy gondolja, hogy mentális zavarral nem lehet „normális”, szokványos életet élni. Stigmatizációt azonban nem élt át a mentális zavara kapcsán.

Zalán saját megítélése szerint nem barátkozás, de azért vannak barátai. Egy volt egyetemi csoporttársa szintén bipoláris zavarral küzd. Vele szokták megbeszélni a mindennapi életüket. Zalán meglátása szerint maga a barátság is segítség, kölcsönös segítségnyújtás. Meg lehet beszélni a dolgokat, kölcsönösen lehet segíteni egymásnak.

A mindennapi életben adódó célok eléréséhez és az 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 jelentenek, ami bizonyos értelemben páratlan, például így lehet megtapasztalni azt, hogy a tudatunk mire képes.

Zalán a pszichoszociális rehabilitációs támogatások közül a relapszusprevenciót tartja leghasznosabbnak és legfontosabbnak. Fontosnak tartja még, hogy a mentális zavarral élő ember dolgozzon.

Jelenlegi helyzet:

Zalán felépültnek tartja magát. Számára a felépülés azt jelenti, hogy jól érzi magát. A felépüléshez vezető úton fontos volt a tudat, hogy vannak gyermekei, akiknek szükségük lehet rá. Másik tényező, mely a felépüléséhez vezetett, a buddhizmus. A dalai lámán keresztül vezetett el az útja a tibeti buddhizmushoz és 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 azt. Az ezen való gondolkodás segített Zalánnak.

Zalán dolgozik. Tibeti feleségével él, és nevelik közös gyermeküket. Célja, hogy felnevelje fiát, és tudja támogatni gyermekeit.

ZSUZSA**44 éves, szkizofréniával diagnosztizált felépült nő**

Az édesanyjával és az édesapjával családi környezetben nevelkedett fel. Testvére nincsen.

Óvodás éveivel kapcsolatban kellemetlen emlékekkel él. Egy kisfiúval papás-mamást játszottak. Egyik alkalommal Zsuzsa nem szeretett volna ilyet játszani vele, ezek után a kisfiú az óvoda udvarán egy kővel fejbevágtta Zsuzsát. Zsuzsa az ütés következtében nem kapott levegőt. Ez az esemény később kihatott a szexuális életére. Az iskolás éveivel kapcsolatban egy nyári emléket fontosnak tart. A Velenceitónál elcsavargott egy barátjával. Szülei nagyon megijedtek. Amikor Zsuzsa előkerült, két pofont kapott az édesapjától.

Zsuzsa nagyon szerette apai nagyszüleit, szeretett náluk lenni. Középiskolai tanulmányainak a befejezése után a Budapesti Pénzügyi Főiskolán információrendszer-szervezői tanfolyamra járt. Egy élelmiszerral kereskedő cégnél sikerült elhelyezkednie, ahol tíz évig dolgozott. Zsuzsa ennél a cégnél dolgozott, amikor a mentális zavara jelentkezett, de a mentális zavar okozta nehézségek mellett is meg tudta tartani az állását. Később a cég csődbe ment, és Zsuzsa a Boschnál, illetve a Siemens Kft.-nél kezdett dolgozni. 1996-ban férjhez ment. Zsuzsa úgy tekint vissza a házasságára, mintha társas magányban élt volna.

2005-ben fontos fordulópontra érkezett be az életében. Részt vett egy agykontrolltanfolyamon, ami megváltoztatta a világról való gondolkodását. 2007-ben lett beteg. Zsuzsa sikolyokat hallott, több női hangot is, akik a nevére szólították. Úgy érezte, hogy gondolatok jönnek-mennek a fejében. Kellemetlen gondolatoktól

szenvedett. Félelem töltötte el, hogy a családtagjainak baja eshet. Nem mert kimenni az utcára, úgy érezte, hogy üldözik. A tévében látott reklámok kellemetlen gondolatokat ébresztettek benne. Édesanyja elvitte Zsuzsát a házi orvoshoz, aki beutalta az OPNI-ba, ahol három napot töltött. Később az OPNI bezárt. Zsuzsa 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 családot is bevonták a segítő folyamatban.

Zsuzsa alternatív segítségként elment egy Hellinger-csoportra családállításra. A családgyógyász aktív szakaszában kiderült, hogy Zsuzsa zsidó. A családja ezt a korábbiakban teljesen eltitkolta. Zsuzsa visszaemlékezett, hogy 16 éves lehetett, amikor a nagynénje temetése zsidó szertartás szerint zajlott. 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, hanem öngyilkos lett. Kiderült még, hogy akit Zsuzsa anyai nagymamájaként ismert, valójában az édesanyja nagynénje. Amikor Zsuzsa nagypapája öngyilkos lett, a család a nagymamát hibáztatta, és a gyereket elvették tőle. Az igazi nagymamája 2014-ben halt meg.

Zsuzsa 38 éves volt 2009-ben, mikor a férje vesedaganatban elhunyt. Zsuzsa ezek után hazaköltözött a szüleihez. Később eladta a saját lakását, és vett egy lakást ott, ahol a szülei élnek, ahová át is költözött. Öt éve nem dolgozik, „le vagyok százalékolva” – mondta. Elkezdett angolul tanulni, hogy növelje munkaerőpiaci esélyeit. Nyelvtanfolyamra jár, és édesanyja is segíti a tanulásban. Új párkapcsolatra tett szert, amit harmonikusnak érez. Barátságokat is ápol. Kapcsolataiban ő a kezdeményező, a kapcsolatot megtartó. Szabadidejében köt, horgol. Szeret az interneten keresgélni, nézelődni. Aktív tagja a holokauszt túlélőket tömörítő internetes közösségi csoportnak.

Zsuzsának 2011-óta nem volt állapotrosszabbodása. Problémáit nem problémának, hanem feladatnak látja, amit meg kell oldani. Ebben a folyamatban önmagát tartja fontosnak. Időnként eljár a Hanghalló Önsegítő Csoportra. Felépülésében fontosnak tartja a hatékony gyógyszeres terápiát, a családgyógyászást és a Hellinger-féle családállítást. Fontosnak tartja, hogy családi titkaik a felszínre kerültek, amiket fel kell dolgozni. Erre adott lehetőséget a mentális zavara.

Jelenlegi helyzet:

A mentális zavarára jellemző tünetek megszűntek, déjà vu érzései vannak, amit időnként nehezen kezel. A gyógyszerei a kezdetihez viszonyítva csökkentek. Zsuzsa

MELLÉKLETEK

harmonikus párkapcsolatban él. Önálló háztartást vezet, de gyakran vendégeskedik a szüleinél. Három éve jár angoltanfolyamra, most középfokú nyelvvizsgára készül. Több internetes álláskereső-portálon regisztrált, aktívan keres munkát. Céljai között szerepel a munkába állás, aktívan eltölteni a szabadidőt, nyaralni menni. Szeretne újra agykontrollra járni, de elfogadja, hogy a mentális problémája miatt ez nehézségeket okozhatna. Izgatja a kineziológia is.

2. melléklet. 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 készítetek. 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 készítésébe, és részvételem teljesen önkéntes. Tudomásul veszem, hogy a tájékoztató és írásos Beleegyző nyilatkozat egy példányát kézhez kapom.

Budapest, 2015.

.....

aláírás

3. melléklet. A közösségi pszichiátriai ellátás eszköztára

3.1. melléklet. Állapotfelmérés	274
3.2. melléklet. Gondozási terv	286
3.3. melléklet. Problémaelemzés	287
3.4. melléklet. Korai figyelmeztető tünetek	289
3.5. melléklet. Pozitív érzések kifejezése	290
3.6. melléklet. Pozitív szemléletű (konstruktív) kérés	291
3.7. melléklet. Negatív, kellemetlen érzések (szorongás, szomorúság, csalódás, féltékenység, düh, aggodalom stb.) kifejezése	292
3.8. melléklet. Az aktív figyelem technikájának fejlesztése	293
3.9. melléklet. Problémák megoldása és a célok elérése	294

3.1. melléklet. Állapotfelmérés**a) 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:

b) Pszichoszociális problémák felmérése

Jelenleg milyen más problémákkal kell szembenéznie a következők közül?
Munkahely:
Anyagi helyzet:
Lakáshelyzet:
Tanulás:
Szabadidő eltöltése:
Barátok:
Párkapcsolat:
Családi kapcsolat:
Gyerekeknevelés:
Etnikai, kisebbségi ellentétek:
Alkohol- és kábítószerfogyasztás:
Egyéb:
Dátum:
Gondozó aláírása:

c) 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 Önnel, 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 Önnel 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:		

d) Az önellátás felmérése

Tevékenység	Soha nem okoz problémát	Néha okoz problémát	Gyakran okoz problémát	Mindig problémát okoz
Étkezés				
Testi higiéné				
Pénzkezelés				
Mozgás				
Otthoni tennivalók				

e) A mentális állapot felmérése. Az ellátott mentális zavarral 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:

f) Szükségletfelmérés

A kliens a tevékenység elvégzésére					A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	motivált	nem motivált	Tevékenység	Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
Mindennapi életmód, ételvitel									
					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: táplálás, terítés, illetve az asztal leszedése				
					Étkezéshez kapcsolódó viselkedési és illemszabályok betartása				
					Az ételek megfelelő tárolása, tartósítása				

A kliens a tevékenység elvégzésére				A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	nem motivált	Tevékenység	Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
				Mosás				
				Ruházat vasalása				
				Ruházat javítása				
				Takarítás, a környezeti higiéné megtartása				
Individuális alapellátás								
				Rendszeres tisztálkodás, ápolt külső fenntartása				
				A ruházat kiválasztása időjárásnak, életkornak, alkalomnak megfelelően				
				Ruházat rendszeres váltása				
				Napirend kialakítása, megtartása				
				Aktív időöltés, munkavégzés				
				Passzív pihenés				
				Kielégítő alvás				
				Az egyensúly kialakítása és megtartása a szabadidős, a munka- és a mindennapi tevékenységek között				

A kliens a tevékenység elvégzésére				A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	nem motivált	Tevékenység	Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
Szociális kapcsolatokban tanúsított viszonyulás								
				Harmonikus kapcsolatok fenntartása a családon belül				
				Gyermek(e)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 életben való részvétel								
				Tájékozódás a lehetőségekről				
				Kapcsolatfelvétel, a társasági normák, illemszabályok betartása, beilleszkedés				
				Munkalehetőségek keresése				
				Munkahely megtartása				

A kliens a tevékenység elvégzésére				Tevékenység			A szükséges segítségadás formái			
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	nem motivált	Tájékozódás és kommunikáció			Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
				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						
A betegséghez való viszony										
				A betegség, az egyéni tünetek ismerete						
				A pszichés betegséggel való együttélés, a betegség mindennapi tevékenységekre gyakorolt hatásának kiküszöbölése						

A kliens a tevékenység elvégzésére				A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	nem motivált	Tevékenység	Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
				A pszichés betegségből adódó nehéz helyzetek, állapotok önálló befolyásolása, megoldása (szorongás, pánik, hallucinációk stb.)				
				Autoagresszív gondolatok, késztetések esetén segítségkérés, megoldáskeresés				
				Agresszív gondolatok, késztetések feloldása, segítségkérés				
				A betegség megfelelő kommunikálása személyes kapcsolatban, közösségben, munkahelyen				
Az egészséges és kiegyensúlyozott állapot iránti igény és egészségmegőrzés								
				Együttműködési 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 kliens a tevékenység elvégzésére				A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	nem motivált	Tevékenység	Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
				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 (gyógyszeresedés, diéta, torna stb.). Krónikus betegségnél a rendszeres kontroll betartása				
				Ételek, italok fogyasztása az étkezések számát és a fogyasztás mértékét tekintve is megfelelően				
				Kiegészítő, nem egyoldalú étrend, egészséges táplálkozás, amely az esetleges megbetegedések) által követelt étkezési szabályoknak, diétának is megfelelő				
				Tudatos, egészséges mértékű kávéfogyasztás				
				Nikotinfüggőség leküzdése				
				Alkoholprobléma leküzdése				

A kliens a tevékenység elvégzésére					A szükséges segítségadás formái				
képes	képes, de nehézséggel	nem képes	motivált	nem motivált	Tevékenység	Nem igényel segítséget	Tanácsadást igényel	Irányítást igényel	Teljes körű, illetve intenzív segítséget igényel
					Drog- és gyógyszerfüggőség leküzdése				
					Fizikai erőnlét megőrzése, rendszeres testmozgás				
					Kiseb egészségügyi problémák önálló kezelése				
					Krízishelyzetek, veszélyeztető magatartásformák elkerülése az egészség és biztonság megőrzése érdekében				
Dátum:									
Gondozó aláírása:									

3.2. melléklet. Gondozási terv

Elválaszthatatlan része az 3.1. 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>	
Gondozók 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:	
Gondozó:	
Terápiás munkatárs:	
Gondnok:	
Dátum:	

3.3. melléklet. Problémaelemzés

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 ez ideig tett minden kísérletet (sikereseket és sikerteleneket egyaránt; a szakszerű kezelést stb. is beleértve).

.....
.....

TÁMOGATÓK (Kinek a segítségére számíthatunk?)

.....
.....
.....
.....

3.4. 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 gyógykezeléssel kapcsolatban, haladéktalanul a következő személyhez kell fordulnom:

Név: Telefonszám:

Dátum: Gondozó aláírása:

3.5. 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			

3.6. melléklet. Pozitív szemléletű (konstruktív) 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			

3.7. melléklet. Negatív, 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, arc-kifejezése 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			

3.8. melléklet. Az aktív figyelem technikájának fejlesztése

- Nézzen az illető szemébe, és húzódjon a közelébe!
- Figyeljen éberén arra, amit beszélgetőpartnere mond!
- Mutassa ki érdeklődését (időnként bólintson, hümmögjön egyetértően, stb.)!
- Tegyen fel kérdéseket a közlendők pontos tisztázása érdekében!
- Ellenőrizze, hogy pontosan megértette-e az illető mondandóját!

Aktív odafigyelés

Jegyezzék fel, hogy az egyes résztvevők hány kérdést tesznek fel a tárgyalt probléma/ cél lehető legteljesebb tisztázása érdekében!

Hallgató neve

Feltett kérdések száma

3.9. melléklet. Problémák megoldása és a 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. Célrányos, tisztázó kérdések feltevésével könnyebb tisztázni a problémát. Az összetettebb problémákat/célokat több részre kell tagolni.

.....
.....
.....
.....

2. lépés: A lehetőségek teljes körű számbavétele – 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. melléklet. Az Ébredések Alapítvány támogatott foglalkoztatási programja

(Bulyáki – Harangozó 2004)

Programunk lépései

1. Kapcsolatfelvétel

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

2. Felmérés

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

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

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, amely még elfogadható a munkavállalásra jelentkező számára. Ennek fontos eszköze az ún. Személyre Szabott Munkakeresési Terv, amelynek szempontjai az alábbiakban láthatók.

SZEMÉLYRE 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

.....

.....

Ebben a kérdőívben azokat a kérdéseket soroltuk fel, amelyek alkalmasak a kliens igényeinek feltárására. A *Munkalap*ot a kliens a gondozói, hozzátartozói segítségével 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, ugyanis 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? – A munkavállalásra jelentkezők sokszor a végzettségüktől eltérő munkaterületek iránt is érdeklődnek; gyakori a sokirányú munkatapasztalat. Fontos, hogy tárjuk fel azokat a munkaterületeket, amelyek örömteli munkát jelenthetnek a munkavállalásra jelentkezőknek.

Milyen szervezésben? (A magánszférában vagy a 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 sem, hiszen sok esetben fontos kritériumok lehetnek a munkavállalásra jelentkezők számára (pl. egy szociális fóbiával 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 magát, viszonyítási alapul sok esetben a minimálbér szolgál számára. 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 stresszterhelhetőségének feltérképezése.

Főbb erősségek? – Azoknak a képességeknek, készségeknek a feltárása, amelyek a munkavállalásra jelentkező erősségei (ilyen pl. az alaposság, a megbízhatóság vagy a monotoniatűrés, 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 munkaajánlat 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.

4. Készségfejlesztés

A munkavállaláshoz szükséges álláskereséshez (önéletrajzírás, telefonon való álláskeresés, első interjú, a munkaügyi kirendeltségen való regisztráció) és a munkahely megtartásához szükséges képességek fejlesztése (kapcsolatteremtés a kollégákkal, konfliktuskezelés, hatékony kommunikáció, személyes érdekek hatékony képviselete), 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 2×45 perces, hetente két alkalommal. Fontos, hogy hasonló készségű emberek kerüljenek egy csoportba. A felkészítő tréningen fontosak a házi feladatok is, mivel elősegítik, hogy a munkavállalásra jelentkező személy az adott készséget a valós életben is kipróbálja.

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

G. sikeres munkavállaló. A 34 éves, szkizofréniával diagnosztizált mérnök a diploma megszerzése után rövid ideig dolgozott mérnöki munkakörben. A szkizofrénia fellángolása miatt azonban megszakadt a munkaviszonya. Sorstársaihoz hasonlóan hamar elindult a „rokkantkarrier” útján. G. mindennapi élete a négy fal közé szorult, és 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 munkaerőpiaci 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 interjúhelyzetben is gondot jelentett, hogy hogyan beszéljen a 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 aktívan részt venni az első interjún. A kínos kérdésekre való felkészülés (pl. „Miért nem dolgozott az utóbbi években?” „Miért megváltozott munkaképességű?”) növelte magabiztosságát, önbizalmát, saját kapcsolati tőkéjét 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 működésre legyen képes, kevesebb családi és professzionális segítséget igényeljen. Az életviteli készségek fejlesztése így a munkavállaláshoz kapcsolódó készségek fejlesztése aktív tanulást igényel. A készségfejlesztést végző szakember támogató szerepben jelenik meg a folyamatban.

4.1. A készségfejlesztés lépései

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 pedig pontos képet kap az adott személy életviteli készségeire vonatkozóan.

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 számukra az adott készség hatékony alkalmazásának.

Az oktatás állomásai:

1. Az adott készség alkalmazásához szükséges lépések felvázolása: a készségfejlesztést végző szakember az adott hatékony életviteli készség technikáját ismerteti a mentális zavarral élő személlyel és természetes támaszt nyújtó hozzátartozóival.
2. A lépések elpróbálása 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 arról, hogy a mentális zavarral élő személy és a hozzátartozói hogyan alkalmazták 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. A várható eredmények: a mentális zavarral élő személy és a szolgáltató részére is várható eredmény, hogy a kliens adott életviteli készséget hatékonyabban fogja alkalmazni.

4.1.3. Gyakorlás valós élethelyzetben

A készségfejlesztés során tanult, kipróbált készségek akkor lesznek hatékonyak, 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 záróakkordjaként 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 nemcsak 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.

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.

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 kapcsolatleremtést és az eredményes együttműködést célozza meg. A munkarehabilitációs terv alapján próbáljuk az ideális munkahelyeket megkeresni, ami mindig az éppen aktuális ügyfelünkre vonatkozóan történik, de közben folyamatosan ápoljuk és építjük a munkáltatókkal való kapcsolatunkat is. A munkahelykeresésben a munkavállalásra jelentkező és a segítői is részt vesznek.

A kiválasztott munkahellyel pozitív kapcsolatot igyekszünk kiépíteni, és „eladjuk” a támogatott foglalkoztatási programunkat, sőt a munkavállalásra jelentkező személyt is; mintegy bemutatjuk kliensünk erősségeit az adott munkára vonatkozóan. E feladathoz elsősorban jó eszményeszeri 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 egy-egy munkahelyi probléma jelentkezésekor elsősorban a kliens felkészítésére törekszünk a probléma megoldása érdekében. Legtöbbször felesleges, néha pedig értelmetlen is, ha kliensünk helyett akarjuk megoldani problémáját. Azok a mentális zavarral élő kliensek, akik több hónapig is megmaradnak egy munkahelyen, mintegy 50%-ban képesek később is megőrizni állásukat (általában az állásukat elvesztők is pozitívan értékelik a munkába állást, mert többségük így sikerélményt, munkatapasztalatot szerez).

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 segítségének hatékonyságát növeli, ha a munkavállaló komplex pszichoszociális rehabilitációban részesül.

5. melléklet. A Hanghalló Módszer/A maastrichti kérdőív

A maastrichti kérdőív⁷

Beszélgetés egy hanghallóval

Alkotók: Sandra Escher, Patsy Hage és Marius Romme

(Első megjelenés: Maastricht, 1998)

A Hangokkal élni – 50 felépülés-történet című könyvvel együtt alkalmazandó (lásd Romme és mtsai 2009).

1. A hangélmény természete

A kérdőív a hanghalló személyek számára készült azzal a céllal, hogy segítséget nyújtson a hanghallás élményének mélyebb megértéséhez. Egyúttal ez a szakszemélyzet számára is elősegítheti a hanghallásélménnyel 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 találhatóak?) Az Ön fejében? A füleiben? Valahol másutt a testében? Valahonnét a testen kívülről?
- 1.4. Öntől származnak a hangok, vagy valaki másától? (Hogyan érzékeli Ön ezeket a hangokat – mint amelyek „tőlem” vagy „nem tőlem” valók?) A hangok Önből, belülről jönnek? Vagy valamely kívülálló személytől vagy dologtól? Meg tudná magyarázni, miért és hogyan?
- 1.5. Tud-e beszélgetni a hangokkal vagy bármilyen más módon kommunikálni velük? Tudna mondani egy példát?

⁷ A kérdőívet Dr. Mérey Zsolt, a hazai Hanghalló Csoport egyik alapítója fordította magyarra 2012-ben. A kérdőív jelen kötetben közölt változata ennek a fordításnak a – néhány ponton – átdolgozott, javított változata.

A kérdőívet az Ébredések Alapítvány vezette be Magyarországon. A használatban lévő Mérey-féle fordítás az Alapítvány által működtetett antistigma-program, a Nyitnikék honlapján érhető el. Lásd <https://www.nyitnikek.hu/hanghallo-modszer/onsegito-jegyzetfuzetek/64822/> (Letöltés ideje: 2023. 03. 28.)

2. A hangok tulajdonságai

- 2.1. Egy vagy több hangot hall? Hányat? Ez mindig így volt? Változott-e a hangok száma? Mindig is ugyanazokat a hangokat hallotta?
- 2.2. Meg tudná jelölni, hogy kihez tartoznak ezek a hangok? Adott-e már nekik nevet? Mi általában a témájuk? Pozitív vagy negatív hangvételűek-e? Milyen gyakorisággal hallja őket?

Sorszám	Név	Életkor	Nem	Téma és hangvétel	Gyakoriság

- 2.3. A hangok (vagy a hangok valamelyikének) beszédmodora és az általuk használt hangnem emlékezteti-e valakire, akit ismer, vagy korábban ismert? Ha igen, kire?

3. A hanghallásélmény 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 más pillanataiban hallott még hangokat?
- 3.2. Le tudná írni mindegyik hang kapcsán azokat a körülményeket, amelyek között először hallotta őket?
- 3.3. Az alábbi listában felsorolt élethelyzetek és körülmények közül melyek történtek meg Önnel, és hány éves volt az események megtörténteikor?

Körülmények	Igen/Nem	Életkor	Év
Stresszel járó változások			
Életében először egyedül él			
Új lakhelyre költözés, új iskola, új város/falu			
Tanulmányok kezdete			
Megbukás a vizsgán			
Munkánélkülivé válik, elbocsátják, csődbe megy			
Munkahely-, munka-, beosztásváltás			

Körülmények	Igen/Nem	Életkor	Év
Nyugdíjazás, munkaképtelenség			
A gyermek(ek) elköltözése otthonról			
Adósság, anyagi nehézségek			
Betegség, elhalálozás			
Fizikai sérülés, súlyos betegség			
Kórházi beutalás, altatásos beavatkozás			
Pszichiátriai intézeti kezelés			
Közeli családtag vagy közeli barát elhalálozása			
Egy kedves háziállat halála			
Egy Ön számára kedves személy súlyos betegsége			
Szembesülés egy szerettének az öngyilkosságával vagy öngyilkossági kísérletével			
Szerelem és szexualitás			
Válás, egy intim kapcsolat megszakadása			
Menstruációs problémák, (nem kívánt) terhesség, meddőség, vetélés			
Kapcsolaton belül megélt elutasítás			
Súlyos feszültségek otthon vagy a párkapcsolatában			
Szexuális abúzus vagy erőszak, családon belüli erőszak			
Váratlan változás a párkapcsolatában, saját vagy partnere hűtlensége			
Szexuális kisebbséghez tartozás			
Vallás, spiritualitás, misztikus vagy kozmikus élmények			
Spiritizta szeánszon, sátáni rituálén, spirituális eseményen való részvétel			
Vallási közösségen, szektán belüli problémák			
Kontrolláló/korlátozó vagy bántalmazó vallási eszmék a családon belül			
Egyéb:			

3.4. A fenti feszültségek valamelyike vagy akár egyszerre több kapcsolódik-e 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, tévézés, főzés, amikor egyedül van a szobában, stb.)
- 4.2. Hogy érzi magát azokban a helyzetekben, amelyek kiváltják Önnél a hangok megjelenését (lásd a 3.3. pontban szereplő körülményeket)?
- 4.3. Vannak-e olyan meghatározott időszakok (napközben, éjszaka, hétvégén, valamely adott időpontban), amikor a hangok megjelennek, vagy épphogy nem jelentkeznek? Van elképzelése arról, hogy miért van ez így?
- 4.4. Megfigyelte, a hangok adott tárgyak felől jönnek-e (például a tévéből)? Milyen tárgyakkól?
- 4.5. Megfigyelte, vajon a hangok akkor jelennek-e meg, amikor bizonyos érzések jelentkeztek Önben? Nézze át az alábbi listát! Mely érzelmeknél jelentkeznek a hangok?

<input type="checkbox"/> biztonság hiánya	<input type="checkbox"/> más személyek szexuális érzelmei
<input type="checkbox"/> félelem	<input type="checkbox"/> bánat
<input type="checkbox"/> kétség	<input type="checkbox"/> fáradtság
<input type="checkbox"/> szerelem	<input type="checkbox"/> szomorúság/levertség
<input type="checkbox"/> harag vagy agresszivitás	<input type="checkbox"/> boldogság
<input type="checkbox"/> saját szexuális érzelmei	<input type="checkbox"/> magány
<input type="checkbox"/> féltékenység	

Le tudná írni, hogyan reagálnak a hangok? (Pl. ellenkeznek-e Önnel, esetleg segíteni akarnak, félelmet keltők vagy haszontalanok?) Hatással vannak-e az Önben lévő érzésre, pl. növelik vagy csökkentik-e a búskomorságát vagy az örömet?

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? Mit mondanak? El tudná mondani? 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 önmaga számára a hangok jelentésének értelmezését, ahogy ezt a szakemberek és mi mindnyájan is tesszük. Ugyanakkor

meglehet, hogy nem ugyanarra gondolunk, mivel képzettségünkől adódóan más referenciakeretben vizsgáljuk a hangok jelentését (ez gyakran az orvosi vagy a biológiai szemléletből fakad). Minket itt az érdekel, hogy Ön mit gondol, melyek a hangok megjelenésének okai, és hogyan lehet ezeket a hangokat beazonosítani? Feleljen igen/nemmel!

A hangok egy élő személytől származnak:

Igen/Nem

1. aki az Ön mindennapi életének részét képezi?
2. aki a szülője vagy egy másik családtagja?
3. aki az Ön számára ismeretlen?

A hangok egy elhunyt személytől származnak:

Igen/Nem

4. akit Ön nagyon jól ismert?
5. akit nem ismert?

Az Ön elképzelése szerint a hang(ok):

Igen/Nem

6. egy betegség tünetei?
7. az Ön személyiségének a része(i) (az Ön tudatalattijából)?
8. egy jó kalauz?
9. egy szellem vagy valakinek a reinkarnációja?
10. istenek vagy angyalok?
11. egy jószágos szellem?
12. egy rossz szellem vagy démon?
13. jelenségek (egy szellemi lény vagy egy láthatatlan hatalom, mely jelen van; Ön egy jelenlétet érez vagy hall)?
14. rendkívüli érzélesek (telepátia, médium)?
15. az Ön körül lévő emberek fájdalmából jönnek?

6.2. Szeretném megvitatni Önnel a hangjai eredetére vonatkozó értelmezését. Kérem, mondja el.

7. Milyen hatással vannak a hangok az Ön életvitelére?

- 7.1. Hogyan próbálják a hangok befolyásolni Önt? Kérjük, mondjon egy-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 azzal kapcsolatban, amit tesz:
7. Megtiltják Önnek azt, amit szívesen csinál:
8. Felerősítik az Ön aktuális 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 milyen befolyással vannak Önre? Hogyan érik el a hangok ezt a hatást? (Jelenlétükkel-e, vagy azzal, ahogyan kimondják a dolgokat?)

- 7.2. Van olyan 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 igennel/nemmel!

	Most	Kezdetben
túlnyomórészt pozitívak	Igen/Nem	Igen/Nem
túlnyomórészt negatívak	Igen/Nem	Igen/Nem
semlegesek	Igen/Nem	Igen/Nem
egyszerre pozitívak és negatívak	Igen/Nem	Igen/Nem

8. A kapcsolat kiegyensúlyozottsága

- 8.1. Szeretnénk megkérdezni, milyen kapcsolata van Önnek a hangokkal.
- 8.2. Képes Ön ilyen vagy olyan módon befolyásolni a hangokat? Szokta ezt tenni? Kérem, mondjon egy példát!
- 8.3. Ellenőrzése alatt tartja a hangokat? Ez mindig így volt? Kérem, mondjon erre egy példát. Írja le, hogyan tartja ellenőrzése alatt a hangokat.
- 8.4. Képes Ön beszélgetést folytatni a hangokkal? Szokta ezt csinálni? Hangoosan vagy magában beszél, amikor velük beszél? (Vagy mind a két módon?)

Hogyan reagálnak a hangok? Mindig így reagáltak? Ha nem, mi módon változott a reakciónk? Kérem, mondjon egy példát!

- 8.5. Előfordul némelykor, hogy Ön sértegeti a hangokat? Ha igen, hogyan teszi ezt, magában beszél vagy fennhangon?
- 8.6. 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?
- 8.7. Képes Ön arra, hogy elszakadjon a hangoktól, és arra, hogy újra megnyíljon feléjük?
- 8.8. 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 hogy mikor történik? Ha igen, miért? Mondjon példát.
- 8.9. Amikor a hangokat hallja, arra koncentrál elsősorban, amit a hangok mondanak, vagy arra, amit éppen csinál? Függ-e ez a hangtól és az időponttól?

9. Megküzdési stratégiák

Az előzőekben áttekintettük az Ön kapcsolatát a hangokkal. Szeretném megtudni, hogy pontosan mit tesz, amikor hallja a hangokat. Amennyiben az alábbi kérdések valamelyikére a válasza igen, kérem, mondja meg, hányszor próbálta meg, és az milyen eredménnyel járt.

Kognitív stratégiák

1. A hangok elűzése.
2. Nem veszek tudomást a hangokról.
3. A hanghallásra koncentrálok.
4. Szelektíven hallgatom a hangokat.
5. Valami másra gondolok.
6. Tárgyalok a hanggal.
7. Határokat szabok.

Igen/Nem?

Hatékony?

Viselkedésbeli stratégiák

8. Elkezdek csinálni valamit.
9. Megpróbálok elmenekülni a hangtól.
10. Telefonálok.
11. Meglátogatok valakit.
12. Elterelem a figyelmem.
13. Leírom azt, amit a hangok mondanak.
14. Valamilyen rituálét hajtok végre.

Igen/Nem?

Hatékony?

<i>Fizikai stratégiák</i>	Igen/Nem?	Hatékony?
15. Relaxációs gyakorlatok, mint pl. a jóga		
16. Gyógyszerek		
17. Alkohol vagy kábítószer		
18. Élelmiszer		

- 9.1. Milyen védekező stratégiákat alkalmaz leggyakrabban? Milyen gyakorisággal alkalmazza azokat? Rendszeresen alkalmazza? Ha nem, miért nem?
- 9.2. Milyen hatása van az Ön által leggyakrabban alkalmazott stratégiáknak?
- 9.3. Amikor számít rá, hogy a hangok meg fognak jelenni bizonyos helyzetekben, akkor előre eltervezi, hogy milyen módon fog szembenézni az adott helyzettel, azaz keres valamilyen alternatív megoldást? Esetleg elkerüli az adott helyzetet, vagy megtiltja saját magának, hogy engedjen a befolyásnak?
- 9.4. A múltban kipróbált-e olyan dolgokat, amelyekről úgy tűnt, hogy segítenek? Miért nem használja már ezeket a stratégiákat?

10. Gyermekkori élményei

A gyermekkor mindegyikünk számára nagyon különböző élményt jelenthet, van, aki szívesen emlékezik rá vissza, míg mások szeretik maguk mögött tudni, mihelyt lehetséges. Ön hogyan tekint vissza a gyermekkorára?

- 10.1. Az Ön gyermekkorra kellemes volt, vagy stresszes? Kérem, írja le, milyen volt a gyermekkor.
- 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 szokatlan büntetések? Például bezárták-e a vécébe, vagy megkötözték-e?
- 10.5. Gyermek- vagy serdülőkorában gorombán vagy lekicsinylően beszéltek Önnel? Volt valaha olyan érzése, hogy nem örülnek a létezésének, vagy volt olyan érzése, hogy nem képes bármi jót is csinálni?
- 10.6. Volt-e tanúja annak, hogy valamely családtagját bántalmazták? Kit?
- 10.7. Volt-e tanúja szexuális erőszaknak a családjában vagy máshol? Kit ért bántalmazás?
- 10.8. Megérintették olyan módon, hogy kényelmetlenül érezte magát? Volt már olyan helyzetben, amikor képtelen volt ellenállni vagy elmenekülni?

11. Az Ön kórtörténete

- 11.1. Szeretnénk többet megtudni az Ön kórtörténetéről. Például fordult-e már pszichiátriai szolgálathoz, 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 kezdtek ezzel? Felírtak-e gyógyszert, ha igen, milyeneket? Esetleg pszichoterápiát vagy más terápiát?
- 11.4. Fordult-e valaha is segítségért alternatív gyógyászattal foglalkozó személyhez? Igénybe vett ilyen szolgáltatásokat, eszközöket (például akupunktúra, gyógyteák, bioenergia, homeopátia, paranormális gyógyászat, reinkarnációs terápia stb.)? Hasznosnak bizonyult?

12. Kapcsolati hálózata

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 „a fiam”, elegendő. Szeretnénk azt is tudni, vajon tudnak-e ők a hangok létezéséről, és tud-e Ön velük beszélni róluk.

	Név	Tud a hangok létezéséről?	Tud Ön beszélni vele a hangokról?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

13. Kérdések

Van-e olyasmi, amit idáig nem tárgyaltunk meg, és beszélni szeretne róla? Vannak-e kérdései? Van-e bármi más, amit hozzátenne az elhangzottakhoz?

ISBN 978-963-489-599-2



9 789634 895992

Kézbe véve Bulyáki Tünde *Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába* című munkáját azzal szembesülhetünk, hogy a pszichiátriai betegséggel élők közösségi ellátásában dolgozó szakemberek számára a területnek egy átfogó, megkerülhetetlen alapműve született meg, amely mind a közösségi ellátásra felkészítő felsőoktatási képzések, mind pedig a gyakorló szakemberek posztgraduális továbbképzése számára igazán hasznos forrás lesz.

A szerző a pszichiátriai betegséggel élők segítésének gyakorlatából érkezett az ELTE Társadalomtudományi Karának Szociális Munka Tanszékére, több mint tíz éves szakmai tapasztalattal, amelyet a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának Nappali Kórházában, valamint az Ébredések Alapítványánál családgondozó szociális munkásként szerzett. Jelenleg a Szociális Munka Tanszék adjunktusa. A most megjelenő kötet a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológia programja keretében 2011 és 2014 között folytatott kutatása eredményeire épül, amely eredményeket elméleti és gyakorlati ismereteinek keretébe integrálta. Azon túlmenően, hogy a korszerű közösségi ellátás egészét áttekintő munka, e könyv a személyes felépülést innovatív módon megközelítő és a pszichiátriai betegséggel élőkkel folytatott kollaboratív közösségi munkára támaszkodó gyakorlat szószólója is. A kötet szemléletformáló, és a megosztott tapasztalatok gazdagon illusztrált, hiteles tárházának tekinthető. Ezt erősíti a szerző immár 25 éve töretlen kapcsolata a közösségi ellátás gyakorlatával és elkötelezettsége e terület iránt.

Ajánlom ezt a munkát mindazoknak, akik érdeklődéssel és megértésre törekedve fordulnak a pszichiátriai betegséggel élők felé.

Dr. Szabó Lajos c. egyetemi tanár



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ



ELTE | TáTK