

## **A terápiás közösségek értékelésének javasolt modellje**

*A possible model for evaluating therapeutic communities*

B. ERDŐS MÁRTA & KELEMEN GÁBOR

### **Összefoglalás**

*A szerzők a szerhasználati zavarral kezelt kliensek számára működtetett terápiás közösségek (TC) komplex értékelő modelljére tesznek javaslatot. A modell kialakítása a Trident keretrendszerére támaszkodva (Ellis & Hogard, 2006; B. Erdős, 2015), kevert (kvalitatív és kvantitatív) módszereket alkalmazó kutatáson alapszik. A kutatást három hazai terápiás közösségben folytatták le.*

*Kulcsszavak: komplex értékelés – terápiás közösségek – reflektálás*

### **Abstract**

*Authors propose a possible model for the complex evaluation of therapeutic communities (TC) for clients with substance use disorder. The model is based on the Trident approach (Ellis & Hogard, 2006; B. Erdős, 2015), utilizing mixed method evaluation research and has been conducted in three Hungarian therapeutic communities.*

*Keywords: complex evaluation – therapeutic communities – reflection*

### **Az értékelés keretei**

A terápiás közösségek szerepe Európában változó. Általánosságban elmondható, hogy azokon a területeken, ahol az emberek erősen individualizálódott, a közösségi lét helyett az egyénre összpontosító társadalomban élnek, a TC-k népszerűsége csökken. (Vanderplasschen, Vandeveldé & Broekaert, 2014) A felépülési modell térhódításával a TC-k értékrendje előtérbe került, e modell azonban nehezen egyeztethető össze a fogyasztói társadalmak szolgáltatás-centrikus gondolkodásmódjával. Ez a mentalitás hosszú távon akár veszélyeztetheti is a felépülési modell érvényre jutását.

Hazánkban a TC-k a '80-as évektől kezdődően viszonylag hamar meghonosodtak, és vezető terápiás modalitásnak számítanak.

Filozófiájukban és gyakorlatukban következetesen képviselik azt a nézőpontot, amelyet a szociális gondoskodás más területein is érdemes konzekvensen követni. Eszerint a segítő feladata, hogy kliensét egyre fokozódó mértékben tegye képessé arra, hogy saját életéért és környezetéért felelősséget vállaljon. Nem okolják a személyt állapotáért, ám a parttalan segítestől tartózkodva elvárják, hogy saját felépülésében aktuális képességeihez mérten aktív szerepet vállaljon. Bár ez a képessé tevő megközelítés a szociális segítség általános alapja, az empowerment (Lakatos, 2009) és ezzel együtt a folytonos fejlődés igénye a TC-k értékrendjében fejeződik ki a legegységesebben.

Vizsgálatunk egyik következtetése, hogy a felépülési kultúra következetes képviselője és népszerűsítése, a TC-k értékrendjének megismertetése gazdagíthatja a társadalmi működést, mert olyan szerepmoделleket és értékeket kínál, amelyek az átlagember (a „normi”) számára sem haszontalanok, a szerhasználati zavarral küzdő személyek számára pedig egyenesen létfontosságúak. Amikor a terápiás közösségbe kerülő személy olyan mértékben helyezkedik kívül az emberi viszonylatok rendszerén, hogy a pusztán léte is veszélybe kerül, nehéz eredményértékelésről beszélni: mert miképpen mérhető egy emberi élet értéke? Természetesen mérhető pl. az elmaradó adók, járulékok, elveszített tudások, lehetőségek, a kapcsolatrendszerben bekövetkező, több generációra kiterjedő pusztító minták okozta károk felmérésével – röviden, a gazdasági, társadalmi és társas rend újratermelésében bekövetkező, mélyreható zavar költségeinek azonosításával. Az etikai megfontolások, az emberi élet feltétlen tiszteletének parancsa az ilyen, egyébként a költséghatékonyságot igazoló számításokat felülírja.

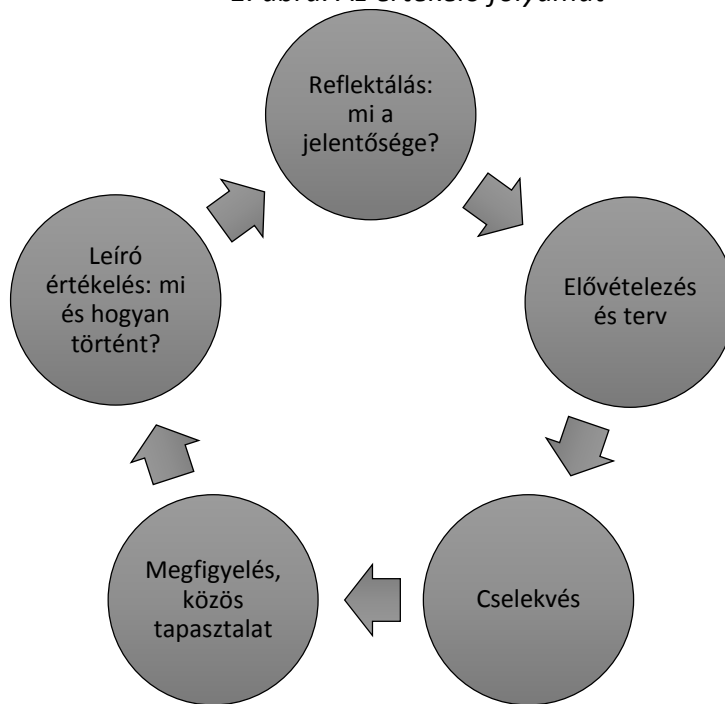
Mégis, a kezdetben életmentő, később az életet fenntartó és fejlesztő terápiás munka egyes vonatkozásai értékelhetőnek bizonyulnak. Ajánlásaink megfogalmazásakor a szakirodalmakból nyert adatokra és saját kutatásunk eredményeire egyaránt támaszkodunk. (B. Erdős & mtsai., 2015a; B. Erdős & mtsai., 2015b; B. Erdős & mtsai., 2015c; Márk & Mihaldinecz, 2015; Molnár & mtsai., 2015) Legalább három olyan jelenséggel számolhatunk, ami egyértelművé teszi, hogy „recept” helyett e területen mindenképpen egyfajta, a folyamatos megújulást, képzést, minőségfejlesztést előtérbe helyező *szemléleti keret* adhatja megalkotandó modellünk alapjait, amelynek csak bizonyos elemei rögzítettek.

- Az egyik a problématerület változékonysága. Az új pszichoaktív szerek használóinál markánsan eltérő kezelési szükségletekkel számolhatunk. A jelenségre aligha lehetett időben és jól felkészülni, bár az intézmények gyorsan és rugalmasan alakítják saját praxisukat az új kihívásokra válaszképpen: Ráckeresztúron tini-rehabot hoznak létre, Kovácsszénáján a stáb egy korszerű módszer, a mentalizáció alapú terápia (MBT) elsajátítására vállalkozott, és mindenütt tervezik a szisztematikus utánkövetést, értékelést.
- A másik az a sajátosság, hogy eltérő módszerekkel, eltérő betegségmagyarázatokkal és felépülési fókusszal egyaránt jó eredményeket mutathat fel az intézmény: ami a kezelés során történik, az lényegében az, hogy koherens magyarázatot alakítanak ki a kliens életének eseményeire, és egyben felkészítik arra, hogy ez a koherencia a változó körülmények közepette ideiglenes érvényű, folyamatosan újjáalakuló.
- Harmadszorra, a felépülők kultúrája eltér a domináns kultúrától, így számos mérőeszköz (Burgess & mtsai., 2010) torz értelmezésekhez vezetne ebben a kontextusban (pl. „vágyom rá, hogy sikeres legyek”; „ha én nem is törődöm magammal, mások igen”; „mindent meg tudok szerezni az életben”). Ide tartozik a spiritualitás kívülálló számára nehezen értelmezhető fogalma, és a felépülésben játszott szerepe is.

### **Főbb javaslatok**

Javaslatunk egyik központi eleme a terápiás folyamat és az eredmények szisztematikus értékelése. Az értékelő folyamat egyes fontosabb állomásait az alábbi ábra szemlélteti:

1. ábra. Az értékelő folyamat



A belépésnél – az intézményekben szokásos motivációs interjú felvétele mellett – mindenképpen javasoljuk az *EuropASI* (Addikció Súlyossági Index) mérőeszköz használatát – ahol ezt esetleg nem tették korábban. Hasznos kiegészítője lehet e szükségletfelmérő folyamatnak egy, a felépülési erőforrásokat több szempontból mérő, a kliens számára könnyen kezelhető eszköz, mint pl. a *Recovery Capital Scale* (ld. a 8. mellékletben). (White & Cloud, 2008) Így pontosabban lehet mérni az alkalmazott terápia sikerességét-sikertelenségét, az elért eredményeket a kiinduló állapothoz viszonyítva. Ráadásul, mint azt a szakirodalmi ajánlásokból láthattuk, a betegség indukálta szükségletek és források eltérő terápiás megközelítést implikálnak. A felvételi eljárás során hasznos, több helyen alkalmazott eszköz az értékelés és a terápia céljaira egyaránt alkalmazható *videofelvétel*.

E területen az intézménybe kerülést követő terápiás *folyamatok* értékelésére minden intézmény törekszik, és vizsgálatunk szerint napi gyakorlatában egyértelműen érvényre juttatja: hiszen a kliensek szelf-reflektív kapacitásának megerősítése (mint a felépülés fontos alapja) csak akkor lehetséges, ha ezt a tevékenységet maga a közösség is modellálja.

Kiemelkedő jelentőségű a kezelést idő előtt megszakítók csoportjáról további, minél részletesebb információ gyűjtése, hiszen

láthattuk, hogy a terápiás program elvégzése és a felépülés között szoros az összefüggés. Javasoljuk, hogy minden intézmény vizsgálja meg, és a stáb közösen dolgozza fel ezeket az eseteket – nem csupán az érzelmi terhet, hanem az eset tanulságait is. (Megfelelő volt-e a kliens előkészítése; konszenzus alakult-e ki a felvételéről; volt-e olyan külső kötődés, amelynek hatásait nem sikerült megfelelően kezelni; volt-e valamilyen egyéb különös esemény, ami magyarázza a kliens idő előtti távozását?)

Az intézmények által megvalósítható folyamatértékelést a következő területekre bonthatjuk:

1. Bizonyos tevékenységek, struktúrák következetes érvényre jutásának vizsgálata az intézmény gyakorlatában, így pl.:

- szisztematikus utánkövetés és támogatás annak felismerésével, hogy a felépülés nem a program befejezésének függvénye, hanem élethosszig tartó fejlődést jelent;
- aktív kapcsolat felépülést segítő csoportokkal;
- a felépülési fázisnak megfelelő napirend és (pszicho)edukáció;
- megcsúszás, visszaesés során korai intervenció;
- rendszeres értékelő tevékenység bevezetése az intézmény praxisában;
- képzés, továbbképzés, szupervízió biztosítása.

2. Más tényezők rendkívül fontosak, ám sokkal nehezebben vizsgálhatóak, nem a viselkedésre, hanem annak befolyásoló, mögöttes tényezőire összpontosítanak, nem struktúráként, hanem valamilyen *minőségként* vannak jelen, pl.:

- a kezelés intenzitása;
- a terápiás szövetség minősége;
- a támogatást és a kihívást jelentő helyzetek optimális aránya és időzítése;
- a „drogozás elrontása”, azaz az attitűd- és identitásváltozás eszközei;
- spirituális orientáció.

Ha tehát megfelelő modellt kívánunk adni a folyamatértékelés megvalósításához, akkor egyfelől az intézményi gyakorlatot és struktúrákat vizsgáló eszközökre, másfelől a közösségi-kapcsolati minőségek vizsgálatára van szükség, amelyekbe e gyakorlat beágyazódik.

A nemzetközi és hazai gyakorlatban megfogalmazott sztenderdek a közvetlenül megfigyelhető szakmai gyakorlat szisztematikus áttekintését teszik lehetővé. A legfontosabb sztenderdek vonatkozásában a következőket állapíthattuk meg:

1) A vizsgált intézményekben a TC-modellt világosan és következetesen alkalmazzák. A lefolytatott interjúk alapján mind a kliensek, mind a terapeuták értik az alkalmazott terápia lényegét, jól meg tudják határozni saját szerepüket az intézményen belül, és a TC-t működtető szervezet is elkötelezett a módszer irányában. Egyértelműek a TC-be lépés és bennmaradás feltételei. Minden tag bevonódik a közösség életébe: együtt dolgoznak a fizikai környezet gondozásán. Ez a fajta, a felépülésben, az (újra- vagy pótlólagos) szocializálásban meghatározó jelentőségű gyakorlat azonban idegen az egészségügyi szférában és a szociális szféra egyes területein uralkodó szolgáltatás-centrikusságtól.

2) Itt hatalmas jelentősége van annak, hogy a „beteg” magára főzön, mosogasson, mosson, takarítson, mégpedig nem fizetségért, hanem a közösség és saját élete minőségének javításáért, azaz magáért a felépülésért. A munka tehát nem a jövedelem, hanem a pszichoszociális jóllét forrása, a rehabilitáció során a személy nem „szakmát” sajátít el, hanem olyan kompetenciákat, amelyek szakma tanulására és a munkavállalásra képessé teszik (állhatatosság, felelősségvállalás, rendszeresség, együttműködés stb.).

3) A kliensek együtt töltik a szabadidőt (étkezés, pihenés). Változó, és a kliensek létszámától is függ, hogy az intézmények mennyire törekszenek (mennyire *tudnak* törekedni) a teljes közösséget egyszerre bevonó elrendezésre (pl. pingpong, olvasás, kétszemélyes, kliensek közötti beszélgetések helyett foci, kirándulás vagy színházterápia, négyes étkezőasztalok helyett egyetlen közös asztal, „kerekasztal”). A kliensek megosztják tapasztalataikat, együttesen megbeszélik a vezetés, a közösségen belüli hierarchia kérdését, figyelembe veszik az egyéni különbségeket. Mindenki felel (előrehaladásának megfelelő mértékben) a szabályok betartásáért, és ezek felülvizsgálata közösen történik. Fontos, hogy a jól tagolt, kompetenciákon alapuló hierarchikus kapcsolatokat preferálják. Mindenki pontosan ismeri a napi időbeosztást, ami a kliensek szükségleteihez igazodik. Ennek mindenütt egyértelmű jeleit láttuk (pl. a napirend a falakra kifüggesztve, jól látható helyeken elérhető). A tempó

néhol feszített, az étkezés gyors ütemű, az alvásra szánt idő viszonylag rövid.

4) A stábben minden szakember jelen van; ez a kedvező állapot azonban a tini-rehabokban még nem valósul meg, mert a gyermekek oktatásában kulcsszerepet játszó pedagógusok a vizsgálat időpontjában hiányoztak a tervezett rendszerből. Megjegyeznénk, hogy a hazai szabályozás nem ismeri el önmagában azt a nélkülözhetetlen tapasztalati tudást, amellyel a „szénior” felépülők, tapasztalati szakértők rendelkeznek, pedig vizsgálatunk tanúsága szerint megszerzett tudásuk, személyes példájuk a felépülőben lévők számára döntő jelentőségű. (Ők hivatalosan nem mint *felépülő szenvedélybetegek*, hanem mint egyéb segítő foglalkozásúak vannak jelen.)

5) Úgy tűnt, az intézmények egymás közötti kapcsolattartása nem túlságosan intenzív, inkább a hasonló megközelítéssel dolgozók egymás közötti tapasztalatcseréjére korlátozódik. Ennek pedig nagy jelentősége volna egy olyan időszakban, amikor a szakma megújulását új és súlyos fordulat (az új pszichoaktív szerek problémája) kényszeríti ki. A szándék és a megfelelő nyitottság mellett természetesen a kölcsönös tanulást lehetővé tévő kapcsolattartásra megfelelő forrásokhoz is szükség van (utazási költségek, képzési költségek, helyettesítés). Hasonló probléma a szervezetek tevékenységének nyilvánossága: ennek menedzselése értő, összehangolt kommunikációt és megfelelő forrásokat igényel (facebook, web, személyes kapcsolattartás, a tömegkommunikáció felépülési üzenetei stb.).

6) A szupervízió és a továbbképzések a munkatársak részére a beszámolók szerint elérhetőek, és rendkívül lényeges fejlődési forrásnak számítanak. E források minőségét nem vizsgáltuk, azt azonban mindenképpen javasoljuk, hogy a szupervíziót ezekben az intézményekben csak az addiktológia gyakorlati területein jártas diplomás szupervízor/pszichoterapeuta, optimálisan külső, független intézmény szakképzett, gyakorlott munkatársa végezhesse. A rendszeres csoportos szupervízió e területen elengedhetetlen; e professzió azonban különös jártasságot igényel. Ezt a rendszert belülről optimálisan egészítené ki a különböző szinteket módszeresen bevonó, minimum havonkénti visszajelzés, megbeszélés.

7) A továbbképzéseket pedig a saját szemléleti keretből kilépve, a sajáttól eltérő TC-működés megismerése céljával is vegyék igénybe a szervezetek. Az összehasonlítás elősegíti a saját tevékenységre történő reflektálást, a különbségek a terápiás gyakorlatot megújító forrásokként szerepelhetnek. Ez a fajta együttműködés akkor lehetséges, ha a forrásokért az intézményeknek nem kell erősen versengeni – az együttműködésből több nyereség adódik. Ezeknek a win-win helyzeteknek a kialakítása nem az intézmények felelőssége.

8) Az utógondozó tevékenység során a közösségi alapú, felépülést támogató hosszú távú programok bevezetése (Williams, 2014) jelenthetne az eddiginél szervezettebb és hatékonyabb megoldást. A terápia hatékonyságát mind a szakirodalmi adatok, mind saját kutatásunk szerint növeli, ha a felépülő egy számára elfogadott érték- és élményközösséghez csatlakozhat. Ilyen közösség szervezésére az intézmények törekszenek is (12-lépéses csoportok, egyéb alumni csoportok, gyülekezetek), ám ezeknek szervezésére és fenntartására a jelek szerint nem jut mindenütt elegendő forrás és kapacitás. A helyi közösségbe történő integrálódás hazánkban aligha járható út, mivel ilyen, erőforrásokban bővelkedő, elfogadó közösségeknek a hazai társadalom szűkében van. Közösségek, „közösségi” alatt legfeljebb egy integrált, lokális ellátórendszer egyes, jellemzően túlterhelt vagy nem minden szintéren elérhető elemeit érthetjük. Célszerű lenne – a nemzetközi ajánlásokkal összhangban – az intézmények hosszú távú utógondozó programjainak megerősítése, hogy a rengeteg munkával, befektetéssel elért eredmények hosszú távú fenntarthatóságát biztosítsák.

9) A kapcsolódó értékelő tevékenység súlyát a vizsgált szervezetek ismerik. A saját tevékenység értékelésére, a minőségbiztosítás megvalósulására határozott törekvéseket észleltünk, ezen a ponton azonban a kialakult gyakorlat megerősítése, a köznapi értelemben vett értékelés szisztematikussá és reflektálttá tétele jelentheti az előrelépést. Ennek egyik lehetséges útja a gyakorlati szakemberek és a területen kutatók jobb együttműködése.

10) Az intézmények felépülési gyakorlatának értékelését segítő kérdőív (*Recovery Promotion Fidelity Scale*) (Burgess & mtsai., 2010, p. 77) csak részben feleltethető meg e terület sajátos kívánalmainak, ezért ennek egyszerű átvételét és alkalmazását nem javasoljuk. Az RPFS a szokásos „szolgáltató”-modellből indul ki, anonim véleményezést támogat ott, ahol

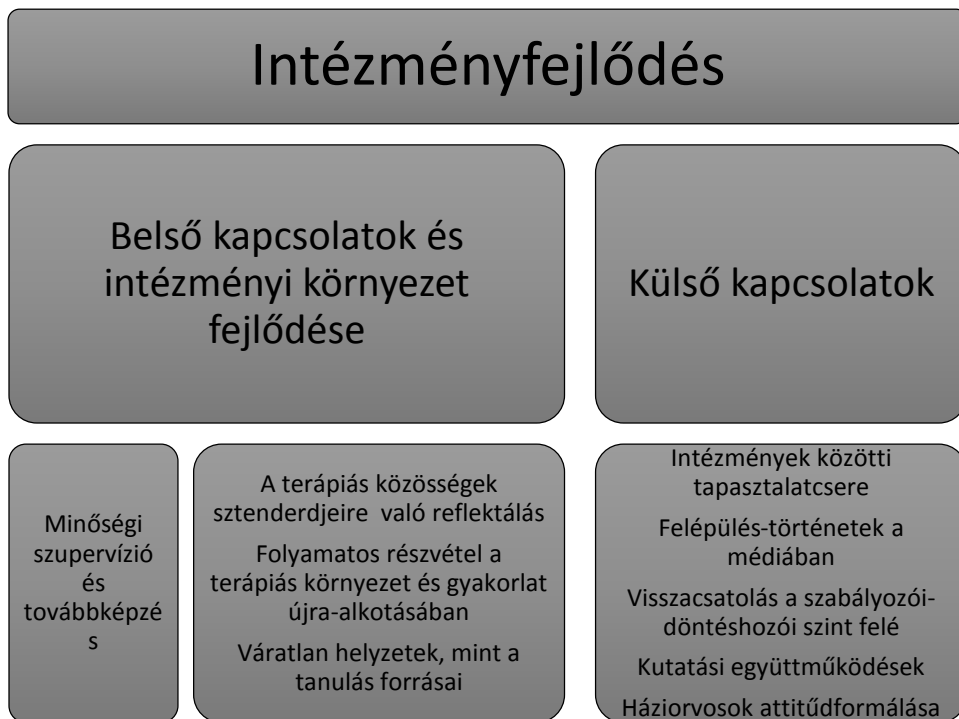


a kezelés a személyes felelősségvállalásra való felkészülést állítja a középpontba; és a kliensek elégedettségének mérését javasolja olyan populáció esetében, amelynél a betegség egy fő vonása kezdetben maga az elégedetlenség. A kérdőív néhány kérdéscsoportja azonban használható szempontokat ad a folyamatértékeléshez, mert a követett gyakorlattal összhangban áll. Ilyenek a következők:

- a kliensek bevonása a döntéshozatalba (milyen módon, milyen következményekkel);
- a felépülő kliensek alkalmazása a szervezetnél (ld. a fenti probléma);
- személyre szabott felépülési tervek (hogyan alakítják ki, milyen gyakorisággal, kinek a bevonásával vizsgálják felül, miként értékelik az eredményeket);
- a felépülés filozófiájának képviselője (küldetésnyilatkozat, amelyet széles körben igyekeznek ismertté tenni);
- felépülés-szempontú minőségfejlesztés, ahol a fejlesztési célokat a felépülésben lévő személyekkel együtt határozzák meg, és ezeket minden kockázatviselő csoport számára ismertté teszik (pl. döntéshozók, szakemberek, kliensek stb.);
- felépülés-szempontú továbbképzések a stáb számára (folyamatosan);
- a stáb képes külső személyeknek elmagyarázni, hogy mi a felépülés lényege, és miért ez a szervezetet vezérlő elv;
- a felépüléssel kapcsolatos képzések biztosítása a felépülők számára (az utógondozást is beleértve).

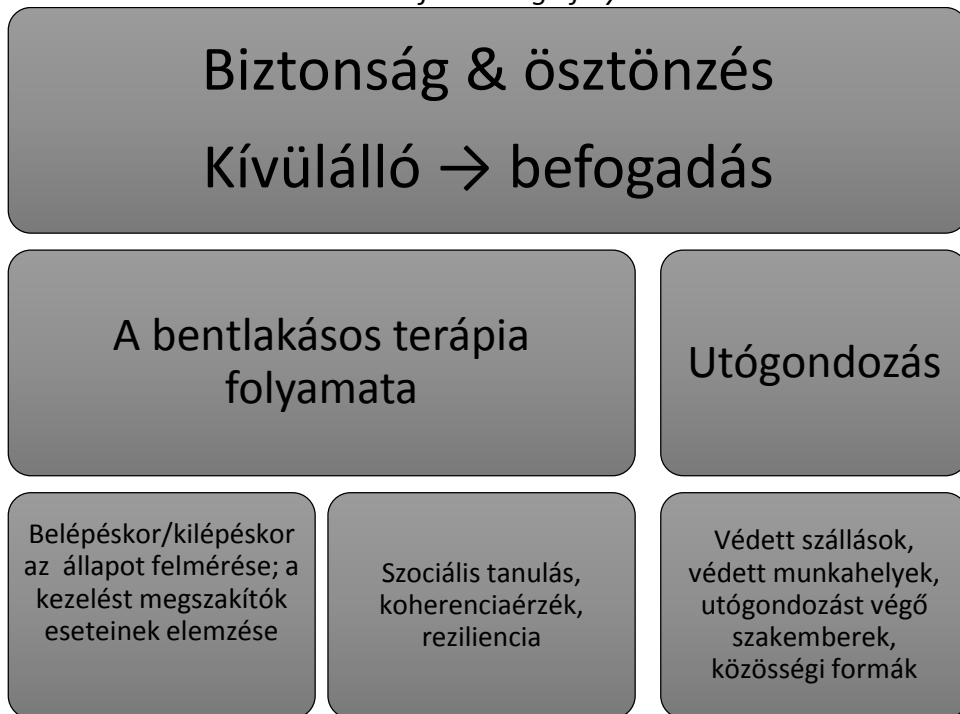
Az intézményi gyakorlat felmérésére egy általánosan elterjedt mérőeszköz a 7. mellékletben található *Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ)* (Melnick & De Leon, 1999), amelyet mi is alkalmaztunk. Javasoljuk e kérdőív kiegészítő jelleggel történő használatát az intézmények önértékeléséhez, a saját praxis átgondolásához.

2. ábra. Az intézményi fejlődés területei



11) Több interjúban megfogalmazódott a szociális tanulás kiemelkedő jelentősége, az, hogy a személy számára a változásban való reményt egy már felépülő sorstárs testesíti meg a döntés időszakában és az első nehézségek megtapasztalásakor. További fontos szempont, hogy az intézmény, akár kliensei és segítői, akkor tud jól működni, ha maga is folyamatos fejlődésre törekszik. Ezzel kapcsolatban az egyik legfontosabb kérdés, hogy minden egyes tevékenység a felépülés szolgálatában áll-e? Hogyan valósul ez meg? A környezet minden eleme a felépülést szolgálja-e (természeti környezet, tárgyak, pl. a könyvek, sportszerek stb.)? A következő ábrán a terápia legfontosabb célkitűzéseit, a fejlesztendő folyamatokat foglaltuk össze, a terápiás közösségek két fő változásmódjára építve: a krízis, azaz mélypont mélyreható, motivációt adó „élet-átváltozása”; és a szociális tanulás lassú, szisztematikus módja:

3. ábra. Kulcsfontosságú folyamatok



### Eredményértékelés, utánkövetés

A hosszabb távú utánkövetés és az erre a szakaszra vonatkozó folyamat- és eredményértékelés azért mutatkozik problematikusnak az intézmények számára, mert számos kliensről nem érhetőek el az adatok a későbbiekben. Erre a problémára az egyik lehetséges választ a hosszú távú utógondozó programok bevezetése jelentheti. Az alumni közösségek aktív tagjai elérhetőek maradnak.

A viszonylag pontos, visszaesőket is bevonó, bár nem teljes körű eredményértékelésre módot adó rendszer ma már elvileg létezik. Dr. Szemelyácz János (INDIT Közalapítvány) említette egy beszélgetésünk során, hogy a TAJ-szám alapján történő utánkövetés lehetne a megoldás. Ezt a felvetést gondoltuk tovább.

A Központi Elektronikus Nyilvántartó (KENYSZI) rendszer a szociális területen tevékenykedők számára jelenleg egyfajta „fekete lyuk”, amelybe az adatok bekerülnek, de a szakemberek csak a saját intézményükre vonatkozó adatokat láthatják és követhetik. Nyilvánvaló, hogy erre a zártságra szükség is van a személyiség jogok védelme miatt; azonban a

hatékonyság méréséhez elegendő volna, ha megfelelő szűrők alkalmazásával a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalban dolgozó, a szociális intézmények szolgáltatása adatok teljes köréhez hozzáférő szakemberek, vagy – a törvényben egyébként rögzített elérés biztosításával – a Központi Statisztikai Hivatal szakemberei százalékos arányokat jeleznének vissza arról, hogy a terápiás közösségekben kezelt, a kezelést befejező vagy megszakító személyek közül a rákövetkező 5 évben:

- hányan haltak meg túladagolás, öngyilkosság vagy bűncselekmény következtében;
- hányan kerültek kapcsolatba a büntetés-végrehajtással;
- hányan és hány alkalommal vettek igénybe sürgősségi ellátást túladagolás („mérgezés”) vagy öngyilkossági kísérlet, esetleg szerhasználattal összefüggésbe hozható baleset miatt (itt a BNO-kódok jelenthetnek szűrési szempontokat);
- hányan és hány alkalommal vettek igénybe bentlakásos ellátást szerhasználati zavar diagnózissal;
- hányan és hány alkalommal vettek igénybe ambuláns ellátást;
- hányan vették igénybe a hajléktalanellátó rendszer szociális szolgáltatásait;
- hányan fizetnek társadalombiztosítási járulékot.

A Központi Statisztikai Hivatal bevonását az is indokolná, hogy bizonyos adatokat a fentiek közül az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Általános Finanszírozási Főosztálya (Korábban: Gyógyinfok) kezel. A tervezett Nemzeti Egészségügyi Információs Rendszer működését hasonló alapokról tervezik, ám ezen a speciális területen az egészségügyi és a szociális terület adatait együtt kellene kezelni. Pontosítaná a vizsgálatot, és jelentős lépés volna az eredményértékelésben, ha a megelőző év(ek)ről is lehetne adatokat gyűjteni és visszajelezni. (Kontrollcsoport bevonása valószínűleg itt is az RCT-típusú értékelések kapcsán jelzett problémákat hozná a felszínre.)

Nem olyan rendszert javasolunk tehát, ahol az utánkövetés személyre szabottan valósul meg, és az intézményeknek az egyedi TAJ-szám felhasználásával jeleznek vissza. Bár egy ilyen rendszer pontosabb értékelést tenne lehetővé, a személyiség jogok védelmében az anonimizált és összesített adatok visszajelzését megfelelőbbnek tartjuk. E hosszú távon működtethető utánkövető mérésekkel pontosabban tudni lehetne azt is, hogy melyik intézménynek mi a specifikuma, és melyik klienscsoport ellátásában a leghatékonyabb. Óvakodni kell azonban az adatok

mechanikus értelmezésétől. Például a munkanélküliség aránya az egyes régiókban eltér, és ehhez viszonyítva tudjuk értelmezni a terápiát zárt személyek adatait; társadalombiztosítási járulékot nappali tagozaton tanuló személytől nem vonnak, de ez is a beilleszkedés egy markere; a büntetés-végrehajtással a rehabilitációt megelőzően elkövetett cselekmény miatt is kapcsolatba kerülhetnek; az egészségügyi problémák megítélésében van bizonyos szubjektivitás; nagy az eltérés a felépülési arányokban az alkoholbetegek és a designer szerek használók között stb. Ugyanakkor egy ilyen rendszer bevezetésével Európában is egyedülálló, komplex eredményértékelést lehetne megvalósítani.

A terápiás hatékonyságot mérő kérdőívek hátránya, hogy erősen kultúraspecifikusak, ráadásul, mint már említettük, e közösségek alternatív kultúrájában egyes vizsgálati eszközök, skálák az eltérő értékorientáció miatt értelmezhetetlenek. Az Ipeus szoftver az identitás (értékrend, attitűdök, a szerhasználat kapcsán fellépő kognitív disszonancia) mérésére alkalmas. A pilot alkalmazás kidolgozásához a szoftver külföldi kifejlesztőivel vettük fel a kapcsolatot, korábbi etnográfiai kutatásainkra, a jelenlegi kutatás eredményeire alapozva, és a Kovácsszénáján dolgozó terapeutákkal való megbeszélések során alakítottuk ki azt az első próbaváltozatot, amelyet a kettős diagnózissal (szerhasználati zavar – borderline) kezelt klienseknél szeretnénk alkalmazni. (B. Erdős & mtsai, 2015) A felépülés méréséhez az értékelést a terápiás folyamat elején és végén is el kell végezni. Az alkalmazás tesztelését ezért a jelen projekt futamideje alatt nem tudtuk elvégezni (ez minimum további egy évet vesz igénybe), azonban a külföldi alkalmazások alapján a terápiás hatékonyság mérésének egy potenciálisan érzékeny és megbízható eszközére bukkantunk.

Természetesen a felépülési tőke és az addikció súlyossága változásának mérése a kimenetkor egyaránt alkalmas az eredményértékelés megvalósítására – amennyiben a volt kliens a terápia zárását követően is elérhető, és közreműködik a vizsgálat elvégzésében. A társadalom oldaláról a legnagyobb kérdés, hogy miképpen és milyen mértékben képesek a kliensek a társadalmi újratermeléshez hozzájárulni (munkavállalás, gyermeknevelés, generativitás). A terápiás közösségek viszonylagos zártsága természetes, azonban a kommunikáció egymás irányába, és a hiteles kommunikáció a nagyobb nyilvánosság irányába megnövelheti saját hatékonyságukat és társadalmi elfogadottságukat. Ez különösen fontos nem csupán a felépülők jobb társadalmi elfogadása, de a prevenció és a terápiába lépés szempontjából is.

## Irodalom

- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. & Rosen, A. (2010). *Review of recovery measures (Version 1.01)*. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network. Letöltve 2015. 01. 21-én:  
[http://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/revie\\_w\\_recovery\\_measures.pdf](http://www.mentalhealth.va.gov/communityproviders/docs/revie_w_recovery_measures.pdf)
- Ellis, R. & Hogard, E. (2006). The Trident: A three-pronged method for evaluating clinical, social and educational innovations. *Evaluation*, 12(3), 372–383.
- B. Erdős, M. (2015). Az értékelő kutatás egy korszerű modellje. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 30–40.
- B. Erdős, M., Kelemen, G. & Szijjártó, L. (2015a). A terápiás közösségek értékelésének kérdései. A TC-k az egészségtanulás szolgálatában. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 41–75.
- B. Erdős, M., Madácsy, J., Brettner, Zs. & Szijjártó, L. (2015b). Szervezeti sajátosságok vizsgálata: vezetői interjúk és a SEEQ kérdőív. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 92–98.
- B. Erdős, M., Szijjártó L., Márk, M., Madácsy, J. & Mihaldinecz, Cs. (2015c). A felépülés folyamata és értékelése kliensek, valamint segítők részéről. Kvalitatív vizsgálatok. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 117–177.
- Lakatos, K. (2009). *A képessé tétel folyamata*. Budapest: Közösségfejlesztők Egyesülete.
- Márk, M. & Mihaldinecz, Cs. (2015). „A múlt megszépíti az emlékeket.” A másik történet: az életesemények konstruálása a felépülőben lévők hozzátartozóinak perspektívájából. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 178–186.
- Melnick, G. & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 301–313.
- Molnár, D., Szijjártó, L. & B. Erdős, M. (2015). A felépülés főbb dimenziói. Kérdőíves vizsgálat bentlakásos drogterápián részt vett szenvedélybetegek körében. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 187–219.
- Vanderplasschen, W., Vandavelde, S., & Broekaert, E. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Weinreich, P. (2010). *A Guide to the generation of a well-constructed ISA instrument. Guidance for usage of the IPSEUS software*. Dromore: Identity Exploration Ltd.  
Letöltve 2015. 09. 18-án:  
[http://www.identityexploration.com/uploads/files/ISA\\_identity\\_instrument\\_guide.pdf](http://www.identityexploration.com/uploads/files/ISA_identity_instrument_guide.pdf)
- White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22–27.

### **Szoftver-alkalmazás**

B. Erdős, M., Erskine, A., Kárpáti, T., Molnár, D., Rozgonyi R., Szijjártó, L., Vata, J. (2015): Ipseus-alkalmazás szerhasználati zavarral/borderline személyiségzavarral kezelt, mentalizáció alapú terápiában részesülő vizsgálati személyek számára (pilot alkalmazás, a szoftver P. Weinreich (2010) fejlesztése).