

Pszichoszociális fogyatékossgal élők felépülése – élettörténeti események a Liberman-féle felépülési modell tükrében

Szabó Péter

szabo.peter@szte.hu

SZTE JGYPK Alkalmazott Pedagógiai Intézet

Piczil Márta

piczil.marta@szte.hu

SZTE JGYPK Alkalmazott Pedagógiai Intézet

Jelen tanulmányunkban arra vállalkozunk, hogy megvizsgáljuk, mely tényezők játszanak szerepet a pszichiátriai betegek felépülésében. A Liberman-féle felépülési modell bemutatása és elemeinek kibontása által megalapozzuk a vizsgálati szempontokat. A felépülési folyamatok megfigyelésére a pszichiátriai betegek nappali intézményét láttuk legalkalmasabbnak, mivel közösségi alapú szolgáltatást nyújt, valamint rendelkezésre állnak az ellátottak kórtörténeti dokumentációi és megismerhetők az élettörténeti események és azok érintettek általi szubjektív értékelései is. Konkrét esetek bemutatásával, az érintettek élettörténetének megismerésével rekonstruálni kívánjuk a folyamatot, végső soron pedig értékeljük a felépülési folyamat sikerességét.

Kulcsszavak: *felépülés, korlátozottság, pszichiátriai rehabilitáció, életútvizsgálat, közösségi alapú ellátások, pszichoszociális fogyatékossgal, mentális zavar, pszichiátriai nappali ellátás*

*

Korábbi tanulmányunkban (Piczil és Szabó, 2023) áttekintettük a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyekkel kapcsolatos társadalmi válaszok történeti alakulását, a legfontosabb nemzetközi és hazai folyamatokat, az alkalmazott terápiás szemlélet és intézményi ellátások változásának főbb elemeit. Kitértünk az intézményrendszeret érintő változásokra, a beavatkozási keretet lényegileg megváltoztató közösségi szemléletre és az intézménytelenítés folyamatára. Végezetül kísérletet tettünk arra, hogy megrajzoljuk a jövő lehetséges fejlesztési irányait. Korábbi munkánk folytatásaként tekintünk a jelen tanulmányra, melyet a pszichoszociális fogyatékossgal érintett személyek felépülésének szentelünk. A felépülési modell bemutatását, voltaképpen terjesztését azért tartjuk fontosnak, mert a jelenlegi rendszer elemeit használva is „működőképes”, pozitív hatásának maximumát azonban a közösségi szemlélet beépülésével, az intézményi struktúra átalakításával érhetné el. Szeretnénk bemutatni, hogy „a korlátozottságot okozó mentális zavarokból való felépülés reális és elérhető cél a huszonegyedik században” (Liberman, 2010. 14. o.).

A felépülés fogalma, tartalma

Rögtön az elején le kell szögezni, hogy a felépülés nem egyenlő a gyógyulással, abban az értelemben, hogy egy betegség kapcsán akkor beszélünk gyógyulásról, ha maga a betegség megszűnt. A nátha esetében a gyógyulás – a tünetek megszűnésével – a korábbi funkciók helyreállításával következik be. Mi a helyzet olyan betegségek kapcsán, amelyekre nincs kidolgozott gyógymód, és tartós korlátozottsággal is járnak? Olyanokkal, mint például a cukorbetegség, a stroke, a rák, a szkizofrénia stb.? Az előbbi, szubjektív válogatásban szereplő betegségek esetében is igaz, hogy a megfelelő terápia alkalmazásával csökkenthetők vagy megszüntethetők a tünetek, valamint a rehabilitáció segíthet abban, hogy az emberek visszatérjenek egy viszonylag normális életbe. A súlyos és tartós mentális betegségben szenvedők is felépülhetnek, ha megfelelő kezelésben és rehabilitációban részesülnek. *„A krónikus szorongásos zavarok ma már messzemenően kezelhetők antidepresszívumok és a kognitív viselkedésterápia (CBT) együttes alkalmazásával. Az antidepresszívumok, a CBT, az interperszonális terápia és a szociális készségek fejlesztésének megjelenésével a major depressziót néhány időszakos epizódra lehetett visszazorítani az emberélet során” (Lieberman, 2010. 5. o.).* Neheztítő körülmények is jelen lehetnek a mentális betegségek egy részénél, például az érintettek nem ismerik fel a funkcióik romlását, nincs betegségbelátásuk, mindeközben akadályozva vannak a problémamegoldásban, tanulásban, romlik a memóriájuk.

Objektív szemszögből akkor beszélhetünk felépülésről, ha nincsenek olyan tünetei, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységekben, nincsenek olyan tünetei, amelyek rontják az életminőséget, képes önálló életvitelre, saját maga kezeli a pénzügyeit, gyógyszerelését, legalább rész munkaidőben dolgozik vagy iskolába jár, normális közösségi terekben, társasági vagy szabadidős tevékenységekben vesz részt legalább hetente egyszer, bensőséges családi kapcsolatokat tart fenn.

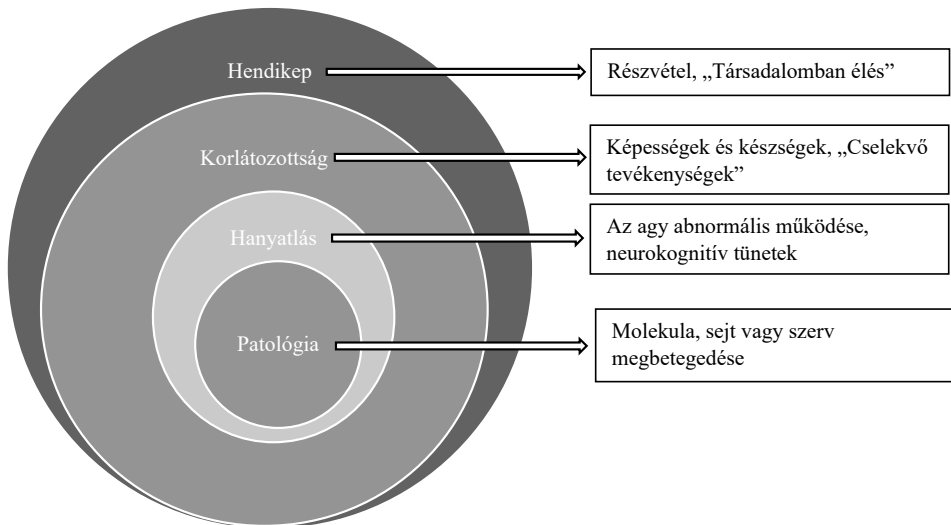
Szubjektív szempontból a felépülés magában foglalja az alábbiakat: szebb jövőbe vetett hitet, felelősségvállalást saját életéért, saját döntéseivel kapcsolatos elégedettséget, annak érzését, hogy célja van az életének (Lieberman, 2010).

Más megközelítést adja a felépülés fogalmának Bulyáki Tünde (Bulyáki, Gallai, Harangozó, Kaszás és Szabó, 2020), aki klinikai megközelítésről és személyes (a felépülők szemszögéből történő) megközelítésről beszél. Előbbiben a klinikusok megfigyelései, értékelései a meghatározóak, és a leíró pszichiátriai kategória rendszerét használják. Ezek alapján felépülésnek tekintik, ha a korábban meghatározott diagnózishoz kapcsolódó diagnosztikai kritériumok már nem állnak fenn; több mint öt év telt el az utolsó kórházi kezelés óta; a pszichoszociális funkciók „normál sávban” vannak; az érintett személy antipszichotikus gyógyszereket alacsony dózisban használ; képes dolgozni, tanulni, független életvitelt folytatni; rendelkezik bensőséges baráti kapcsolatokkal. Az „érme másik oldala” a felépülők szemszögéből mutatja meg a felépülést. Meghatározásukban azt is jelenti a felépülés, hogy nem intézményi keretek között, folyamatos

ellenőrzés mellett töltik az életüket; képesnek érzik magukat a saját életük irányítására, formálására. A felépülésben aktívan résztvevő szereplők; erős törekvés van jelen annak érdekében, hogy kialakuljon egy pozitív énkép, melyben elsősorban nem pszichiátriai betegnek látják önmagukat. Bulyáki hivatkozik Patricia Deegan 2006-os kutatási eredményeire, miszerint a kutatásban résztvevő 29 fő – a gyógyszeres terápia mellett – fontosnak tartotta azokat a tevékenységeket, amelyek értelmet és célt adnak az életnek: a személyre szabott gondozást; a társadalmi szerepek pozitív értékelését, amelyek növelik az önbizalmat; az önségítést; a munkát; a másoknak való segítést; időt tölteni szeretettel; a természetben létezését (Bulyáki és mtsai., 2020. 65. o.).

A korlátozottság fogalma

A Liberman-féle felépülési folyamat kiindulópontja a mentális zavarokkal együtt járó korlátozottság, melyet egy vagy több funkció zavarával járó, az egyént önállóságában gátló állapotnak tekint. Szükséges lehatárolni a patológiás működésről, a hanyatlást jelző tünetekről és a társadalmi életben való részvétel akadályoztatottságáról. A 1. ábra bemutatja a mentális betegségek egyéni és szociális következményeinek szekvenciáját. Liberman meggyőződéssel állítja, hogy a negatív, stigmaképző jelzők helyett szerencsésebb, ha ezek pozitív változatait (működés, képesség-tevékenység, részvétel) használjuk, hiszen ezek meghatározzák a rehabilitáció célját is.

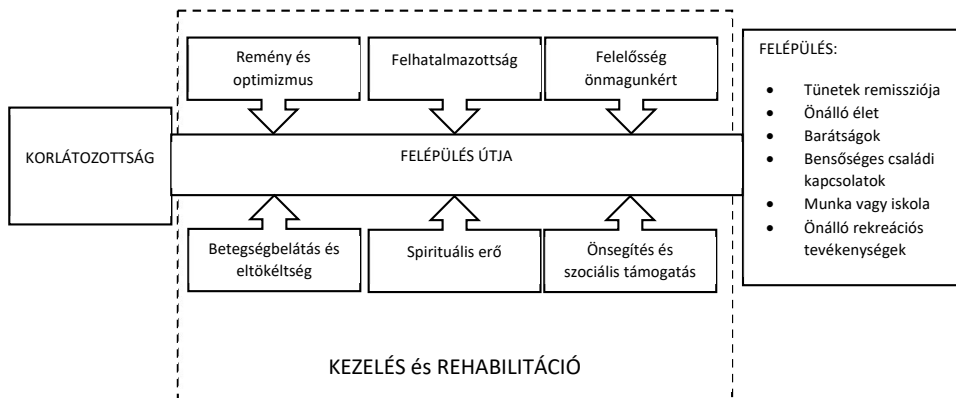


1. ábra: Patológia – hanyatlás – korlátozottság –hendikep (Liberman, 2010. 6. o.)

A megtapasztalt korlátozottság mértékét számos tényező határozhatja meg, ezek csoportjait az alábbiak szerint foglalhatjuk össze: 1. Környezeti; 2. Egyéni; 3. Személyes célok, vágyott szerepek; 4. Összetett szociális szerepek; 5. Rehabilitációs szolgáltatások.

Korlátozottságtól a felépülésig

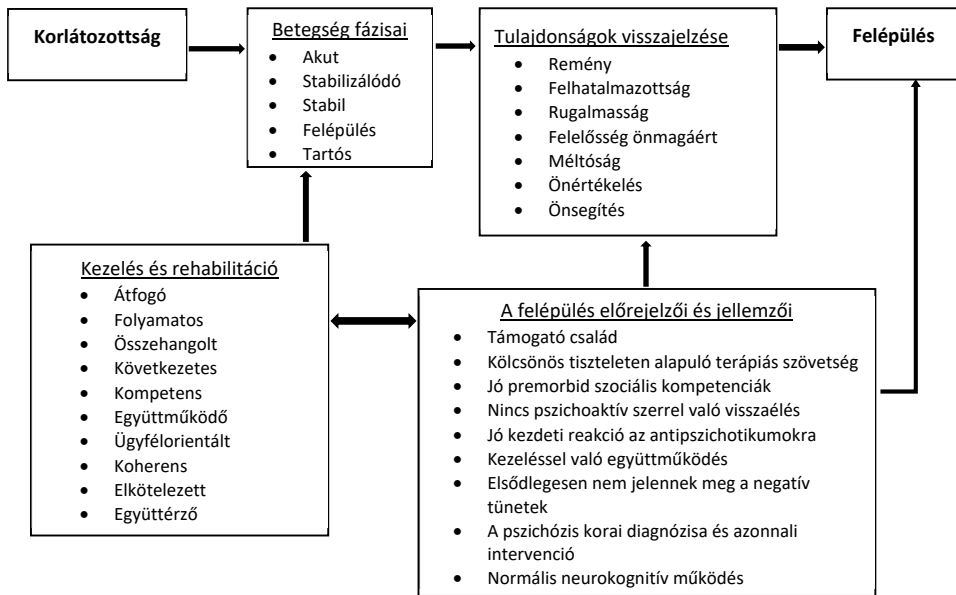
A felépülés megközelítésére használt objektív és szubjektív leírások, meghatározások mellett létezik egy eredménycentrikus megközelítés is, mely folyamatként értelmezi a felépülést, és amelynek a végén a felépült személy áll, akinek jól leírható sajátosságai vannak, illetve ezek a sajátosságok definitív jellegűek, így beazonosításra alkalmasak. Bulyáki Tünde Andresen és mtsai. (2003) munkájára hivatkozva leszögezi, hogy négy kulcsfontosságú felépülési folyamat van: a remény megtalálása, az identitás helyreállítása, az élet értelmének a megtalálása, felelősségvállalás a felépülésért. Magának a folyamatnak pedig öt különböző fázist határozták meg: moratórium, tudatosság, előkészítés, újjáépítés, növekedés (Bulyáki, 2020). A fázisok beazonosítása és a hozzájuk kapcsolódó feladatok megtalálása nagymértékben segítik a felépülést, hozzájárulnak a terápiás optimizmus kialakulásához. Liberman azonban hat olyan tényezőt emel ki, amelyek a felépülés irányába hatnak (2. ábra). A mentálisan sérült személyek felépülési folyamatuk közbeni szubjektív megélési tapasztalataiként tekint rájuk. Véleménye szerint fontos, hogy: kialakuljon a remény egy jobb jövőben, a felhatalmazottság (kompetens a saját életében) érzése, rendelkezzen spirituális erővel, amely segíti az ellenségesség leküzdésében, sikeres legyen a stigmatizáció leküzdése, és nem utolsósorban szükséges az önségítés és szociális támogatás.



2. ábra: A felépülés irányába ható pozitív tényezők (Liberman, 2010. 19. o.)

Liberman szerint az a kiindulópont, hogy felismerjük a mentális betegek értékeit. Ehhez nincs szükség „kutat fúrni a tudattalanba”, a megfigyelések által beazonosított normális, adaptív dolgokat kell tudatosítani a kliensekben, valamint azt is, hogy a környezetét mindez örömmel tölti el. A mentális beteg környezete nem csupán visszajelzésekkel, hanem konkrét kezdeményezésekkel is támogathatja a felépülés folyamatát, a gyógyszeres terápia mellett a kognitív viselkedésterápiák, a szociáliskészség-tréning, a támogatott foglalkoztatás és az asszertív közösségi kezelés hasznosnak, eredményesnek és szükségesnek bizonyulnak, míg a stressz és a stigma nagyon nagy mértékben hátráltathatja a felépülés folyamatát.

Liberman felhívja a figyelmet a szubjektív felépülési kritériumok sebezhetőségére is, a túlságosan individualizált meghatározások nem rendelkeznek megbízható szempontokkal, nincs empirikus validitásuk. Véleménye szerint, ha a felépülés meghatározását személyes nézetekre bizzuk, akkor szinte bárkire rámondható, hogy felépült, akinek jó érzései vannak önmagával kapcsolatban. Mindezek a felépülés elérésének beazonosítását is nehezítik, illetve a finanszírozást is veszélybe sodorhatják. Pszichiátriai rehabilitáció az, ami összekapcsolja a személyes célokat azokkal a szolgáltatásokkal, amelyek csökkentik a korlátozottságot és a felépülés irányába mutatnak (Liberman, 2010). Értelmezésében éppen ezért nincs határvonal a kezelés és a rehabilitáció között. Szakít azzal a nézettel, hogy a kezelés a betegség megjelenése kapcsán elindított gyógyszeres terápia, majd a stabilizált állapotú betegnek nyújtott pszichoszociális támogatás a rehabilitáció. Példaként említi, hogy már a betegség megjelenésekor fontos az egyén és környezete edukatív segítése. *„Még hasonló zavarban szenvedők körében is jelentős különbségek mutatkoznak a képességek hanyatlásának vagy korlátozottságának és ebből kifolyólag a szükséges rehabilitációnak a mértékében. Különbségek lehetnek a betegségek súlyosságában, krónikusságában és a komorbiditásban, illetve abban, hogy milyen mértékben reagálnak a gyógyszeres kezelésre. A rehabilitáció formáját és időtartamát az intelligencia, a tanulási nehézségek, a társas életben alkalmazott kompetenciák, a kognitív működés, a fejlődési kórtörténet, a neveltetés, a kulturális és etnikai háttér, a társadalmi osztály és anyagi helyzet, a családi támogatás és a jelenlegi élettel való elégedettség különbségei is megszabják”* (Liberman, 2010. 32. o.). A felépülési folyamatra hatást gyakorló tényezők összegzését adja a 3. ábra.



3. ábra: A korlátozottságtól a felépüléshez vezető út feltételei (Lieberman, 2010. 30. o.)

Számos szociális és egészségügyi szakember egyetért abban, hogy a felépülés legjobb szakértői maguk a kliensek, ezért kiemelten fontos az a vizsgálati eredmény, amelyet Bulyáki Tünde közöl:

„A felépülést elősegítő tényezők az interjúalanyok meglátása szerint:

- akaraterő, önhatékonyság;
- 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” (Bulyáki és mtsai., 2020. 68. o.).

„Az erőforrásokon alapuló megközelítés a közösségben mobilizálható források és azok pozitív megerősítése felé fordul, keresve a természetes segítőköt, a közösségi kulcsszemélyeket és a közösségben hozzáférhető szolgáltatásokat. Az erőforrásokon alapuló megközelítés képviselői a szociális erőterben felkínálkozó forrásokat és lehetőségeket használják fel, és csak a szükséges mértékig támaszkodnak a pszichiátriai szolgáltatásokra. E megközelítés szerint a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy a kulcsszemélye a felépülés

útján létrejövő változáskezelésnek. Ehhez szükséges a felépülő aktív részvéte és partnerisége a komplex rehabilitációs folyamatban. A közösség a segítő munka elsődleges terepe. Ebben a koncepcióban a segítő munka nem szorul intézményi keretek közé, megkereső tevékenységeken, aktív (és célzott) programokon, közösségi jelzőrendszeren keresztül próbálja hatékonyan elérni potenciális klienseit. Az erőforrásokon alapuló megközelítés empowerment-fókuszú megközelítés. Ez részben a kliens autonómiájának, önérvényesítő képességének folyamatos megerősítését jelenti, másrészt a társadalmi önérvényesítés elősegítését is” (Bulyáki, 2020. 68. o.).

A felépülést, pszichoszociális rehabilitációt befolyásoló tényezők összesítése, vizsgálati szempontok kijelölése

A felépülés megértése és a rehabilitációs célok eléréséhez szükséges tényezők számbavétele után az az érzete támadhat az olvasónak, hogy a Liberman-féle megközelítés messze áll az egyén szubjektív céljait hangsúlyozó egyéb megközelítésektől. Azonban fontos kiemelni, hogy számos tényezőben megegyezik a két megközelítés, különbségük abból adódik, hogy mely tényezőknek tulajdonítanak döntőbb szerepet, hatást. Az 1. táblázatban összefoglaltuk a két különböző megközelítés rehabilitációs cél elérését befolyásoló tényezőit, láthatóvá téve az egyezőségeket és a különbségeket.

A Liberman-féle felépülés kritériumai, tényezői	Személyes felépülési kritériumok (Bulyáki Tünde vizsgálati eredményei alapján)
Remény egy jobb jövőben	Örömteli célok
Felhatalmazottság	Akaraterő, önhatékonyság
Spirituális erő	
Stigmatizáció leküzdése, csökkentése	
Önsegítés	
Támogató család	Támogató család
Szociális támogatás	Támogató baráti kapcsolatok
	Inspiráló, támogató személy
Támogatott foglalkoztatás	Munkavállalás
Támogató kezelési attitűd a szolgáltatók részéről	Elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat
Kognitívviselkedés-terápiák	Közösségi pszichiátriai ellátás, család gondozás (hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégia)
Szociális készségfejlesztő tréning	
Asszertív közösségi kezelés	
Stresszcökkentés	

A Liberman-féle felépülés kritériumai, tényezői	Személyes felépülési kritériumok (Bulyáki Tünde vizsgálati eredményei alapján)
Korai diagnózis, azonnali intervenciók	
Jó kezdeti reakció az antipszichotikumokra	
Gyógyszeres terápia	
Kezeléssel való együttműködés	
Normális neurokognitív működés	
Nincs pszichoaktív szerrel való visszaélés	

1. táblázat: A pszichoszociális rehabilitációs folyamatot befolyásoló tényezők összesítése, különböző megközelítések összevetése (Liberman, 2010; Bulyáki, 2020)¹

Vizsgálati szempontjaink kijelölésénél törekedtünk megtartani a Liberman-féle modell tényezőit, azonban a vizsgálati módszer kiválasztásánál (interjú) megteremtettük a személyes felépülési történet megismerésének lehetőségét is. Célunk volt feltárni, hogy a válaszadók hol tartanak a felépülés folyamatában, illetve a betegség megjelenése óta elérhető volt-e számukra olyan segítségnyújtás, amely támogatta a felépülési folyamataikat.

Vizsgálati szempontjaink:

- Gyermekkor, nevelés légköre, kapcsolat a szülők között, kapcsolat a szülőkkel.
- Munkával kapcsolatos történések a betegség megjelenéséig.
- Párkapcsolatok a betegség megjelenéséig.
- Betegség: első tünetek; kezelés; diagnózis (saját elmondás alapján); betegség megélése.
- Kapcsolat a családdal most.
- Párkapcsolat most.
- Mindennapok.
- Kapcsolat az egészségüggyel.
- Kapcsolat az ellátórendszerrel.
- Többségi társadalom viszonyulása.
- Jövőbeli tervek, jövőkép.

A vizsgálati szempontokon kívül a válaszadók kiválasztása is kulcskérdés, ezért olyan személyeket kerestünk, akiket szkizofréniával diagnosztizáltak legalább öt évvel ezelőtt. Jelenleg is, és az interjút megelőzően is részt vettek legalább gyógyszeres kezelésben, és rendszeresen kapcsolatban álltak segítőszervezetekkel, szolgáltatókkal.

A segítőszervezet/szolgáltató kiválasztási szempontja az volt, hogy közösségi alapú ellátás legyen, ahol elviekben biztosított a felépülést támogató szolgáltatási elemek egy része.

¹ Saját szerkesztés

Vizsgálatunk során pszichiátriai betegek nappali ellátásába járó ellátottakkal készítettünk interjút, illetve elemeztük élettörténetüket.

Vizsgálati helyszín, pszichiátriai betegek nappali ellátása

Szentes Város Képviselő-testülete 2004-ben vette fel a Gondozási Központ ellátási formái közé a közösségi pszichiátriai ellátást, majd 2005-ben pedig a nappali pszichiátriai ellátást. Az ellátásokhoz biztosította a megfelelő infrastruktúrát és humánerőforrást.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet (szakmai rendelet) alapján a nappali ellátás a tanácsadás, készségfejlesztés, esetkezelés, gondozás, háztartási, illetve háztartást pótló segítségnyújtás, felügyelet, étkeztetés szolgáltatási elemeket biztosítja. A szolgáltatási elemek lehetővé teszik, hogy a szolgáltatás az igénybe vevő személy számára a szükségletekhez illeszkedő tevékenységet biztosítson, elősegítve a szolgáltatás alapelveiben megfogalmazott célok megvalósulását.² Már az általános megfogalmazásból is kitűnik, hogy a jogszabály komplex rendszerként tekint az ellátásra, amely számos szolgáltatási elemből áll. Az egyes elemek tartalmi összetevői fogják meghatározni a szolgáltató által nyújtott segítő tevékenység módját és tartalmát. A pszichiátriai betegek vonatkozó sajátos elvárásokat, célokat tovább részletezi a jogszabály, melyek megvalósításához elkészült Szakmai ajánlás pszichiátriai betegek részére fenntartott nappali intézmények működtetéséhez (továbbiakban: Szakmai ajánlás) az alábbiakban határozza meg az ellátotti csoportot: „*A pszichiátriai betegek nappali intézménye személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás, a tizennyolcadik életévüket betöltött, fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő pszichiátriai betegek részére*” (Gordos, Marketti és Puskásné, 2018. 4. o.). A nappali ellátás az igénybe vevők öntevékenysége, önsegítésére épülve biztosítja a szociális, egészségi és mentális állapotuknak megfelelő napi életritmust, közösségi együttlétet, igényeik és szükségleteik alapján a kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, átképzési, állásközvetítő, támogatott lakhatást elősegítő, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását. Lehetővé teszi a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatokra, valamint az alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, igény szerint megszervezi az ellátottak étkeztetését. Az intézmény szolgáltatásai körében megfelelő kompetenciájú szakemberek biztosításával mediációt, egyéni, csoportos, pár- és családterápiákat is szervezhet. A Szakmai ajánlás alapelveként tekint a felépülés elvére, és kimondja, hogy „*a felépülés*

2 1/2000. (I.07.) SzCsM rendelet, 74–77. §. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000001.scm>

az a folyamat, ami a mentális problémák katasztrofális hatásain túl is képes új értelemmel megtölteni valaki életét” (Gordos, Marketti és Puskásné, 2018. 6. o.).

Összességében tehát a nappali ellátásban olyan mentálisan sérült személyeknek nyújtanak ellátást, akik már túl vannak betegségük aktív szakaszán, és képesek szociális kapcsolatokban részt venni. Valamint egyéni szükségleteik által meghatározott szolgáltatásokat vehetnek igénybe, melyek célja az életminőség javítása, a felépülés elérése.

Esetleírások

H. M. 39 éves nő, négy gyermeke van (egy fiú, 11 éves, a lányok 10, 13 és 17 évesek). Elvált, jelenleg egyedül él. Hangsúlyozza, hogy a gyerekek a betegsége miatt kerültek el tőle.

A gyermekkorára visszaemlékezve elmondja, hogy nevelőotthonban nevelkedett, 18 éves koráig öt helyen élt. Az édesanyjának csak a nevét tudja.

„Úgy annyit tudok róluk, hogy B. I.-nak hívják az édesanyjamat, de úgy konkrétan nem tudok róla semmit, mert nevelőotthonban nevelkedtem.”

„Édesapámról meg annyit tudok, hogy N. J.-nak hívták, de meghalt.”

Az anya alkoholizmusa miatt emelték ki a gyerekeket a családból.

„Elsőnek hárman voltunk, akik elkerültek tőle, három legnagyobb, és utána folyamatosan kerültek be a többiek is a nevelőotthonba, ahol születtek meg.”

Tizenegyen voltak testvérek, de nem tartják a kapcsolatot. A kötődés sem igazán alakult ki közöttük, ezt az intézeti léttel magyarázza:

„Nem otthonban, az nem szokott menni, nem alakul ki.”

Iskoláit tekintve többféle végzettséggel rendelkezik: gyorsékeztetési eladó, szociális gondozó és ápoló, tanult informatika szakon is, rendelkezik varrónői végzettséggel. Érdekesség, hogy fiatal korban magánéleti okok miatt két képzést is abbahagyott, azonban a gyermekek születése közben végzett iskoláit befejezte.

„De általános iskola után jártam két évet a kereskedelmi marketingre, azt otthagytam, bizonyos okok miatt otthagytam, mert fontosabbak voltak a testvéreim, akkor utána visszakerültem a lakásotthonba, mert nevelőotthonban voltam. Visszakerültem, csak akkor már Makóra kerültem át. Ott végeztem egészségügyi szakot, ott is két-három évet végeztem, de azt is otthagytam.”

Jelenleg mezőgazdasági munkát végez. Több munkaadónál is dolgozik, de sehol nincs bejelentve.

„Állítólag be leszek jelentve, de rendszeres szokott lenni. Annyi, hogy télen szokott kicsit abban maradni, mert nem mindig.”

A mezőgazdasági munka előtt többféle munkakörben dolgozott: hajléktalanszállón, szövedében, a kerámiagyártásban.

Volt egy két évig tartó házassága, két gyerek akkor született, de ma nem tartják a kapcsolatot. Jelenleg egyedülálló.

„Most nincs jelenleg párkapcsolatom, de úgy vagyok ezzel az egésszel, hogy elsősorban szeretem megismerni a másikat.” „És nem kötődök senkihez, mert házastársat nem szeretnék, nem szeretnék. És ez így jó nekem, hogy ez így van.”

A betegsége 2016-ban kezdődött, akkor 31 éves volt.

„Látomásaim voltak, meg ilyen dolgok. Nem voltam teljesen önmagam.”

A betegség kialakulása után a gondnoka ajánlotta a hajléktalanszállóra költözést. A tanulást ezután sem hagyta abba, és véleménye szerint a munka is segített abban, hogy „tisztulni” tudjon.

„Amúgy is segített, merthogy megjegyezni a dolgokat, mit, hogyan kell csinálni, és akkor agyban rögzíteni kellett, és akkor ez így meg is maradt bennem.”

A szállóról albérletbe költözött, miután megismerkedett egy férfival.

Jelenleg úgy véli, hogy nagyon jól van, az orvosával megbeszélte, hogy a nyugtatókat nem szedi, de az injekciókat kéthetente kapja.

„Mert az orvosom is azt mondta, hogy nyugodtan abbahagyhatom a nyugtatókat, mert én szoltam neki, hogy fárasztóbb. Fárasztóbb. Nekem ezek a gyógyszeres szedések, hogy álmosabb vagyok tőle. A nyugtatóktól.”

A tisztább állapot – megítélése szerint – hobbijára, a rajzolásra is jó hatással van:

„Sokkal jobban tisztultam, sokkal jobban, és most már tájképeket is rajzolok, és feljöttek a tájképek is. Annak nagyon örülök, mert az pont a héten, amit hozott, az is nagyon szép volt.”

Nincsenek téveszmék, látomások. Kórházban egy éve volt utoljára, mert:

„Nem voltak jók a gyógyszerek, és egyre rosszabbul voltam, és ahogy kórházba bekerültem, úgy másabb lettem, mert a gyógyszereket is megváltoztatták.”

Napirendje a következőképpen alakul:

– hajnalban felkel, olvas,

„Pszichológiát, általános iskolai tankönyveket, középiskolai tankönyveket, érettségis tankönyveket, meg amiket megveszek a boltban, például önismeretet.”

„Én nagyon sokat tanultam az életem folyamán, iskolákba jártam, és megfogadtam, mikor lebetegedtem, hogy kigyógyulok ebből a betegségből, és nagyon sokat foglalkoztam a tankönyvekkel.”

– ha nem kell mennie dolgozni, háztartási munkát végez, rajzol, fest, majd ebédre megy; ebéd után pihen, olvas, rendet rak, ha úgy ítéli meg, hogy szükséges; a takarítás, a rend fontos az életében, többször hangsúlyozta, hogy a tisztaság lényeges,

– délután „saját elméleteket szoktam írni, saját elméleteket így maga a világról, és azokat is megírom, azokat meg már délután írom meg. Azzal is eltelik az idő.”

Ügyeit egyedül intézi, hétvégén önellátó.

Ha dolgozik, jóval korábban kel, hajnali négykor. Ha belefér a reggelbe, indulás előtt még rendet rak. A munka eltart négy óráig, utána következik az ebéd.

„Akkor eltelik az idő, és akkor összehajtogatom a ruhát, amit például letettem az ágyra. Feltakarítok, elmosogatok, konyhában is összeseprek, mindent összetakarítok...”

9 óra körül fekszik le, fontosnak tartja, hogy pihenjen, mert így lesz fogékony az agya. Az ágyban olykor még rajzol, vagy „ötletet készít”.

Munkatársaival jólak itéli a kapcsolatát, bár jelzi, hogy a betegségével kapcsolatban volt része negatív megítélésben:

„Amikor lebetegedtem, akkor úgy magam körül még szinte még a világ is felfordult.”

Ha ismeretlen emberrel találkozik, nem tartja fontosnak betegsége említését:

„Úgy ítélem meg, hogy már nem fontos.”

Ami a jövőbeli terveket illeti, a pénzügyítés fontos mozzanat, szeretné a gyermekeit segíteni.

Voltak tartozásai (Provident), de ezeket már kifizette. „...akkor még nem úgy gondoltam, ahogy most. És akkor úgy kölkeztem.”

Ház vásárlását is tervezi: „És akkor olyan tanyát szeretnék venni, amiben van fürdőszoba, nagyon jól el lehet lenni, mivel szeretnék kertet művelni.”

A jövőben szerepel továbbra is a rajz, a festészet, a versírás, és szeretne ezekben fejlődni is.

„Valaki felkarol, ahogy ez a rajzzal kapcsolatban, meg a festészetrel kapcsolatban. És a verseimet jobban megírni, történeteket kitalálni, azokat most még fejlesztem saját magamban, hogy milyen történeteket találjak ki, és akkor abból majd egyszer egy könyvet fogok csinálni a történeteimből meg a verseimből...”

A nappali ellátásról a gondnoka beszélt, először ebédet hozott innen.

„Maga a légkör pozitív benyomással volt rám, mert tudtam, hogy itt foglalkozások vannak, akkor mondom, hogy ha lesz időm, akkor tudok menni ilyen programokra, és akkor ez pedig jó hatással van rám. Nagyon kedvesek, megértőek, segítenek, bármi probléma van, segítenek megoldani.”

„...mióta ide járok, azóta többet fejlődök, azóta jobban is érzem magam, és megpróbáltam a festészetrel is.”

Sz. Cs. 53 éves nő, 8 osztályos általános iskolát végzett, 3 évet járt nappali tagozaton, 3 évet estin gimnáziumba, de nem érettségizett le, virágkötő-tanfolyamot végzett.

Családi állapota hajadon.

Munkaképesség csökkenése 85% (100% volt, de csökkentették).

Édesanyja iskolai végzettsége gimnáziumi és szakközépiskolai érettségi (és járt marxista egyetemre is). Gyors- és gépíróként műszaki osztályon dolgozott.

Az édesapa szakmunkásképzőt végzett, asztalos lett: dolgozott állami gazdaságban, bútorboltban, volt maszek asztalos, és dolgozott feketén is. 2007-ben meghalt, az anyja azóta egyedül van. Van egy 1974-ben született húga.

Az otthoni légkör jó volt, „Jó volt, mert szinte mindig otthon voltam.”

A család autójával többször mentek rokonokat látogatni, de nyaralásokról is beszámol.

Később azonban kitér az apa alkoholfüggőségére:

„Hát, ha már kiskoromban rengeteget veszekedtek anyukám meg apukám, mert apukám italozott nagyon lendületesen. Már fiatalkora óta italozott.”

„Késsel ment neki anyukámnak, meg olyan volt, hogy engem apukám nem bántott, anyukám se bántott, csak egymást nem tudták szeretni.”

„Büdös volt az alkoholtól. Kimenekültünk a húgommal előle, nem mentünk be a szobába, hogy ne érezzük apunak az italszagát. De az apukám szeretett úgy minket.”

Gyerekkorában még jó volt a kapcsolata a húgával, ez később romlott meg (ezt azzal indokolja, hogy a húga „fiúzott”, gyakran váltogatta a partnereit). De az anya és a húg kapcsolata is megszakadt,

„Anyukám kirakta A.-t a lakásból, most meg Pesten van, ahol van egy kis szobája, ahol bérelnek egy kis szobát.”

Amióta húga elköltözött, nem látogatta meg a családját, és telefonon sem tartják a kapcsolatot. A testvér a három gyerekével se foglalkozik, csak pénzt juttat nekik.

A munkával kapcsolatban elmondja, hogy a SZEFO-ban dolgozott egy hónapot, de ennek pontos időpontjára nem emlékszik.

„Ilyen fémhuzalokról kellett leszedni a papírt, mert kontaktalkatrészeket kellett csinálni.”

Hamar elbocsátották, mert szerinte egy fiatal munkatársa bepanaszolta, miszerint 100%-os a munkaképesség-csökkenése. Ezt a tényt felvételkor nem tudta a főnöke.

„Nagyon szerettem csinálni. Jó volt, ott ebédeltem, minden. Jól éreztem magam abban a társaságban.”

Dolgozott még varrodában is:

„És akkor nekem az volt a feladatom, hogy a varróasszonyok odaültettek egy székre, oda a varrodába, és nekem az volt a feladatom, hogy adták az asszonyok nekem a ruhákat, és akkor a cérnákat le kellett szednem, le kellett darabolnom ollóval, csak az volt a baj, hogy azt mondták, hogy kivágom az anyagot, pedig nem vágtam bele. Csak rám fogták, hogy kivágtam az anyagot. Pedig nem vágtam.”

Ezért innen is elbocsátották.

Szeretne dolgozni, de „Az orvosok nem engedik meg, hogy dolgozzak, sajnos.” Nem tudja pontosan megítélni, hogy bírná-e az akár csak négyórás foglalkoztatást, a könnyebb munkát.

„Lehet, hogy bírnám, ha megpróbálnám, csak úgy a többiekkel nem tudnék úgy kommunikálni, mint ahogy ők kommunikálnak egymással. Ez a nagy baj, de kommunikálni egyáltalán nem tudok.”

„Ilyen minőségi munkát nem tudok végezni, azt mondja anyukám, de hogyha megpróbálnám, lehet, hogy tudnám csinálni. Ezt nagyon szeretném.”

A munka azért is jó lenne, mert úgy véli, hogy a megkeresett „jó sok” pénz az állapotán is javítana.

„Keresnék egy jó sok pénzt, akkor én is boldogabb volnék. A pénz boldogít. Van egy olyan mondás is, igaz is. Azért javulna az állapotom, és elfoglalnám magamat dolgozni.”

Ami a párkapcsolatot illeti, 16 évesen a középiskolában volt egy szerelmi csalódása, és szerinte ez váltotta ki a betegségét.

„Nem is szabadott volna barátkoznom eggyel se.”

Jelenleg sincs partnere, ezt meg is indokolja:

„Már vagy 20 éve nincs. Kizáró gondnokság alatt vagyok, nem merek barátkozni, anyukám sem engedi, hogy beteg is vagyok. Kinek kell egy beteg lány? Senkinek nem kell.”

Nem is vágya kapcsolatra:

„Nem, egyáltalán nem. Régebben szerettem volna, de fölösleges volt minden kapcsolat, mert reménytelen volt mindig.

Kihasztnáltak teljesen. Ezek a fiúkapcsolatok is hozzájárultak a betegségemhez, mert futó kapcsolat volt, mindegyik elhagyott. Volt vagy nyolc barátom, és mindegyik elhagyott.

Nem tudtam hozzájuk alkalmazkodni, nem tudtam rajtuk segíteni, nem volt meg a bizalmam velük szemben. Nem tudtam velük, nem értettem a párkapcsolatokhoz, egyáltalában nem. Most sem értek a párkapcsolatokhoz. Nekem nem kell már senki, és elsőleg ott az intézetben. Meg R. doktor úr is mondta, hogy Csilla, minek magának barát? És minek magának barátnő? Nem is vágyok egyikre se, csak dolgozni tudjak, meg lenne egy kis pénzem, én azt szeretném, hogy az állapotom javuljon. Javulna az állapotom, hogy segítenének rajtam, a Gesztenye Fa Liget intézetben tők jó lenne. Lehet, hogy ott lenne barátom, lenne barátnőm.”

A betegségé 16 évesen, a „legszebb korában” kezdődött.

„Sok minden összejött. Először a szerelmi csalódás, hozzájárult apukámnak az italozása, a rettenetes nehéz követelmények a gimnáziumban. Tanulás ugye, tanulástól összeomlottam, szerelmi csalódástól összeomlottam, apu italozásától összeomlottam. Akkor mi volt még? Kiközösítettek az osztálytársaim.”

A kiközösítés oka az volt, hogy kitűnő tanuló volt, jól és sokat tanult, még tanulmányi versenyekre is járt. Az egyik versenyen „leblokkolt az agya”, és ott kapott „idegösszeroppanást”.

„Utána az történt, hogy az osztályfőnökünk javasolt nekem Kunszentmártonban egy pszichiátert. Ő megállapította a tesztek alapján, hogy skizofrén beteg vagyok. Akkor elkerültem Szegedre, a Pulcz utcába. Sokk-kezeléseket kaptam, gyógyszeres kezeléseket kaptam. Kaptam 24 idegsokkos kezelést, de a gyógyszeres kezeléseket nem váltak be. Az történt, hogy onnan, azt mondta apukám – akkor még élt apukám –, tulajdonképpen nem kellett volna azok a sokk-kezelések, onnan még betegebben jöttem ki, mint ahogy bementem.”

„Elektromos árammal sokkolták az agyamat. Elalattak. 30-tól kellett lefelé számolni, addigra elaludtam, nem éreztem semmit. De közben rázott az elektromos áram, és akkor sokkoltak, és akkor utána meg a szobámban ébredtem föl. Még rosszabb lett a sokk-kezelésektől, azokat nem szabadott volna adni. Budapestre is felkerültem a Semmelweis Orvostudományi Egyetemre, ott is kaptam sokk-kezeléseket Budapesten, akkor ott is kaptam újabb gyógyszereket, ott a tudós professzor azt mondta, hogy itt már nincs segítség.”

A kezelésektől meghízott. „Rettenetes volt kövérnek lenni. Attól is beteg lettem.”

Egy orvos segített a fogyásban, utána pedig természetgyógyászati kezelésekből részesült.

„Szegekre kerültem utána, a természetgyógyászokhoz kerültem, nagyon híres természetgyógyászokhoz, akik Kanadában, Észak-Amerikában tanultak, mert ott dolgoztak, hazaköltöztek Szegekre.

És akkor ott nyitottak egy nagy-nagy szállást, Attila szállásnak hívták, és akkor ott kezeltek, elvonták tőlem az összes gyógyszert, és akkor így hipnotizáltak. Abban állt a hipnotizálás, hogy zeneterápiát adtak, az tök jó volt nagyon. Hotelban laktam, szállodába, fent az emeleten. És akkor Attila bácsinak hívták a bácsit, a felesége meg nyugatnémet volt. Annénak hívták. És akkor olyan kezeléseket kaptam, hogy akupunktúrás kezeléseket kaptam tőle. Akkor úgy hipnotizáltak meg, hogy le kellett feküdnöm egy nagy szőnyegre, ment az indiai zene közben, és akkor betakartak takaróval, le kellett feküdnöm, és akkor mondogatta Anne, hogy mondogassam magamban azt, hogy én tudok tanulni, tudok tanulni, én nem félek az emberektől, mondogatnom kellett magamban, hogy nem félek az emberektől, de nagyon jó volt..., jó volna oda még egyszer visszamenni. Nagyon sokba került az anyukáméknak.”

Később észébe jutott még valami, ami kiválthatta a betegségét:

„...volt még egy másik dolog, ami beteggé tett engemet. Hát az volt, hogy a közjegyzőben anyunak volt egy ismerőse, egy közjegyző bácsi, a Horváth Mihály utcában lakott. És azt mondta a közjegyző bácsi, hogy rám a húgom rontásokat adott.”

„És tudod, ki mondta meg a rontásokat még? Elmentünk egy kineziológushoz anyuval, és ő mondta meg akkor, hogy rajtam vannak a rontások.”

„Rettenetes a betegségem. Folyamatosan rossz. Úgy érzem, hogy egyre rosszabb. Egyre rosszabb. Jönnek ezek a pánikrohamok, más néven halálfélelem, üldözési mánia, hallucináció. Ezek a gyógyszerek nagyon rosszak. Amióta kapom ezeket a gyógyszereket, ezeket az új gyógyszereket, mindennaposak a pánikrohamok.”

„...amikor hazafelé megyek, akkor már jönnek a rohamok. Otthonomnak a rossz emléke. Sok negatív emlék. Apukámnak a veszekedései, meg anyukámtól is szorongok egy kicsit. Nagyon is szorongok tőle. Nagyon nehéz vele együtt élni. Idős is, meg hát a természete, a sok munka a Polgármesteriben kiborította.”

A Gesztenyeliget Otthonba be van adva a felvételi kérelme, már két alkalommal jártak ott az édesanyjával, hogy megnézzék az intézményt. Egyszer félelemmel említi a beköltözést, máskor pedig nagyon reménykedve.

A bentlakásos intézménybe való beköltözéssel kapcsolatban nagyfokú ambivalencia jellemzi:

„Próbálok, már próbálok felkészülni, úgyhogy nagyon nehéz. Meg minden eltereli róla a figyelmemet, a készülést, nagyon nehéz rá felkészülni. Úgy félek, hogy valamelyik nap kapom a behívót, és akkor rögtön menni kell, és így nem vagyok fölkészülve.”

Máshol:

„Meggyógyulhatnék még ott is.”

Érdeklí, foglalkoztatja, hogy ki segíti majd a felkészülésben.

„*Ki tud segíteni a felkészülésben? Anyukám, vagy ki? Jó. Segíteni kell felkészülni, egyedül nem megy. Ez mindenkinek nagyon nehéz. Én jobban szeretnék egy egyágyas szobát, úgy érzem, hogy ott a gátlásaim megszűnnének, ezek a borzalmas gátlások, amik rajtam vannak, meg ez a rontás. Meg attól is félek, hogy kiközösítenek.*”

Az orvoshoz 3-4 hetente jár, háromféle gyógyszert szed (Parnassan, Amisulprid, Frontin).

Pajzsmirigyproblémák kapcsán javasolta az endokrinológus a pszichiáterváltást (szegedi orvost ajánlott).

„*A házi orvos is Szegedet javasolta. Ő nem adna nekem elektrosokkos kezelést.*”

A nappali intézménybe 2004 augusztusa óta jár.

„*Járok mindennap. Mindennap. Csak akkor, amikor a szurira megyek, akkor nem szoktam menni. Anyu nem engedi, azt mondja, hogy féltizenegy meg féltizenkettő, mire hazaérek, akkor már ne menjek be. Itten jó a kapcsolatom a nővérekkel és a többiekkel. ...A zárkózottabb emberkével nem jó annyira a kapcsolatom. ...Meg itt minden megvan, színezés, kávé, tévézés, minden.*”

A jövőbeli terveket illetően, „...sikerüljön K. J. professzor úrhoz bejutni, meg dolgozni szeretnék. A gyógyulás a legfontosabb, már amennyire lehet, vagy inkább csak szinten tartani. Meg jó lenne lefogyni! Meg jött ez a rohadt változókor, úgy utálom. Fölszedtem jó pár kilót. Pedig kevesebbet eszek, mint régen, mégis többet mutat a mérleg.”

Következtetések, értékelés

A két vizsgált személy mindenben megfelel a kiválasztási kritériumoknak, hosszan tartó pszichiátriai kezelés van mindkettő személy mögött, diagnózisuk besorolás szerint azonos, azonban a betegségük lefolyása, kezdete és a rá adott gyógyszeres terápia tekintetében is eltérnek. Mivel vizsgálatunk nem a gyógyszeres kezelés hatékonyságát hivatott mérni, ezért azt a leegyszerűsítést tettük, hogy mindkettő esetben a megfelelő kezelést kapták. Azért is élhettünk ezzel a leegyszerűsítéssel, mivel a kezdetekben mindkettejük kezelőorvosa azonos volt (megjegyzés: a két személy betegségének kezdete között kb. 27 év telt el, ami a gyógyszerek/kiegészítő terápiák terén elég nagy fejlődést hozó időszak volt).

Megállapítható, hogy mindkét interjúalany betegségét azonnal elkezdték kezelni, azonnal kórházi és gyógyszeres kezelésben részesültek. A diagnózisuk azóta sem változott, jelenleg is annak megfelelő gyógyszert kapnak, mindketten injekció formájában, havi rendszerességgel. Mindketten együttműködők voltak a kezeléseken, jelenleg is rendszeresen járnak kezelőorvosukhoz. Cs. szeretné egy korábbi kezelőorvosával felvenni a kapcsolatot, mert a jelenlegi orvosa tevékenységével nincs megelégedve. A betegségük megjelenését követően mindketten próbálkoztak több különböző egészségügyi ellátóintézménnyel, orvossal, azonban mindketten visszatértek egy-egy helyi

pszichiáterhez. M. esetében tudjuk csak állítani, hogy jelen voltak a *jó kezdeti reakciók az antipszichotikumokra*. Nála azóta is stabilabban fennáll a tünetek csökkenése. Cs. esetében sajnos az ellenkezője történt: nagyon minimális eredményeket hoznak a gyógyszeres terápiák, folyamatos és nagyon aktív hanghallás jellemzi, melyet erős szorongás és sok esetben halálfélelem kísér. A különbség háttérében az is állhat, hogy más-más szakaszában tartanak a betegségüknek, M. 8 éve beteg, míg Cs. több mint 35 éve.

Egyikük esetében sem tudunk *pszichoaktív szerrel való visszaélésről*, ezekről maguk sem számoltak be, és kórházi dokumentációjukban sem szerepel ilyen információ.

Mindkettőjük esetében *normális neurokognitív működésről* beszélhetünk, melyet a Mini-mentál teszt segítségével határoltunk be, s eredményként 27-es pontértékeket kaptunk.

Kognitív viselkedés-terápia csak SZ. CS. élettörténetében jelent meg, elmondása szerint a közeli városba járt át terápiára. Sajnálatosan ez csak rövid ideig tartott, mert anyagi okok akadályozták a folytatást.

Szociális készségfejlesztés mindkét interjúalany életében jelen volt és jelenleg is megtalálható. A betegségük kialakulásakor már az osztályos kezelés megkezdésekor részesültek benne. A megismerhető dokumentumok és az egyéni beszámolók alapján ez főként a kommunikációfejlesztésre, a tanulás fenntartására és a negatív tünetek csökkentésére irányult. A nappali ellátás keretein belül jelenleg is folyik szociális készségfejlesztés, melyekben kiemelten a társas kompetenciák fejlesztése, a megküzdési kompetenciák fejlesztése és a stresszcsökkentés a cél.

A foglalkoztatás mindkét személy életében fontos szerepet tölt be, azonban eltérő sikerességet tudhatnak magukénak. *Támogatott foglalkoztatásban* nem részesül egyik interjúalany sem, azonban H. M. élettörténetében sokkal inkább jelen van a munka. Annak köszönhetően, hogy mögötte nem állt egy támogató, szociális biztonságot adó családi háttér. A betegsége megjelenése óta folyamatosan önellátásra volt kényszerülve. Napjainak nagyon fontos része a munka, megbízhatóan jár a kertészetbe. Sz. CS. is kísérletet tett a munkára, azonban ő a betegségének egy aktívabb szakaszában próbálkozott meg vele, a kudarc nagymértékben eltántorította, pedig még védett munkahellyel is próbálkozott. Esetében fontos kiemelni, hogy nagyon alacsony önértékelése miatt nem is hiszi el magáról, hogy tudna munkát végezni, inkább csak vágyálomként él benne a lehetőség. Jövedelmi helyzetük nagyon alacsony szintű, stabilnak sem mondható, azonban M.-et ez egyáltalán nem frusztrálja, úgy gondolja, ha szükséges, lesz másik munkája, hiszen eddig is meg tudta ezt oldani. Ugyanakkor Cs. esetében a munka és az anyagiak kérdése erős feszültségforrás, hiszen minden jövedelmét édesanyja osztja be, így Cs. függ tőle. Nem is gondolja magát képesnek a pénz beosztására.

Tanulás tekintetében hasonlóságokat lehet felfedezni, mindketten jó képességekkel rendelkeztek, kognitív téren átlagos vagy afeletti teljesítményt tudtak nyújtani. Míg Cs. végzettség nélkül abbahagyta a tanulást a betegség megjelenésekor, addig M. a betegsége

megjelenéséig több szakmát is szerzett, ez a különbség abból adódik, hogy életük eltérő szakaszában érte őket a betegség. M. ma is nagyon fontosnak tartja a tanulást, önállóan kezdeményezi az iskolai oktatásban való részvételét is. Láthatóan folyamatos fejlődési késztetése van, akár a hobbik, akár más területen.

Támogató család tekintetében egyértelmű különbségekről számoltak be, Cs. mindvégig a vérszerinti családjában nevelkedett, betegsége megjelenésekor is családi kötelekben élt. Sosem vált függetlenné a családjától. Az édesanyjától nagymértékű segítséget kap az életvitelre biztosításában, a terápiák keresésében és kipróbálásában, azonban édesanyját nagyon „elfárasztotta” a lánya betegsége. Nem bízik a felépülésében, nagyon negatívan látja lánya jövőjét, erre egyetlen megoldásként az intézményi ellátást tartja megfelelőnek. M. esetében mindez teljesen másként alakult: a betegsége megjelenésekor származási és nevelő családjától független életet élt, saját gyermekeit nevelte, önálló és önfenntartó volt. Elmondható, hogy ezen képességei fennmaradtak, ma is aktívan gyakorolja őket.

Az amerikai gyakorlat szerinti *asszertív közösségi ellátásról* hazánkban nem sok helyen beszélhetünk, ezért ezt a követelményt kicsit másként vizsgáltuk. Arra voltunk kíváncsiak, hogy van-e kapcsolatuk olyan szolgáltatóval, amely nemcsak egy szolgáltatási elemet nyújt, hanem komplexen is képes reagálni a felmerült egyéni szükségletekre, igényekre, illetve azt vizsgáltuk, tudja-e biztosítani az ellátást igénybe vevő számára szociális kapcsolatok kialakítását, az érdekvédelmet, a sorstársi közösséget, más szolgáltatókkal való kapcsolattartást, krízisellátást, családi és közösségi támogatást. H. M. a betegség megjelenését követő 7 éven belül – kb. 1 éve – eljutott a nappali ellátásba, míg Sz. Cs.-nek csak 14 év után – majdnem 20 éve – volt lehetősége bekapcsolódni ebbe, hiszen ekkor hozták létre a településen a szolgáltatást.

A rehabilitációt befolyásoló tényezők kapcsán megállapítható, hogy a betegségük megjelenését követően mindkét interjúalany életében jelen voltak – változó időtartamban – a támogató tényezők. Különbségeket találtunk azonban a családi támogatás, a betegség életkori megjelenése, az önálló képesség és az antipszichotikumokra adott válasz tekintetében.

Felépültek tekinthető-k-e az interjúalanyaink? A „választ” a 2., összefoglaló táblázat tartalmazza.

Kritériumok	H.M.	Sz.Cs.
Nincsenek olyan tünetei, amelyek korlátozzák a mindennapi tevékenységekben.	Igaz	Igaz
Nincsenek olyan tünetei, amelyek rontják az életminőséget.	Igaz	Nem
Képes önálló életvitelre.	Igen	Nem
Saját maga kezeli a pénzügyeit, gyógyszerelését.	Igen	Nem
Legalább részmunkaidőben dolgozik vagy iskolába jár.	Igen	Nem
Normális közösségi terekben, társasági vagy szabadidős tevékenységekben vesz részt legalább hetente egyszer.	Igen	Igen
Bensőséges családi kapcsolatokat tart fenn.	Igen	Igen
Szebb jövőbe vetett hit.	Igen	Nem
Felelősségvállalást saját életéért.	Igen	Nem
Saját döntéseivel kapcsolatos elégedettséget érez.	Igen	Igen
Annak érzése, hogy célja van az életének.	Igen	Igen

2. táblázat: Felépülési kritériumok értékelése³

H. M. mind objektív, mind pedig szubjektív értelemben felépültnek tekinthető a Liberman-féle besorolás alapján. Sz. Cs. objektív szempontból sem tekinthető annak: az önállóság terén és a tünetei terén jelentős eredményeket kell még elérnie ahhoz, hogy felépüljön. Szubjektív tekintetben pedig elmondható, hogy elindult a felépülés útján, hiszen vágyai és örömei megerősítették abban, hogy van értelme az életének, és a közel-múltban meghozott saját döntései énerővel ruházták fel, bátrabb és nyitottabb lett.

A felépülési folyamatokat vizsgálva öt területen kritikusnak számító különbségeket fedezhetünk fel az egyéni felépülési folyamatokban. Az első és talán legfontosabb különbség az antipszichotikumokra való reagálás mértéke, a betegség életkori megjelenése, az önellátási képesség megléte, a közösségi támogatás belépésének időpontja. A családi támogatás kérdését szeretnénk külön is kiemelni, hiszen éppen a teljes családban nevelkedő ellátott esetében nem jelentkezett a család támogató faktorként. Ennek hátterében vélhetően a rosszul értelmezett támogatás állhat, amely izolációra kényszerítette a beteget, illetve túlféltésként rombolta az önmagába vetett hit kialakulását.

3 Saját szerkesztés

Összegzés

Nagyon fontos és kevésbé tárgyalt része a felépülésnek, hogy mit lehet tenni egy megkésett felépülési folyamat támogatására, működnek-e bevett eszközök. Felcserélhetőek ezek, vagy szoros egymásutániságot kell követni? Az esetek tanulmányozása rávilágít, hogy nagyon hosszú időszak elteltével sem lehetünk biztosak a felépülésben, még akkor sem, ha a támogató tényezők egy része jelen van a beteg életében. A klinikus személyisége mindvégig döntő fontosságú, erről Liberman így beszél: „A felépülés kulcsa egy olyan szakember, aki nem adja fel a reményt, ... fenntartja a reális mértékű optimizmust a felépüléssel kapcsolatban és valóságos törődést, bizalmat sugároz afelé az ember felé, aki esetleg elvesztette az önmagába vetett hitét” (Liberman, 2010. 15. o.).

Kéri Szabolcs szavai jól összefoglalják a felépülési modell értékeit, miszerint számít a „minden mindegy” szemlélettel, a minőségi kontroll, a pontos módszertan és a hatékonyság ellenőrzése itt is ugyanolyan követelmény, mint a gyógyszeres terápiák esetében (Liberman, 2010).

Irodalom

- Bulyáki Tünde, Gallai István, Harangozó Judit, Kaszás Jánosné és Szabó Lajos (2020): Felépülés a mentális zavarból. *Alkalmazott Pszichológia*, **20**. 2. sz. 59–76.
- Gordos Erika, Marketti Judit és Puskásné Halál Ágnes: *Szakmai Ajánlás Pszichiátriai Betegek Részére Fenntartott Nappali Intézmények Működtetéséhez*. Budapest, Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2018. július 1.
- Liberman, Robert Paul (2010): *Felépülés a betegségből*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Piczil Márta és Szabó Péter (2023): Pszichoszociális fogyatékkal élők a társadalomban – a múltbéli megítélés és a jelen történéseinek tükrében. *Módszertani Közlemények*, **63**. 1. sz. 3–23.
- Retta, Andersen, Lindsay, Oades és Peter, Caputi (2003): The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**. 5. sz. 586–594.