

Pszichológia Doktori Iskola

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézet

Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program

Integrált közösségi ellátások szerepe a felépülésben

– egy hatékonyságvizsgálat tükrében

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

Endre Szilvia

Témavezető: Prof. Dr. Kiss Enikő Csilla egyetemi tanár

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

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



Pécs, 2020.

„A felépülés célja nem az, hogy az ember normális legyen, hanem hogy elmélyítse és kiteljesítse azt, amit számára az emberi lét jelent.”
Patricia Deegan, 1996

A pszichiátriai betegek ellátása terén paradigmaváltásnak lehetünk tanúi az elmúlt néhány évtizedben. Az ellátórendszer jelentős változásokon ment keresztül, az intézményközpontú ellátás mellett megjelentek a közösségi alapú ellátási formák, egyre nagyobb teret nyerve maguknak. Ezzel párhuzamosan a pszichés betegségekkel kapcsolatos szemlélet is változik, a társadalmi környezet toleranciája, a betegekkel szembeni attitűdök is változásokon mennek keresztül. A demokratikus és jóléti társadalmi fejlődés a fejlett országokban egyre inkább előtérbe állította a személyes szabadság, a másághoz és az emberi méltósághoz való jog, a tolerancia elveit.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Az intézményi forradalom elindítását meghatározó tényezők

Az pszichiátriai intézményi forradalom egyik jelentős fordulópontja az 1968-as európai diáklázongásokhoz köthetőek, melyek a modern társadalmak mélyreható átalakulását vették célkeresztbe, megkérdőjelezték a fennálló intézmények struktúráját is. Ezek között sok támadás érte a pszichiátriai intézményeket, mivel e mozgalmak képviselőinek szemében úgy jelennek meg, mint az emberi személyiség elnyomásának, korlátozásának ördögi műhelyei. A pszichiátriai intézmények sokak számára „totális rendszerek” mintapéldányai. A XX. század folyamán a személyhez kötött jogok és értékek fokozatosan előtérbe kerültek, míg a közösségi értékek és jogok háttérbe szorultak. A személy jogait egyre több garanciális jogszabály kezdte el védeni, ezen belül a mentális betegek jogainak biztosítása kiemelt terület. A politika többé-kevésbé magáévá tette az elmeegógyintézetek elleni fellépéseket, országonként változó mértékben intézeteket zártak be, osztályokat szüntettek meg. A kormányok programokat fogadtak el, melyek megtiltották további elmekórházak létesítését, a fenntartás finanszírozására szánt összegek más célokra történő felhasználását javasolták. Az egészségügyi tudomány fejlődésével párhuzamosan egyre eredményesebb gyógykezelési eljárások alakulnak ki, viszont a nagy tömegeket érintő mentális betegségek gyógykezelésében a hagyományos intézmények viszonylag szerény eredményeket tudhattak magukévé. A növekvő gyógyszerárak ellenére a betegek nagy tömegei életük végéig állandó gondozásra, időszakosan kórházi kezelésre szorulnak (Tringer, 2010).

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

1. A kórházi ágyszámok csökkenése és a terápiás lehetőségek gazdagodása előidézte, hogy az ellátás súlya a kórház helyett az ún. „könnyű intézményekre” és az „ambuláns szférára” tolódott át.
2. „Deinstitucionalizáció” elterjedése: az új típusú szolgáltatások rugalmasak, sokszínűek, a helyi igényekhez igazodnak, kevésbé „intézményesednek”.
3. A szolgáltatások a lakóközösségekbe illeszkednek, ott próbálnak segítséget nyújtani, ahol a mentális problémák jelen vannak (pl. család, munkahely, lakókönyezet), a betegek életterében.
4. A szolgáltatásokat „demedikalizálódás” jellemzi, vagyis a pszichiáter szerepe nem kizárólagos, a szerepe átalakul. A mentális problémával élők segítésébe számos segítő foglalkozás képviselője (pl. pszichológus, szociális munkás, konzultáns, oktató, szupervizor) kapcsolódik be.

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

Pszichiátriai betegek közösségi típusú ellátásai

A pszichiátriai szakellátás az egészségügy rendszerében egy olyan funkciót betöltő gondozási forma, mely legérzékenyebben reagál az aktuális társadalmi változásokra, közösségi igényekre és elvárásokra, továbbá folyamatos és intenzív átalakulások színtere. A pszichoszociális rehabilitáció, ahogy az elnevezés is mutatja több módszer együttes alkalmazását foglalja magába. A pszichoszociális rehabilitáció egy gyűjtőszó, mely tartalmazza azokat segítségnyújtási formákat, melyek lehetővé teszik, hogy a mentális problémával élő emberek az általuk választott közegben, egyéni szükségletekhez igazodó

módon éljenek, megteremtve a társadalmi részvétel lehetőségét az élet minden területén (Wilken és Hollander, 2013). Napjainkban közösségi pszichiátria néven foglaljuk össze ezt az irányzatot, melynek a térbeli elmozdulás mellett a multidiszciplinaritás a központi eleme. A pszichiátriai problémák nagyobb részének eredetét illetően tudományos viták folynak.

Közösségi típusú ellátások Magyarországon

A pszichiátriai betegségekkel való foglalkozás, törődés láthatóan kezdetektől az egészségügy feladata volt, ez a dominancia manapság is érezhető, de a szociális szolgáltatások, ellátások megjelentek ezen a területen is, együttműködést feltételezve az egészségüggyel.

Amíg Nyugaton már az 1960-as évek eleje a közösségi pszichiátria felvirágzásának időszaka volt, addig Magyarországon csak 2004-ben jelent meg a pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi alapellátás, mint szociális szolgáltatás a közösségi pszichiátria részeként. Igaz, hogy pszichiátriai betegek nappali intézményei néhány évvel korábban megjelentek törvényi szinten, viszont a gyakorlatban elenyésző mértékben voltak jelen és törvényileg kevésbé konkretizálták feladatát, módszertanát, ezáltal az a jellemző, hogy az adott nappali intézmény határozhatja meg milyen irányvonalat követ. Hazánkban a közösségi pszichiátriai ellátás mind törvényi háttérét, mind módszertanát tekintve alaposan kidolgozott, keretekre épül. Mivel a közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai nappali intézmény nem azonos teljes mértékben azonos, de hasonló célcsoportot lát el, ezért célszerű, hogy a közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai betegek nappali ellátása integráltan működjön, közösségi pszichiátriai ellátás módszertanát követve.

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

alapelemek: empátia, őszinteség, kongruencia kiegészülve a strukturált tájékoztatással, hozzátartozók bevonásával (Sz. Makó és Kerekes, 2013).

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

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

A közösségi pszichiátriai ellátás és a pszichiátriai betegek nappali ellátásának célcsoportja az otthonukban élő, intenzív támogatást igénylő, nem veszélyeztető állapotú, hosszan tartó mentális problémával élő emberek, akik pszichiátriai kezelés alatt állnak, állapotuk ambuláns szakorvosi kezelés alatt egyensúlyban tartható, de a szükségleteiknek megfelelő életvitelük és rehabilitációjuk, szociális biztonságuk csak intenzív közösségi ellátással vagy nappali ellátással segíthető optimálisan. (Csicsely és Bódy, 2016).

A közösségi pszichiátriai ellátást azért is nevezzük közösséginek, mert a kliens problémája csak a környezetével szoros összefüggésben érthető meg, a környezet megismerése sok olyan

fontos információval szolgálhat, amely a szakemberek szerint segítséget jelenthetnek a segítségnyújtás folyamatában. Fontos a kliens valódi szükségleteinek feltérképezése, az egyén és környezete közötti kölcsönhatások rendszerének megismerése, kliens és lakókörnyezete/hozzátartozói erőforrásainak felmérése. A közösségi pszichiátriai gondozás további célja a tartós intézményi tartózkodás megelőzése, a kliens gondozása során az intézményes lehetőségekkel szemben a természetes segítők közreműködését és az egyéni megoldásokat szorgalmazza (Bugarszki, 2003).

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

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

Ugyanakkor fontos lenne, hogy a hosszantartó mentális betegséggel élő személyek segítséget kapjanak a mindennapi élet során felmerülő problémák kezelésében, megoldásában, megtanulják leküzdeni a számukra megoldhatatlannak tűnő problémákat, képessé váljanak kezelni a stresszhelyzeteket. Továbbá amennyiben lehetséges, képessé váljanak a családtagok, barátok és a szakemberek segítségével a mindennapi életvitelhez szükséges készségeket megtartani, illetve fejleszteni, úgy, hogy a betegség relapszusának, az egyén szociális és

életminőségének mutatói javuljanak. A reszocializáció csak a közösségben lehet eredményes, az itt végzett rehabilitációs munka csökkenti a stigmatizációt, motiválja a beteget és megtartja a családot (Bódy, 2012).

KUTATÁS

A vizsgálati minta

Vizsgálatomba a pécsi Integrált Nappali Szociális Intézmény integrált közösségi ellátásait igénybe vevő ellátottakat vontam be: a reintegrációt elősegítő közösségi programban és a közösségi pszichiátriai ellátásban résztvevőkből két csoport jött létre. A harmadik, kontroll csoportba olyan személyeket soroltam, akik nem fogadták el az intézmény ellátásait, de pszichiátriai gondozáson részt vettek (érkezésükkor és a vizsgálat ideje alatt, ebben nem történt változás). A pszichiátriai gondozás egyénre szabott terápiás kezelés (antipszichotikus kezeléssel) pszichiáter szakorvos vezetésével, mely során szakápolók is tartják a kapcsolatot a pácienssel és a környezetükkel, segítve életvezetésüket, követik a betegek gyógyulási folyamatát, állapotfelmérést végeznek.

A reintegrációt elősegítő közösségi programban részt vevő személyek vállalták, hogy az INSZI pszichiátriai betegek nappali ellátásában részt vesznek. Ez azt jelenti, hogy a kliens heti 4 napon bejárt az intézménybe és részt vett a meghatározott csoportfoglalkozásokon és tréningeken. A foglalkozások előre megtervezett napirend szerint működnek, keretet adva a mindennapoknak, továbbá fontos szempont volt, hogy közösségben, közösen vegyenek részt a foglalkozásokon, az 1. ábrán láthatók a foglalkozások.



1. ábra A reintegrációt elősegítő közösségi programok

A közösségi pszichiátriai ellátásába vonás esetén vállalták az ellátásban való részvételt. Ez a kezelési forma egyéni módszerrel történő fejlesztést jelent, mely során heti rendszerességgel keresi fel otthonában a közösségi pszichiátriai gondozó kolléga a klienst, és közösen megírt gondozási terv (mely módszertanát a disszertáció korábbi részében mutattam be részletesen) alapján, egyéni célok megjelölésével történik az intervenció, az 1. táblázaton közösségi pszichiátriai gondozás tartalma látható.

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

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

1. táblázat A közösségi pszichiátriai ellátás tartalmi elemeinek bemutatása

A vizsgálatba történő beválasztás szempontjából a vizsgálatban résztvevő betegek a DSM-V kritériumoknak megfelelően lettek diagnosztizálva, külső pszichiáter szakorvos által, vagyis jelen vizsgálat ideje alatt a szkizofrénia remisszió kritériumainak megfelelően remisszióban voltak (Andreasen, 2005). Fontos szempont volt, hogy a betegek anamnézisében nem szerepelt kábítószer használat, neurológiai betegség, mentális retardáció, vagy a szkizofréniahoz nem kapcsolható kognitív deficit. A vizsgálat ideje alatt a vizsgálatba bevont

személyek mind fenntartó antipszichotikus kezelésben részesültek. A betegtájékoztató ismertetése után a résztvevők írásos beleegyezésüket adták a vizsgálatban való részvételhez.

A kontroll csoport tagjai számára is biztosítva volt az intervenciós lehetőség igénybevétele, de ők saját választásuk alapján ezzel nem kívántak élni. A kutatás a PTE BTK Társadalmi Kapcsolatok Intézete Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék Szociális Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével rendelkezik (2015/1).

Célkitűzések, a vizsgálat hipotézisei

A vizsgálat fő célkitűzése a szkizofrénia diagnózissal élő egyének reintegrációját elősegítő közösségi intervenciós program hatásvizsgálata volt, egy longitudinális kutatás keretében. Szerettem volna tudományos eszközökkel megvizsgálni, hogy a programban való részvétel, a klubtársakkal való interakciók, a strukturált napi elfoglaltságok milyen hatással vannak a mindennapi életvitelre, a szociális kapcsolatokban való eligazodásra, és a társadalomba való visszailleszkedésre. Kérdés volt az is számomra, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program gyakorol-e hatást a szociális kognícióra, a rezilienciára és az egészségügyi és szociális szükségletek kielégítettségének mértékére.

Hipotézisek:

1. A reintegrációt elősegítő közösségi program pozitív hatással van a résztvevők:
 - a) szociális kogníciójára
 - b) egészségügyi és szociális szükségleteire
 - c) rezilienciájára.

2. A közösségi pszichiátriai ellátás pozitív hatással van a résztvevők:
 - a) szociális kogníciójára
 - b) egészségügyi és szociális szükségleteire
 - c) rezilienciájára.

3. Feltételeztem, hogy a vizsgálat ideje alatt nem következik be dekompenzáció a résztvevők állapotában, a vizsgálat ideje alatt a betegség tünetei és funkcionalitása nem változik negatív irányba egyik csoportnál sem.

Vizsgálati eszközök

Social Cognition Analyzer Application (SCAN) A kutatásban a szociális kognitív funkciók feltérképezéséhez a PTE AOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársai által fejlesztett szoftvert használtam fel, melynek kidolgozásában magam is részt vettem¹. A program a vizsgált személy mentalizációs és érzelemfeldolgozó képességét méri. A SCAN program a nemzetközi szakirodalomban preferált feladatsorok segítségével, és a reakcióidő mérésével együtt végzi a társas kognitív mechanizmusok vizsgálatát.

Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-hu): Alapelve, hogy a szükséglet szubjektív megítélés, így egyszerre több különböző, de egyaránt érvényes percepció létezhet a szükségletek fennállásáról vagy hiányáról. Az interjú rövid idő alatt felvehető, használható állapotfelmérésre, ezáltal a kezelés megtervezése szempontjából is fontos lehet, ismételt felvétel esetén kiváló eszköz lehet a kliens állapotának nyomon követésére, a kezelés monitorozására. A CAN kiindulópontja, hogy mindenkinek, a pszichiátriai betegséggel élőknek is vannak szükségletei, és ezek többsége hasonló az egészséges személyek szükségleteihez. A CAN a szükségletek széles skáláját vizsgálja általánosságban, vagyis olyan szükségleteket, melyekkel bármely egészséges ember is rendelkezik, viszont kiterjed a pszichiátriai betegséggel élőkre jellemző szükségletek vizsgálatára is.

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

Kiegészítő vizsgálati eszközök:

- Pozitív és Negatív Tünet Skála (PANSS) remisszió kritérium
- A működések átfogó értékelése skála (GAF)

¹ Varga Varga, E., Bugya, T., Endre, Sz., Herold, R., Horváth, R., Mákos, O., Kiss, E. Cs., Tényi, T. (2017): Új módszer szkizofrén betegek szociális kognitív folyamatainak vizsgálatára. *Psychiatria Hungarica* 32: 3 pp 313-331.

Adatfeldolgozás

Az adatok feldolgozásához az IBM® SPSS® Statistics 21 és az OpenOffice.org 4.3 programot használtuk. Az adatok statisztikai elemzése során paraméteres és nem-paraméteres próbákat egyaránt alkalmaztam. A minta eloszlásának vizsgálatához a Bonferroni korrekciójú Kolmogorov-Smirnov-tesztet futtattam. A bivariáns összefüggések elemzéséhez nem-normál eloszlású változók esetén Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztam. A normál eloszlású, folytonos változók esetén független csoportok összehasonlításához független mintás T-próbát, függő csoportok összehasonlításához összetartozó mintás T-próbát és variancianalízist, a nem-normál eloszlású, folytonos változók vagy ordinális változók esetén független csoportok összehasonlításához Mann-Whitney-próbát és Kruskal-Wallis-tesztet, függő csoportok összehasonlításához Wilcoxon- és Friedman-próbát, valamint összetartozó mintás varianciaanalízist használtam. A csoportok közötti összehasonlításhoz, amennyiben kategoriális változóról van szó, Chi (χ^2) -négyzet tesztet futtattam.

Eredmények

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

Szociodemográfiai jellemzők

A nem, az oktatás, az életkor és a betegség időtartama hasonló értékekkel bírt a három csoport esetében, ezért ezek között nem volt szignifikáns különbség. A kutatás kiindulási időpontját T1, 6 hónap elteltével a követési időszakot T2-vel jelölöm. A kutatásba bevont mindhárom csoport tagjai remisszióban voltak, a kiindulási és a követési időszakban egyaránt. Szignifikáns változás a REKP intervenció hatására a pozitív tünetek esetében enyhültek az intervenció hatására.

Mentalizációs teljesítmény szkizofréniában

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

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

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

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

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

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

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

K	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Faux pas	89,85 (21,66)	79,26 (30,62)	0,09
Irónia	55,56 (18,67)	83,33 (19,61)	0,00
Metafora	86,67 (15,68)	91,11 (12,81)	0,20

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

Alapérzelem felismerés szkizofréniában

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

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

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

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

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

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

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

KPE	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p value ^{a,c}
Arc teszt	85,79 (20,51)	75,92 (18,67)	0,03
Érzelmi prozódia	80,70 (11,72)	84,88 (7,16)	0,34

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

Egészségügyi és szociális szükségletek egyéni megítélése

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

REKP	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Kielégített szükséglet	11,90 (1,49)	15,40(1,71)	0,00
Kielégítetlen szükséglet	5,43 (1,04)	1,43 (0,72)	0,00
Kapott informális segítség	2,23 (0,97)	2,23 (0,97)	1,00
Kapott formális segítség	0,53 (0,57)	4,40 (0,93)	0,00
Formális segítség szükséglete	4,83 (0,68)	4,40 (0,93)	0,024
Mennyire megfelelő a segítség	0,50 (0,68)	4,40 (0,93)	0,00
Elégedettség a segítséggel	0,6 (0,12)	4,2 (0,10)	0,00

A 8.táblázatban látható, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program hatására a kielégített szükségletek ($z = -4,81$, $p = 0,00$), a kapott formális segítség ($z = -4,82$, $p = 0,00$) a megfelelő segítség mértéke ($z = -4,82$, $p = 0,00$) és a segítséggel való elégedettség ($z = -4,85$, $p = 0,00$) szignifikánsan növekedtek. A kielégítetlen szükségletek ($z = -4,81$, $p = 0,00$) és a kapott formális segítség szükséglete ($z = -2,25$, $p = 0,024$) szignifikánsan csökkentek. A kapott formális segítség ($z = -0,00$, $p = 1,00$) mértéke szignifikánsan nem változott a vizsgálat időtartama alatt.

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

KPE	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Kielégített szükséglet	12,29 (1,53)	13,87 (1,47)	0,00
Kielégítetlen szükséglet	5,13 (1,08)	3,54 (1,20)	0,00
Kapott informális segítség	2,71 (0,82)	3,48 (0,85)	0,00
Kapott formális segítség	0,71 (0,69)	1,45(0,85)	0,00
Formális segítség szükséglete	4,39 (1,17)	1,45 (0,85)	0,00
Mennyire megfelelő a segítség	1,69 (0,84)	1,48 (0,85)	0,49
Elégedettség a segítséggel	0,80 (0,12)	3,80 (0,10)	0,00

A KPE csoportnál a kielégített szükségletek ($z = -2,23$, $p = 0,02$), a kapott formális segítség ($z = -2,33$, $p = 0,02$), a megfelelő segítség ($z = -4,47$, $p = 0,00$) szignifikánsan nőtt. A kielégítetlen

szükséglet ($z = -2,23$, $p = 0,02$) szignifikánsan csökkent. A kapott formális segítség ($z = -1,93$, $p = 0,05$), a segítséggel való elégedettség ($z = -0,77$, $p = 0,43$) nem mutat szignifikáns növekedést. A formális segítség szükséglete ($z = 0,00$, $p = 1,00$) nem változott szignifikánsan.

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

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

A 10. táblázatban látható, hogy a kontroll csoport kielégített szükségletei ($z = -2,23$, $p = 0,02$), a kapott formális segítség ($z = -2,33$, $p = 0,02$), a kapott megfelelő segítség szükségletei ($z = -4,47$, $p = 0,00$) szignifikánsan nőttek. A kielégítetlen szükséglet ($z = -2,23$, $p = 0,02$) szignifikánsan csökkent. A formális segítség szükséglete ($z = 0,00$, $p = 1,00$) nem változott vizsgálat ideje alatt. A kapott informális segítség ($z = -1,93$, $p = 0,05$), és a segítséggel való elégedettség ($z = -0,77$, $p = 0,43$) szignifikánsan nem változott.

Reziliencia

11. táblázat Reintegrációt segítő közösségi program reziliencia értéke

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

A 11. táblázatban látható, hogy az REKP csoport ($r = 0,82$, $p = 0,00$) értéke szignifikánsan változott, nőtt a csoport reziliencia értéke.

12. táblázat Közösségi pszichiátriai ellátás csoport reziliencia értéke

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

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

13. táblázat Kontroll csoport reziliencia értéke

K	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Reziliencia	13,86 (0,34)	14,10 (0,31)	0,07

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

Megbeszélés

A kutatás célja a szkizofrénia diagnózissal élő egyének életében a pszichoszociális intervenció hatásának vizsgálata volt longitudinális kutatás keretében. A vizsgálat 91 fő szkizofrénia diagnózissal élő személy bevonásával zajlott, nyomon követésük a bevonásukat követően fél évig történt.

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

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

A kutatásban a közösségi alapú pszichoszociális intervenció két formájának hatékonyságát vizsgáltam, vagyis a pszichiátriai betegek nappali ellátása és a közösségi pszichiátriai ellátást, melyek különböznek egymástól a szolgáltatás intenzitásában és összetettségükben is. A közösségi alapú pszichoszociális intervenció alapvető megközelítése, hogy a reszocializáció olyan közösségben lehet hatékony, ahol a rehabilitáció csökkenti a megbélyegzést, motiválja az egyént és támogatja a családot.

Szociodemográfiai jellemzők

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

Szociális kogníció

A szociális kognitív funkciók jelentős változásait a REKP csoportban láthatjuk, mivel ezek erőteljes változásokat mutattak az irónia megértésében, a faux pas, metafora és érzelmi prozódia feladatok megértésében is. A KE csoportban a faux pas, irónia és érzelmi prozódia feladatban látható pozitív változás. 6 hónap elteltével a csoportok közötti szignifikáns különbség a metafora feladatokban látható, a REKP csoport teljesítménye a legmagasabb. Fontos szempont, hogy a REKP csoport jelentősen csökkentette a válaszüzenetét a metafora feladatokban is. Varga és mtsai (Varga, 2018) szerint az adaptív társadalmi működéshez a társadalmi ingerek helyes értelmezése ugyanolyan fontos, mint az időben történő feldolgozás. Az REKP csoport eredményeit figyelembe véve, úgy gondolom, hogy a kellően hatékony pszichoszociális rehabilitációs programmal a szkizofrén betegek képessé válnak javítani a szociális kognitív teljesítményükön. Medalia és Saperstein (Medalia & Saperstein, 2013) szerint ez a javulás a közösségi nappali klub alapvető megközelítésének köszönhető: a betegek nemcsak számos tréningbe és csoportos tevékenységbe lettek bevonva a szociális funkciók javítása érdekében, hanem egy folyamatos szociális közegben voltak jelen, ahol lehetőség nyílt arra, hogy különböző társadalmi interakciókban vegyenek részt a klub többi tagjával: a klubtagokkal és segítőkkel. Ebben a szociális környezetben a betegek lehetőséget kaptak a szociális készségek valós környezetben való gyakorlására, ami konkrét hatással van a szociális és társadalmi kognitív készségeikre, fejlesztve a társadalomban való eligazodásukat. Az intervenció során nem a társadalmi kognitív képességeket célzó speciális szociális kognitív intervenciókat alkalmaztuk, ezért az intervenció pozitív hatását elsősorban a támogató szociális környezetnek és a benne való működésnek tulajdonítjuk, vagyis, hogy a kliensek különböző társadalmi interakcióiban is részt vehettek, gyakorolhatták a másokkal való együttműködést. A terápiás közösségbe való bevonás támogatja a betegek számára az

új társadalmi szerepek megtalálását, ami hozzájárulhat a megbélyegzés érzésének csökkentéséhez, és ezáltal növeli a valódi közösségbe való újrászocializálódás esélyét. Az eredmények megerősítik a környezeti ingerek fontos szerepét. Bora és Murray szerint (Bora & Murray, 2013) a társadalmi elszigeteltséggel kapcsolatos csökkent környezeti ingerek szerepet játszhatnak a szkizofrénia okozta agyi kapacitás csökkenésében is. Az interperszonális hálózatok és a szociális támogatás gazdagsága védő faktorként is felfogható, mely megkönnyítheti a megküzdési mechanizmusokat és a kompetenciát, ellensúlyozva a társadalmi stressz káros hatásait (Beels, 1981; Buchanan, 1995). Eredményeink összhangban állnak a felépülés központú szolgáltatások célkitűzéseivel, melyek hangsúlyozzák a társak és a szociális hálózatok szerepét a „helyreállítási folyamatban” (Galletly, 2016).

A KPE csoportot illetően megfigyelhető a faux pas, irónia és érzelmi prozódia várható javulása, valamint az arc teszt feladatban elért eredmények csökkenése.

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

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

kontroll csoport meghosszabbított válaszüzeje az irónia feladatokban egy kompenzációs stratégia eredménye volt.

Egészségügyi és szociális szükségletek egyéni megítélése

A szkizofrénia diagnózissal élő személyek egyéni szükségleteinek felmérése, ezek változásának szubjektív megélésének vizsgálta történt az intervenciók hatására. A CAN általános szükségleteket vizsgál, kiegészítve azt a kifejezetten pszichiátriai betegséggel élők esetleges szükségleteire.

A pszichiátriai betegek nappali ellátást igénybe vevők csoportjának kielégített szükségletei javultak, vagyis az ellátás igénybevétele reagálni tudott a kliens szükségleteire. A szükségletekkel való elégedettség javulása alátámasztja, azt, hogy a kliensek a számukra megfelelő segítséget kapták, vagyis valós igényeire tudott reagálni az ellátás. A megfelelő segítség mértékének javulása jelzi azt, hogy a kliensek a kapott segítséget hasznosnak érezték. A kapott formális segítség javulása mutatja azt, hogy a szükségletek kielégítése intézményi segítséggel történtek, vagyis a nappali ellátás közvetlen vagy közvetett segítségével tudott megvalósulni.

Továbbá a kielégítetlen szükségletek a pszichiátriai betegek nappali ellátásnál a legalacsonyabbak, vagyis nem csak a kielégített szükségletek növekedtek, hanem ezzel egyenes arányban csökkentek a kielégítetlen szükségletek, az ellátás igénybevétele segítette a kielégítetlen szükségletek csökkenését.

A pszichiátriai betegek nappali ellátásának feladatai közé tartozik az egyéni szükségletek feltérképezése, azok lehetőség szerinti kielégítése az ellátás keretein belül, pl. étkeztetés megoldása, háztartásvezetésben segítségnyújtás, ápoltság, napközbeni tevékenység, tájékoztatás, társas kapcsolatok kialakítása, gyógyszer-compliance segítése. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor a megfelelő szolgáltatás irányába történő delegálással, mint pl. segélyek igénylése, írás, olvasás készségfejlesztés, anyagi lehetőségek igénybevétele (McKay és mtsai, 2016) történik meg a szükségletek kielégítése.

A KPE csoport kielégített szükségletei nőttek, ezzel egyenes arányosan a kielégítetlen szükségletek csökkentek, kisebb mértékben, mint a REKP csoportnál, de szignifikáns a változás. Az informális segítség nőtt, feltételezhetően ez segítette a formális segítség csökkenését is.

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

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

Viszont a megfelelő támogatás hiányában a családtagok szintén nagyfokú stresszt, frusztrációt élnek át, melynek következtében elhatárolódnak – akár életvitelben is – a betegségben érintett családtagtól. A családi kapcsolatok feltérképezése ezért fontos része a közösségi gondozásnak, hiszen a társadalomba való visszailleszkedés és az intézményesülés folyamatai ellenére a primer szociális hálók továbbra is központi jelentőséggel bírnak az emberek életében, együttélésében. Ezek a hálózatok életciklustól és szociális helyzettől függően változnak, eltérő hangsúlyt kaphatnak, de minden esetben ezek biztosítják az egyén elsődleges integrációját, ezért van fontos szerepe a közösségi pszichiátriai gondozónak a társas kapcsolatok fenntartásában, erősítésében (Kerstin, 2011).

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

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

A szkizofrén betegek normatív ellátási igényeit nem lehet pusztán néhány, gyorsan azonosítható marker alapján meghatározni. Személyre szabott elemzésre van szükség, amely

magában foglalja a pszichopatológiára, a szubjektív megbirkózásra, a társadalmi kompetenciára vonatkozó változókat. Kallert és Leisse (2001) szerint a szkizofrén betegeknek fontos a közösségi alapú ellátások igénybevételének lehetősége, viszont önmagában kevés. A problémák teljeskörű megoldása érdekében szükség lenne a szociális normák és a rehabilitáció központi területein azonosított hiányok minimalizálására a nemzetközi protokollnak való megfelelés érdekében. Ez különösen fontos, mivel azt tapasztaljuk, hogy a szociális károsodások és fogyatékoságok dominálnak a szkizofrén betegek pszichiátriai ellátásra vonatkozó normatív elvárások teljes spektrumán.

Reziliencia

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

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

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

megjelenő támogató háló támogathatja a rezilienciát, ami magyarázza a KPE csoport reziliencia értékeinek pozitív elmozdulását.

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

Az REKP és KPE csoport eredményeit figyelembe véve elmondható, hogy a szociális támogatás a reziliencia egyik fontos eleme (Kleiman & Riskind, 2013; Kleiman, 2014). Oakland és Berry szerint (2015) a megfelelő pszichoszociális támogatás ellensúlyozhatja az elszigeteltséget a szkizofrén betegeknek, továbbá segíthet a társadalomban való visszailleszkedésben.

Összegzés

Tudomásom szerint ez a vizsgálat foglalkozott először a szkizofrén betegek számára elérhető közösségi alapú pszichoszociális ellátások két különböző formájának összehasonlításával. A kutatási célja teljesült, mivel úgy gondolom, a kutatás alátámasztotta, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi program képes javítani a szkizofrének funkcionális működését, elősegíti a hétköznapi életben való eligazodást, a társadalomba való visszailleszkedést, hatással van a rezilienciájukra és egyéni szükségleteik kielégítettségére.

Az 1. hipotézist sikerült igazolni, mely szerint a szociális kogníció szempontjából a legszembetűnőbb várható változás a reintegrációt elősegítő közösségi programmal érhető el. Az eredmények azt mutatják, hogy ez a támogató társas környezetnek köszönhető, amelyben különféle társas interakciókat lehet gyakorolni, valamint új társadalmi szerepeket megtanulni, amelyek konkrét fejlesztő hatást gyakorolnak a társadalmi megismerésre és segítenek a klienseknek a társadalomba való visszailleszkedés során. Jelenlegi eredmények egyértelműen mutatják, hogy a betegek szociális kognitív teljesítményének jelentős javítása érdekében fontos a közösségi csoportba történő bekapcsolódás. A kielégített szükségletekkel való elégedettség a reintegrációt elősegítő közösségi programmal érhető el, a kielégítetlen szükségletek ebben az esetben a legalacsonyabbak. A program egyik fontos eleme, hogy feltérképezze az egyének szociális és egészségügyi szükségleteit. A kielégítetlen vagy nem megfelelően kielégített szükségleteket intézményen belül, amennyiben ez nem lehetséges intézményközi delegálással próbálja kielégíteni. A reziliencia értékeket elemezve láthatjuk, hogy a reintegrációt elősegítő közösségi programban résztvevőknél legszembetűnőbb a

változás 6 hónap elteltével. A program során kialakult egy közösség, mely támogatja, erősíti a tagjait, megtapasztalható egymás elfogadása, erősítése.

A 2. hipotézist sikerült igazolni a szociális kogníció, az egészségügyi és szociális szükségletek és reziliencia terén a KPE program hatására látható a változás, fontos megemlíteni, hogy a RKPE csoporthoz viszonyítva kisebb mértékű. A két program összetettségében és rendszerességében is különbözik. Az REKP heti 4 napi megjelenést feltételezett a résztvevőtől, ahol másokkal interakcióba lépve vett részt a programokon, míg a KPE heti egy találkozást a közösségi gondozóval.

A KPE csoportnál kisebb mértékű, de szignifikáns változás látható a szociális kogníció javulását tekintve. A közösségi pszichiátriai ellátás a közösségi erőforrásokra építve végzi a gondozási tevékenységét. Segít a meglévő társas kapcsolatok erősítésében, fenntartásában, ezzel hozzájárulva az reziliencia fejlesztéséhez. A közösségi pszichiátriai ellátás tevékenységét a kliens szűkebb és tágabb környezetében végzi, vagyis családi, baráti és ismerősi kapcsolatokra építve tud megvalósulni a pszichoszociális rehabilitáció. Ezért elmondható, hogy a KE csoport tagjainak a legmagasabbak az informális (családi, baráti) segítségei. Amennyiben hatékonyan működik a közösségi gondozás és sikerül a családot, barátokat, ismerősi hálózatot erősíteni, esetleg újraépíteni, ezzel természetes támogató hálót kialakítani a kliens körül.

A KPE csoport informális segítségei a legkielégítettebbek, ezzel arányosan a kielégítetlen szükségletek csökkentek, ezt alátámasztja a közösségi alapú gondozás alapfelvetése, mely szerint a gondozás a kliens kapcsolati hálójának mozgósításával történik. A KPE csoport reziliencia értéke a kiinduláshoz képest javult, szemben a kontroll csoporttal, viszont kevésbé, mint a REKP csoporté. A családi kapcsolatok védő, megtartó ereje miatt a pszichiátriai problémával élőknel fontos figyelmet fordítani a rendezett kapcsolatok kialakítására, fenntartásának segítésére, támogatására. Fontos a családon kívüli a baráti, munkahelyi, lakóközönségi kapcsolatok felkeresése, erősítése. A kliens körül fellelhető személyekkel való kapcsolat felvétele segíti újraszervezni a társas kapcsolatokat, elsősorban a meglévő erőforrásokra támaszkodva működik, létrehozva egy természetes védő-hálót a kliens köré. Az intervencióban megjelenő támogató háló segíti a rezilienciát, ami magyarázza a KPE csoport reziliencia értékeinek pozitív elmozdulását.

Nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a tény, hogy mindhárom csoport jelentősen javította teljesítményét az irónia feladatok megértése során. Ezen kívül a KPE, és a kontroll csoport mérsékelten megnövelte a válaszüdejét, ami a 6 hónapos intervenció után szignifikáns

különbséget eredményezett a csoportok közötti irónia feladatok szignifikánsabb gyorsabb elvégzésében. Úgy gondoljuk, hogy a KPE és a kontroll csoport meghosszabbított válaszáideje az irónia feladatokban egy kompenzációs stratégia eredménye volt.

A 3. hipotézist sikerült alátámasztani a kutatásban minden résztvevő betegségük remissziós fázisában volt, a szkizofrénia munkacsoportban a remisszió operatív kritériumai alapján, betegségükben dekompenzáció nem jelentkezett. A funkcionalitásban sem történt negatív változás a GAF értékeket tekintve.

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

Kutatás korlátai és kitekintés

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

Jelen kutatás nem tér ki a neurokognitív tényezők, a társadalmi megismerés, a funkcionális eredmények, a klinikai tünetek közötti lehetséges összefüggések vizsgálatára, amit egy jövőbeli kutatásban érdemes lenne célul kitűzni. Ezenkívül a szociális kogníció olyan aspektusait is érdemes lenne vizsgálni, mint például az empátia és szociális jelek percepciója. Jelenlegi disszertáció és korábbi tanulmány (Varga, 2017) megállapításai szerint, valamint a szkizofrénia funkcionális kimeneteleinek bioszociális modellje alapján (Brekke, 2005) érdemes lehet a szociális kognitív tréning, például a metakognitív képzés (MCT), (Van Oosterhout, 2016; Varga, 2017) használatának átgondolása. Mely tréningek specifikusan a szociális funkcionálás fejlesztésére koncentrálnak. A közösségi alapú pszichoszociális rehabilitációs programokkal együtt alkalmazott kommunikációs képességek (Adamczyk, 2016) tovább segítenék a szkizofrénia funkcionális kimenetelét.

Felhasznált irodalom

- Adamczyk, P., Daren, A., Sulecka, A., Bładziński, P., Cichocki, Ł., Kalisz, A., Gaweda, L., Cechnicki, A. (2016). Do better communication skills promote sheltered employment in schizophrenia?. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 331-339.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
- Beels, C. C. (1981). Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 58-72.
- Bódy, É. (2012). Közösségi ellátás keretei. In: Váradi, E. (szerk.). *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Brekke J, Kay DD, Lee KS, Green MF. (2005): Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Research*. 80, 213-25.
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76.
- Bugarszki, Zs. (2003). A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély* 1, 67-86.
- Bugarszki Zsolt (2004): A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon. *Esély*, (15), 4, 100-110.
- Bulyáki T. (2016): *Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák*. ELTE-TÁTK, Budapest.
- Csicsely Á., Bódy É. (2016): *Szakmai ajánlás – közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére*, Budapest, Nemzeti Erőforrás Minisztérium.
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410-472.
- Gayer-Anderson, C., & Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 22(2), 131-146.
- Giora, R. (2003). *On our mind: Salience, context, and figurative language*. Oxford University Press.
- Győri, M., Lukács, Á., & Pléh, C. (2004). Towards the understanding of the neurogenesis of social cognition: Evidence from impaired populations. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology*, 2(3-4), 261-282.
- Fallon, C. M. (2010). *School factors that promote academic resilience in urban Latino high school students* (Doctoral dissertation, Loyola University Chicago).
- Harangozó J., Tringer L., Gordos E., Kristóf R., Werring R., Slezák A., Lórintz Zs., Varga A., Bulyáki T. (2001). *Paradigmaváltás a pszichiátriában*. LAM, 11 (8-9), 573-586).

- Harangozó J. (2006). Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális intervenciókkal történő közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. In: *A szkizofrénia pszichoterápiája*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 253–304.
- Hoe M, Nakagami E, Green MF, Brekke JS. (2012). The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. *Psychological Medicine*, 42:2287–99.
- Kallert, T. W., & Leisse, M. (2001). Schizophrenic patients' normative needs for community-based psychiatric care: an evaluative study throughout the year following hospital release in the Dresden region. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(1), 1-12.
- Keefe, R. S., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., ... & McEvoy, J. P. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Archives of general psychiatry*, 64(6), 633-647.
- Kerstin, U. (2011). Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély*, 5, 100-117.
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized Social Support and Self-Esteem Mediate the Relationship Between Perceived Social Support and Suicide Ideation A Test of a Multiple Mediator Model. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 42-49.
- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 144-155.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Salvi, G., Bissoli, S., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2007). Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4 year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 31-41.
- Leiß, M., & Kallert, T. W. (2003). Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry research*, 118(3), 223-233.
- Liberman, R. P. (2010). *Felépülés a betegségből - A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Oriold és Társai Kiadó.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development, *American Psychologist*, 56(3), 227-238
- McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47.
- Medalia, A., & Saperstein, A. M. (2013). Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes?. *Current opinion in psychiatry*, 26(2), 151-157.
- Sz. Makó, H. & Kerekes, Zs. (2013). Pszichiátriai szakellátás és mentálhigiéné. In: Kiss, E. Cs. (szerk.). *Mentálhigiéné és segítő hivatás: fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről*. Pécs: Pro Pannonia. 13-30.
- László, T. (2007). *A pszichiátria tankönyve: egyetemi tankönyv*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

- Van Oosterhout, B., Smit, F., Krabbendam, L., Castelein, S., Staring, A. B. P., & van Der Gaag, M. (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies. *Psychological medicine*, 46(1), 47-57.
- Varga, E., Bugya, T., Endre, S., Herold, R., Horváth, R., Mákos, O., & Tényi, T. (2017). A new method for the measurement of social cognition in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 32(3), 313-331.
- Varga, E., Herold, R., Tényi, T., & Bugya, T. (2018). Social Cognition Analyzer Application (SCAN)-a new approach to analyse social cognition in schizophrenia. *Eur. Neuropsychopharmacology*, 28, S55-S56.
- Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, Pfeiffer H (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Research*, 113:210–7.
- Tringer, L., (2010). A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 42010(140).
- Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G, Klingberg S. (2007). Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 258:48–58.
- Varga, E., Bugya, T., Endre, Sz., Herold, R., Horváth, R., Mákos, O., Kiss, E. Cs., Tényi, T. (2017). Új módszer szkizofrén betegek szociális kognitív folyamatainak vizsgálatára. *Psychiatria Hungarica*, 32 (3), 313-331.
- Wickham, S., Taylor, P., Shevlin, M., & Bentall, R. P. (2014). The Impact of Social Deprivation on Paranoia, Hallucinations, Mania and Depression: *The Role of Discrimination Social Support, Stress and Trust*. Plos One, 9(8).
- Wilken, J. P., & den Hollander, D. (2013). *Rehabilitation and recovery: a comprehensive approach*. Uitgeverij SWP.

A PhD értekezés témájához kapcsolódó saját publikációk jegyzéke

- Endre Sz.** (2019). Reziliencia és felépülés alapú szemlélet a pszichoszociális rehabilitáció tükrében. Előadás. „Megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci integrációját elősegítő programok támogatása”- FOGLALKOZTATÁS 2018 című pályázat záró szakmai konferenciája. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2019. május 31.
- Varga E., Herold R., Tényi T., **Endre Sz.**, Fekete J., Bugya T. (2019). Social Cognition Analyzer Application – A New Method for the Analysis of Social Cognition in Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 912-926.
- Varga E., **Endre Sz.**, Tényi T., Fekete J., Herold R. (2019). A közösségi ellátás pozitív hatása a szociális kognícióra és a funkcionális kimenetelre szkizofréniában. *Psychiatria Hungarica*, 34: 142-143.
- Varga E., Bugya T., **Endre Sz.**, Herold R., Horváth R., Kiss E. Cs., Tényi T. (2019). Új módszer a szkizofrén betegek szociális kognitív folyamatának vizsgálatára. *Psychiatria Hungarica*, 34: 141-141.,

Endre Sz., Varga E., Bugya T., Tényi T., Herold R. (2018). Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 9: 247-258.

Endre Sz., Bugya T., Herold R., Tényi T., Varga E. (2018). Efficacy of integrated community club care and community-based psychosocial rehabilitation on social cognitive processing in schizophrenia. *European Psychiatry*, 48: 438-439.

Endre Sz., Kiss E. Cs, Bugya T, Herold R, Varga E. (2017). A pszicho-szociális rehabilitáció hatékonyságának vizsgálata a szociális kognitív folyamatokban szkizofréniával élő egyének életében. Előadás: *Doktoranduszok a Klinikai Kutatásokban*. Konferencia helye, ideje: Pécs, 2017.10.28.

Varga E., **Endre Sz.**, Molnár D., Tényi T., Herold R. (2017) Efficacy of metacognitive training compared with a psychosocial rehabilitation program on social cognitive processing in schizophrenia. *EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY*, 27:959.

Varga E., **Endre Sz.**, Molnár D., Tényi T., Herold R. (2017). Efficacy of metacognitive training compared with a psychosocial rehabilitation program on social cognitive processing in schizophrenia. Előadás. 30th ECNP Congress Paris. Konferencia helye, ideje: Franciaország, Párizs, 2017.09.02-05.

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

Varga E., **Endre Sz.**, Herold R., Tényi T., Horváth R., Tesfay B.K., Schnell Zs., Bugya T.: (2017). Szociális kognitív készségek komplex mérésére alkalmas saját fejlesztésű pszichometriai szoftver bemutatása, *Psychiatria Hungarica*. 32: (Suppl. 1)p. 111.

Endre Sz., Takács H., Kiss E. Cs. (2016) Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: A short term longitudinal study. Előadás. 12. *Alpok-Adria Pszichológiai Konferencia*. Konferencia helye, ideje: Horvátország, Rijeka, 2016. szeptember 29-október 1.

Endre Sz., Takács H. (2016) Therapeutic Impacts of Mandala Drawing on Mental Disorders: Implications of a Creative Workshop. *5th Interdisciplinary Doctoral Conference, 2016.*, Conference Book, 98-105.p.

Takács H. **Endre Sz.** (2016). Therapeutic Impacts of Mandala Drawing on Mental Disorders: Implications of a Creative Workshop. Előadás. V. *Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia*, Konferencia helye, ideje: Pécs, 2016.05.25-27.

Endre Sz., Kiss E. Cs. (2015). A pszichiátriai közösségi alapú ellátások protektív tényezőinek szerepe a szkizofrén diagnózissal élő egyének életében. Előadás. *Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Tudományos Nagygyűlése*. Konferencia helye, ideje: Eger, 2015.május 28-30.

Varga E., **Endre Sz.**, Bugya T., Horváth R., Schnell Zs., Janszky J., Tényi T., Simon M., Herold R. (2014). A new Linux based psychometric software to assess social cognition in schizophrenia. Poszter. XVI. *World congress of Psychiatry*. Konferencia helye, ideje: Madrid, Spanyolország, 2014.09. 14-18.

Endre Sz., Herold K. (2014). „Miénk itt a tér” – Esetbemutatók a közösségi pszichiátriai ellátásból. In: Csürke J. -Vörös V. - Osváth P. - Árkovits A. (szerk). *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Lélekben Otthon Könyvek*. Budapest. 382-387.

Varga E., **Endre Sz.**, Bugya T., Horváth R., Németh N., Schnell Zs., Janszky J., Tényi T., Simon M. Hajnal A., Fekete S., Herold R. (2014). Szociális kognitív készségek komplex mérése szkizofréniában Linux alapú pszichometriai szoftver segítségével. Előadás. *2014. évi Tavaszi Szél Konferencia*. Konferencia helye, ideje: Debrecen, 2014. március 21-23.

Endre Sz. (2013). Kreatív technikák és terápiák alkalmazási lehetőségei a skizofrén diagnózissal élő személyek közösségi alapú szociális ellátása területén Előadás. *Miskolczi Dezső Emlékkonferencia*. Konferencia helye, ideje: Baja, 2013. október 25.

Endre Sz. (2013). Creative techniques and thereapies in the community care of persons with mental disorders. Előadás. *Response-able Communities*. Konferencia helye, ideje: Pécs, 2013. május 22-24.

Endre Sz. (2013). Kreatív technikák és terápiák a pszichiátriai betegek közösségi alapú ellátásaiban, *Szociális Szemle*, 2013/1-2.

Endre Sz. (2013). Pszichés problémával élő egyének számára igénybe vehető szocioterápiás foglalkozások, terápiás lehetőségek bemutatása. *30 éves jubileumi konferencia és közgyűlés. Magyar ILCO Szövetség*. Dombóvár-Gunaras, 2013. október 4-6.