



EFOP-2.2.0-16-2016-00002

„Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer
infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt

VI. Alprojekt értékelés 2. részfeladat

A megyei programok hatását mérő eszközenszer kidolgozása és alkalmazása

Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Szabó Éva, Józsa Tamás, Dr.
Murányi István, Kató Szabolcs, Szele Anna Szabina

2018.





Tartalomjegyzék

1. Bevezetés – fogalmi keretek	3
1.1. Korai kezelésbevétel	3
1.2. Magatartászavarok – harag és agresszió	4
<i>1.2.1. Az agresszív viselkedés megelőzése (prevenció)</i>	5
<i>1.2.2. Az agresszió kezelése (intervenció)</i>	5
1.3. Addikció, szerhasználat, kockázati viselkedés	8
1.4. Pszichózis	11
<i>1.4.1. Diagnosztikus felmérés</i>	12
<i>1.4.2. További pszichopatológiai skálák</i>	12
<i>1.4.3. Életminőség</i>	12
<i>1.4.4. Biztonsági tervezés (öngyilkosság kezelése a családközpontú kezelés során)</i>	12
<i>1.4.5. Pszichoedukáció</i>	13
1.5. Orvos - beteg és orvos - egészségügyi szak személyzet kommunikáció	14
1.6. Szakmák közötti együttműködés	18
2. Hazai helyzetkép	22
2.1. A koragyermekkorai intervenció rendszere – utak és kapcsolódások	23
3. A lehetséges eredmény és folyamatindikátorok azonosítása a hozzájuk kapcsolódó adatgyűjtési technikákkal együtt	23
3.1. Az értékelésben résztvevő 3 megye kiválasztásának szempontjai	25
4. A program eredmény és folyamatértékelési indikátor és eszközrendszerének kialakítása, az indikátorrendszerhez tartozó adatgyűjtési technikák pontos meghatározása	26
4.1. Előzetes értékelés, az indikátorok kiinduló értékeinek meghatározása, összefoglaló gyorsjelentés a fennálló erősségekről és problémákról	28
Irodalomjegyzék	31



1. Bevezetés – fogalmi keretek

1.1. Korai kezelésbevétel

Tekintettel arra, hogy a korai kezelésbevétel fogalma az érintett területeken eltérően értelmezett, fontos feladat a közös értelmezésben történő megegyezés.

A fogalom az egészségügyi szolgáltatásokban, a prevenciós kontinuumban, a javallott prevenció és a kezelés közötti átmeneti intézkedések területet jelöli, azaz azokra az egyénekre irányul, akik még nem merítik ki a diagnosztikus kritériumok alapján a függőséget, de ennek korai jeleit már mutatják.

Ilyen lehet például az iskolákban az a 8. osztályos ADHD miatt BTMN (beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekkel küzdők) kategóriába sorolt tanuló, aki az általános prevencióban részesülő osztálytársainál veszélyeztetettebb, így rá más programok is kell, hogy irányuljanak a hatékony megelőzési stratégiában. Az ő példája jól megvilágítja, hogy nem ekkor kezdődik az ő átlagtól való jelentősebb eltérése a fejlődésben, hanem jóval ezt megelőző életkorban.

A legfiatalabb életkorban az egészségügyben találkozunk ezekkel a veszélyeztetett páciensekkel, közülük sokan a korai fejlesztés keretében már ekkor kapcsolatba kerülnek a pedagógiai szolgáltatásokkal, ahol a korai intervenció/ fejlesztés fogalma egészen mást jelent. A pedagógiai szakszolgálatok és nevelési tanácsadók szakemberei a korai intervención a különböző szakemberek (házi orvos, védőnő, gondozónő, óvónő) gyermekre irányuló megsegítését jelenti, míg a korai fejlesztés, mint tágabb fogalom, a gyermek szűkebb és tágabb környezetét is bevonja a segítő folyamatba. Látható ebből, hogy mire a prevenciós területen értelmezett fogalom használatára sor kerülhet, már a korai fejlesztésbe vonás, mint terápiás ténykedés kora lezárult, hiszen a gyermek iskolába kerülését követően a nevéből adódó módszerek már általában nem használatosak. Ők azok, akik családjukkal a szociális szolgálatokkal is kapcsolatba kerülhetnek (családtámogatási szolgáltatásokra jogosultság, természetbeni és pénzbeli juttatások, stb.) már a korai fejlesztés időszakában is. Így fontosnak tartottuk a nemzetközi irodalom áttekintését ezen a területen.

Jelen projektben tehát az első, az egészségügyi szolgáltatásokban szereplő fogalommal dolgozunk.



A különböző területen dolgozó szakemberek számára fontos, hogy ismerjék a hatásos beavatkozási stratégiákat, a használatukra jogosító feltételeket, így segíteni tudják az általuk észlelt probléma korai megoldási lehetőségéhez való hozzáférést.

1.2. Magatartászavarok – harag és agresszió

A magatartászavarok a gyermek életterének különböző helyszínein jelentkezhetnek, ami egyben a BNO besorolás alapja is – F91-91 kódok alatt találhatók. Ott találkozunk előfordulásukkal, ahol az alkalmazkodási igény meghaladja a gyermek képességét: otthon, óvoda, iskola, stb. Oláh Éva gyermekgyógyászati kézikönyvében szereplő definíciója szerint erről akkor beszélünk, ha a viselkedés a kornak megfelelő szociális elvárások durva áthágásához vezet, sokkal súlyosabb mértékben, mint a hagyományos gyermekcsíny vagy serdülőkori lázadás (Oláh, 2004). Az USA-ban 10% körüli az előfordulási gyakorisága, melyben fiú dominancia figyelhető meg, és a helyzet hazánkban is hasonló. Az emancipáció itt is észlelhető, a lányok közt is növekvő gyakoriság figyelhető meg.

A diagnosztikus kritériumoknak megfelelő esetekben komplex beavatkozásra van szükség, mely elsősorban pszichoterápiás beavatkozásokat jelent, mint kognitív viselkedésterápiás eljárások, csoportterápia, család terápia, szülő tréning, és természetesen az iskolában is segíteni kell mind a gyermeket - megfelelő tanulási program adásával - mind a pedagógust, hogy érezze nincs egyedül ennek a problémának a megoldásában, és legyen konzultációs lehetősége a társszakmában dolgozó szakemberekkel (pszichológus, gyógypedagógus). Súlyos esetben szükségessé válhat gyógyszeres kezelés is, ami megkerülhetetlenné teszi a pszichiáter vezető szerepét a teamben.

A magatartászavar egyik legveszélyesebb, de gyakran észlelt formája az agresszió. Mint minden tünetnél itt is szüksége ennek pontosabb meghatározása. Hárdi (2010) szerint az agresszió biológiai adottság, mely a létért folyó küzdelemben nélkülözhetetlen. Az agresszió, mint probléma többnyire indulat fűtötte erőszakos magatartás. Ez lehet helyénvaló (pl. önvédelem), ami nem igényel kezelést. Amennyiben eltúlzott, helyzethez nem illő, akkor társadalmi beilleszkedési problémát okoz. Formáját tekintve beszélhetünk

- a) Rejtett agresszióról, mely a neurotikus, depresszív tünetek forrása lehet.
- b) Nyílt agresszióról, mely kétféleképpen nyilvánulhat meg:



1. Heteroagresszió (mások ellen irányuló)
2. Autoagresszió (a személynek önmaga ellen irányuló)

Fontos, hogy amennyiben kóros tünetként jelenik meg, számítani kell a viselkedés ismétlődésre, amit célszerű intézkedésekkel megelőzhetünk. A különböző korú gyermekeknél a pszichés érettségük különbözősége miatt eltérő preventációs beavatkozások javasoltak.

1.2.1. Az agresszív viselkedés megelőzése (prevenció)

I. A korai, születés utáni időszak (Hárdi, 2010)

A születés előtti és utáni anya-gyermek kapcsolat megfigyelése és pszichoterápiás kezelése. Megfigyelik azokat a helyzeteket, amikor az anya félreérti a gyermeke jelzéseit és azokra nem adekvát módon reagál. Ilyen módon ki tudják védeni azokat a frusztrációkat, amelyek később agresszív késztetések forrásaivá válhatnak.

II. A serdülőkor

A szülőket is kezelésbe veszik serdülőkori válság esetén. A serdülőkori válság részben a szülő rejtett indulataiból adódik, melyet a szülő nem vesz tudomásul, de rávetít a saját gyermekére. A korai kapcsolatokban támadt félreértéseknek még egy késői korrekciója lehetséges.

III. Az iskolai agresszió preventációs elvek

- a. A tanár-diák viszony minőségének javítása azt jelenti, hogy a tanárok pozitívan viszonyuljanak a diákokhoz és tiszteljék őket.
- b. A szociális tanulás lehetővé tétele az, hogy a tanulóknak meg kell tanulniuk a frusztrációkkal való bánásmódot és a konfliktusok megfelelő megoldását.
- c. A közös alapértékek és normarendszerek megteremtése.
- d. A pozitív teljesítmény és énkép átadása.
- e. A társadalmi azonosságtudat lehetővé tétele.

A preventációs intézkedések lehetőséget teremtenek arra, hogy ritkábbá váljanak a kezelést igénylő magatartási reakciók, de teljesen nem mindig sikerült megszüntetni őket. Ezért szükségünk van arra, hogy hatásos kezelési technikákat vessünk be.

1.2.2. Az agresszió kezelése (intervenció)

1. Iskolai szociális tréning (Hárdi, 2010)



A tanulók szociális magatartásának fejlesztése harmadiktól a hatodik osztályig, 9-13 éves korig. 10 hét alatt, heti 90 perces foglalkozásokat a tanárok tartják, a szülőket is bevonják a tréningbe.

Következményeként javul:

- a differenciált szociális érzékelés
- az érzelmek felismerése és kifejezése
- az adekvát önértékelés
- az együttműködés az agresszió helyett
- a beleérző képesség (empátia)

2. Közvetítő, vitacsillapító programok

A tanulókat vitákat elsimító személyekké (mediátorokká) képezik ki és az ő segítségükkel próbálják megoldani a tanulók közti viszályokat. A közvetítők az alábbi készségeket sajátítják el:

- a konfliktusok megfigyelése és leírása
- a testbeszéd tudatosabb érzékelése
- az érzelmek kifejezése
- konfliktushelyzetek szerepjátékok során történő megoldása
- egymás támogatása

3. A „mobbing” formájában megnyilvánuló erőszak elleni program

(Mobbing: Egyes csoportoknak vagy személyeknek a gyengébbel tartósan megmutatózó erőszakos viselkedése.) A program célja főként az agresszió kordában tartása és kevésbé a nevelés. Módszere:

- Kérdőíves felmérés (mobbing-gal kapcsolatban)
- Pedagógiai nap (iskolaigazgató, tantestület, szakemberek (iskolapszichológus, védőnő) szülők és tanulók képviselőinek a találkozója, a kérdőívek eredményeinek ismertetése.
- Intézkedések kidolgozása: szünetekben fokozottabb felügyelet, ezáltal azonnal észreveszik és büntetik a szabálysértéseket.
- Beszélgetés az áldozatokkal és a tettesekkel.

4. A tanulók cselekvési kompetenciájának javítása

Módszerek:



- beszélgetés az osztályban
 - szerepjátékok
 - csoportmunka
 - csoport- és partnerjáték
5. Időben történő kórházi felvétel, korszerű gyógyszeres kezelés, a gyermek számára humánus, elfogadható környezet, ami nem készít agresszióra. A beteg foglalkoztatása, partnerként kezelése, a környezet megfelelő viselkedése.

Hanratty, Macdonald és Livingstone (2015) tanulmányukban a 12 éves korig alkalmazandó harag és agresszió kezelésére szolgáló gyermekfókuszú pszichoszociális intervenciókat gyűjtötték össze. A szakirodalomban más szerzőknél is ismert, hogy a haraggal való megküzdés képtelensége agresszióhoz vagy más egyéb externalizáló viselkedéshez vezethet. Azonban, amikor a gyermek rendelkezik a megfelelő tudatossággal és készségekkel a negatív érzelmei feldolgozásában (pl. düh), adaptívabb cselekvési módokat tud választani, elkerülve az agresszív vagy destruktív viselkedéseket. A cikk kiemeli az externalizáló viselkedésproblémák (pl. agresszió, hiperaktivitás, bűnözés) magas prevalenciáját világszerte jelentős problémáját: Ausztráliában pl. 13-14 % között mozog a 18 év alatti korcsoportban, míg az Egyesült Királyságban 6 és 16,7 % között van a viselkedésproblémás gyermekek száma. A nemenkénti összehasonlításokat szemlélve megállapíthatjuk, hogy a fiúknál gyakrabban fordulnak elő ezek az externalizáló viselkedések. Észak-Írországból a bűnözések 70,6 (2011/2012) és 68,7 %-áért (2012/2013) a 18 év alatti korosztály felelős. A magatartásproblémák prevalenciája 5 és 19 éves kor között világszerte magasabb a fiúk körében (1,5%: lány, 3,6 %: fiú).

Ezek semmiképpen sem marginalizálható nehézségek, ugyanis a harag és agresszió kezelésének problémái iskolából való kimaradáshoz, társas problémákhoz, szegényes érzelmi élethez, bűnözéshez is vezethetnek. A gyermekkori agresszió a felnőttkori családon belüli erőszakhoz és alacsonyabb egészségmutatókhoz kapcsolható. A megfelelő intervenciók nélkül ezekben a gyermekekben súlyos és krónikus antiszociális viselkedés fejlődhet ki. Ezért mindenképp fontos a pszichoszociális intervenciók megvalósítása. Ezek, az alábbiakban részletezett intervenciók alkalmazhatók akár minden diák körében, csak a magas kockázatú, vagy viselkedészavar jeleit mutató gyermekeknél, illetve a diagnózissal rendelkezők esetében.



Az individuális intervenciók általában egyet vagy többet alkalmaznak az alábbi stratégiákból: relaxáció, társas készségek és megküzdési mechanizmusok tréning (szerepjáték, mindfulness), érzelmi és szelftréning, társas problémamegoldás. A dühkezelési intervenciók rendszerint kognitív viselkedésterápiás megközelítéseket alkalmaznak – így például a társas készségek tréning, arousal és relaxációs technikák, megküzdési módok tréning, konfliktuskezelés, mindfulness, meditáció, jóga, bio-feedback. Ezek a technikák azonban specifikus képzettséget igényelnek, így kivitelezésükhöz posztgraduális képzésben szereznek jogosultságot a szakemberek. Azok, akik ilyen képzettséggel nem rendelkeznek, nem végezhetnek intervenciót, mert nem mindig tudnak megfelelően reagálni és nem biztos, hogy megfelelő lesz a beavatkozási stratégiájuk. Így hasonlóan járnak, mint azok a gyerekek, akik nincsenek tisztában érzelmi állapotaikkal, vagy nem ismerik fel a harag, és agresszió triggereit, nagyobb nehézségekkel küzdenek érzelmeik kezelésében, míg a terapeuta ilyen esetben tudja, hogy pl. az arousal technikák az érzelmi állapotok tudatosításán, azok elsajátításán és gyakorlásán alapulnak, így biztosan vezeti a gyermeket a terápia során. A gyakran haragot, agressziót mutató gyermekek nem feltétlen rendelkeznek a társas világban való adaptív működéshez szükséges társas készségekkel. Adaptívabb eszközökkel való ellátásuk segítheti a problémamegoldásukat, csökkenti az agressziót. Ugyanígy a kognitív torzítások/hibák megnövekedett haraghoz, agresszióhoz vezethetnek. Ezek korrigálása csökkenti az agresszív reagálás valószínűségét, a düh érzését.

Összességében elmondhatjuk, hogy a harag és agresszió csökkentése elősegítheti a szabálysértő viselkedések, az iskolából való kimaradás csökkenését, és fejleszti a gyermekek érzelmi egészségét, jólétét. A létező metaanalízisek alapján a pszichoszociális intervenciók hatásosnak bizonyulnak a düh és agresszió kezelésében gyermek és serdülőkorban (Hanratty, Macdonald és Livingstone, 2015).

1.3. Addikció, szerhasználat, kockázati viselkedés

A harag és agresszió mellett azonban más viselkedési problémák is jelentkezhetnek, amelyeknek fontos szerepe lehet a későbbi addiktív viselkedésformák kialakulásában, így ezek kutatása, a kóros magatartásformák hatásos kezelése egyben a későbbi addiktív magatartás megelőzésében is fontos.

A Hickman és mtsai. (2014) által írt protokoll 8-25 éves korosztályban a dohányzás, alkohol és drogfogyasztás megelőzését célzó egyéni-, családi-, és iskola-szintű intervenciókat veszi górcső



alá. Nemzetközi közlemények és publikációs alapján ismert, hogy a serdülőkorú dohányzás, antiszociális viselkedés, alkoholfogyasztás, fizikai inaktivitás, védekezés nélküli szexuális közösülés összefüggésbe hozható az alacsony iskolai végzettséggel, morbiditással és korai halálozással. Ez igaz a szerhasználatra is, a dohányzók nagyobb valószínűséggel fogyasztanak alkoholt és fordítva, továbbá a cannabis használók nagyobb valószínűséggel használnak más drogokat is. Becslések alapján a dohány, alkohol és tiltott drogok együttes használata 4 és 17 % között mozog a fiatalok körében, az Egyesült Államokban a fiatalok mintegy 17 %-a használja ezen élvezeti szerek mindegyikét. A többszörösen kockázattaló viselkedés (multiple risk behaviour, MRB) több mint egy olyan viselkedési forma, ami direkt vagy indirekt kapcsolatba hozható az egészséggel, jólléttel és a személyiség egészséges fejlődésével. A releváns MRB intervenciók magukat a szereket vagy a hajlamosító tényezőket is célozhatják, így pl. az alacsony mentális egészséget, biológiai vagy környezeti tényezőket, családi vagy kortárs behatásokat. A protokoll az alkalmazott intervenciókat értékeli, melyek igyekeznek megelőzni a többszörösen kockázattaló viselkedést gyermekek vagy serdülők körében: melyek lehetnek direkt és indirektek (a szülőket, vagy más családtagokat, tanárokat célozva).

Az intervenciók pszichológiai, oktatási, viselkedési, szülői, környezeti szinteken működnek, így pl. családlátogatás, szülőedukáció, tanmenet módosítása, szerhasználati politikai döntések bevezetése, tanárok, iskolai személyzet edukálása. A családlátogatás során lehetővé válik a saját környezetében megvizsgálni a viselkedést, ami esetleg idegen helyzetben nem jelentkezik. A pedagógiai szakmában jól ismert forma (óvónők, tanítónők ismerkedése a bekerülő tanulóval és családjával), ami azonban az egészségügyi munkarendbe sokkal nehezebben beilleszthető. Nincs megoldva sem a munkaszervezés, sem a finanszírozása, így a gondozói munkába inkább elfogadott, mint fekvő vagy járóbeteg ellátási formában. A pszichológus szerencsére helyenként iskolapszichológusként is elérhető a gyermekek és pedagógusok számára, de a szülőedukáció iskolai szinten nehezen megoldható. Az iskolai személyzet edukációja továbbképzések keretében megoldható, de ma még nem bevett gyakorlat. A tanmenet módosítása szakmapolitikai döntés keretében, általában jelentős lobby tevékenység után történik csak meg, az ehhez szükséges adatok összegyűjtése azonban hosszú időt vesz igénybe, a törvény kidolgozása és elfogadása után lehet csak bevezetni, így nem csoda, ha nehezen találkozik a lehetőség az igényekkel.



A szerhasználati politikai döntéseknek az utóbbi években jelentős változásokat kell követniük. A döntéshozók munkáját segítő ESPAD és HBSC kutatási eredmények rendelkezésre állásáról az Országgyűlés Hivatalának képviselői információs szolgálata gondoskodik. A 2017. októberi infójegyzet éppen erről a területről informálja a döntéshozókat (Infójegyzet 2017/72 www.parlament.hu/infoszolg).

A serdülőkorai kockázati viselkedés hátterében a korai évek negatív tapasztalatai is állhatnak. Azok az intervenciók, melyek a korai meghatározó tényezőkre is fókuszálnak, nagyobb valószínűséggel lesznek hatásosak, mint kifejezetten az ártalmas viselkedések csökkentésére irányuló technikák. Az intervenciók támogatást biztosítanak az anyáknak, fokozzák az anyai készségeket, elősegítik az egészséges viselkedést, csökkentik a környezeti stresszorokat. Az óvodai években történő intervenciók pl. a szülő tréning, a fokozott óvodai nevelés, csökkentik a későbbi MRB kialakulását azáltal, hogy redukálják a családi környezetben előforduló stresszorokat, és fokozzák a szülő és gyermek készségeit. Az iskolai intervenciók elősegítik a szülők és tanárok hatékony viselkedési stratégiáit, melyek pozitív hatással lehetnek a gyermek társas és kognitív készségeire.

A serdülőkorban történő intervenciók serdülőkorban fokozhatják a szülői bevonódást, fejleszthetik a serdülők döntéshozatali készségeit, kortársnyomással szembeni ellenálló képességét, magabiztosságát és társas készségeiket. Az irodalom alapján az interaktív, készség alapú intervenciók hatásosabbnak bizonyulnak, mint a tudás alapúak. A direkt intervenciók általában a 8-18 éves korosztályra fókuszálnak (általános és középiskola), míg az indirekt intervenciók a szülőkre, gyámra, gondviselőkre, tanárookra, kortársakra, óvodára, általános és középiskolákra. Jelen intervenciók népegészségügyi programokat foglalnak magukban, és legalább két kockázati viselkedést céloznak meg gyerek vagy serdülőkorban: dohányzás; alkoholfogyasztás; cannabis vagy más egyéb szer.

Darker és mtsai. (2015) a benzodiazepin kóros használat, abúzus és függőség csökkentésére alkalmazott pszichoszociális intervenciók hatékonyságát kísérte meg összehasonlítani. A témával foglalkozó szakirodalomból ismert, hogy a benzodiazepinek szedatív és hipnotikus hatással bírnak. Rövid távú használatuk előnyös lehet, hosszú távon azonban mind az ópiát, mind a nem ópiát függő pácienseknél is megemelkedik a függőség kialakulásának kockázata. Az alábbi intervenciók kerültek összehasonlításra: farmakológiai beavatkozások; nincs beavatkozás; placebo; egyéb pszichoszociális intervenciók. Az áttekintett adatbázisok alapján



25 tanulmány és 1666 résztvevő került bevonásra az elemzésekbe. Gyakori pszichoszociális intervenciónak minősült a CBT (kognitív-behavior terápia), motivációs interjú, relaxáció, online vagy háziorvos által történő tanácsadás. Megállapították, hogy a CBT hatékonyabban csökkenteti rövidtávon (3 hónap) a BZD használatot – azonban hosszú távon ez nem tartható fenn (6 hónap).

1.4. Pszichózis

A pszichiátriai ellátás fontos területét jelenti a pszichotikus betegek kezelése, így érthető, hogy bizonyítékon alapuló ellátásuk kiemelt jelentőségű (Thompson és mtsai., 2015). A pszichózis magas klinikai kockázatának kitett fiatalok a nehézségek széles körét tapasztalják meg, beleértve enyhe pszichotikus tüneteket, komorbid kórképeket, funkcionális korlátozottságot, valamint családi és interperszonális stresszt. Egyre több bizonyíték mutatja, hogy a korai intervenciók javíthatják a funkcionálást és csökkenthetik a tünetképződést, mialatt csökkentik a kockázatát a teljes pszichózis kialakulásának, ezért számos randomizált kontroll vizsgálat során került sor ezen kezelések hatásának szisztematikus értékelésére. Ez a tanulmány leírja és összegzi a pszichoszociális intervenciós megközelítéseket, melyek hatásosnak bizonyultak a magas klinikai kockázatnak kitett fiatalok kezelésében, fókuszálva ezen kezelések lényeges individuális összetevőire. A meglévő szakirodalom alapján a korai intervenció egy empirián alapuló, rugalmas és átfogó moduláris megközelítését javasolják, mely kielégíti a magas klinikai kockázatának kitett fiatalok szükségleteit. A korai intervenció során értékelik a terápiába való bevonódást befolyásoló tényezőket, melyek a következők:

- rugalmasság és érzékenység a terápia idejével és helyszínével kapcsolatban
- közös célkitűzések kialakítása a klienssel
- a kliens által meghatározott problémákra való fókuszálás
- gyakorlati segítség nyújtása a tünetcsökkentésen túl a kezelés előnyeinek demonstrálására
- a tünetek jelentőségével kapcsolatos félelmek iránti érzékenység demonstrálása
- rokonokkal való ülések
- közös és kényelmes szójegyzék készítése a tünetekről/élményekről



Az intervenció előtt pontos felmérés szükséges, melyre számos diagnosztikus skála, és pszichopatológiát mérő skála használható, de az életminőség vizsgálata is hasznos lehet. Ezek Thompson és mtsai., (2015) gyűjtése alapján a következők:

1.4.1. Diagnosztikus felmérés

- Structured Interview for Psychosis–Risk Syndromes: SIPS (Miller et al., 2003)
- Comprehensive Assessment for At-Risk Mental States: CAARMS (Yung et al., 2005)
- Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1987)
- Early Recognition Inventory (Häfner et al., 1992)
- Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia (Häfner et al., 1992)
- Structured Clinical Interview for the DSM (First et al., 1995)

1.4.2. További pszichopatológiai skálák

- Beck Depression Inventory (Beck and Steer, 1984)
- Social Interaction and Anxiety Scale (Olivares et al., 2001)
- Composite global functioning
- Global Assessment of Functioning (Hall, 1995)
- Social and Occupational Functioning Assessment (Goldman et al., 1992)

1.4.3. Életminőség

- Quality of Life Scale (Heinrichs et al., 1984)
- Manchester Short Assessment for the Quality of Life (Priebe et al., 1999)

Az ilyen betegeknél rendkívül komoly veszélye van az öngyilkosságnak, így amennyiben az állapot felmérése során ez igazolódik fontos a biztonsági tervezés. Erre a tanulmány a következő beavatkozásokat jelzi eredményesnek:

1.4.4. Biztonsági tervezés (öngyilkosság kezelése a családközpontú kezelés során)

- öngyilkosságról való nyílt beszéd
- szándék erősségének felmérése, egyéb pszichiátriai zavarokkal való kapcsolatának elemzése, okok és motivációk feltárása
- faktorok átbeszélése, melyek meggátolhatják a klienseket a terv végrehajtásában



- Pszichoedukáció, kommunikációs készségek, problémamegoldó készségek használata a kliens élményeinek tisztázásához
- öngyilkosság elleni szerződés megtárgyalása
- családi megtartó környezet létrehozása

A családközpontú ellátás során nem megkerülhető a páciens és családjának képzése, mely az eredményes ellátáshoz a következőket kell tartalmazza:

1.4.5. Pszichoedukáció

- pszichoedukáció vezeti a klienseket azzal, hogy informálja őket a mentális egészségről, megküzdésről és/vagy CHR-ről
- családi bevonódás a rokonok számára is nyújt edukációt
- azonosítsuk a páciensek egyéni tünetegyütteseit és a tünetek alapvető rendszerezését tanítsuk meg, hogy kontextust teremtsünk a hatékony kommunikáció számára
- neurobiológiai és genetikai edukáció a CHR-ről és a páciensek/családok vezetése az információk megfelelő átadásán keresztül
- környezeti veszélyekről és protektív faktorokról történő edukáció, beleértve a társas klíma, alvásminta és szerhasználat szerepe a betegség lefolyása során
- a stresszválasz és megküzdés szerepének átbeszélése
- a kognitív modell bemutatása (hiedelmek, attribúciók) elősegíti a gondolatok, érzelmek és viselkedések közötti kapcsolat megértését
- több család egyidőben való részvétele a pszichoedukációs üléseken
- kiadványok (hangulati diagram, tünetlista) nyújtása és a páciensek/családok felkérése a tünetek, stressz-szint stb. vezetéséről

A hatásos kezelés eredményként- megfelelő tréning alkalmazásával- javulhatnak a páciens társas készségei, mely a következőkben mutatkozik meg:

- a páciens megtanulja módosítani a társas percepcióit
- a páciens kommunikációs készségeket fejleszt ki (pl. asszertivitás)
- a páciens szerepjátékban társas készségeket gyakorol a pszichoterápia során



Hatásos módszer a csoportos társas készségek tréning is, mely egyben hatékonyság szempontjából is jelentős lehet. Így amennyiben a társas izoláció észlelése is megfigyelésre kerül, erre fókuszált terápiával javítható a társas hálózat.

Pszichózis magas kockázatának kitett pácienseknél így ezek a bizonyítottan hatásos intervenciók jelentősen javíthatják társadalmi elfogadásukat, csökkentheti stigmatizációjukat (Thompson és mtsai., 2015).

1.5. Orvos - beteg és orvos - egészségügyi szakszemélyzet kommunikáció

A páciensek közvetlen ellátásban kiemelt szerepet játszik az egészségügyi dolgozók teamje, az ő kommunikációs és együttműködési készségei alapvetően meghatározzák az ellátás minőségét. Matziou és munkatársai (2014) tanulmányának célja volt felmérni az orvosok és ápolók percepcióit a kommunikációval és együttműködéssel kapcsolatban, valamint meghatározni a faktorokat, amelyek befolyásolhatják azokat. Önkitöltős kérdőívet küldtek ki random módon 93 orvosnak és 197 ápolónak Athén két nagy állami kórházában. Az ápolók percepció alapján az években mért tapasztalat, a klinika nagysága, az egyetemi diploma és a posztgraduális tanulmányok voltak a szignifikáns faktorok. Az orvosok számára a kor, nem, években mért tapasztalat, és a klinika nagysága befolyásolta szignifikánsan a kommunikációt és az együttműködést. Az eredmények alapján az ápolók és az orvosok nincsenek azonos állásponton a saját kommunikációjuk hatékonyságával és a nővérek szerepével kapcsolatban, a döntéshozatali folyamatban a betegellátás során. A legfontosabb akadály a szakmák közötti jó kapcsolat kialakításában az orvosok szerint, hogy ők nem ismerik el az ápolók szakmai szerepét. A tanulmány azt is kimutatta, hogy a szakmaközi együttműködés hiánya a betegellátásban magasabb valószínűséggel vezethet hibákhoz és mulasztásokhoz. Ezáltal a mindennapi gyakorlatban mind az ápolóknak, mind pedig az orvosoknak tisztában kell lennie a saját hatékony kommunikációjuk fontosságával és ki kell alakítaniuk olyan szakmaközi intervenciókat, melyek az együttműködést javítják. Továbbá az ápolóknak muszáj folyamatosan megerősíteni a szerepüket a döntéshozatali folyamatban és a betegellátásban, különösen olyan országokban, ahol a szakmaközi együttműködés kultúrája nem annyira terjedt el.

A kommunikáció azonban nem csak orvos-nővér viszonylatban meghatározó jelentőségű, hanem legalább ekkora súlya van a sikeres kezelésben a gyermekekkel folytatott kommunikáció minőségének is. A gyermekek aktuális kommunikációs állapotának helyes felismerése nem



pszichiátriai kórkép miatt kezelt gyermekek esetében is fontos, többek között ezt vizsgálta Lambert, Glacken és Mccarron (2011). Kevés adat áll rendelkezésre a gyermekek és egészségügyi szakemberek közötti kommunikációról, különösen a gyermekek perspektívájából. A kutatásban etnográfiai megközelítéssel 94, 6-16 éves gyermeket vizsgáltak, akiket különböző betegségekkel kezeltek egy ír kórházban. Az adatokat megfigyelésekből, strukturálatlan interjúkból és orvosi dokumentációkból nyerték. Az eredmények alapján az egészségügyi szakemberek a gyermekeket, vagy mint passzív szemlélőként, vagy mint aktív résztvevőként helyezték el a kommunikációs folyamatban. Ez a két pozíció jelentette a gyermek bevonásának vagy kizárásának a mértékét a kommunikációs folyamatban, valamint azt, hogy a gyermek kommunikációs igényei kielégítődtek-e. A tanulmányban bemutatott Gyermek Átmeneti Kommunikációs Modell több elméleti nézőpontra támaszkodva magyarázza meg, hogy miért helyezték a gyermekeket vagy passzív szemlélői vagy pedig aktív résztvevői szerepbe a kommunikációs folyamatban. Következtetésként elmondható, hogy a gyermekek inkább ingáznak a passzív szemlélői és az aktív résztvevői szerepek között a kommunikációs folyamat során, mely az adott pillanatban megjelenő szükségleteiktől függ. Tehát nem minden esetben az aktív résztvevői szerep a legmegfelelőbb a gyermek számára, ahogy a passzív szemlélői sem, azaz fontos figyelembe venni a gyermek jelenlegi állapotát, hogy a megfelelő kommunikációs lehetőségeket alkalmazzuk. A tanulmány végterméke a Gyermek Átmeneti Kommunikációs Modell, melyben az átmeneti jelző utal a gyermekek ideiglenes és mindig változó állapotára a kommunikációs folyamatban.

Coyne és Gallagher (2011) tanulmányukban szintén a gyermekek és fiatalok részvételét vizsgálták a kommunikációban és a döntéshozatalban. A kvalitatív kutatás célja a hospitalizált gyerekek és fiatalok élményeinek feltérképezése a kommunikációban és döntéshozatalban való részvételükkel kapcsolatban. Nemzetközi szinten is fokozatosan elfogadást nyer az a nézet, hogy a gyerekeknek és fiataloknak joga van részt venni az életüket, egészségüket érintő döntésekben és az arról való kommunikációban. A kutatások azt bizonyítják, hogy a gyerekek egészségügyi ellátásukban történő részvétele számos területen előnyös, például több információt nyerhetünk tőlük, lehetőséget teremt az érzéseik kifejezésére, fejlődik a kompetencia érzésük és magabiztosságuk, értékesnek érezhetik magukat és nő az adherenciájuk. A részvétel segíti a gyermekeket abban, hogy kontrollt élhessenek meg az őket ért történések során, mely csökkenti a hospitalizációból eredő terheket, míg a döntéshozatal folyamatából való kizárás növeli a félelemérzetüket, különösen nehéz helyzetekben. A



kutatásban interjúk és fókusz csoportok segítségével vizsgáltuk 7-18 éves (n=55) gyermekeket három írországi kórházban. Az eredmények alapján a gyermekek részt akartak venni a róluk és egészségi állapotukról zajló kommunikációban, azonban csak marginális szerepet szeretnének betölteni az egészségügyi személyzet és a szüleik között folyó beszélgetésekben. Az összes gyermek szeretne információt kapni, mely által megtudhatják, hogy mit várhatnak a betegségükkel, kezeléssel, a veszélyekkel, várható kimenetekkel, gyógyszerekkel és a kórházi tartózkodás idejével kapcsolatban. Sokan kifejezték, hogy az orvosok velük nem beszélgetnek, hanem inkább a szülővel vitatják meg a gyerekek feje fölött az eseményeket, míg mások arról számoltak be, hogy az orvosok gyakran áthívják a szülőket egy másik helységbe konzultálni, ami feljűk azt sugallta, hogy valami komoly probléma van. A kommunikációba és döntéshozatali folyamatba történő bevonás hiánya negatív hatással volt a gyerekekre: beszámoltak csalódásról, szomorúságról, zavartságról, dühről, aggodásról, magányról, mellőzöttségről és elutasításról. Ezenkívül szeretnék kivenni a részüket kisebb, mindennapos döntésekben a gondozásukkal és kezelésükkel kapcsolatban, azonban a felnőttek leginkább korlátozzák őket ezekben és nem adnak felvilágosítást a történésekről. Következtetesként elmondható, hogy a gyerekek szeretnének részt venni a döntéshozás folyamatában, néhányan azonban a komolyabb döntéseket inkább a szülőkre és az egészségügyi személyzetre hagyni, míg mások szeretnének osztozni a döntésben. A gyermekek preferenciái változhatnak azzal kapcsolatban, hogy mennyire szeretnének bevonódni, ezáltal a döntéshozatal folyamatát inkább kontinuum mentén, semmint „mindent vagy semmit” alapon kell szemlélnünk.

A klinikai gyakorlathoz kapcsolódóan fontos kiemelni, hogy az egészségügyi dolgozók és szülők szerepe kiemelten fontosnak tűnik abban, hogy a gyermekek részvétellel kapcsolatos törekvéseit erősítsék és támogassák a kórházi környezetben. Nyilván néhányuknak lehetnek kétségei/aggodalmi a gyermekek részvételével kapcsolatban, mely azt mutatja, hogy tiszta és világos szakmai irányelvek szükségesek, melyek tükrözik az összes fél nézőpontját. A gyermekeket támogatnunk kell abban, hogy hallassák a hangjukat azokban az esetekben és döntésekben, amelyek hatással vannak az életükre. A gyermekekkel való kommunikációban a szakembereknek igen nagy körültekintéssel kell lenniük. A betegségükkel való közlésben, figyelembe kell venni a gyermek életkorát, mentális állapotát, képzettségét, pszichés terhelhetőségét (különös tekintettel a mentális betegségekben szenvedőknél) A gyermekek felvilágosításánál a pszichoedukációra kell nagyobb hangsúlyt helyezni, az életmód változására való felkészítésre, mint a prognózisra. A gyermekek többsége heves szorongást él meg a



betegség következményeinek feltárása során. (A szomatikus betegségek jelentkezésekor is igen nagy dilemma, mit tegyen az orvos, hogyan kommunikálja a diagnosztizált betegséget. A gyermekeknél iatrogéniát - orvosi, belgyógyászati, sebészi kezelés után fellépő következmény, szövődmény - okozhat). A tanulmányban vizsgálták a kommunikációban és döntéshozatalban való részvételt befolyásoló tényezőket, melyek 3 csoportba sorolhatók:

- Gyermekek tapasztalatai a kommunikációról és döntéshozásról
 - információk kapása
 - kizárólag szülővel történő kommunikáció
 - preferenciák figyelmen kívül hagyása
 - döntéshozatali folyamatból és döntésekből való kizárás
- A kommunikációban és döntéshozatalban való részvétel preferenciái
 - részvételhez való jog
 - szülők előnyben részesítése az orvosokkal való kommunikációban
 - „kis” döntésekben való részvétel igénye
 - döntések orvosra és/vagy szülőkre hagyása
 - döntések megosztása szülőkkel és egészségügyi szakemberekkel
 - „komoly” döntésekben való részvétel igénye
- A gyerekek részvételét elősegítő vagy hátráltató tényezők
 - szülők szerepe
 - ismeretség a kórházzal, beavatkozásokkal és egészségügyi szakemberekkel
 - egészségügyi szakemberek megismerésének nehézsége
 - baj okozása miatti félelem (Coyne és Gallagher, 2011).

Rolfé és mtsai. (2014) munkájának célja a páciensek orvosokba vetett bizalmának fokozására szolgáló intervenciók hatásosságának értékelése. A bizalom alapvető összetevője az orvos-beteg kapcsolatnak. Magasabb elégedettséggel, a kezeléshez való rugalmasabb hozzáállással és az ellátás folytonosságával járhat együtt. Az áttekintés szerint kevés bizonyíték létezik az intervenciók hatásosságára vonatkozóan. Az áttekintett adatbázisok alapján (CENTRAL, The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, Health Star, PsycINFO, CINAHL, LILACS, African Trials Register, African Health Anthology, Dissertation Abstracts) 10 randomizált-kontrollált vizsgálat került megvizsgálásra és mintegy 11 063 páciens (Észak-Amerika). 3 fő intervenciót alkalmaztak: orvos tréning, páciens edukáció, tanácsadás a pénzügyi ösztönzőkről és



tanácsadási stílusról. Az eredmények alapján kismértékű, de statisztikailag emelkedő növekedés tapasztalható a páciensek orvosokba vetett bizalmában az intervenciók alkalmazásának következményeképp.

1.6. Szakmák közötti együttműködés

A mentális zavarokkal élő fiatalok és szerhasználók számára prevenció szempontjából azonban késő, ha a már kialakult kórkép kezelésekor kerül kapcsolatba az ellátórendszerrel. A megelőzés és korai intervenciók módszereinek kutatása emiatt kiemelt jelentőségű nemcsak a jelen projekt szempontjából. Az ezzel foglalkozó kutatás azonban nagyon hiányos. Henderson és munkatársai (2017) által készített tanulmány bemutatja a Research and Action for Teens alapjait és formáját, egy olyan kezdeményezését, melynek célja a bizonyítékon alapuló tudás erősítése a prevenció, szűrés, kezelés és szolgáltatásnyújtás szempontjából fennálló mentális és szerhasználati zavarokkal élő fiatalok számára. Ennek keretében 4 alkatást végeztek:

1. egy kohorsz vizsgálatot, mely a mentális és szerhasználati zavarok kialakulását vizsgálja serdülőkorban;
2. egy szűrés és diagnózis tanulmányt, mely diagnosztikai interjúval ellátott szűrőeszközöket validál;
3. egy kezeléssel kapcsolatos kutatást, mely a dialektikus viselkedésterápiás tréning intervenciók megvalósíthatóságát és hatékonyságát vizsgálja fiatalok és családtagjaik körében;
4. egy system study, mely a fiatalok ellátását végző szolgáltatók szektorokon átívelő együttműködési hálózatát vizsgálja egy általános szűrőeszközzel.

A szektorok közötti közösségi stakeholderekkel való együttműködés kihívást jelentő feladat, de megvalósítható és fontos a felhasználható tudás előállításához az ellátás számos területén.

Más problémák esetében is vizsgálták a kollaboratív ellátás hatásosságát (Zatzick és mtsai., 2014) olyan sérült fiatalok körében, akik erőszakos magatartás veszélyeztetettjei, valamint



poszttraumás stressz szindrómás és depressziós tünetekkel rendelkeztek. Az erőszakos és sérülést okozó kockázati magatartás, alkohol és drogproblémák és a poszttraumás stressz zavar (PTSD), valamint depresszió tünetei gyakran megjelennek azon fiatalok körében, akik sürgősségi betegellátási osztályra kerültek felvételre miután traumás fizikai sérülést szenvedtek. A kutatás célja az volt, hogy megmérjék a lépcsőzetes kollaboratív ellátással kapcsolatos intervenciók hatásosságát ezen kockázati magatartások és tünetek tükrében egy random mintavételezett fiatalok csoportján (a mintában agysérülést szenvedett illetve egészséges fiatalok vettek részt) Egy randomizált klinikai vizsgálatot végeztek egy amerikai trauma központban, melybe 120 fiatalt (12-18 éves) vontak be egy intervencióban részesült (n=59) és kontroll (n=61) csoportba. A lépcsőzetes kollaboratív ellátást célzó intervenció motivációs interjú elemeket tartalmazott, melyek a kockázati magatartást, szer-és gyógyszer használatot célozták meg, valamint kognitív és viselkedéses elemeket, melyek a PTSD és depresszió tüneteire kérdeztek rá. A fiatalokat megvizsgálták a kutatás kiinduló pontján a randomizálás előtt, majd 2, 5 és 12 hónappal a kórházi elbocsátást követően. Standardizált eszközöket használtak az erőszakos magatartás, alkohol és droghasználat, valamint a PTSD és depressziós tünetek felmérésére. A kiindulási ponton körülbelül a résztvevők egyharmada mutatott erőszakos kockázati magatartást fegyverviselés tekintetében. A regresszióanalízis kimutatta, hogy az intervenciót kapott fiatalok esetében szignifikáns csökkenés tapasztalható a fegyverviselést tekintve azokhoz képest, akik nem kaptak, mindezt egy évvel a sérülés után. Az intervenció egyaránt hatásos volt a kockázati magatartás csökkentésében azoknál is, akik nem szenvedtek el traumás fejsérülést. A többi változó nem volt olyan hangsúlyos a kohorszban mint a fegyverviselés és nem volt rájuk szignifikáns hatással az intervenció.

Hasonlóan értékes az a tanulmány, mely az alapellátás kereti közt vizsgálta a kollaboratív ellátás hatásosságát viselkedésproblémás gyermekek körében (Kolko és mtsai., 2014). A vizsgálat célja volt, hogy felmérje a kollaboratív ellátás hatásosságát a viselkedéses problémák, figyelem és hiperaktivitás zavar (ADHD) és szorongás esetében az alapellátásban. 8 gyermekorvosi körzet gyermekei és szülei vettek részt a vizsgálatban, akiket klaszter randomizálás után egy DOCC (n=161) és egy EUC (n=160) csoportba osztottak. A DOCC csoportban az ellátást nyújtó egy személyre szabott, evidence-based intervenciót nyújtott, míg az EUC csoportban a betegek pszichoedukációt és egy kibővített, speciális ellátásról szóló ajánlást kaptak. Az ellátás folyamatának mutatóit a 6 hónapos intervenciók periódus után gyűjtötték be. Családi és ellátói mutatókat is mértek egyaránt. A DOCC (az EUC-hez képest)



csoport a következő változók esetében mutatott magasabb értékeket: kezelés hamarabb elkezdése és befejezése, a viselkedéses, hiperaktivitási és internalizációs problémák, valamint szülői stressz csökkenése, remisszió a viselkedéses és internalizációs problémák esetében, a kezelés hatására történő állapotjavulásban, valamint a betegelégedettségben. A DOCC gyermekgyógyászok nagyobb észlelt praxison belüli változásról, hatékonyságról és az ADHD kezeléséhez szükséges készségek javulásáról számoltak be. Mindez azt mutatja, hogy a viselkedéses problémákat célzó, kollaboratív ellátáson alapuló intervenciók alkalmazása a gyermekorvosi praxisokban megvalósítható és rendkívül eredményes.

Bronstein (2002) tanulmányában a szociális munkások bevonásával végezte a szakmák közötti együttműködés szintjét. Ez a tanulmány 462 szociális munkás kísérleti személlyel arra próbált rávilágítani, hogy a különböző szakmák között milyen szintű együttműködés mutatható ki, azaz az interdiszciplináris teamek kialakítása mellett érvelt, amelyben együtt dolgozhatnak az oktatással, a betegellátással, a pszichés komponenssel stb. foglalkozó szakembergárda. Amellett viszont, hogy ez az együttműködés sokszor nehézkes, számunkra releváns, hogy milyen faktorokon keresztül történik mégis mindez, ha megvalósul, ugyanis a gyakorlatban akkor ezeket a tényezőket lehetne erősíteni.

Az együttműködésnek vannak olyan részterületei, amelyek mentén felállíthatjuk az együttműködés modelljét. Ilyen például a függőségi viszony a társszakmáktól – sokszor az előzetes véleményekre, eredményekre alapozva megy tovább a kezelés más diszciplínában is, vagy hogy az egész mindig több, mint a részek összessége vélemények szintjén is. A módszer kialakítása során kezdetben fókusz csoportokat is alkalmaztak, majd ennek tanulságait inputként felhasználva beépítették a kialakítás során. A teljes IIC mint tesztelési eszköz magas Chronbach-alfa mutatóval rendelkezik, azaz igen megbízható.

Alison Petch és munkatársai (2008) vizsgálták az egészségügyi és szociális területen az együttműködés és eredmények területét a felhasználók és gondozottak szemszögéből. Mind a szociális, mind az egészségügyi szférában való együttműködés egyre inkább kiemelt figyelmet kapó téma az Egyesült Királyságban. Központi kérdés, hogy a szociális és egészségügyi együttműködést elősegítő politikai kezdeményezések jobb eredményeket hoznak-e. A könyv ennek megválaszolására törekszik Anglia és Skócia 15 ilyen 2002-2006 között létrejött együttműködésének megvizsgálásával. Azt veszi górcső alá, hogy az együttműködés mennyiben járul hozzá ahhoz, hogy az emberek értékesnek tartják a szolgáltatásokat. A kutatás



célja egyrészt egy eszköz és keretrendszer validálása az eredmények felmérése, az Egyesült Királyságban való szociális és egészségügyi ellátórendszerek együttműködésének feltérképezése, továbbá félig struktúrált, kvalitatív interjúk felvétele 230 olyan emberrel, akik igénybe veszik ezeket a szolgáltatásokat (63 idősebb ember, 87 értelmileg akadályozott személy és 80 olyan, akik mentális problémákat célzó ellátást vesznek igénybe). Az eredmények alapján a személyzet állandósága, eredményessége, a hosszú távú és preventív szolgáltatások kiemelt jelentőségűnek bizonyultak. Összességében elmondható, hogy a tanulmány kiemeli a hatásos integráció fontosságát, valamint hangsúlyozza az olyan együttműködéseket, amelyek kiterjednek a helyi szolgáltatásokra is.

Figyelembe kell azonban venni, hogy a megelőzés területén hozott rendszerszintű intézkedések hatása csak hosszabb idő elteltével mutat érzékelhető változást. Erre utal az az angliai tanulmány, melyet 2007-ben jelentettek meg Carpenter és munkatársai. Az angol kormány integrált gyermekvédelmi szolgálatokért megvalósulásáért felelős programja, az Every Child Matters szerint a preventív megközelítések – mint amilyen a Sure Start is – csökkentenék a gyermekvédelmi szolgálatok felé forduló, több gondozást igénylő gyermekek számát és ezzel csökkenne a Gyermekvédelmi Regiszterbe kerülő gyermekek száma is. Ez a tanulmány a Sure Start helyi programjainak hatását vizsgálta 4 északkelet-angliai szociális szolgálatnál. A kutatók adatfeldolgozást végeztek, melyben több mint 10.000 4 éven aluli gyermek ajánlását (referrals) és több mint 1.600 gyermekvédelemben történő vételt (child protection registrations) elemezték egy 8 éves periódus alatt 19 Sure Start helyi program bevezetése előtt és után. Ezenkívül 8 esettanulmány 36 kulcsfontosságú informátorával történt interjút is elemeztek. Az elvárásokkal ellentétben, a kvantitatív adatok nem találtak észrevehető rövid-távú hatást az ajánlások vagy regiszterbevételek számára nézve. Az interjúk elemzése során a válaszadók egyöntetűen kiemelték a preventív munka potenciális hatását és sok válaszadó szerint még túl korai volt következtetéseket levonni az adatokból. A Sure Start területeken belüli prevenció univerzális megközelítése és a stigmatizáció-mentes és non-intruzív, közösségi alapokon nyugvó szolgálatokat biztosítására irányuló törekvések, úgy tűnik, hogy hatástalanok a 'veszélynek kitett (at risk)' családok fokozottabb támogatás iránti szükségletének csökkentésében.

Zalsman és munkatársai (2016) 2005 és 2014 közötti időszakban kiadott tanulmányok elemzését publikálták az öngyilkosság megelőző stratégiák értékelését elvégezve. A cikk



szisztematikus áttekintésben, mely több metaanalízist is tartalmaz, a PubMed és Cochrane adatbázisok használatával vizsgálta a különböző öngyilkosság megelőzéséhez kapcsolódó 2005-2014 között kiadott tanulmányokat. 7 fő módszert értékelt: nyilvános és Egészségügyi oktatás, média stratégia, szűrés, öngyilkossági módokhoz való hozzáférés szigorítása, kezelések, internetes és telefonos segítségnyújtás. Az adatokat elsődleges szuicid viselkedéshez (öngyilkosság, kísérlet vagy készítés) vagy a mérsékelt, másodlagos következményekhez (kezelés keresése, hajlamos egyének identifikációja, antidepresszáns receptek gyakorisága) kapcsolódva tekintették át. 13 európai országból 18 öngyilkossággal kapcsolatos szakértő vizsgálta át a cikkeket és értékelt az eredményeket az Oxford előírást használva. Mivel a népesség és metodológia heterogenitása nem tette lehetővé a formális analízist, narratív analízist tettek közzé. A tanulmány 1797 tanulmányt, 23 szisztematikus áttekintést, 12 metaanalízist, 40 randomizált kontrollált vizsgálatot (RCT), 67 kohorsz tanulmányt és 22 gazdasági és népesség alapú vizsgálatot vont be az elemzésbe. A halálos eszközök elérhetőségének szigorításáról szóló bizonyítékok erősödtek 2005 óta, különös tekintettel a fájdalomcsillapítók szabályozására (összesítve 43%-os a csökkenés 2005 óta) és a népszerű helyek esetében, ahonnan leugorva követnek el öngyilkosságot (86%-os csökkenés). Az iskolai tudatosságon alapuló programok a kimutatások alapján csökkentették az öngyilkossági kísérleteket (OR=0.45 95% CI 0.24-0.85, p=0.014) és készítéseket (0.5, 0.27-0.92. p=0.025). Más megközelítések, amelyek további vizsgálatot igényelnek: többek között a „kapuőri” (gatekeeper) képzés, az Egészségügyi dolgozók oktatása és az internetes és segélykérő (helpline) támogatás a hasznosság és hatékonyság megállapítására. Mindazonáltal a leghasznosabb szuicid prevenciók módszer keresése során meg kellett állapítaniuk, hogy egyetlen stratégia sem kiemelkedően hasznosabb a többinél. Mindazonáltal a pre-szuicid szindróma korai felismerését kell hangsúlyozni és a Rorschach tesztben is ismert laufferi vészjelek megismerését és gyakorlati alkalmazását szintén kardinális javasolni a szakemberek számára.

2. Hazai helyzetkép

A fenti összefoglaló szakirodalmi ajánlásai szerint a kollaboratív ellátás lehet az egyik járható út, míg a másik lehetőség az esetmenedzserek alkalmazása, amire a szociális ellátásban van ma hazai gyakorlat. Itt a problémát az jelenti, hogy az interszektoriális kapcsolati háló nincs



megfelelően szabályozva, bár a szociális törvény a jelzőrendszer tagjait egyértelműen definiálja, de ez csak inputként működik, maga az esetmenedzser-szociális ellátórendszer már nincs kötelezve visszajelzésre a többi terület felé. Ehhez nincs sem munkaidő, sem finansziális támogatás egyik területen sem.

2.1. A koragyermekkorai intervenció rendszere – utak és kapcsolódások

A koragyermekkorai intervenció hazai helyzetre adaptálható értelmezése, célcsoportjának meghatározása mellett a tanulmány kitér a tevékenység fontosságának legfontosabb érveire. Rövid nemzetközi kitekintéssel alapozza meg a hazai ellátórendszer működésének bemutatását, fókuszába állítva a különböző, koragyermekkorai intervencióban érintett területek (egészségügy, oktatás-köznevelés, szociális/gyermekvédelem) intézményes szereplőinek illetve azok tevékenységeinek, valamint a közöttük lévő kapcsolódásoknak az ismertetését a jelenlegi szabályozás tükrében. A gyermek útja több szakaszra tagolható, a prekonceptcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, egészen a gyermek iskolába lépéséig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és közöttük a továbbküldési, jelzési utak is leírhatóak. A hiányzó kapcsolódások azonosítása segít abban, hogy a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, rendszerszinten megvalósuló szabályozott kliensút kialakítására kerülhessen sor.

Az alapellátó rendszerhez kapcsolt mentálhigiénés team jó gyakorlati áthidalása lehetne, ennek elfogadtatása a projekt egyik célja.

Kapcsolódó anyag a módszertani csoporttal közösen elvégzett kutatás, melyben a Hajdú-Bihar megyében meglévő ellátórendszer kapcsolatait feltérképezve nyilvánvalóvá válik, hogy törvényi szabályozás szinten sincs összehangolt kommunikáció, és ennek megfelelően a gyakorlat is inkább a szektorokon belüli kommunikáció, inter-szektoriálisan nincs erre szabályozás.

3. A lehetséges eredmény és folyamatindikátorok azonosítása a hozzájuk kapcsolódó adatgyűjtési technikákkal együtt

Tekintettel arra, hogy a projekt pénzügyi és időkerete nem teszi lehetővé tudományos igényű kutatások kivitelezését, a táblázatos formában elkészült indikátorok alkalmazását javasoljuk.



Ezek az indikátorok a fenti korlátozó tényezők mellett alkalmasak a projekt időtartama alatt mérhető paraméterek rögzítésével a folyamat és eredményesség mérésére.

Az adatgyűjtési módszerek közül a legbiztonságosabban – várható legmagasabb adatmennyiség szolgáltatása - a rendezvények helyszínén felvett önkitöltős kérdőívek alkalmazhatók.

A kiválasztott megyékben jellemző az intézmények gyenge infrastrukturális felszereltsége, emiatt az online kérdőívek nem jönnek számításba.

Interjúztatás a projekt előkészítő szakaszában történt az értékelő feladatot ellátó megyében a 3 terület kulcsszereplőiből vett minta intézmények vezetőivel, ami részben a személyes kapcsolatok alapján történő kiválasztás miatt nem tekinthető reprezentatívnak, de minden területet átfogó, így mégis releváns adatokat szolgáltatott. A felvétele azonban rendkívül nagy megterhelést jelent, kifejezetten magas humán erőforrás és időigényessége miatt. Az adatok kiértékelése is nehézséget jelenthet, mivel nincs a szakmák közt egységes fogalomértelmezés. A személyes kapcsolatok hiánya tovább nehezíteni ennek a technikának az alkalmazását a kiválasztott másik 2 megyében, emiatt ennek a technikának alkalmazását is elvetettük.

Az irodalomban használt telefonos lekérdezés szintén nehezen kivitelezhető (munkaidőben a résztvevők más feladatot látnak el, így magas az elhárítás esélye, megfelelő gyakorlattal, és a projektben foglalkoztatott (rész)munkaidős munkatárs alkalmazásának problémái) valamint részben az anonimitás hiánya miatt az adatok megbízhatósága is alacsonyabb szintű lenne, így ezt a lehetőséget is kizártuk. Az értékelésben részt vesz Hajdu-Bihar megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, és Fejér megye ellátó intézményei. Hajdu-Bihar megye és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye az Észak-Alföldi régió megyéi. Fejér megye pedig egy jól szervezett járó beteg ellátással rendelkezik a Közép-Dunántúli régióban.

A felmérésben lényeges szempont volt, olyan megyék választása, melyekben különböző ellátó intézmények vannak. valamint az, hogy a projekt milyen strukturális változásokban ad segítséget.

- Új struktúrák kialakítása történik-e?
- A meglévő struktúra átalakítása, fejlesztése történik-e a projekt támogatása útján?

Az infrastruktúra fejlesztéssel együtt fontos a működéshez szükséges szakemberek jelenlétét biztosítani, ez ebben a projektben kis hangsúllyal szerepel, így azt nem tudunk figyelembe



venni, hogy a tervezett infrastrukturális fejlesztések mellett milyen hatásossággal tud a humán erőforrás krízis oldódni, lesz-e megfelelő szakember, elegendő számú team-tag a hatékony munkavégzéshez.

3.1. Az értékelésben résztvevő 3 megye kiválasztásának szempontjai

- A meglévő gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátási infrastruktúra milyen (van-e fekvő, ill. járó-beteg ellátó egység, hány szakember, milyen összetételű szakmai stáb végzi)
- A programok helyszíneinek megközelíthetősége elfogadható legyen (akár tömegközlekedéssel) Debrecenből is
- A fejlesztések által érintett legyen
- A költségek a projekt kereteiben ne legyenek magasabbak az indokoltnál
- Legalább részben alkalmas legyen azon 10 megyei különböző sajátosságainak leképezésére, melyekben megvalósulnak a megyei programok.

A legegyszerűbb az értékelést végző Hajdú-Bihar megye (az ellátórendszeri struktúra teljes, minden érintett szakember megtalálható a teamben, a rendezvények elérhetősége ekkor a legalacsonyabb költségű, infrastrukturális fejlesztés is történik a projekt keretében.

A szomszédos megyék közül Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére esett a választás, ahol jelenleg csak 1 gyermek-pszichiátriai szakrendelés működik, és ez is csak részállású szakemberek-2 szakorvos- bevonásával, a teamben pszichológus és szociális munkás is szerepel a megvalósíthatósági tanulmány szerint, míg fekvőbeteg ellátás eddig nem volt. A fejlesztések ezen a területen jelentős előrelépést hozhatnak, bár egyelőre nem látható, hogy az infrastruktúrát hogyan tudják majd működtetni, mivel a szakember utánpótlás kérdése egyelőre nem megoldott.

A programok helyszínének elérhetősége ebben a megyében is költségkímélő megoldás.

A 3. megye helyszínét mindenképpen az ország Dunántúli régióiból akartuk kiválasztani, lehetőleg úgy, hogy összehasonlítható legyen az elsődleges szempont alapján, de a közlekedés is elfogadható legyen. Fejér megyében is 1 szakrendelés működik fekvőbeteg háttér nélkül, itt is 3 szakorvosra épül az ellátás, és itt is komoly infrastruktúra fejlesztés történik



Székesfehérváron. Dunaújvárosban a helyi szakemberektől sze drogfogyasztási szokások jelentenek komoly problémát így itt a programok eredményességének mérése emiatt jelentős.

4. A program eredmény és folyamatértékelési indikátor és eszközrendszerének kialakítása, az indikátorrendszerhez tartozó adatgyűjtési technikák pontos meghatározása

Ez a részfeladat táblázatos formában került megjelenítésre, itt ennek kiegészítő értelmezését írjuk le.

A projektben a szakmai programokra helyeződik a hangsúly, így ezen a területen több indikátor került beválogatásra. Ezen a területen összesen 11 jellemző maradt a végső egyeztetést követően, amelyekből 8 a program végén már mérhető adatot szolgáltat, 2 hosszútávú követésre alkalmas, és 1 a projekt időszaka alatt mérhető változást mutató adat. A 11 indikátor típus szerinti megoszlása a következő: 6 folyamat, 5 eredmény indikátorként került meghatározásra.



Az adatgyűjtési módszerek közül aszerint választottunk, hogy lehetőség szerint minél több legyen az olyan adat, ami megbízható, ellenőrzött gyűjtés eredménye. A jelentési statisztikákban a jelentési kötelezettség alá eső adatoknál gyakori torzító momentum a pénzügyi szabályozók hatása, és mivel a teamünknek nincs megfelelő hagyománya, így nincs is elegendő gyűjthető adat. Ennek ellenére az egyéni önkéntes kérdőívek mellett igyekszünk intézményi adatokat is gyűjteni.

A kérdőívek összeállításában a Debreceni Egyetem Szociológiai Karának professzorai és a kommunikációs szakemberek segítségét vesszük igénybe, akik a módszertani és értékelési csoportok munkatársaiként vesznek részt a projekt munkában. A szakmai szempontok kialakítása a II. alprojekt vezetőivel közös egyeztetés eredménye.

A programok lebonyolításába bevont szervezők mellett külső szakemberek is segítenek a kérdőívek eljuttatásában, visszagyűjtésében és a keletkezett adatok számítógépes bevitelében. Az elemzést ezek után a szociológiai tanszék szakemberei végzik, ezt követően közös az értékelő csoport minden tagjával történő egyeztetés alapján készül el a végső elemzés.

Az előzetes értékelést a nemzetközi irodalomban elfogadott SMART kritériumrendszerrel végeztük el.

Az indikátorok összeállításakor külön figyelmet kapott, hogy a II alprojekt rendezvényeinek minden szakmai szereplőjét – mentálhigiénés teamek részvevőiként, ennek eredményét megtapasztalóként – és lakossági szereplőjét megszólítsuk, a lehetséges hosszútávú programok mérésére is alkalmas jellemzőket is tartalmazzon, ami a költség-hatékonyság mérésének is alapja lehet.

A projektben nagy hangsúlyt kap a tervezett mentálhigiénés teamek kialakításának megismertetése a szakemberekkel, így az erre irányuló célok megértésére és ezzel való egyetértés mérésére is alkottunk indikátorokat.

A lakossági programokat eredmény indikátorok alkalmazásával mérjük. Az itt szereplő 6 indikátorból 5 önkéntes kérdőíves, 1 médiafigyeléssel szolgáltat adatot. Itt a megyei koordinátorok bevonása segíti a szervezők munkáját, velük együtt dolgozva történik a kérdőívek kiosztása és begyűjtése. A kérdőíveknél a program előtt és a végén a célcsoportokra specifikusan összeállított kérdőívekkel dolgozunk, mely biztosítja a lehető legnagyobb mintaszám mellett a legértékesebb adatok gyűjtését is. A médiafigyelésnél a kommunikációs



szakemberek által javasolt írott és online felületek kerülnek bevonásra, a területen élő szakember bevonásával jut el az adat az értékelő csoporthoz.

Itt is a SMART kritériumok alkalmazásával végeztük el az előzetes értékelést.

Minden indikátornál van lehetőség a területi sajátosságok elemzésére is, ezzel a projekt lezárásakor a fenntartási időszakra vonatkozó jellemzők is megadhatók lesznek.

4.1. Előzetes értékelés, az indikátorok kiinduló értékeinek meghatározása, összefoglaló gyorsjelentés a fennálló erősségekről és problémákról

Ehhez a feladathoz az ÁEEK által rendelkezésre bocsátott RAR technikáról készült szakirodalmat feldolgozó segédanyagot használtuk, mely a kvalitatív és kvantitatív adatgyűjtési technikákat kombináló szükséglet-felmérési eszközrendszer alkalmazását jelenti.

Jelen projekt szempontjából az alábbi szempontokat fontos figyelembe vennünk:

1. A (lelki) egészség nem pusztán a betegség hiánya, több annál: a „well being”, azaz a jóllét érzetének az egyén életében történő megjelenése.
2. Fontos a gyermekkor (0-18 év) pontosabb definiálása: 0-7 év – kisgyermek; 8-14 év – kiskamaszok; 15-18 év – tinédzserek.
3. Antonovsky salutogenezis elmélete szerint az egészséget, mint folyamatot képzelhetjük el, ezért szükséges a különböző intervenciókat az ellátórendszer megfelelő szintjein alkalmazni.
4. MacDonald és O'Hara Ten Element Map nevű elképzeléséből lényeges kiemelni, hogy a társas támogatottság lényeges indikátora a lelki egészség megőrzésének/elérésének. Ebbe a faktorba belefoglaltatható az, hogy baj, negatív történés esetén a személynek



van-e kihez fordulnia segítségért, támogatásért – legyen ez akár nem természetes személy (pl. intézmény).

5. Az Ottawai Chartában taglalt egészségfejlesztéssel kapcsolatos alapelvek mentén kényelmes hangsúlyozni a közösségi tevékenységek erősítését és az egészségügyi ellátórendszer átszervezését. Előbbihez a szociális háló bővítése és a közösségi segítségnyújtás faktora tartozhat, utóbbihoz pedig a szervezeti-bürokratikus, rigid hierarchiába rendeződő modellek revíziója sorolható.
6. A vizsgálati metodika kapcsán első lépésben a need assessmentet, azaz a szükségletfelmérést lényeges elvégezni. Ez ad egy baseline-t, azaz kiinduló értékeket is.
7. Egy RAR jellegű kutatásnak több metodikai eleme is lehet. Jelen projektünk szempontjából a mini kérdőíves kutatások jelenthetik a követendő mintát. Itt 5-50 fő mintaelemszámot érintő, elsősorban zárt kérdésekkel dolgozó survey-k használatáról esik szó.
8. Fontos elem, hogy a RAR külön-külön módszerekkel (pl. interjúk, fókuszcsoport, kérdőívek) nyert adatai integrálásra, összevetésre kerüljenek. Emellett pedig képes legyen adott esetben protokollokat, ajánlásokat is megfogalmazni, akár kézikönyv formájában is, amit a későbbiekben hasonló kutatások illetve kezelések esetében lehessen alkalmazni.
9. Megemlíti a tanulmány olyan különböző, adatszolgáltatási lehetőségekként funkcionáló szempontokat, amelyek hasznos hozzáadott értéket képviselhetnek az adatok számszerűsítésében. Szó szerinti idézése a csoportosításnak a fentebb említett dokumentumból:
 - „Gyermek- és családsegítő központok kötelező adatszolgáltatás a KSH fele: KENYSZI
 - Pedagógiai szakszolgálatok: INYR- Integrált nyomon követő rendszer
 - Védőnői kötelező adatszolgáltatás keretén belül
 - Gyermekorvosok kötelező adatszolgáltatásai
 - Gyermek- és ifjúságpszichiátriai szakrendelés kötelező adatszolgáltatásai
 - Sürgősségi ellátások adatai
 - Rendőrségi statisztikák
 - Szenvedélybetegek ellátásából származó információ”



A szakmai és lakossági programok indikátorainak tervezésekor már figyelembe vettük a fentieket.

A módszertani csoporttal közösen, a szociológus kollégák bevonásával Debrecenben feltérképeztük a megyénkre, de nagy valószínűséggel országosan is jellemző paramétereket. Az egészségügyi, oktatási és szociális területen dolgozó minden intézménytípusban megkérdeztük a vezető szakembereket, és az így elkészült interjúk segítettek annak felmérésében milyen az interszektoriális együttműködés jelenlegi szintje. Ezt annak tudatában értékeltük, hogy megyénkben, ezen belül is a megyeszékhelyen elérhető a gyermekpszichiátriai ellátórendszer teljes skálája, nagy tapasztalattal rendelkező, jól képzett szakértők végzik az ellátást, ami nem mondható el az ország minden területére.

Ennek ellenére azt tapasztaltuk- a kiértékelés narratív módszerrel már ekkor rendelkezésre állt, hogy

1. nincs egyetértés a szakkifejezések értelmezésében: pl. korai beavatkozás alatt mást értenek a pedagógia szolgáltatásokban, mint az addiktológiai ellátásban.
2. megfelelő ismeret arról, hogy mely területeken milyen szakemberek, milyen ellátásokat tudnak nyújtani
3. a szociális területen kialakított jelentési kötelezettség milyen konzekvenciákat rejt, milyen eljárási szabályok mentén kell(ene) az ellátásban a team munkát biztosítani
4. nincs hagyománya és ennek megfelelően kialakított működési feltételrendszere az interdiszciplináris munkának
5. a különböző területen dolgozók és a kliensek (családok, szülők, gyerekek) elvárásai ennek megfelelően nincsenek összehangolva a működő szolgáltatásokkal.

A programok megtervezésekor ezekre mindenképpen figyelemmel kell lenni, amire a fókusz csoportos és World Cafe rendezvények lehetőséget adnak.

Problémát jelenthet, hogy a tervezéskor megadott rendezvényen elvárt létszám mögött semmilyen előzetes felmérés nem történt, így előfordulhat, hogy egyik helyen alig lesz érdeklődés, míg a másikkra nagyszámú túljelentkezés lesz. Ebben az esetben a résztvevők kiválogatásának szempontjait is tisztázni kell- lehetőség szerint minden terület képviselve legyen, az arányosság kérdése azonban már előre nem meghatározható, hiszen az területi sajátosságként az értékelés egyik szempontja lesz.



Nem tudunk pontos baseline adatokkal szolgálni az indikátorok többségénél, hiszen nincsenek megfelelően jelentett adatok, így a rendezvény elején felvett kérdőíves adatok szolgáltatják majd ezeket. Itt már csak a kidolgozott kérdőívek kellene, ill. a választott kérdezői technikák –erősségek- leírása.

Irodalomjegyzék

Beck, A. T., Steer, R. A. (1984): Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *J ClinPsychology*. 40:1365–1367.

Bronstein, L. R. (2002): Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research*, 26, 2, 113–126, <https://doi.org/10.1093/swr/26.2.113>

Carpenter, J., Brown, S., Griffin, M. (2007): Prevention in Integrated Children's Services: The Impact of Sure Start on Referrals to Social Services and Child Protection Registrations. *Child Abuse Review* 16:1. <https://doi.org/10.1002/car.969>

Coyne, I., Gallagher, P. (2011): Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *J Clin Nurs.*; 20(15-16):2334-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03582.x.

Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., Donnelly-Swift, E. (2015): Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD009652.pub2.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. (1995): Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, patient edition, January 1995 FINAL. SCID-I/P Version 2.0. New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Goldman, H. H., Skodol, A. E., Lave, T. R. (1992): Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry*. 149:1148–1156.

Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fätkenueer, W., Löffler, W., van der Heiden, W. (1992): IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophr Res*. 6:209–223.



Hall, R. C. (1995): Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*. 36:267–275.

Hanratty, J., Macdonald, G., Livingstone, N. (2015): Child-focused psychosocial interventions for anger and aggression in children under 12 years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue: 7. DOI: 10.1002/14651858.CD011788.

Hárdi, I. (szerk.) (2010): *Az agresszió világa*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest.

Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., Carpenter, W. T. (1984): The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 10:388–398.

Henderson, J. L., Brownlie, E. B., McMain, S., Chaim, G., Wolfe, D. A., Rush, B., Boritz, T., Bleitchman, J. H. (2017): Enhancing prevention and intervention for youth concurrent mental health and substance use disorders: The Research and Action for Teens study. *Early Interv Psychiatry*. 26. doi: 10.1111/eip.12458.

Hickman, M., Caldwell, D. M., Busse, H., MacArthur, G., Faggiano, F., Foxcroft, D. R., Kaner, E. F., Macleod, J., Patton, G., White, J., Campbell, R. (2014): Individual-, family-, and school-level interventions for preventing multiple risk behaviours relating to alcohol, tobacco and drug use in individuals aged 8 to 25 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD011374.

Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987): The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 13:261–276.

Kolko, D. J., Campo, J., Kilbourne, A. M., Hart, J., Sakolsky, D., Wisniewski, S. (2014): Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: A cluster randomized trial. *Pediatrics*, 133(4), e981-e992. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2516>

Lambert, V., Glacken, M., McCarron, M. (2011): Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. *J Adv Nurs.*; 67(3):569-82. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05511.x.

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014): Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care.*; 28(6):526-33. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.



- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D. O., Pearlson, G. D., Woods, S. W. (2003): Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull.* 29:703–715.
- Oláh, É. (szerk.) (2004): *Gyermekgyógyászati kézikönyv*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest.
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D. (2001): The social phobia scale and the social interaction anxiety scale: Factor structure and reliability in a Spanishspeaking population. *J Psychoeduc Assess.* 19:69–80.
- Petch, A. (2008): *Health and social care: establishing a joint future*. Edinburgh: Dunedin Academic Press, pp 96.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999): Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry.* 45:7–12.
- Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., McKinstry, B. (2014): Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD004134.pub3.
- Thompson, E., Millman, Z. B., Okuzawa, N., Mittal, V., DeVlyder, J., Skadberg, T., Buchanan, R. W., Reeves, G. M., Schiffman, J. (2015): Evidence-based early interventions for individuals at clinical high risk for psychosis: a review of treatment components. *J Nerv Ment Dis.;* 203(5):342-51. doi: 10.1097/NMD.0000000000000287.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., Buckby, J. (2005): Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust NZ J Psychiatry.* 39:964–971.
- Zalsman, G., at all (2016): Suicide prevention staregies revisited: 10 year systematic review *The Lancet Psychiatry*, 3(7),646-659.
- Zatzick, D., Russo, J., Lord, S. P., Varley, C., Wang, J., Berliner, L., Jurkovich, G., whiteside, L. K., O'Connor, S., Rivara, F. P. (2014): Collaborative care intervention targeting violence risk behaviors, substance use, and posttraumatic stress and depressive symptoms in injured



adolescents: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr.; 168(6):532-9. doi:
10.1001/jamapediatrics.2013.4784.