

GOMORY TOMI – B. ERDŐS MÁRTA –
KELEMEN GÁBOR

Kényszer vagy együttműködés?

Vitatott kérdések a közösségi pszichiátriai ellátás
gyakorlatában

Olyan mélyre süllyedtünk, ahol a magától értetődő újbóli megállapítása az értelmes ember legelső kötelessége (George Orwell)

A pszichiátriai betegek közösségi kezelésének alapelvei magukban rejtik egy, a társadalmi szolidaritás eszméjét előtérbe helyező, az emberi méltóságot tiszteletben tartó segítő kontextus kialakításának lehetőségét. A közösségi pszichiátria célja, hogy a betegek olyan folyamat révén reintegrálódjanak a közösségbe, amelynek nem csupán „páciensei”, passzív elszenvedői, hanem a segítő folyamat aktív kulcsszereplői. Gondozásuk és rehabilitációjuk minden lépése a számukra adott közösségben zajlik (Harangozó, Szabó, 2004). A segítő szakember ebben az esetben nem mint a kliens személyes szabadságát korlátozó hatalom, hanem mint az autonómia kiteljesedését elősegítő ágens vesz részt a folyamatban.

A közösségi pszichiátriai ellátásról

Bár a közösségi ellátás gondolata Magyarországon sem előzmények nélkül való, a közösségi kezelés kiterjedt gyakorlati alkalmazása még várat magára. Mielőtt azonban nagyobb léptékben is megkezdődne a külföldi modellek adaptálása, érdemes megismerni az alkalmazott módszerek előnyeit és hátrányait, olyan szakemberek segítségével, akik nem a pozitív eredmények széles körben történő propagálását, hanem a közösségi pszichiátriai módszerek megalapozott, többoldalú értékelését tartják szem előtt. Annál is sürgetőbb ez a szakmai tájékozódás, mert a jelenleg hatályos szabályozás várhatóan a magyarországi klinikai szociális munka, ezen belül elsősorban a közösségi pszichiátriai ellátás nagyarányú fejlődését, kiterjesztését, valamint a képzések szükségszerű fejlesztését vonja maga után. (A közösségi pszichiátriai ellátást és a szenvedélybetegek közösségi ellátását a szociális törvény írja elő, a jogszabály hatályba lépésének időpontja 2004. február 5.)

Az asszertív közösségi ellátásról (ACT) (Test, Stein, 1976) Magyarországon megjelent néhány hivatkozás (pl. Harangozó, Szabó, 2004; Fal-

loon, Coverdale, és Roncone, 1998; Bugarszki, 2003) általában véve pozitív képet fest erről a modellről, kiemelve annak terápiás értelemben vett hatékonyságát, költséghatékonyságát, valamint azt, hogy megóvja a páciens a kórházi kezeléssel járó stigmatizációtól. Kérdés azonban, hogy mennyiben felel meg ez a modell a súlyos mentális zavarokban szenvedők közösségi ellátása alapelveinek? Vajon a program tényleg erősebbé és képeesebbé teszi a mentális zavarokkal küzdő személyt? Egyetlen hazánkban megjelent publikáció sem említi például azt a tényt, hogy a kliens-segítő találkozások időtartamának mintegy 50 százalékát az ACT modellben a gyógyszereléssel kapcsolatos ügyek megbeszélésére fordítják (Brekke, Test, 1992) – ezek szerint lehet, hogy az empowerment helyett lényegében a „kémiai kényszerzubbonyal” való felruházás vált a kezelés központi kérdésévé.

A továbbiakban – a közösségi kezelési formák történeti vonatkozásainak rövid áttekintését követően – néhány olyan kutatási eredményt ismertetünk, amely hazánkban egyelőre nehezen hozzáférhető adatokon, beszámolókon és irodalmakon alapszik, ugyanakkor fontos adalékokkal szolgál az ACT kiegyensúlyozott értékeléséhez.

A pszichiátria változó képe Magyarországon és az Amerikai Egyesült Államokban

Magyarországon az első elmegyógyintézetek a XIX. század második felében jöttek létre. Az új intézményi formához korán csatlakozott az elmebetegek korábbi, hagyományos és bevált ellátási formájának újjászervezett és medikális segítséggel kiegészülő változata, a CSÁP, a családi ápolási rendszer, ahol a befogadó, gondozó család a terápiás rendszer egy (fizetett) elemévé vált. (Harangozó, Szabó, 2004, Tringer, 2005) A rendszer több vonatkozásban megelőlegezte a közösségi ellátási formákat: a beteget családi környezetben, a lakóhelyi közösségben, szükség szerint orvosi ellátás biztosításával kezelték. A gondozást vállaló családok azonban nemegyszer pusztán anyagi érdekekből, s nem pedig elhivatottságtól, emberbaráti érzelmektől vezetve törődtek a betegekkel, így a CSÁP a tapasztalatok szerint súlyos visszaélésekre adott alkalmat.

A huszadik század „modern” eljárásai (a különféle sokkterápiák, valamint a gyógyszeres kezelés előretörése, a pszichoterápiás iskolák kialakulása) azonban ismét a szakértő, elsősorban az orvos szerepére helyezték a hangsúlyt. Magyarország szovjet megszállását követően a segítő professziók fejlődése élesen elvált a nyugati mintától. Hazánkban – mindenekelőtt az 1950-es években – „ideológiai alapon” törekedtek a devianciák minden formájának, így a mentális zavaroknak a felszámolására is. A pszichiátriai megbetegedések gyakori előfordulása fenyegetést jelenthetett a tettetésre tanító diktatúra számára, amely önmagát ideális, kizsákmányolástól mentes társadalmi berendezkedésként hirdette meg, ugyanakkor az emberek életét igen hosszú távra egyéni és közösségi szinten is ellehetetlenítette, folyamatosan kettős elvárások elé állítva, kettős kötésben tartva őket. (Smith, 2002) A mentális betegségek valós, társadalmi-társas természetének elkendőzésére kiválóan alkalmas volt a psi-

chiátria és neurológia területeinek összemosása, és az „idegbetegek” ápolását szolgáló bentlakásos intézmények kitelepítése, lehetőleg minél kisebb, elnéptelenedőben lévő falvakba. Máig vitatott kérdés a kettős funkciót betöltő – elsősorban a Szovjetunióban gyakorolt – „politikai pszichiátria” hazai szerepének kérdése: a pszichiátriai diagnózis és a rákövetkező intézményi „kezelés” segítette „megóvni” a társadalmat egyes kritikai gondolkodók „felforgató”, „ellenforradalmi” tevékenységétől, egyben – az orvos jóindulatának függvényében – menedéket jelenthetett a személy számára a még embertelenebb büntető szankciókkal szemben. (B. Erdős, megjelenés alatt)

A pszichiátria és a neurológia szoros összefonódása azzal is járt, hogy a mentális betegek segítése nálunk kizárólag medikális keretek között történt, míg tőlünk nyugatabbra ugrásszerű fejlődésnek indult a klinikai szociális munka. Amerikában és Nyugat-Európában a hatvanas években kibontakozó társadalmi mozgalmak hatására végül hazánkban is beköszöntött az intézménytelenítés korszaka. Ez a váltás a kádári „puha diktatúra” évei alatt a magyar szociálpszichiátria megerősödéséhez, mozgalom-jellegének kibontakozásához vezetett. (Harangozó, Szabó, 2004)

Mára azonban a szociálpszichiátriai, társadalom-jobbító gondolkodás, valamint a pszichoterápiás megközelítés háttérbe szorult, a vezető szerep a gyógyszeres terápiáké. Ugyanakkor a gyógyszeres kezelés kockázatos tevékenység: 2000-ben az USA lakosságának több mint egy ezreléke halt meg nem várt gyógyszer-mellékhatás következtében. (Szendi, 2005, 215.) Magyarországról nincs hasonló adat, de a teljes egészségügyi kiadások 25–30 százalékát fordítják gyógyszerekre, s ennek kb. negyedrészt a pszichiátriai szerek teszik ki. Ebből az adatból nemcsak a társadalombiztosítási kassza ingatag helyzetére, valamint a lakosság rossz egészségügyi állapotára következtethetünk, hanem a gyógyszeripari lobby átütő erejére is. A szorongáscsökkentők, antidepresszánsok szedése egyaránt súlyos egészségügyi kockázattal járhat (abuzív fogyasztás, öngyilkossági kockázat növekedése, vérzékenység, rák, magzati ártalmak, szexuális diszfunkciók, szív- és érrendszeri hatások, akaratlan mozgásos zavarok, memóriakárosodás, hízás stb.). (Szendi 2004) Úgy tűnik, ma elsősorban a szociális munkásokra vár az a feladat, hogy a pszichiátriai megbetegedések komplex, társas-társadalmi tényezőkkel is számoló szemléletét és kezelési módszereit (újra) meghonosítsák hazánkban.

Az Amerikai Egyesült Államokban a második világháborút követő évtizedek a pszichiátriai ellátás hangsúlyainak drámai változásait hozták a súlyos érzelmi zavarokban szenvedők számára. Amerika korábbi történelmében ennek a zavart és zavaró csoportnak a megajánlott kezelés nagyrészt egy olyan közösségi alapú döntés jegyében szerveződött, amelynek értelmében városzéli vagy vidéki elmeorvosintézetekben (később: állami kórházakban) kell elhelyezni őket, hogy elkerülhessék a közösségi élet ártalmas stresszét. (Grob, 1994a; Rothman, 1990) A folyamat során rendszerint erőszakkal „idegenítik el” a páciens a közösségi élet „zajló áramától”, amelynek mentális problémáikat tulajdonították. Így a reintegrációt megelőzően pihenést és gyógyulást biztosítottak számukra.

SZOCIÁLIS MUNKA

Tekintve, hogy maga a közösség okozza a fájdalmat, kötelessége azt enyhíteni... Adva van a lehetőség, hogy az elmebetegek sürgető szükségleteit kielégítsük, és elszigeteljük őket mindazoktól a veszélyektől, amelyek a közösségben fenyegetik őket... Ennek az erőfeszítésnek a terméke az elmeógyógyintézet. (Rothman, 1990, 129.)

Ugyanakkor a káros, erőszakos és kényszerítő pszichiátriai gyakorlat már a XX. század első évtizedeiben világossá tette az intézményi kezelés problémáit, és megkérdőjelezte a korai, optimista ígéretet. Egy neves szerző, Albert Deutsch újságíró, a negyvenes években a következőket írja egy pszichiátriai osztályon tett látogatásáról:

Az ágyak, köztük pótágyak, amelyeken a 289 pszichiátriai beteget elhelyezték, szanaszét heverték egy olyan helyiségben, amelyet eredetileg 126 ember befogadására terveztek. Pótágyakat raktak a folyosókra is, amelyekhez a nyugtalan betegeket gyakran hozzákötötték. (Úgy tűnt, a betegek kb. egyharmadát valamilyen fizikai korlátozás alkalmazásával „szelídítik”, éjszakára bőrszíjakkal kötik az ágyához, vagy bilincsbe verve tartják.) (Idézi Grob, 1994a, 204.)

Bár az állami pszichiátriai kórházak körülményei egyértelmű javulást mutattak, az 1950-es évekre ez a fejlesztés többnyire háttérbe szorult, és a figyelem a közösségi alapú ellátás kiterjesztése felé fordult.

A közösségi programok és intézmények hatékonyságába vetett hit a háború utáni évekre jellemző. A normális és abnormális viselkedés pszichológiai, környezeti magyarázatai azt a hitet erősítették, hogy a korai intervenció képes meggátolni a súlyos mentális betegségek kifejlődését, s így megelőzni a kórházi kezelést. A 1950-es években a közösségi orientációjú programok iránti lelkesedés, a retorika jóval túlmutatott a tényleges sikereken. ... a prevenció koncepciója, a közösségi ellátás, a kezelés nagyszerűségébe vetett hit lelkes, fogékony közönségre talált a politikusok, szakemberek és laikusok körében egyaránt. (Grob, 1994a, 234–236.)

Ezek a politikai, filozófiai és gyakorlati fejlemények arra ösztönözték a szövetségi kormányt, hogy minél erősebb szerepet vállaljon a mentálhigiéné területén. Az elgondolás az volt, hogy a fragmentált állami szolgáltatásokat csak szövetségi szintű tervezéssel és finanszírozással lehet jobbra tenni. A mentálhigiéné ezen irányzatának kialakulásán túl az ötvenes években bevezetett pszichotrop gyógyszerek nagy „tudományos” előretörést ígértek a tünetek csökkentése terén. (Funkcionális értelemben, azaz az elfogadható társas viselkedés megerősödésével párhuzamosan kevesebb fizikai kényszer alkalmazására lesz szükség az ellátásban). Ezek a szerek igazolni látszottak a gyors, sikeres reintegráció reményét, amennyiben sikerül megfelelő „közösségi alapú” kezelést biztosítani a bentlakásos kezelésben részesülő pszichiátriai betegek ezreinek. S mindent nem csupán olyannak tekintették, mint ami elérhető valóság, hanem

– ami még fontosabb – mint valami jelentős társadalmi jót, nagyszerű erkölcsi vívmányt. (Grob, 1994a)

Az intézménytelenítés vált a mentálhigiénés programok központi elemévé. A történész Gerald Grob (1994b) a következőképpen látja ezt a változást:

A szövetségi kormány megnövekedett szerepe a szociális jóléti programokban nem csupán az állami kormány szerepének csökkentésével járt együtt, hanem egyben siettetette az áttérést az intézményi ellátástól a közösségi orientációjú felé. A háború utáni évtizedekben a közösségi kezelés és gondozás eszméje, és ennek következtében a pszichiátriai kórházak fokozatos hanyatlása alakította a nyilvános vitákat és cselekvési terveket. Azt, hogy a retorikának esetenként milyen kevés alapja van, mind a szakemberek, mind pedig a tisztségviselők, de különösen a nagy nyilvánosság hagyta figyelmen kívül. (273.)

Az 1963-ban hozott mentálhigiénés törvény további lökést adott a kórházi kezelés közösségi mentálhigiénére alapuló alternatíváinak. A törvénytől dr. Robert Felix, a NIMH¹ befolyásos vezetője szerint nem kevesebbet vártak, mint hogy „eljön majd a nap, amikor az állami pszichiátriai kórházak, ahogyan ma ismerjük őket, nem lesznek többé”. (Részlet az Egyesült Államok szenátusa számára írott jelentéséből [Connery, 1968. 51.]

A súlyos pszichiátriai betegek közösségi mentálhigiénés intervenció programját, az „assertív közösségi ellátás”-t (Assertive Community Treatment, ACT), amelyet eredetileg a „felkészítés a közösségi életre” (Training in Community Living, TCL) néven ismertek, az 1960-as évek végén, valamint az 1970-es évek elején más közösségi alapú törekvésekkel együtt fejlesztették ki. A program célja az volt, hogy az új szövetségi tervezetnek megfelelően, azaz hogy a kezelés lokuszát a közösségbe helyezze át (ami a közösségi szolgáltatások akkori választékát illeti, ld. Mosher és Burti, 1989). Az ACT kifejlesztői közül ketten, Leonard Stein pszichiáter, és Mary Ann Test, a szociális munka professzora (Arnold Marx pszichiáter volt a harmadik), egyben elismerik, hogy ez a tervezet szolgált az ACT explicit alapjául, amikor felteszik és megválaszolják az alábbi kérdést:

Lehet-e a krónikus pszichiátriai betegeket a közösségben kezelni? ... ez a legnehezebb kérdés a politikai döntéshozók, tervezők és klinikai szakemberek számára, mióta a dezintitucionalizáció mozgalma az ötvenes évek közepén elkezdődött. A hatvanas évek végén, és a hetvenes években tanúi lehettünk számos modell születésének, amelyek mind a közösségi gondozást és ellátást tűzték ki célul. ... Ezek az alapos kutatási eredményekkel alátámasztott programok igazolták ... hogy a krónikus betegeket valóban lehet a közösségen belül kezelni... és ... a közösségi ellátás gyakran hatékonyabb, mint a kórházi mo-

1 National Institute of Mental Health – Nemzeti Mentálhigiénés Intézet (a ford.)

dellek... A „Felkészítés a közösségi életre” (TCL) című programot úgy tervezték, hogy a kórházi kezelés alternatíváját jelentse. (1.)

Legelső tanulmányuk a kezelés sikeréről számol be:

Az új modell – a „teljesen a közösségben-kezelés” (TCL) – sikerességét betegek egy olyan csoportjának részvételével értékelték, akiket kórházi ellátásra szorulóknak minősítettek. ... A kísérletben részt vevő betegeket tüneteiktől függetlenül elbocsátották a kórházból, és a „helyszínen”, saját környezetükben kezelték. Az eredmények arra utalnak, hogy... ezek az emberek nagyobb autonómiával élhették mindennapi életüket, ideértve a munka területeit is. ... Az eredmények az intézményi kezelés egy sikeres alternatívájára mutatnak rá. (Marx, Test és Stein, 1973, 505.)

Az ACT jelenlegi helyzete a közösségi mentálhigiénén belül

Ami 2003 júniusát illeti, a PsychINFO adatbázisa több mint 360 tanulmányt jelenített meg az ACT-ről. 34 államban használták az ACT-t vagy egyes adaptációit, és évente mintegy 160 millió, adókból befolyó dollárt költöttek rá. Az ACT kidolgozóinak támogatásával létrejött, szintén madisoni illetőségű NAMI, a National Alliance for the Mentally Ill szervezetét azoknak a pszichiátriai betegeknek a hozzátartozói hozták létre, akik szerint a mentális rendellenességek „agybetegségek” („brain diseases”). 1996-ban közösen megalakítottak egy nonprofit szervezetet, a következő tervvel:

- Megtervezni az ACT-modell gyors és hatékony elterjesztését, alkalmazását.
- Elősegíteni a mentálhigiénés hatóságok, tanácsadók és szolgáltatók konszenzusra jutását az ACT programok nemzeti sztenderdjéhez szükséges minimális kritériumokat illetően.
- Befolyást gyakorolni azokra az állami és lokális mentálhigiénés hatóságokra, akik még nem fogadták el az ACT-t, mint szolgáltatási rendszerük központi elemét.

Annak érdekében, hogy a NAMI/ACT kezdeményezéseit végrehajthassák, új szerveződésként létrejön a Programs of Assertive Community Treatment Incorporated (ACT Inc.)

Az ACT Inc. nemzeti szinten tevékenykedő privát nonprofit testület, amely mindazokat a fogyasztókat, családtagokat, klinikai szakembereket, hivatalnokokat és kutatókat képviseli, akik elkötelezettek az ACT modell, és az ACT megfelelő sztenderdjének terjesztése iránt. (Community Support Network News, 1997, 10.)

Az ACT-ről azt állítják, hogy „aranyérmes” program (Test és Stein, 1976, 193.), amelynek a legerősebb az „empirikus megalapozottsága” a súlyos mentális rendellenességek esetében alkalmazott bármely más közösségi alapú mentálhigiénés kezeléssel összevetve. (Essock, Drake és

Burns, 1998, 176.) Ez a megalapozottság „folyamatosan ismételt, színvonalas és sikeres, huszonöt évet átfogó, állandó megerősítésekkel szolgáló kutatómunka” eredménye. (Allness, Knoedler, 1998). A madisoni ACT modell „sikereit” jól dokumentálják a modell kidolgozóinak publikált kutatási eredményei (összefoglaló: Stein, Test, 1985). Ráadásul gyorsan nő a közlemények száma az ACT terjesztőinek, valamint azoknak a tollából, akik az ellátást mint a bizonyítékokon alapuló mentálhigiénés kezelés egyik modelljét kísérlik meg formálisan intézményesíteni (pl. Phillips, Burns, Edgar, Mueser, Linkins, Rosenheck, Drake, McDonel Herr, 2001). Az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (APA) egyik befolyásos lapja, a Psychiatric Services egyik 2001-es számát a pszichiátria keretein belüli „bizonyítékokon alapuló orvoslás” eszméi terjesztésének szentelte. Több olyan tanulmányt is publikált, amelyek az ACT hatékonyságának kísérleti úton ellenőrzött megalapozottsága mellett érvelnek, ezért szerintük a modell „bizonyítékokon alapuló” kezelésnek tekinthető. Mostanában, úgy tűnik, a hasonló törekvések szövetségi és Amerika legnagyobb egészségügyi alapítványának támogatásával zajlanak:

Korlátai ellenére ... az asszertív közösségi ellátás számos előnyét bizonyították... Ennek a tanulmánynak az a célja, hogy megismertesse a mentálhigiénés szolgáltatókat az ACT modell alapelveivel és alkalmazásával. A tanulmány egyfajta előzetese a Bizonyítékokon Alapuló Gyakorlat Projektjének eszköztáraként kifejlesztett részletes irányvonalaknak és stratégiáknak. Ez utóbbi kezdeményezést a Robert Wood Foundation, valamint a Mental Health Services Administration támogatta. (Phillips és mtsai., 2001, 772.)

Az ACT-t legalább 25 randomizált kontrollpróbának vetették alá, (RCT= randomised control studies), s a vizsgálatokról számos tanulmányban és összefoglalóban publikáltak (Mueser, Bond, Drake, Resnick, 1998), teljes egyetértésben azzal az állítással, amelyet 1998 áprilisában az American Journal of Orthopsychiatry-ban tettek közzé az ACT-ről:

Mióta a dezinstitutionalizáció korszaka csaknem ötven évvel ezelőtt beköszöntött, a súlyos pszichiátriai betegek számára több közösségi alapú modellt fejlesztettek ki. Ezek közül azonban messze az asszertív közösségi kezelésnek (ACT) van a legnagyobb empirikus megalapozottsága. (Essock és mtsai., 176.)

Phillips és mtsai. a következőképpen érvelnek:

A kutatások azt mutatják, hogy az asszertív közösségi kezelés nem drágább, mint a többi közösségi alapú ellátási forma, ugyanakkor sokkal kielégítőbb a felhasználók számára. ...amikor kontrollált feltételek között történt az összehasonlítás...az asszertív közösségi ellátás mellett sokkal kevesebb kórházi kezelésre volt szükség, a lakhatás stabilitásának mutatói pedig megnövekedtek. (Phillips és mtsai., 2001, 778.)

Továbbá Robert Rosenheck és kutatócsoportja (Rosenheck, Neale, Leaf, Milstein, Frisman, 1995; Rosenheck, Neale, 1998) állítják, hogy a tíz színhelyen lefolytatott RCT (randomizált kontrollvizsgálat), a legkiterjedtebb, amelyet az ACT-n valaha is végrehajtottak, kimutatta „a kórházi kezelések csökkenő mértékét, pénzbeli megtakarításokat, a nagyobb elégedettséget a felhasználók részéről, hosszú távon pedig kevésbé súlyos tüneteket és jobb közösségi funkcionálást”. (Rosenheck, Neale, 2001, 1395–1396.)

A tanulmányban megvizsgáljuk, hogy az ACT valóban oka-e a kórházi kezelés rövidülésének, javítja-e a tüneteket, és (a lehetséges káros hatások kiküszöbölése mellett) jár-e olyan előnyökkel más kezelési formákkal összevetve, mint ahogyan ezt állítják. Elsőként az itt alkalmazott falszifikációs analitikus megközelítést ismertetjük, amelynek segítségével az ACT-kutatás felülvizsgálata megtörténik. Ezt követően az ACT-kutatások nyolc fontosabb állítását és a kezelés pozitív eredményeinek elemzését végezzük el. Elsőként mindig az ACT-ről tett állítással ismerkedhet meg az olvasó, ezt követi az elérhető tudományos bizonyítékok kritikai elemzése és diszkussziója.

Az itt alkalmazott analitikus megközelítésről

A tudományos kutatás és értékelés terén rendszerint két eltérő módszert használhatunk. Az egyik megközelítés szerint – és ez az, amely szerint az ACT kutatói jártak el – a kutatók „objektív” megfigyelés útján összegyűjtik az elméletüket vagy intervencióikat megerősítő, konfirmáló tudományos adatokat. Minél több effajta megerősítésre lelnek, annál jobbnak tekintik azután az elméletet vagy intervenciót. Ezt a módszertani törekvést – diszkrét adatok felhalmozását az elmélet-építés szolgálatában vagy konfirmáló empirikus bizonyítékok keresése során – „indukciónak” nevezzük. Az „induktív módszert” szigorú kritikával illették az evolúciós episztemológia, valamint a kritikai racionalizmus képviselői. (Popper, 1972; Campbell, 1987) A kritikai racionalisták (fallibilisták) azt állítják, hogy az indukció téves tudományos módszer, és inkább egy másikat, a deduktív logikára alapulót ajánlanak helyette. Az induktív módszer kritikája, talán kegyetlenül, mégis lényegre törően, három fő pontra szorítkozik. 1. Az „objektív” megfigyelés lehetetlenség (minden megfigyelésünket torzítja esendő, tévedésre kárhozottatott, biológiailag adott kognitív rendszerünk, és társas viszonyaink). 2. Hasonló múltbéli események logikailag nem jósolják be a hasonló jövőbelieket (az ismeretlen jövőt nem determinálja a megismert múlt, talán nem is hasonlít rá). 3. A múltbéli, egymástól függetlenül létező (diszkrét) eseményeket nem használhatjuk megbízhatóan és érvényesen a jövőbe mutató általánosításokat nyerve (logikailag már egyetlen negatív esemény megdönti az efféle generalizációk „bizonyítékokon alapuló”, univerzális jellegét és megbízhatóságát – legyen ez elméleti vagy pragmatikus cáfolat). (Munz, 1993). Tekintettel arra, hogy nem tudunk abszolút bizonyosságra jutni, ám logikailag lehetséges cáfoló példákra lelni, a jobbnak ítélt megközelítés szerint az elméleteket és az empirikus megoldásokat kemény tesztelésnek vetik alá,

egy próba-hiba típusú, ismétlődő visszacsatolásokat alkalmazó folyamatban. A folyamat a falszifikáció módszeres gyakorlásán alapszik, amelyet a falszifikált elméletek elhagyása követ. Az intervenciók során kritikai vitákra, empirikus tesztelésre, valamint a kutatási „eredmények” szkeptikus újraelemzésére kerül sor, akárcsak a jelenlegi tanulmányban. (A módszer klinikai gyakorlatra és kutatásra történő alkalmazásáról további információkat egy Gomory és Thyer közötti, négy tanulmányban közölt vita tartalmaz, amelyet a szociális munka terén működő más kutatók is kiegészítettek megjegyzéseikkel. [Gomory 2001a; 2001b; 2001c; 2002; Thyer 2001a; 2001b; Munro 2002;; Drisko, 2001]).

Egy további megjegyzés kívánczik a kutatás során kapott eredmények, mint az érvelést alátámasztó eszközök témájához. Egy adott elmélet híveként nagyon könnyű számunkra az azt alátámasztó bizonyítékokat felfedezni. Kimutatták, hogy pszichológiai értelemben hajlamosak vagyunk kedvenc elméleteinket megerősítő bizonyítékokat keresni és találni, ugyanakkor figyelmen kívül hagyjuk azokat, amelyek aláásnák meggyőződésünket. Ezt a hajlamot a megerősítés irányában ható torzításnak (confirmatory bias) nevezik. (Nickerson, 1998) A jelenség arra figyelmeztet bennünket, elkötelezett kutatókat, hogy óvakodjunk ettől a fajta torzítástól, s módszertani értelemben váljunk elkötelezettekké, éberekké, keresve a negatív, azaz a meg nem erősítő kísérleti adatokat.

Az ACT-ről tett állítások kritikai vizsgálata

ÁLLÍTÁS: Az ACT a legjobb kutatási és mérési módszereket használja értékelő tanulmányaiban.

A kutatás ... Az ACT-program kifejlesztésének védjegye... A kutatók erőteljes bizonyítékokat szolgáltatnak a szolgáltató rendszer általános hatékonyságára vonatkozóan. A Madisonban kifejlesztett módszeren alapuló ACT ... állította fel a mércét ... amelyet a további tanulmányokban alkalmaznunk kell (beleértve) a kutatási eszköz mérési tartományát... és a kutatási terv randomizált klinikai próbáit. (Stein, Santos 1998, 30.)

CÁFOLAT: Bizonyítékok, szigorú és következetes mérce helyett azonban gyakran igen problémás módszertanra bukkanhatunk, amelynek nemkívánatos nyomait azután eltüntetik, cenzúrázzák, jelentőségét pedig minimalizálni igyekeznek a publikálást, s az ACT „sikereit” megalapozó közleményekben. Olfson (1990) a NIMH, a Nemzeti Mentálhigiénés Intézet számára készülő jelentésben számos problémát azonosított az ACT-kutatások módszertanával és a keletkező eredményekkel kapcsolatban:

Nehéz felmérni, mi a klinikai jelentősége a bentfekvő intézmények csökkenő betegforgalmának. Az Asszertív Közösségi Ellátás explicit vívmánya a hospitalizáció klinikai feltételeinek korlátozása. Ilyen körülmények között azonban a hospitalizáció csökkenése sokkal inkább... független, mintsem függő (eredmény-) változó. ...Még ha nem

is törekednének a betegfelvétel technikáinak szisztematikus megváltoztatására, a hospitalizációt akkor sem tekinthetnénk a kezelés klinikai eredményességét mérő változónak. ...Bár számos (ACT) vizsgálatban szerepel a gyógyszeres kezelésre vonatkozó compliance, a tanulmányokból egységesen hiányzik az antipszichotikumok adagolására vonatkozó kvantitatív mérés. Ha nagyobb adagokban kell adni az antipszichotikumokat ahhoz, hogy a betegek a közösségi programokban maradjanak, akkor a tardív diszkinézia növekvő kockázata a közösségi ellátás számottevő negatív következménye. ...A klinikai értékelés érvényessége akkor a legmagasabb, ha a méréseket jól képzett értékelők a kezelés körülményeire vakon végzik el. Az idézett vizsgálatok közül (csupán) Marx és kollégái alkalmaztak vak értékeléseket. Gyakoribb, hogy a kutatók független, de a kezelés körülményeit ismerő értékelőket alkalmaznak. Bár logisztikai problémák nehezíthetik az értékelők vakságának fenntartását, ... ezt a célt már sikerült elérni a pszicho-szociális vizsgálatok területén, és az Asszertív Közösségi Ellátásra irányuló további kutatásokban is törekedni kell rá. Néha a klinikai stábot... használják arra, hogy a kutatás során alkalmazott interjúkat elkészítse. ...Ez a gyakorlat pedig kedvez a klinikai szakemberek értékei felé történő torzításnak, akik lelkesednek munkájukért... ezt a csapdát az elkövetkezendő vizsgálatokban el kell kerülni. (Olfson, 1990a C74-C80)

Mindamellet az Olfson által publikált tanulmány, amely ezen a belső jelentésen alapszik, nem említi egyetlen egyet sem a kritikusan nevezhető problémák közül, pusztán úgy utal rájuk, mint „főként a kutatók számára érdekes módszertani ügyek”. (640) Így az ACT hatékonyságáról a szakirodalomban nagyon pozitív kép alakulhatott ki, a cáfoló empirikus adatok ellenére.

A NIMH és az ACT-kutatás a továbbiakban egyöntetűen figyelmen kívül hagyta Olfson eredeti ajánlásait. Az antipszichotikumokkal történő kezelés jól ismert hátrányos mellékhatásaival (Gelman, 1999) egyetlen tanulmányban sem foglalkoznak, holott az ACT keretei között az orvos-beteg találkozások csaknem 50 százalékát arra fordítják, hogy a pszichotrop gyógyszerek adagolását a beteggel megbeszéljék.² Az Olfson által em-

² Az ACT konkrét módszereiről csak homályos képet kaphatunk a szakirodalom alapján. Az ACT kidolgozóinak impozáns mennyiségű írásában egyetlenegy esetleírást sem közölnek, ami bemutatná a módszert működés közben. „Esetillusztrációjukban” Stein és Test az egyik klienssel való első találkozást a következőképpen írják le: „Hamarosan világossá vált, hogy John egy skizofrén epizód közepén tart, ám nincs közvetlen öngyilkossági veszélyben.” (1978, 50.) Nem árulnak el semmit arról, hogyan mérték fel a kliens állapotát, sem pedig arról, milyen intervenciók hatására következett be John állapotának klinikai értelemben vett ugrásszerű javulása mindössze „egyetlen hét alatt”. (51.) Test (1992) a következő módszertani leírását adja a közvetlen tünetkezelés technikájának („Direct Assistance with Symptom Management”): „Speciális intervenciókat alkalmaznak... beleértve a gyógyszeres kezelést... a 24-órás krízisszolgálatot és elérhetőséget, valamint az alkalmankénti rövid távú kórházi kezelést. Emellett minden páciensünk számára biztosítunk egy hosszú távú személyes kapcsolatot, ami a problémamegoldásra összpontosít, keretei között megtanítják a betegnek, amit tudnia kell saját betegségéről, és fejlesztik megküzdési képességét a súlyos tünetek vonatkozásában. (157.) Az ACT a kliens-segítő találkozások 21,4 százalékát a gyógyszeres kezelés bonyolítására fordítja, ez a második

lített, Marx és munkatársai (1973) által elvégzett vizsgálat óta nem alkalmaztak vak értékelést. (Gomory, 1998) Ráadásul csupán egyetlen ACT-vizsgálatba vontak be kezelésben nem részesülő kontrollcsoportot. (Solomon, Draine, 1995a; 1995b) Az összehasonlító csoportos vizsgálatok csupán annak kimutatására alkalmasak, hogy a kezelés egyik fajtája jobb-e a másiknál. Kezelésben nem részesülő kontrollcsoport bevonására van szükség, ha fel akarjuk mérni, hogy a kísérleti kezelés jobb-e, mint ha egyáltalán nem alkalmaznának semmilyen kezelést – ez az értékelő kutatások fontos kérdése. A pszicho-szociális kísérleti kutatásokban általában azzal érvelnek, hogy kezelésben nem részesülő csoportot etikátlan volna vizsgálni, hiszen így a betegeket megfosztanák a „hatékony” kezelési formáktól. Ez a fajta etikai kérdés azonban csak akkor merülhet fel, ha tudjuk, hogy a visszatartott kezelési forma ismert „hatékony”. A próba elvégzésére éppen azért lenne szükség, hogy megtudjuk, hatékony-e valójában a kísérleti kezelés. Egyetlen kísérleti kezelésről sem állíthatjuk a priori, hogy hatékony volna: lehet, hogy segít, lehet, hogy hatástalan, de még az is előfordulhat, hogy egyenesen ártalmas. Voltaképpen a placebo-kontrollált kutatás a Federal Drug Administration (a gyógyszerekkel kapcsolatos ügyekben illetékes szövetségi hivatal) előírása értelmében szükséges ahhoz, hogy egy adott gyógyszert jóváhagyjanak, akkor is, ha a mentális betegségek gyógyítására használják, s ez az antidepresszánsokra is érvényes (pl. Kirsch, Moore, Scoboria, Nicholls, 2002).

Egy másik komoly módszertani probléma a megbízhatatlan vagy csak gyengén validált mérőmódszerek alkalmazásából adódik. Gomory (1998) áttekintette a Short Clinical Rating Scale adatait a Madison ACT-vizsgálatban (Stein, Test, 1980), amelynek alapján azt állították, hogy a tünetek javulást mutatnak. A skálákon belüli korrelációk átlaga (intra-class correlation) a 13 egységből álló skálán egy zavarba ejtő eredményt hozott (0,59) –0,34-től (hallucinációk) 0,76-ig (gondolkodási zavarok) terjedve. (Gomory, 1998, 135–140.) Ráadásul, a Cochrane Collaboration, egy átfogó ACT-vizsgálat szerint:

Megdöböntő ... hogy milyen mértékben alkalmaztak nem megfelelően validált eszközöket az eredmények mérése során. Különösen figyelemre méltó az a tény, hogy azok az adatok, amelyek nem feleltek meg a minőségi követelményeknek, négyszer valószínűbben jeleztek szignifikáns eltérést a kezelt csoportja és a kontrollcsoport között. Ez az eredmény arra utal, hogy létezik valamiféle eddig feltérképezetlen részrehajlás a pszichiátriai kezelési eredmények mérésénél. (Marshall, Lockwood, 1998, 14.)

legmagasabb érték. A személyes támogatás során pedig arról győzik meg a klienseket, hogy mentálisan betegek, és szükségük van a pszichotrop gyógyszerekre (az idő 24,9%). Az ACT tehát a klienssel való találkozás összidejének 46,3 százalékát a pszichotrop gyógyszerek szétosztására és a gyógyszeres kezelés menedzselésére tartja fenn. Ehhez képest az idő 10,9 százalékát fordítják foglalkoztatási ügyekre, 2,5 százalékát az élethelyzettel, 0,2 százalékát a testi egészséggel, 12,1 százalékát a társas szórakozással kapcsolatos területekre, 11,3 százalékát a pszichoterápiára/ esetmonitorozásra, és 9,2 százalékát a napi étellel kapcsolatos tevékenységekre. (Brekke, Test, 1992, 240.)

Végül az eredményváltozókat – melyek közül néhány statisztikailag szignifikáns volt, más pedig nem – helytelenül kombinálták, megtévesztő benyomásokat keltve az ACT hatékonyságáról, amikor pedig valójában semmiféle eredményről nem lehetett volna beszámolni. Egy 14 évet át-fogó vizsgálatban – ez volt a leghosszabb, amelyet az ACT kapcsán valaha lefolytattak (Test, Knoedler, Allness, Burke, Brown, Wallisch, 1991) – a kutatók arra a részleges megállapításra jutnak, hogy:

A kutatás első hét évéből származó adatok feldolgozása lezárult. Ezidáig, az ACT-intervencióban részesülő csoport a kontrollcsoporttal összehasonlítva ... *együttvéve* kevesebb időt töltött kórházakban, és más pszichiátriai ellátást nyújtó bentlakásos intézményekben, büntetés-végrehajtási intézményekben, valamint hajléktalanként. (Allness, Knoedler, 1998, 5., kiemelés a szerzőktől)

A szerzők azt állítják, hogy a kísérleti csoportban részt vevő betegek szignifikánsan jobban teljesítettek egy kombinált, összesített kategóriában (kórházban+egyéb bentfekvő intézményben+büntetés-végrehajtásnál + hajléktalanul), mint a kontrollcsoport – a vizsgálat teljes időtartama alatt (Allness, Knoedler, 1998, 5.). Ez az „összesített” változó azt jelenti, hogy a kísérleti program nem csupán lecsökkenti a kórházakban, elme-szociális otthonokban töltött időt (ezeket a kutatók, Test, Knoedler, Allness, Burke, Brown és Wallish [1991, 243.] lényegileg azonosnak tekintik) hanem azt is, hogy *emellett* szignifikánsan csökken a hajléktalanságban töltött idő, és a többi komponenstől függetlenül a büntetés-végrehajtás időtartama. Éppen ezeket az eredményeket várjuk el egy hasonló programtól.

A Madison ACT kidolgozói ezt az összesített változót először 1994-ben használják, mintegy 16 évvel az 1978-ban kezdődő, hosszú távú kutatási program megkezdése után. Először 1994-ben, az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) éves gyűlésén vezették be (Test, Knoedler, Allness, Kameshima, Burke, Rounds, 1994). Előzőleg publikált tanulmányaikban még minden változót külön elemeznek, s így szerepelnek ezek a korábbi kutatásokban is (pl. Stein, Test, Marx, 1975). A három független változó összegyűrésével olyan statisztikailag szignifikáns eredményeket kaptak, amelyek a mérés bizonyos időszakait tekintve, a kísérleti csoportnak kedveztek. Amit ezeknek a kezdetben elkülönítve használt változóknak a segítségével álcázni lehet, az az, hogy az egyetlen statisztikailag szignifikáns különbség a kísérleti és kontrollcsoport között a kórházban, illetve elme-szociális otthonban töltött idő között adódott. Sem a hajléktalanság, sem pedig a büntetés-végrehajtási intézményeknél töltött idő nem mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a kutatás első két évében a kísérleti és kontrollcsoport között, tehát az összesített változót tekintve bármilyen statisztikai értelemben szignifikáns eredményt csak a „kórházban–elme-szociális otthonban töltött idő” változója eredményezhetett. Az egyetlen forrás erre nézve egy korábbi tanulmány (Test, Knoedler, Allness, Burke, Brown és Wallisch, 1991), amely a hosszú távú kutatás két éves eredményeit összegzi, de nem tesz említést semmiféle „összesített” változóról. A kísérleti csoport vizsgálati személyei átlagban szigni-

fikánsan ($p = 0,001$) kevesebb időt töltöttek a kutatás kezdetétől számított 24 hónapon át kórházban vagy elme-szociális otthonban, mint a kontroll személyek (Test és mtsai., 1991, 243.). Ha azonban a hajléktalanság állapotában és a büntetés-végrehajtásban eltöltött időt nézzük, amelyek az így „összesített” változó kétharmadát teszik ki, a kutatók a következőket állapítják meg:

Vizsgáltuk a börtönben és más hasonló környezetben, valamint a hajléktalanként/hajléktalan-ellátásban töltött időszakot. Az első két évre vonatkoztatva, a két csoport egyikének tagjai sem töltöttek hosszú időt hasonló körülmények között, és ez az idő nem különbözött szignifikánsan a két csoport viszonylatában (kiemelés a szerzőtől) (Test és mtsai., 1991, 244.).

A publikálatlan tanulmányt, ami ezt az új, „összesített” változót bevezeti, ebben az írásban (The ACT Model: A Manual for ACT Start-Up [Allness & Knoedler, 1998]) és másutt is meghivatkozzák, hogy alátámaszthassák az ACT mint hosszú távú kezelés hatékonyságát. A jelen tanulmány első szerzője azonban nem kapott engedélyt dr. Test-től, a hosszmetzeti ACT-kutatás vezetőjétől, hogy idézze vagy felhasználja a hétéves adatokat közvetlenül az 1994-es tanulmányból. A publikálatlan másodelemzésből egyértelműen kiderül, hogy sem a hajléktalanság, sem pedig a büntetés-végrehajtásnál töltött időszak nem különbözik szignifikánsan a két csoport tekintetében, sem az első két évre, sem pedig a teljes hét évre vonatkoztatva. Nehéz lenne bármi egyébbel magyarázni ennek az „összesített” változónak a program során viszonylag későn történő bevezetését, mint hogy azt a látszatot kívánták kelteni, hogy az ACT hatékony a hajléktalanság és a bűnözés kezelésében – holott valójában nincs ilyen hatása. Tekintettel arra, hogy a kutatók korlátozták a publikálatlan tanulmányra való közvetlen hivatkozást, továbbra is várunk kell az ACT kidolgozóinak régóta ígért ide vonatkozó adataira, hogy világosabban láthassunk. Dr. Test és Stein a jelen tanulmány első szerzőjének kritikájára – melynek lényege az volt, hogy a hosszú távú ACT-tanulmány kezdetétől számított 24 év elteltével sem teszik hozzáférhetővé az adatokat kritikai áttekintés céljaira (Gomory, 2001c) – a következőket válaszolták:

Dr. Gomory helyesen állapítja meg, hogy mind ez idáig nem tettünk közzé adatokat az asszertív közösségi kezelés hosszú távú vizsgálatából, amelynek korai (kétéves) adatait 1991-ben publikáltuk. Jelenleg az adatok elemzésére és a tanulmány megírására koncentrálnak, de megnyugtathatjuk az olvasókat, hogy az adatok összes dimenzióját közölni fogjuk, mihelyst a munkánk véget ér. (Test & Stein, 2001, 1396.)

Két évvel később még mindig várjuk ezeket a publikálandó eredményeket.

ÁLLÍTÁS: „Az asszertív közösségi kezelés sohasem alapult és a jelenben sem alapszik kényszerítésen.” (Test, Stein, 2001, 1396.)

CÁFOLAT: Az egyik első számú érv a közösségi ellátásra való áttérés mellett, hogy a bentlakásos intézményi kezeléssel szemben a jobb társas-társadalmi funkcionálás kevesebb kényszer alkalmazását, és több autonómiát eredményezhet. (Marx és mtsai., 1973) Az intézményi élet káros hatásait is szerették volna mérsékelni. A kényszert, azaz a „kezelés” ráerőszakolását a betegre annak kifejezett kívánsága ellenére még a kényszert hasznosnak vélők is úgy tekintik, mint a kezelésbe vétel elérésének utolsóként alkalmazandó lépését. (Dennis, Monahan, 1996) Az ACT vajon autonómiát és erőszakmentességet eredményez kliensei számára? Hogyan fest az ACT-program a gyakorlatban? Stein (1990) így magyarázza:

Az ACT (a team) a felelősség állandósult pontja... a páciensek életének *minden vonatkozásával* foglalkoznia kell, mindennel, ami befolyásolja funkcionálásukat, testi egészségüket, élethelyzetüket, anyagi körülményeiket, szocializációjukat, karrierre irányuló tevékenységüket és szórakozásukat. A team számára *nincs határ*, ami a páciensekkel való foglalkozást illeti, hanem asszertív módon tartják őket folyamatosan involválva... A napról napra végzett munkán túl a stáb a nap 24 órájában elérhető, a hét minden napján (650., kiemelés a szerzőktől).

Ez a módszer meglehetősen tolakodónak látszik. Az ACT keretei között végzett tevékenységekbe olyasféle kényszer is belefér, mint pl. megbízottként intézni a kliens anyagi ügyeit, ami lehetőséget teremt arra, hogy zsarolják, ha nem tekintik megfelelőnek a gyógyszeres kezelés során tanúsított együttműködését, és visszatartsák a kliens pénzét. (Stein, Test, 1985, 88–89) Szintén gyakran előfordul, hogy ráerőltetik az ACT-kezelést arra, aki nem kívánja (91, 92). A zsarolás elfogadható az ACT keretei között: „szükség lehet arra, hogy a társas életben visszahúzódo kliensnek fizessünk azért, hogy elmegy a moziba, azon túl, hogy megvesszük neki a jegyet”. (Test, Stein, 1976, 78.)

Annak érdekében, hogy érvényesnek kiáltsák ki az asszertív³ megkezesést, kezelésbe vonást (outreach) és magát a kezelést, az ACT kutatói két tanulmányra építenek, amelyek közül egyik a sajátjuk. (Test, 1981, 80) A másik tanulmány Beard, Malamud és Rossman (1978) munkája, akik a Fountain House kezelésbe vonási programját a következőképpen írják le: „telefonhívások, levelek, otthoni és kórházi látogatások mind a stáb, mind pedig a tagok részéről. Az ilyen kontaktusok révén azok a

3 Az „asszertív” kifejezés normatív használata – ahogyan ez a viselkedésmódosító asszertív tréning irodalmában is bevett – a következő: „olyan hatékony, társas befolyásolást elősegítő készségek, amelyekre a személy tanulás útján tesz szert”. (Gabbrill, 1995) A kényszerítő ACT megközelítéssel szemben „az asszertivitás fogalmának lényegi összetevője az alapvető emberi jogok tiszteletben tartása”. (82.) Az asszertív és az agresszív viselkedést gondosan megkülönböztetik egymástól – mind formáját, mind pedig hatását tekintve (85.). Az ACT elméletalkotói azonban nem tesznek különbséget „asszertív” és „agresszív” magatartás között, a programokban ezek felcserélhetőnek tűnnek. (Dennis, Monahan, 1996, 3.)

személyek, akik kiestek a kezelésből, további információkhoz juthatnak. Ha a személy azt kérte, hogy többször ne látogassák meg, *kívánságát természetesen tiszteletben tartottuk*” (624., kiemelés a szerzőktől). A Fountain House programjának ez a vonása – hogy t.i. tiszteletben tartják azok akaratát, akik nem akarnak részt venni a programban – ellentmond a Test és Stein (1976) által alkalmazott kényszerítő eszközöknek:

A stáb tagja, ha a reggeli órákban megpróbál rávenni egy ambivalens páciensre arra, hogy látogassa meg a védett foglalkoztatót, valószínűleg verbálisan és viselkedéses kommunikáció útján is elutasító választ kap. Ha a stáb tagja ilyenkor a következő határozott módon fordul a pácienshez: „ideje munkába menni, megvárom, amíg felöltözik”, akkor már megnöveli az együttműködés esélyét. Az utóbbi módszer kevésbé teszi lehetővé a páciensnek, hogy a passzivitást „válassza”. (77.)

Két kérdés merül fel ezek után: miért tekintik a páciensre ambivalensnek, amikor a leírt viselkedése alapján határozottan elutasítja a munkába menést? Másodsor: miért tekintik a páciens aktív visszautasítását „passzivitásnak”? A páciens kifejezett kívánságának figyelmen kívül hagyása, és viselkedésének átértelmezése – azért, hogy a program intervencióit igazolni lehessen – az ACT szembevethető jellegzetessége. A Fountain House-modell éppen ellenkezőleg, azonnal felhagy a megkeresésekkel, ha erre kéri a benne dolgozókat. Ez a különbség azt jelenti, hogy az ACT szakembereinek semmi más nem marad eljárásuk érvényességének védelmében, mint a tulajdon munkájuk, amellyel az általuk terjesztett asszertív megközelítést alátámasztják.

A kényszer tehát az ACT-modell alapvető része, ahogyan Diamond (1996) az eredeti Madison ACT-csoport közeli munkatársa ezt őszintén beismeri:

A paternalizmus az asszertív közösségi kezelés része, a kezdetektől fogva... Az ACT korai szakaszában a felhasználók erőssé, képessé tévése (empowerment) nem vált komoly megfontolás tárgyává... a programot úgy tervezték, hogy megtegye a kliens helyett, amit a kliens magától nem tenne meg. A stábról feltételezték, hogy pontosan tudja, mire van szüksége a kliensnek. Még az a cél, hogy a klienseket fizetett munkához juttassák, az is olyasmis volt, amit a stáb becsült sokra, és néha teljes ellentétben állt a kliens választásával. A jelenlegi asszertív kezelési programokat továbbra is ezek a tradíciók befolyásolják. A paternalizmust változatlanul a közösségi felhatalmazás erősíti, hogy a máskülönben „szabályozhatatlan” klienseket ellenőrzés alatt tarthassák. ... A közösségi támogató programokban részt vevő kliensek jó részéhez ... rendeltek ki anyagi ügyeiket felügyelő személyt. Ez a fajta kényszer rendkívül hatásosan működhet. A költpénzhez való hozzáférés ... attól függ, hogy az illető részt vesz-e a kezelés megfelelő szakaszaiban. Így a stáb nyomást gyakorolhat a kliensre, hogy vegye be a gyógyszereket ... a nyomás, hogy beszedje a gyógyszert, igen erős lehet... A lakáskörülmények és a pénzügyek ellenőrzése a kontroll legáltalánosabb formája, de más lehetőségek is

léteznek. Ez a nyomás majdnem olyan erős, mint a kórházakban, csak kevesebb őrre lesz szükség. (53–58.)

Végül Gomory (2002) áttekintette az ACT kidolgozóinak korábbi szakmai tevékenységét, hogy pontosabb képet kaphassunk a jelenlegi mély etikai és tudományos problémákról. A publikációk elemzésére épülő tanulmányból kiderül, hogy a program kifejlesztői paternalisztikus attitűddel közeledtek a pszichiátriai betegek felé, erősen kényszerítő módszereket alkalmaztak, hogy „tudományos” kutatásaikat lefolytassák. Ezek szerintük viselkedéstudományi elvekre épültek – ám a valóságban éppen ellentmondanak a jelenlegi behaviorista kutatási eredményeket összegző irodalmaknak. Ahhoz, hogy a kényszergyógykezelést etikailag igazolhassuk, a kezelésnek a páciens javát kell szolgálnia. Lássuk tehát, hogy milyen eredményeket tud felmutatni az ACT.

ÁLLÍTÁS: Az ACT a sztenderd kezelési eljárásokkal összehasonlítva jelentősen csökkenti a hospitalizációt. (Ez az az állítás, amely a legnagyobb lelkesedést váltotta ki az ACT iránt, és ez az egyetlen konzisztens eredmény, amelyet minden értékelő vizsgálat megerősít.)

CÁFOLAT: Az ACT módszereinek nincs közvetlen hatása a tanulmányokban kimutatott csökkenő kórházi ápolási időtartamra. Ez az eredmény egy meglehetősen szigorú adminisztratív szabály eredménye: az ACT-ben részt vevő klienseket tüneteiktől függetlenül nem veszik fel, vagy nem veszik vissza a kórházi osztályra, és a közösségben folytatnak le minden kezelést, ugyanakkor a kontrollcsoportból bármelyik zavart pácienszt kényszeresen veszik kórházi kezelésbe. Az ACT kigondolói első kísérleti vizsgálatukban explicitté teszik ezt a szabályt, a kezelési útmutatóban második irányelvként jelzik, hogy „lehetőleg tartózkodni kell attól, hogy a közösségben kezelteket ismét kórházi kezelésbe utalják”. (Marx, Test, Stein, 1973, 506.) Hasonlóképp, az ACT-modell egy ausztráliai verziójában: „a projektben részt vevő pácienseket nem vették fel a kórházba, ha ezt el lehetett kerülni. Ehelyett a projekt teamje vette őket kezelésbe, és visszavitték őket a közösségbe...” (Hoult, Reynolds, Charbonneau-Powis, Weekes, Briggs, 1983, 161.) Közben semmilyen erőfeszítést nem tettek, hogy a kontrollcsoportot megóvják az újbóli kórházba kerüléstől, és 96 százalékuk be is került. (160.) Összegezve, a hospitalizáció csökkenése nem az intervenció függvénye, hanem adminisztratív szabály terméke.

Az ACT kidolgozói már 1978-ban felismerték, hogy a bentlakásos környezetben eltöltött idő nem meggyőző mérőszáma a mentálhigiénés intervenció sikerességének:

Az ACT kezelés kevesebb kórházi ápolást eredményez. Ez azonban nem meglepő, tekintve, hogy a vizsgálatban részt vevő pácienseket nem vették fel ... hanem (a stáb) kezdetben és később is koncentrált erőfeszítéseket tett, hogy távol tartsa őket a kórházaktól. (Test, Stein, 1978, 353–354.)

ÁLLÍTÁS: Az ACT költséghatékonyabb, mint más sztenderd intervenciók.

CÁFOLAT: Mivel a kórházi kezelés messze a legdrágább kezelési forma, a megtakarítás nem a specifikus ACT-intervenciókból, hanem abból származik, hogy az embereket távol tartják a kórházaktól. A költségek csökkenése csupán az ACT megközelítés mellékterméke. Bármely más program hasonló költségcsökkenést eredményezne, ahol ugyanezt a célt hasonló módszerességgel próbálják elérni, tehát nem veszik fel a pácienseket a kórházba.

ÁLLÍTÁS: Az ACT-ben részesülő kliensek szignifikánsan elégedettebbek.

CÁFOLAT: A kliensek elégedettsége, úgy tűnik, nem függ az adott ACT-tevékenységtől. Például az előbb említett ausztrál tanulmány kliensek elégedettségére vonatkozó adatai ellentmondásosak. Úgy tűnik, nem az ACT sajátos intervenciói, hanem a (bármely) közösségi alapú megközelítés biztosította nagyobb autonómia okozza a nagyobb elégedettséget. Ebben a tanulmányban a klienseket 12 hónapig tartó utánkövetéssel vizsgálták. „A kísérleti csoport nagyobb része (80%), akik nem kerültek kórházi kezelésbe, elégedettek és hálásak voltak; a kontrollcsoportból pedig csupán 30 százalék volt hálás és elégedett a kórházi kezeléssel, 39 százalékuk elkeseredettséget és dühöt élt át. (Hoult, 1986, 142.) Másképpen szólva, „A kezeléssel kapcsolatos preferenciákat úgy térképezték fel, hogy megkérdezték az összes páciens: inkább választanák-e a Macquarie Kórházban történő kezelést, vagy a közösségi kezelést.” (Hoult és mtsai., 1983, 163., kiemelés a szerzőktől.) Annak a csoportnak a nagyobb része (61%), akik egyáltalán nem is részesültek közösségi kezelésben, mégis ezt választotta volna az intézménybe való bezárás helyett. A kísérleti csoport szerint az ACT legfontosabb elemei a következők voltak: a stáb elérhetősége a gyakori gondozás érdekében, támogató, személyes kapcsolat, és a megnövekedett szabadság – olyan terápiás elemek, amelyek nem specifikusak az ACT-re nézve. (Hoult és mtsai., 1983, 163.)

További alátámasztásul, az ACT „összetevőivel” kapcsolatos „kliensperspektívák” felméréséből (McGrew, Wilson, Bond, 1996) a következők derültek ki a preferenciák sorrendjében: „a támogató kapcsolat, a terapeuta tulajdonságai, a stáb elérhetősége, és a nem-specifikus segítségnyújtás”. Ezeket a vonásokat értékelték a legjobban a kliensek (16. 1. táblázat). A felsorolt jellemzők azonban megint nem ACT-specifikusak, és a segítség minden formájára alkalmazhatóak. A 25 elem közül, amely az ACT-kezeléssel összefüggésbe hozható, legkevésbé népszerűnek a „szolgáltatás intenzitása” bizonyult, éppen az a komponens, amit a leginkább jellemzőnek tartanak az ACT filozófiájára. A felmérés szerzői, maguk is hosszabb ideje ACT-szakértők, beismerik, hogy „Talán meglepő, de a kliensek a segítő kapcsolat nem-specifikus tényezőit emelték ki, és tartották a leghasznosabbnak.” (McGrew és mtsai, 1996, 190.)

ÁLLÍTÁS: Az ACT szignifikánsan javítja a tüneteket és a beteg funkcionálását. „Vizsgálatunkból kiderül ... hogy (a kezelés) hosszú távon kevésbé súlyos tüneteket és jobb közösségi funkcionálást eredményez”. (Rosenheck, Neale, 2001, 1395–1396.)

CÁFOLAT: Az ACT-specifikus kezelési módszerek alternatív kezelési módszerekkel összehasonlítva nem eredményeznek szignifikáns javulást a tünetek vagy a kliens funkcionálása terén. Az állítást legjobban úgy tudjuk kifejezni, ha röviden áttekintjük a legnagyobb kontrollált vizsgálatot (n=873), amelyet az ACT-n ezidáig végeztek. (Rosenheck, Neale, 1997; 1998) Rosenheck és Neale idézete félrevezető. Ezt az eredményt a két helyzet közül, amelyben az ACT-t tesztelték, csupán az egyikben kapták. Csupán „a 6 általános kórházban (GMS – general medical and surgical settings) (n=528) volt kimutatható a kapcsolat az ACT-kezelés és a hosszú távú (2 éves) klinikai eredmények között.” A 4 neuropszichiátriai kórházban (n=345) az ACT nem különbözött a sztenderd kezeléstől a klinikai eredmények tekintetében. (Rosenheck és Neale, 1998, 459.)

Módszertani nehézségek: A klinikai hatékonysággal kapcsolatos állítás a GMS-színhelyek voantkozásában a következőket takarja: az ACT-páciensek lényegesen jobb, a közösségi élethez szükséges készségekkel rendelkeztek a négy utánkövetéses szakaszban, ugyanakkor a tünetek csökkenését, a jobb funkcionálást, valamint a szolgáltatással való fokozott elégedettséget a kezelés végén csak a „záró interjú” elemzése során tudták kimutatni. (459.)

Ami az ACT-csoportra jellemző szignifikánsan jobb közösségi, a napi élethez szükséges készségeket illeti, ez az adatok téves értelmezésén alapzik. A 6. és a 12. hónapban a „közösségi élethez szükséges készségek” eredményei a kontrollcsoport kezelése során jobbak. Tehát mintegy 12 hónapig a kontrollcsoport jobban teljesített, mint a kísérleti, de a kimeneti interjúknál mutatkozó impresszív különbség már a kísérleti csoportnak kedvez. (Rosenheck, Neale, 1998, 463., 2. táblázat; Rosenheck, Neale, 1997, 3. ábra.) A záró interjúban kapott látszólagos pozitív eredményt számos faktor okozhatja, így pl. 1. Megkönnyebbülés, hogy végre megszabadulhatnak egy kényszert alkalmazó programból; 2. félelem attól, hogy egy esetlegesen veszélyes autoritással szegülnek szembe egy kényszerítő program során; 3. a vágy, hogy kivívják az interjúkészítő tetszését. Emellett egy költséges, hosszú távú, és esetlegesen abuzív, kártékony programot nem lehet csupán a kimeneti interjú alapján megítélni, olyan eredményekből, amelyek ráadásul ellentmondanak a kezelés során összegyűjtött adatoknak.

Szándékolatlan hatások a kutatási eredményekben. A kutatók utólagosan két GMS-helyszínen (a 2. és az 5.) azt találták, hogy nem mindenben jártak el az ACT-kezelés elvei szerint. Az 5. helyszín alacsony intenzitású pácienseket követő programot alkalmazott, nem pedig az ACT-t (Rosenheck, Neale, Leaf, Milstein, Frisman, 1995, 134.), a „helyszín pedig jelentősen kevesebb közösségi alapú szolgáltatást rendezett be, és a legtöbb ACT-kategórián alulteljesített, amikor a programhűséget tesztelték. (Rosenheck, Neale, 1997, 11.) A kutatók megpróbálták kimutatni, hogy

az ACT megnövekedett költségei ennek a két helyszínnek a hibájából adódnak, abból, hogy nem hatékonyan alkalmazzák az ACT-t. Így újra-elemeztek az adatokat, kihagyva a két „hibás” helyszín adatait. Ez az eredeti minta 34 százalékának kizárását jelentette. A megközelítés gyümölcsözőnek bizonyult, mert a statisztikailag szignifikáns különbség, amit az eredeti elemzés eredményezett, eltűnt, és nem-szignifikáns különbség keletkezett. (Rosenheck, Neale, 1998, 463.) Sőt, a két helyszín kihagyásával létrejött egy új, nem-szándékos kísérleti elrendezés a klinikai adatok felülvizsgálatára. Ha a kihagyott programok kevésbé hatékonyak, vagy éppen teljességgel hatástalanok lettek volna, az újraelemzés során azoknak a helyszíneknek az adatai, ahol hatékonyan alkalmazták az ACT-t, tovább emelték volna az eredetileg szignifikánsnak mutató eredményeket. Mégis, „miután ... kihagyták a két általános kórházi helyszínt ... ahol nem alkalmazták az ACT-t ... a klinikai eredmények nem változtak”. (Rosenheck, Neale, 1998, 463.) Más szóval, ha az eredeti minta több mint 30 százalékát eltávolítjuk, ahol a résztvevők mintegy fele lényegében nem kapott kezelést, nincs változás a „klinikai eredményekben”. Tehát az, hogy az ACT-t alkalmazzák-e vagy sem, nem jelent lényegi változást. Dr. Rosenheck megerősítette, hogy az eredeti elemzésben a két kihagyott helyszín adatai azonos irányban, hasonló szignifikanciaszinten változtak, mint a másutt kapott eredmények (személyes közlés, 1997. október).

ÁLLÍTÁS: Alkalmanként szignifikáns pozitív eredményeket kapunk az ACT alkalmazásának következtében a foglalkoztatás terén. (Marx és mtsai., 1973; Stein, Test, 1980)

CÁFOLAT: Három olyan ACT-vizsgálat van, ahol a foglalkoztatást illetően pozitív az eredmény, és öt, ahol nem. A pozitív eredménnyel zárulóak közül kettő a Madison csoporté. (Marx és mtsai., 1973, Stein, Test, 1980) Azonban a hosszú távú randomizált kontrollvizsgálat, amely ezekre a korábbi, szuggesztív eredményekre épült, azzal az eredménnyel járt, hogy az ACT-nél szükség volna egy „intenzív foglalkoztatási komponensre” (Mueser és mtsai., 1998, 56.) ahhoz, hogy mutakozzék a hatás. Az egyetlen másik tanulmány, ami pozitív eredményt tud felmutatni (Chandler, Meisler, McGowen, Minz, 1996) megerősítette, hogy további intenzív erőfeszítéseket kell tenni a foglalkoztatás fejlesztésére, ha pozitív eredményeket akarnak elérni. Az ACT, hasonlóan egyéb mentálhigiénés intervenciókhoz, önmagában nem javítja szignifikáns mértékben a foglalkoztatásban való részvételt.

ÁLLÍTÁS: Az ACT-nek nincsenek negatív hatásai „Az ACT irodalma egybehangzóan állítja, hogy negatív eredmény nem fordul elő.” (Bond, Drake, Mueser, Latimer, 2001. 149.)

CÁFOLAT: Solomon és Draine rátalált a két negatív hatás közül az egyikre. A vizsgálat egy nagyobb randomizált kontroll-próba részét képezte, 200 súlyos mentális rendellenességben szenvedő, városi börtönből kikerülő hajléktalanon tesztelték az ACT hatékonyságát, összevetve az egyéni

esetkezeléssel, illetve a kezelést nem kapó kontrollcsoporttal. (Solomon, Draine, 1995a) Solomon és Draine (1995b) magas (56%) visszaesést tapasztalt az ACT csoportnál, míg az egyéni esetkezelésben részesülőknél ez 22 százalék, a kontrollcsoportban pedig 36 százalék volt. (168.) A kutatók ezt követően összevetették 22 ACT-kezelésben részesülő kliens adatait 29 egyéni esetkezelésben lévőével, hogy magyarázatot kapjanak erre a nem várt kutatási eredményre. A második vizsgálat jelentős eredménye, hogy az ACT-ellátásban részesülők sokkal valószínűbben kerültek vissza a börtönbe, itt az esetkezelők könnyebben kezdeményezték a felfüggesztett büntetés végrehajtását, mint az intervenciók stratégiát, így ezek a kliensek gyorsabban tértek vissza a börtönbe. (170.) AZ ACT esetkezelői elsősorban ezzel az eszközzel éltek. Az ACT tolatkodó módszerei miatt a kliensek tevékenységét sokkal jobban megfigyelték, mint a másik két csoportét, ami azt eredményezte, hogy gyakrabban tértek vissza a büntetés-végrehajtó intézményekbe. (172.) Solomon és Draine (1995b) megjegyzik: „Ezek az eredmények felvetik a kérdést, hogy vajon a súlyos mentális rendellenességben szenvedő betegek esetében lehet-e valamilyen káros következménye az intenzív esetkezelő szolgáltatásoknak?) (171.) Jelzik a nehézségeket, amelyek a kényszer mint kezelési stratégia használatával, az ACT sajátosságával kapcsolatosak.

„A kényszerített esetkezelés aláássa a függetlenség növelésének célját, ellentmond a kliens saját elhatározása erősítésének ... ellentmond mind a szociális munka, mind pedig a közösségi támogató rendszerek értékrendjének az önállóság, a kliens választása kapcsán.” (171–172.)

Ráadásul Solomon és Draine (1995a) egyetlen tartományban sem talált semmiféle különbséget a három csoport között. Ebből következik, hogy érdemes volna kezelésben nem részesülő kontrollcsoportot bevonni minden ACT-vizsgálatba, hogy eldönthető legyen, vajon az ACT jobb-e, mint a minimális vagy semmiféle kezelés?

Egy másik negatív hatás, amely valószínűleg az ACT kényszerítő elemeivel van összefüggésben, az *öngyilkosságok számának növekedése*. Cohen, Test és Brown (1990, 603.) nyolc egyértelmű és egy feltételezett öngyilkosságról számol be az ACT alapítóinak (Test, Knoedler, Allness, Burke, 1985), hosszú távú vizsgálata során. Lehetséges, hogy egy további öngyilkosság is előfordult már ugyanitt. Test és mtsai. (1985) arról számoltak be, hogy a vizsgálatban résztvevőkkel strukturált interjú készült, ahol a kiindulópontként szolgáló adatokat a programban való 3 havi részvételt követően gyűjtötték össze. Beszámolva azokról a kliensekről, akiket ebből a vizsgálatból kizártak, a következőket írják: „Öt személlyel nem lehetett az interjút elkészíteni: egyikük öngyilkosságot követett el a program első három hónapján belül. (854.) Mivel Cohen és mtsai. (1990) csupán azokról az öngyilkosságokról közölnek adatokat, ahol legalább egy strukturált interjú elkészült, kihagyhatták az esetet, ahol az öngyilkosságot az első három hónap alatt követték el.

Egy másik tanulmányban Hoult és mtsai. (1983) arról számolnak be, hogy „a nyolc hónap alatt a Maurice Hospital-ben a projektben résztve-

vők 10 százalékaról, míg a kontrollcsoportból senkiről sem tájékoztattak úgy a rokonok, hogy öngyilkosságot kísérelt meg. Ők... a projekt résztvevői voltak, akik a tanulmányozott időszak előtt és alatt ismétlődő öngyilkossági kísérleteket követtek el." (165.)

Egy másik vizsgálatban (Marks, Connolly, Muijen, Audini, McNamee, Lawrence, 1994) arról számolnak be, hogy „a 189 betegből álló kohorszban öten haltak meg öndesztuktív cselekmény következtében a húsz hónap alatt, közülük három az ACT résztvevője volt, kettő pedig a kontrollcsoporté”. Akárcsak a madisoni SMI (severe mental illness, súlyos mentális rendellenességben szenvedők) öngyilkossági eseteiben (Test és Stein vizsgálata), az ilyen halálesetek váratlanok voltak, és az öngyilkosságokat a stábbal történő megelőző találkozás ellenére követték el. (Marks, Connolly, Muijen, Audini, McNamee, Lawrence, 1994, 187.) Míg az eredmény nem implikálja közvetlenül, hogy az ACT lenne az öngyilkos viselkedés oka, utal rá, hogy az ACT nem volt képes megelőzni ezeket a cselekményeket. A tanulmány szerzői meglehetősen terjedelmet szenteltek rá, hogy megkíséreljék kimutatni, az ACT-kezelést gondosan és átfogóan biztosították ezeknek a betegeknek a számára is. Sok ACT-páciensről éppen azt írták az ACT-szakértők, hogy jobban lett röviddel azelőtt, hogy az öngyilkosságot elkövette. Ez a pszichiátriai értékeléssel kapcsolatosan vet fel problémákat. A pszichiátria nem tudja megbízhatóan azonosítani azokat, akik öngyilkosok lesznek, és meg sem tudja előzni az öngyilkosságot. Tekintve, hogy az ACT egyik központi eleme a gyógyszeres terápia, az öngyilkosságok magasabb arányát magyarázhatja, hogy bizonyos pszichofarmakonok alkalmazása fokozza az öngyilkosság veszélyét. (Szendi, 2004) Emellett további kutatásokra van szükség, hogy felfedjük, milyen lehetséges káros hatásai vannak az asszertív kezelés kényszerítő elemeinek, amelyek hozzájárulhatnak mind az öndesztuktív viselkedés, mint pedig a befejezett öngyilkosságok kedvezőtlen alakulásához. Meg kell kérdőjeleznünk a tudományos érvényeséget; és szakmai etikai szempontból azt a gyakorlatot is, hogy kényszerítő módszereket alkalmaznak ilyen sebezhető pácienseknél. (Gomory, 1997a) Marks és mtsai. vizsgálata szerint az asszertív kezelést végző team szorosán követte ezeket a személyeket: „A három öngyilkos ACT- páciens szokatlanul kitartó kezelésben részesült... (Marks és mtsai., 1994, 187.) Lehet, hogy az ilyesfajta kényszerítő lelkiismeretesség terápiai szempontból fordítva sül el?

A kritikai vizsgálat eredményeinek összegzése

Bár az ACT-t az intézményesült pszichiátria és különböző terjesztői körülhatárolt, jól tesztelt, bizonyítékon alapuló hatékony kezelési modalitásként hirdették meg, a jelen tanulmány, miután megvizsgálta az ACT kifejlesztésének történetét, valamint a kontrollált kísérletekből származó eredményeket, kevés bizonyítékot talált az állítás mellett. Ehelyett kimutatható volt, hogy a módszer szélsőségesen paternalisztikus, és esetleges káros hatásai is vannak. Az ACT mellett mégis agresszíven kampányolnak, valószínűleg az intézményi és biopszichiátriai kezelések általa-

ban vett kudarcára visszavezethetően. (Breggin, 1997; Fisher and Greenberg, 1997; Valenstein, 1998). A jelenlegi trendekkel amúgy is összhangban áll a fokozottan kényszerítő megközelítések alkalmazása. Ahogyan Mosher és Burti (1989) a közösségi mentálhigiénés programok átfogó elemzése során megjegyzik: „a legfontosabb probléma az ACT-vel kapcsolatban a paternalizmus szintje, a »buzgóság«, amit eredményez... A gyógyszeres kezelés... a kezelés legfontosabb támasza. Ebben a rendszerben akár halálra »esetkezelhetnek«, de nem valószínű, hogy bárki is leüljön veled, és megkérdezzen arról, miket tapasztalsz, gondolsz, érzel, vagy hogyan reagálsz a dolgokra”. (344–345.)

A mentális betegség mint „agybetegség” paradigmája a súlyosan zavart személyeknél alkalmazott segítő intervenciókat értékelő kutatások többségét a biomedikális modellre korlátozza, az egyetlenre, amelyet „tudományosnak” tekint az intézményesült pszichiátria és a mögöttes, hatalmas politikai lobby (pl. az American Psychiatric Association; NAMI; a gyógyszeripar). Teszik ezt annak ellenére, hogy kevés körültekintően elvégzett vizsgálat szól a „mentális rendellenességek” efféle magyarázata mellett. A tisztifőorvos (Surgeon General) mentálhigiénés jelentése (1999) megerősíti a biológiai alapokkal kapcsolatos állítások részlegességét, amennyiben nincs olyan sérülés (lézió), sem laboratóriumi teszt, vagy kimutatható elváltozás az agyi szövetekben, amely a mentális betegséget azonosítaná. (44.)

A NIMH több mint egymilliárd dolláros éves költségvetése erőteljes jelzés. A kutatóknak – amennyiben finanszírozást szeretnének – meg kell próbálniuk olyan bizonyítékokra bukkanni, amelyekkel alátámasztható, hogy a mentális betegség az agy megbetegedése. Az ACT-modell paradox módon teljes egészében elfogadja ezt a paradigmát. Ahogyan Leonard Stein, az ACT egyik kidolgozója társzerzőjével együtt kész beismerni:

„Elméleti modellünkkel összhangban, pácienseinknek is azt mondjuk, hogy szerintünk ők orvosi értelemben véve betegek, máskülönben *nem írának fel nekik gyógyszereket.*” (Stein, Diamond, 1985, kiemelés a szerzőktől.)

Az ACT félreértelmezett korai eredményei látszólagos kezelési sikerekről szóltak. (Gomory, 1998) Nem vizsgálták felül ezeknek a korábbi tanulmányoknak a kimeneti eredményeit – amelyekben gyakran megbízhatatlan pszichiátriai mérőszámokat és eszközöket alkalmaztak –, hanem elfogadták a Madison csoport tautológiára alapozott érvelését (pl. a rövidebb kórházi kezelések vonatkozásában). A következőkben ezekre támaszkodtak, hogy konfirmálják állításaikat, s az újabb „kutatások” – ezek után nem éppen váratlanul – meg is erősítették az ACT „sikereit”. Ha egyszer már sikerül a kutatói karriert egy bizonyos, jól meggyökeresedett kezelési paradigma köré szervezni, amelyet a politikus bölcs megfontolása is támogat, és „bizonyítékokon alapulónak” aposztrofál, az önigazolás szükséglete ritkán engedi meg az önkritikát, a tévedések beismerését. Ehelyett az ellentmondó tényeket figyelmen kívül hagyják, ami még problémásabb eredményekhez vezet. (Popper, 1972). Az ACT – egy

hosszú távú, költséges, kényszerítő és potenciálisan etikátlan program – továbbra is támogatást élvez, mint „bizonyítékokon alapuló”, annak ellenére, hogy a kutatási eredmények cáfolják az ACT hatékonyságáról tett állításokat.

Javaslatok

Kritikai áttekintésünk szerint az ACT-nek lényegében nincsenek célzott klinikai hatásai. A kórházi kezelés időtartamát ez a program például úgy „csökkenti”, hogy (néhány ritkán előforduló eset kivételével) az ACT-kliensekre lényegében egy hospitalizációt tiltó szabályt vonatkoztat, míg a kontrollcsoport résztvevőit készségesen veszik fel a kórházakba. Hasonlóan, a munkába állást úgy érik el, hogy az ACT-klienseknél agresszív, kényszerítő technikákat alkalmaznak, figyelmen kívül hagyva a kliens kifejezett tiltakozását, ugyanakkor a kontrollcsoporttal szemben alkalmazott bánásmód inkább *laissez faire* jellegű. Ezek az adminisztratív trükkök sokakat félrevezettek, a terápiás hatások illúzióját keltették ott, ahol ilyesmiről szó sincs. Az olvasó azonban joggal teheti fel a kérdést: „ha így áll a helyzet, akkor mihez kezdünk ezekkel a zavart és nehezen beilleszkedő személyekkel?” Vannak-e a közösségi pszichiátriai kezelésnek hatékony alternatívái?

Az alábbiakban szeretnénk néhány olyan alternatívát is megismertetni, amelyek alkalmazásáról érdemesnek tűnik szakmai vitát indítani. Az Amerikai Egyesült Államokban végbemenő fejlődés követése segíthet abban, hogy hatékonyabb közösségi intervenciókra találjunk. A „Mental health: A report of the Surgeon General” (Mentális egészség: a tisztifőorvos jelentése, 1999) c. kiadvány szerint, a viselkedéses rendellenességek szakmai-intézményi kezeléséről a hangsúlyt a felhasználók irányította programokra kell helyezni, ideértve a kliensek önszegítő szerveződéseit is. A jelentés egy új és gyorsan terjedő szemléletmód jegyében fogant: ez a mentálhigiéne „felépülési paradigmája” néven ismert, és alaposan megváltoztatja a mentális zavarokról, valamint kezelésükről vallott elképzeléseket. Az új paradigma a kliens választását, döntési képességének fejlődését tekinti meghatározónak. Farkas, Gagne, Anthony és Chamberlin (2005) a következőképpen határozzák meg a felépülés legoptimálisabb praxison alapuló négy értékét:

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

Ez a modell olyan kutatásokon alapszik, amelyek megerősítik, hogy a kliensek valóban képesek saját helyzetükről, állapotukról beszámolni: furcsa élményeikről, a kezelésről, ideértve még a tünettani vonatkozásokat is (Hamera, Schneider, Potocky és Casebeer, 1996), a társas funkcionálásról (Dickerson, Ringel és Parente, 1997), a személyközi problémákról (Ready, Clark, 2002), valamint a kezelés kimenetéről és a számukra nyújtott szolgáltatások hasznáról (Calsyn és mtsai., 1993). A kliens szavahitőségét nemcsak kutatások igazolják, hanem a pszichiátriai diagnosztizálás gyakorlata is megerősíti. Ahhoz például, hogy a DSM-IV-ben, a világszerte alkalmazott pszichiátriai bibliában foglaltak szerint skizofréniát diagnosztizálhassunk, a kliens saját beszámolójának érvényes mi voltára és pontosságára kell támaszkodnunk: elfogadni, hogy valóban úgy véli, hangokat hall, vagy hisz abban, hogy egy idegen eltávolította a belső szerveit anélkül, hogy bármi nyomot hagyott volna a testén. (APA, 2000) Ha mindebben hitelt adunk a kliens szavainak, akkor a felépülés érdekében éppúgy azt is elfogadhatjuk, amikor arról számolnak be, hogy az alkalmazott gyógyszeres terápiától rosszabbul vannak, mint ezt megelőzően, azaz felülvizsgálhatjuk a kényszergyógykezelést. (Finn, Bailey, Schultz és Faber, 1990) Ha a személy állapota nem jelent fenyegetést másokra nézve, fel kell ajánlani azokat a pszicho-szociális kezelési lehetőségeket, amelyeket megalapozott kutatások hasznosnak ítélték (ma elterjedt, népszerű nevén ez a *bizonyítékokon alapuló gyakorlat*, bővebben: Cochrane Collaboration, <http://www.cochrane.org./index0.htm>). Nyitottá kell válnunk a kliensek kreatív jelzéseire: melyek azok a meglévő szolgáltatások, amelyeket sokra értékelnek, és melyik az a megközelítés, amelynek gyakorlati alkalmazására, kipróbálására várnak. Nagyon érdekes és hasznos ebből a szempontból a „self-directed treatment models”, azaz a felhasználók irányította ellátási modellek alkalmazása, melyek során a kliens csekket kap, és így maga egyenlítheti ki az igénybe vett szolgáltatás ellenértékét. (Bertsch 1991; Gomory, 1997b) Itt a kliensé az irányító szerep, mert pénzügyi kontrollt gyakorolhat, és így valóban beleszólhat a saját kezelésébe.

Ez az együttműködésen alapuló, a mentális problémák felépülési modelljének keretei között zajló probléma-megoldó dialógus a szakértők és a kliensek között segíthet megvalósítani a régóta áhított célt: a mentális zavarok méltányos, az erő és képesség fejlesztésén alapuló, hatékony közösségi kezelését.

Irodalom

- Allness, D. J. & Knoedler, W. H. (1998): *The ACT Model of Community Based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness. A manual for ACT Start –up*. National Alliance for the Mentally Ill, Arlington, VA.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revision* (4th ed). Washington, DC: Author.
- Azrin, N. H., & Holz, W. C. (1966): Punishment. In Werner K. Honing (Ed.), *Operant Behavior: Areas of Research and Application* (pp. 380–447). New York: Appleton-Century-Crofts.

- B. Erdős, M. (2006): *A nyelvben élő kapcsolat*. Typotex. Budapest. Megjelenés alatt.
- Bauer, P. (2000): *From subsistence to exchange and other essays*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Beard, J. H., Malamud, T. J., & Rossman, E. (1978): Psychiatric rehabilitation and long term rehospitalization rates: The findings of two research studies, *Schizophrenia Bulletin*, 4(4), 622–635.
- Bertsch, E. F. (1991): Barriers to individualized community support services: The impact of some current funding and conceptual models. *Community Mental Health Journal*, 27(5), 337–345.
- Brekke, J. S. & Test, M. A. (1992): A model for measuring the implementation of community support programs: Results from three sites. *Community Mental Health Journal*, 28, 227–247
- Breggin, P. R. (1997): *Brain disabling treatments in psychiatry: Drugs electroshock, and the role of the FDA*. New York: Springer Publishing Co.
- Bond, G. R., Drake, R. E. Mueser, K. T. & Latimer, E. (2001): Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on consumers, *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 141–159.
- Bugarszki, Zs. (2003): A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Esély*, 2003/1., 67–87.
- Calsyn, R. J., Allen, G., Morse, G. A., Smith, R., & Tempelhoff, B. (1993): Can you trust self-report data provided by homeless mentally ill individuals? *Evaluation Review*, 17(3), 353–366.
- Campbell, D. T. (1987): Evolutionary epistemology. In G. Radnitzky & W. W. III Bartley (Eds.), *Evolutionary epistemology, rationality, and the sociology of knowledge* (pp. 47–89). LaSalle, IL: Open Court.
- Chandler, D., Meisler, J., McGowen, N., & Minz, J. (1996): Client outcomes in two model capitated integrated service agencies *Psychiatric Services*, 47, 175–180.
- Cohen, L. J., Test, M. A. & Brown, R. L. (1990): Suicide and schizophrenia: Data from a prospective community treatment study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 602–607.
- Connery, R. H. (1968): *The politics of mental health*. New York, NY: Columbia University Press.
- Community Support Network News* (CSNN) (1997): 11(4).
- Dennis, D. L., & Monahan, J. (Eds.) (1996): *Coercion and aggressive community treatment*. New York: Plenum Press.
- Dennis, D. L., & Monahan, J. (1996): Introduction. In D. L. Dennis & J. Monahan (Eds.), *Coercion and aggressive community treatment*. (pp. 1–9). New York: Plenum Press.
- Diamond, R. J. (1996): Coercion and tenacious treatment in the community. In D.L. Dennis & J. Monahan (Eds.), *Coercion and aggressive community treatment* (pp. 51–72). New York: Plenum Press.
- Dickerson, F. B., Ringel, N. B., & Parente, F. (1997): Ratings of social functioning in outpatients with schizophrenia: Patient self-report versus caregiver assessment. *Evaluation and Program Planning*, 20(20), 415–420.
- Drisko, J. W. (2001): The role of theory in social work research. *Journal of Social Work Education*, 37(3)
- Essock, S. M., Drake, R. E., & Burns, B. J. (1998): A research network to evaluate assertive community treatment: Introduction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), 176–178.
- Falloon, I., R., Coverdale, J., H., Roncone, R. (1998): A mentális zavarok integrált biológiai és pszichoszociális terápiája: az optimális gondozási modell alapjai. *Pszichoterápia*. 1998. január. Supplementum 1: 6–15.

SZOCIÁLIS MUNKA

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlin, J. (2005): Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141–158.
- Finn, S. E., Bailey, J. m., Schultz, R. T., & Faber, R. (1990): Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychological Medicine*, 20, 843–848.
- Fisher, S., & Greenberg, R. P. (Eds.) (1997): *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gambrill, E. (1995): Assertion skills training. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications* (pp. 81–118). Boston: Allyn and Bacon.
- Gelman, S. (1999): *Medicating schizophrenia: A history*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Gomory, T. (1997a): Does the goal of preventing suicide justify placing suicidal clients in care? No. In E. Gambrill & R. Pruger (Eds.), *Controversial issues in social work ethics, values, and obligations* (pp. 63–75).
- Gomory, T. (1997b): Mental health services: An evidence-based view of mental health services and related suggestions for altering them. Michael Reich and Eileen Gambrill (Eds.), *Social work in the 21st century* (pp. 163–174). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Gomory, T. (1998): *Coercion justified? – Evaluating the training in community living model: A conceptual and empirical critique*. Unpublished doctoral dissertation. University of California, Berkeley.
- Gomory, T. (1999): Programs of assertive community treatment (ACT): A critical review. *Ethical Human Sciences and Services*, 1(2), 147–163.
- Gomory, T. (2001a): A fallibilistic response to Thyer's theory of theory-free empirical research in social work practice. *Journal of Social Work Education*, 37(1), 26–50.
- Gomory, T. (2001b): Critical rationalism (Gomory's blurry theory) or positivism (Thyer's theoretical myopia): Which is the prescription for social work research? *Journal of Social Work Education*, 37(1), 67–78.
- Gomory, T. (2001c): A critique of the effectiveness of assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 52 (10), 1394.
- Gomory, T. (2002): The origins of coercion in assertive community treatment: A review of early publications from the special treatment unit of Mendota State hospital. *Ethical Human Sciences and Services*, 4(1), 3–16.
- Grob, G. N. (1994a): *The mad among us: A history of the care of America's mentally ill*. New York: Free Press.
- Grob, G. N. (1994b): The history of the asylum revisited: Personal reflections. In M. S. Micale & R. Porter (Eds.), *Discovering the history of psychiatry* (pp. 260–281). New York, NY: Oxford University Press.
- Hamera, E. K., Schneider, J. K., Potocky, M., & Casebeer, M. A. (1996): Validity of self-administered symptom scales in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia Research*, 19, 213–219.
- Harangozó, J., Szabó, K. (szerk.) (2004): *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek*. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. Budapest.
- Hoult, J. (1986): Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149, 137–144.
- Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Weekes, P., & Briggs, J. (1983): Psychiatric hospital versus community treatment: The result of a randomized trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 160–167.
- Kirsch, I., Moore, T.J., Scoboria, A., & Nicholls, S.S. (2002): The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. food and

- drug administration.. *Prevention and Treatment*, 5. Retrieved January 12, 2003 from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>
- Marks, I. M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994): Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
- Marshall, M. & Lockwood, A. (1998): Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Library*, 2, 1–30.
- Marx, A. J., Test, M. A., & Stein, L. I. (1973): Extrohospital management of severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 29, 505–511.
- McGrew, J. H., Wilson, R. G., & Bond, G. R. (1996): Client perspectives on helpful ingredients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 13–21.
- Mosher, L. R. & Burti, L. (1989): *Community mental health*. New York: W. W. Norton & Company.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998): Models of Community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37–74.
- Munro, E. (2002): The role of theory in social work research: A further contribution to the debate. *Journal of Social Work Education*, 38(3), 461–470.
- Munz, P. (1993): *Philosophical Darwinism: On the origin of knowledge by means of natural selection*. London: Routledge.
- Nickerson, R. S. (1998): Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2 (2), 175–220.
- Olfson, M. (1990a): *The efficacy of Assertive Community Treatment for the severely mentally ill*. Draft prepared for the Research Resources Panel National Plan of Research to Improve Care for Severe Mental Disorders, National Institute of Mental Health, Appendix 2.
- Olfson, M. (1990b): Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence, *Hospital and Community Psychiatry*, 41(6), 634–647.
- Phillips, S.D., Burns, B.J., Edgar, E.R., Mueser, K. Linkins, K.W., Rosenheck, R.A., Drake, R.E. & McDonel Herr, E.C. (2001): Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services*. 52, 771–779.
- Popper, K. R. (1962): *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge*. New York: Basic Books.
- Popper, K. (1972): *Objective knowledge*. London: Oxford University.
- Ready, R. E. & Clark, L. A. (2002): Correspondence of psychiatric patient and informant ratings of personality traits, temperament, and interpersonal problems, *Psychological Assessment*, 14, 39–49.
- Rosenheck, R. A. & Neale, M. S. (2001): A critique of the effectiveness of assertive community treatment: In reply. *Psychiatric Services*, 52(10), 1395–1396.
- Rosenheck, R. A. & Neale, M. S (1998): Cost-effectiveness of intensive psychiatric community care for high users of inpatient services, *Archives of General Psychiatry*, 55, 459–466.
- Rosenheck, R. A. & Neale, M. S. (1997): A multi-site cost-effectiveness study of intensive psychiatric community care. Manuscript submitted for publication.
- Rosenheck, R. A., Neale, M. S., Leaf, P., Milstein, R. & Frisman, L. (1995): Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care, *Schizophrenia Bulletin*, 21, 129–140.
- Rothman, D. J. (1990): *The discovery of the asylum: Social order and disorder in the new republic*. Boston: Little Brown.
- Smith, J., A. (2002): Suicide in Post-Socialist Countries: Examples from Hungary and Belarus. *Anthropology of East Europe Review*, vol. 20. no. 1.

- <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&lr=&q=cache:GlmHgBZNwFIJ:condor.depaul.edu/~rrotenbe/aer/v20n1/Smith.pdf+Jeffrey+Alyn+Smith>
- Solomon, P., & Draine J. (1995a): One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail, *Evaluation Review*, 19, 256–273.
- Solomon, P., & Draine J. (1995b): Jail recidivism in a forensic case management program, *Health & Social Work*, 20, 167–172.
- Stein, L. I. (1990): Comments by Leonard Stein, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 649–651.
- Stein, L. I. & Diamond, R. J. (1985): The chronic mentally ill and the criminal justice system: when to call the police, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 271–274.
- Stein, L. I. & Santos, A. B. (1998): *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (Eds.) (1978): *Alternatives to mental hospital treatment*. New York: Plenum Press.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980): Alternative to mental hospital treatment: 1 conceptual model, treatment program, and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1985): *The training in community living model: A decade inexperience*. San Francisco: Jossey – Bass.
- Stein, L. I., Test, M. A., Marx, A. J. (1975): Alternative to the hospital: A controlled study, *American Journal of Psychiatry*, 132 (5), 517–522.
- Szendi, G. (2004) *Antidepresszáns és placebo: az antidepresszáns vitáról*. Országos Alkoholológiai Intézet. Budapest.
- Szendi, G. (2005): *Depresszióipar*. Sík Kiadó, Budapest
- Test, M. A. (1981): Effective community treatment of the chronically mentally ill: What is necessary? *Journal of Social Issues*, 37(3), 71–86.
- Test, M. A. (1992): Training in Community Living. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 153–170): New York: Macmillan Publishing.
- Test, M. A. & Stein, L. I. (1976): Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 12, 72–82.
- Test, M. A. & Stein, L. I. (Eds.) (1978): Community treatment of the chronic patient: Research overview, *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 350–364.
- Test, M. A. & Stein, L. I. (2001): A critique of the effectiveness of assertive community treatment. In reply. *Psychiatric Services*, 52(10), 1396.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J., Burke, S. S. (1985): Characteristics of young adults with schizophrenic disorders treated in the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 853–858.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J., Burke, S. S., Brown, R. L., & Wallisch, L. S. (1991): Long-term community care through an assertive continuous treatment team. In C. A. Tamminga & S. C. Schulz (Eds.), *Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology*, volume 1: schizophrenia research (239–246).
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J., Kameshima, S., Burke, S. S. & Rounds, L. (1994, May): Long-term care of schizophrenia: Seven year results. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.
- Thyer, B. A. (2001a). What is the role of theory in research on social work practice? *Journal of Social Work Education*, 37, 9–25.
- Thyer, B. A. (2001b). Research on social work practice does not benefit from blurry theory. *Journal of Social Work Education*, 37, 51–66.
- Tringer, L. (2005): *A gyógyító beszélgetés*. Medicina, Budapest.

- U. S. Department of Health and Human Services (1999): *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and mental health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental health.
- Valenstein, E. S. (1998): *Blaming the brain: The truth about drugs and mental health*. New York: The Free Press.

A Kurt Lewin Alapítvány ezúton szeretné megköszönni
a 480 377 forint értékű támogatást,
amely az 1%-os felajánlásokból gyűlt össze!
Az összeget a „Demokráciára nevelés” című
pedagógus-továbbképzési programunkra fordítottuk.

Kurt Lewin Alapítvány adószáma:
18154348-2-41