

Körkép

A magyarországi szupervízió kronológiája

1990. február

A szociális képzést megalapozó soproni konferencián is már beszéltünk a szociális munka szupervíziójának fontosságáról, és mint elvárás megfogalmazódott, hogy része legyen a szociális szakmai munkának. Ott az a megállapodás született, hogy majd a későbbiek során a szociális munkás szakma alakítsa ki saját szupervíziós képzési szisztémáját.

1990. március

Létrehoztuk az Iskolaszövetséget, amely a Magyarországon működő összes szociális munkás, szociális asszisztens képzést folytató iskolát felölelte. Az előkészítés Sopronban történt.

1990. május

A Mentor Egyesület kidolgoz egy tervezetet a szociális munkások szupervíziós rendszerére. A tervezet a Szociális és Egészségügyi Minisztérium illetve a Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete Szakképzési Bizottsága számára készül.

1990. augusztus

Németh László elkészít egy tervezetet a szociális munka szupervíziójának kialakítására a Mentor Egyesület, ill. a Szociális Munkások Magyarországi Egyesületének Képzési Szekciója számára.

1990. szeptember

Göncz Kinga elkészít egy javaslatot a szupervizori-terepnári képzésre az Iskolaszövetség számára.

1990. szeptember

Megalakult a Mentor Egyesület és a Családsegítőkből dolgozó pszichológusok szakmai egyesületeként elkezd foglalkozni a szociális munka szupervíziójának elméleti és gyakorlati kérdéseivel. Folyamatosan biztosít szupervíziós lehetőséget a szociális területen dolgozók számára. (Az egyesület 1988 óta dolgozik, de ekkor alakul formálisan egyesületté).

1990. november

Az Életfa Egyesület (Debrecen) Kommunikáció, kooperáció, konfliktus (a szupervízió módszerei) című szemináriumot szervez Gerard Koller szupervizor vezetésével

1993. augusztus

A Mentor Egyesület poszter formájában bemutatja a szociális munka szupervíziós tevékenység-rendszerét. IFSW11. szemináriuma, Debrecen.

1994. február

A salgótarjáni Terepnanári konferencián „Szociális munka szupervíziójáról” – szekció Németh László és Bárdos Kata vezetésével. Terepnanári ajánlások kidolgozása a szupervízióra vonatkozóan.

1994. szeptember 2.

A szupervíziós képzést előkészítő munkacsoport megbeszélése. Jelen volt: Göncz Kinga, Sárvári György, Székelyné Kovács Eszter, Török Iván, Wiesner Erzsébet, Bagdy Emőke

Határozat:

1. Kialakítani az egyeztetési fórumokat a szupervízió fogalmának, képzésének tisztázására

2. A Mentor Egyesület tagjaival felvenni a kapcsolatot és közös egyeztetést folytatni

3. Megalakítandó a Szupervíziós Szakmai Bizottság. Összetétele: munkaadói oldal, gyakorló szociális munkások, képzőintézmények, segítő szakmák képviselői

1994. szeptember 2.

Fővárosi Pedagógiai Intézetben szupervíziós megbeszélés a HIETE, ELTE és Mentor között. Jelen vannak: Bagdy Emőke, Wiesner Erzsébet, Székelyné Kovács Eszter, Sárvári György, Göncz Kinga, Pik Katalin, Aczél Anna, Stang Tünde, Németh László, Bárdos Kata. Bagdy Emőke a szupervíziós képzést két fő vonalból eredezteti, a Debrecenben általa és Budapesten Tomcsányi Teodóra által irányított mentálhigiénés képzésből, ehhez társult a kasseli egyetem. Erre építve kezdődött meg a felkészülés a szupervízor képzésre.

Az ELTE posztgraduális szociális munkás képzésben szupervíziós blokkot terveznek; az elméletet Wiesner Erzsébet tartja és az előszupervíziót a Mentor tagsága.

1994. szeptember 19.

Salgótarjánban találkozik a HIETE és a Mentor. Jelen vannak: Török Iván, Sárvári György, Göncz Kinga, Keserű Károly, Bárdos Kata, Bagdy Emőke, Norbert Lippenmayer, Wiesner Erzsébet, Fodor László, Németh László, Székelyné Kovács Eszter

Az együttműködésről és a szupervíziós képzés kialakításáról folyik a tárgyalás. Nem jön létre együttműködés, mert a HIETE „diktálni” akar a Mentornak és a szociális szakmának, amit a Mentor visszautasít.

Megállapodás (Göncz Kinga és a Mentor között):

1. A Mentor létrehoz egy háromlépcsős képzést peer-szupervízió formában. Szupervízió elméleti szeminárium, csoportos szupervízió vezetésére technikai szeminárium és peer-szupervízió formájában szupervízorok számára kontrollszupervíziós lehetőség biztosítása.

2. Szakmai vitát és érdekegyeztetést kezdeményez a szociális munka szupervíziójának szentendrei kidolgozására, illetve a szociális munka szupervíziós képzés felállítására.

3. A Mentor Egyesület kezdeményezi és javaslatot dolgoz ki a szociális szakma számára a szupervízori jogosultság kritériumrendszerére.

1994. szeptember 23.

Humán segítő foglalkozásúak szupervízori képzéséről megbeszélés az OPNI tanácsstermében. A HIETE képzésről tájékoztató. Jelen van: Bagdy Emőke, Norbert Lippenmeier, Illyés Sándor, Nemes Judit, Németh László, Ritoók Magda, Pintér Gábor, Török Iván, Horváth László, Pöcze Gábor, Szabó Lajos, Faragó Magdolna, Aczél Anna, Sárvári György, Varga Gábor, Borbély Zsuzsa Határozat:

1. Nem szakmaspecifikus szupervízor képzésről beszélünk

2. Mindenki részéről megfogalmazódott az együttműködési szándék

3. Posztgraduális keretben gondolkodunk, a szakosító továbbképzés a valószínű forma

4. Nem azoknak kell kidolgozni a szakalapítási kritériumokat, akik most benyújtották, hanem ehhez szakmai konszenzus kell, ezen dolgozunk tovább

5. A következő ülés szervezését vállalja helyileg az MKM vagy a NM.

1994. október

Pik Katalin – Németh László: Vitaindító gondolatok a magyarországi (szociális munkás) szupervíziós képzés tervezése kapcsán. Vitaindító az MKM-hen a szupervíziós képzés szakindítási megbeszéléséhez, megjelent az Esély 1994/4. számában.

1994. október

Szupervíziós tanácskozás a Művelődési és Köznevelési Minisztériumban. A HIETE képzés szakalapítási kérelme alapján egyeztető megbeszélés. Témája: milyen viszonylatokban van szükség szupervízorokra; szakmaspecifikus és nem szakma-specifikus

szupervíziók jellemzői; a segítő szakmák különbözőségei és azonosságai; a kompetenciahatárok; monopolhelyzetre törekvő szupervíziós modellekkel konszenzuskeresés. Jelen van: Nemes Judit, Németh László, Pik Katalin, Szabó Lajos, Török Iván, Ágoston Magdolna, Horváth László, Csizmadia Ferencné, Borbély Zsuzsa, Berényi Rita, Faragó Magdolna, Sárvári György, Ligeti Csákné, Varga Gábor. Határozat: A tanácskozás támogatja a HIETE-n tervezett szupervizori képzés megvalósulását.

1994. december

A Bárcsi G. Gyógyeped. Tanárképző Főiskola Szociális Munkás Képző Tanszékén elindul egy szupervíziós képzés az oktatók számára Berlinből érkezett képzők vezetésével.

1995. január

A Mentor Egyesület elindítja a háromlépcsős szupervíziós képzését - gyakorlatban dolgozó szociális munkások számára. A szociális munka szupervíziós elméleti szemináriuma nyitott.

1995. április 4.

Szupervíziós tanácskozás a Művelődési és Közoktatási Minisztériumban. Jelen van: Nemes Judit, Németh László, Szabó Lajos, Török Iván, Borbély Zsuzsa, Sárvári György, Teleki Béla, Molnár Péter, Németh Margit.

1995. május 29.

Az Iskolaszövetség Szupervíziós Munkacsoportja megbeszélést tart. Jelen van: Sárvári György, Wiesner Erzsébet, Balogh Vilma, Göncz Kinga, Németh László. Egy egyeztető megbeszélés történt arról, hogy az egyes szupervíziót folytató iskolák milyen gyakorlatot követnek.

1995. június

Aláírásra kerül a Szociális Munka Etikai Kódexe négy egyesület képviselőjében. A IV/42. pont kimondja: Ennek érdekében joga és kötelessége részt venni szupervízió és szakmai továbbképzésen.

1995. november

Megalakul a Szociális Szakmai Szövetség Seregélyesen, négy egyesület részvételével: Iskolaszövetség, Hilscher, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Családsegítők Országos Egyesülete. Létrejönnek különböző munkacsoportok: Szakanyag mcs.; Etikai mcs.; Szupervíziós mcs.; Akkreditációs mcs.; Hivatásfejlesztési mcs.; Lobby mcs.; Iroda mcs.

1996. január

A Budapesti Szociális Forrásközpont és a Szociális Szakmai Szövetség Szupervíziós Munkacsoport összehív egy szupervíziós szakmai műhelyt. Itt születik megállapodásként, hogy készüljön egy hazai szupervíziós műhelyeket bemutató kötet, és előkészítésre kerül egy szupervíziós konferencia lehetséges tartalmi anyaga.

1996. március

A Szociális Szakmai Szövetség Szupervíziós Munkacsoportja megválasztja vezetőjének Kertész Erzsébetet. A munkacsoport összeállítja munkatervét:

1. Felmérés a szupervízió iránti igényről és a szupervíziót biztosítani tudó személyekről
2. Szakmai műhelyekkel kapcsolatfelvétel, konferencia előkészítés
3. Szociális munka szupervíziós konferencia szervezése
4. Szakmai állásfoglalás kialakítása a szociális munka szupervíziójáról és annak az Elnökség elé terjesztése
5. A szociális munka szupervíziójának különböző irányzatait bemutató kiadvány szerkesztése
6. Szociális munka szupervizor szakmai névsor pályázatának meghirdetése.

Írta: Bagdy Emőke

A mentálhigiéné, a humán segítő szakmák és a klinikai pszichológia

A Klinikai Pszichológia Szakmai Kollégium állásfoglalásának melléklete

Az alábbi vitaanyag két kérdéskörben kívánja meg az előzetes konszenzus kialakítását ahhoz, hogy ezt követően a „problémafelvetésben” együtt tudjunk gondolkodni, és a „javaslatban” felsorolt álláspontokra, teendőkre nézve egyetértésre juthassunk.

Vitaanyagunk a fenti diszkussziós váznak feleltethető meg és lehetővé teszi a kérdések előzetes áttanulmányozását, a válaszok előkészítő megfogalmazását. Ez az ülésünkön történő megvitatás időbeli ökonómiáját is ígéri.

Kérjük a vitaanyag előzetes átgondolását, és számítunk az ülésen való aktív részvétel(ed)re.

I. Mi a mentálhigiéné?

Alapkérdés: Szemléletmód/önálló szakterület - professzió/interdiszciplináris tudásanyag és gyakorlat?

1. Általában vett egészségvédelem, „népegészségügy”?
2. Primer, szekunder, terciér prevenció a lelki (elme) egészség terén? (pszichiátriai modell)
3. Primer prevenció, krízishelyzetekkel folytatott pszichológiai munka, lelki egyensúlyvédelem? (Caplan modell)
4. Egészségügyi kompetenciába tartozó tevékenységformák az egészség (lelki egészség) megőrzése érdekében? (orvosi/pszichiátriai modellek)
5. „Pozitív mentálhigiéné” az egészségügy rendszerén kívül, attól távoltartó, megvédő, „egészségkiindulású” és nonmedikális, elsősorban primer prevenció? (humanisztikus edukatív „kompetencia” modell)
6. Ökológiai-közösségi, társas megtartó hálózat segítségével működő, természetes szupportív társas rendszerek által szolgált egészségvédelem, egészségkultúra, egészségnevelés? („közösségi mentálhigiéné” nonmedikális modell)
7. Primer prevenció a testi-lelki-szociális egészséghez vezető fejlődés szocializációs tényezőinek optimalizálásával? (szociobiológiai, koevolúciós, szocializációs-lélektani-modell)
8. Antimedicinális, természetes egészségőrző és gyógyító tevékenység a biokultúra, ökoszisztéma felhasználásával, reform életrendre és fizikai-szellemi környezetszennyeződés elkerülésére összpontosítva (természetelvű „Zöld mozgalmi” mentálhigiéné modell, a természetgyógyászok preferálják)
9. Lelki-spirituális „egészségmegőrzés”, „szeretetelvű” szellemi, morális és értékkepző személyiségalkotás önkarbantartó, önművelő és altruisztikus interperszonális kapcsolatokkal? („transzperszonális lélektani” modell)
10. Primer prevenció, magatartástudományi alapokon nyugvó életmód-tervezés, életvezetés, egészség-megőrzési és profilaktikus, a stresszekkel való pozitív megküzdési módokat erősítő-fejlesztő életgyakorlat? („egészség-lélektani” modell)

II. Melyek a mentálhigiénés (primer prevenció) egészség-lélektani szemlélet, kultúra és humán” segítőgyakorlat kiépítése szempontjából a célpopulációk és feladatok?

Alapkérdés: Egészségügyön belül vagy kívül; intézményesen vagy társadalmi önszerveződéssel?

1. Pszichológiai, egészség-lélektani, prevenció, rizikófaktor-védelmi stb. ismeretterjesztés a tömegkommunikáció csatornáin?

2. Iskolai mentálhigiéné?

3. „Népfőiskolai” kultúraterjesztés, andragógia, felnőttképzés?

4. A hivatásos nevelők és gyógyítók (pedagógusok, orvosok) egyetemi képzésébe integrálni a mentálhigiénés alaptudást és az önsegítő (kompetencia-növelő) küzdőképességet erősítő eljárások tudását?

5. A családorvosok számára programszerűen nyújtani a segítő kapcsolatok kezelésének, vezetésének, gondozásának és a családdal való kapcsolat mentálhigiénés szempontú kiépítésének gyakorlatát?

6. A tisztiorvosi háló felhasználása az egészségügyön belül a korszerű mentálhigiénés gyakorlat és országos rendszer kialakítására anélkül, hogy kizárólagosan ezzel vélnék megoldani a mentálhigiénés feladatokat?

7. Pszichiátriai kiindulású „lelki segítségnyújtó” gondozóhálózat kiépítése?

8. Erősíteni kellene a társadalmi primer hálózatokat, az önsegítő csoportokat, a „kölsönös segítés” ősi elvén alapuló „közösségi támasz” kultúra növelésével?

E társadalmi önsegítő és kölcsönös segítő primer háló csatlakozhat azután a professzionális (önkormányzatok által létrehozott) primer ellátó hálózathoz?

9. A szociális ellátás (gondoskodás) szociálpolitikai megfontolásokon nyugvó nonmedikális intézményrendszerének kialakítása, működésének biztosítása és e rendszer fejlesztése? (igényfelmérés, igény-rangsorolás, fogadóhelyek szervezése, a segítés megszervezése, hivatásos segítők és laikusok bekapcsolása a finanszírozó forrásteremtő javakat elosztó és ellenőrző tevékenységbe?)

10. Egészséggondozók hálózatának létrehozásával, az egészségkárosító életmód felszámolására irányuló szakmai, medicinális, extramedicinális és/vagy öntevékeny kezdeményezésem nyugvó modellek kormányzati támogatásával (finanszírozási segítség, pályázati rendszerek)?

11. Családsegítő hálózat erősítése és/vagy humán szolgáltató/segítő központok létrehozása extramedicinálisan, humán segítő foglalkozásúak team-jének együttműködésével? Önkormányzati támogatások?

Problémapontok és konfliktusok a hazai mentálhigiénés helyzetben

1. Az egészségügy magáénak akarja tudni a mentálhigiénét, azt a tisztiorvosi (közegészségügyi) ellátás adminisztratív rendszerében akarja megvalósítani. Ugyanakkor a pszichiátriai szemléletű mentálhigiénés rendszerek is sajátjuknak kívánják, miközben a klienst ezzel „pácienssé” teszik. A segítő kapcsolati működés legkompetensebb (terapeuta) képviselői a „pszicho” szakmák.

2. A klinikai lélektan pszichiátriába ágyazott hazai fejlődése révén egyrészt az elmeegészségügyi mentálhigiénés szervezetekhez köti a szakpszichológusi mentálhigiénés tevékenységet (ld. „neurózis-ambulanciák”, „mentálhigiénés” gondozókban folytatott munka stb.) Másrészt a klinikai lélektan a nonmedikális mentálhigiénés rendszerek

kihívására alig vagy nem válaszolt, így a szociálpolitika felől a szociális gondoskodás mentálhigiénés rendszerei más, kevésbé kompetens szakemberek munkájára építik a mentálhigiénés szaktevékenységet. Ez hátrányos, mégis az kompenzálja, hogy minden „szociális” és „mentálhigiénés” felsőfokú képzésben pszichológusok, pszichoterapeuták szervezik, vezetik a képzést, tanítják a szakismereteket, illetve többnyire vezetői is a gyakorlati képzésnek. Ez szemléleti, fogalmi konszenzus és jó együttműködés ígérését hordozza.

3. A mentálhigiénés tevékenység(ek)re szerveződött ellátó rendszerek elkülönülten funkcionálnak, saját ideológiájuk féltésével, saját „falakkal”, nincs intézményhálózati információáramoltatás. Az egészségügy felé sem kommunikálnak. Ez az önkormányzati szervezésű, illetve önszerveződéssel létrejövő egyházi és világi intézmények sokféleségét eredményezi. Eltérő nivójú és szervezettségű intézmények működnek, mint pl. gondozóközpont, egészségklubok, mentálhigiénés központ, reformközpont, egészséggondozó, családsegítő stb. Tevékenységük rendszere nem tekinthető át, a hazai helyzet e téren kaotikus.

4. A szociális gondoskodás intézményeiben a pénzügyi (segély) támogatás és a pszichikai intervenció egyaránt a feladatok közt szerepel, holott e kettő egyazon segítő személytől szakmailag lehetetlen, összeférhetetlen. Emiatt a szociális intézmények zöme adminisztratív segélyezésre redukálja tevékenységét. Mivel kompetens szakemberük kevés van, klinikai pszichológus elvételre vesz részt e terület munkájában, a szociális és mentálhigiénés funkciókat ellátó intézményekben jól konceptualizált, jól szervezett és hatékony munka ritkán valósul meg.

5. A „szakemberképzés” terén túlbujánzik a specializáció. Ahány ellátóterület van, annyiféle „szakembert” találunk. Pl.: érettségihez/szakérettségihez társuló szakmák:

- középfokú szociális asszisztens
- általános szociális asszisztens
- szociális szakasszisztens
- ifjúságvédelmi szakasszisztens
- családsegítő szakasszisztens
- szociális ügyintéző

Főiskolai végzettséghez kapcsolódóan:

- gyermek- és ifjúságvédelmi pedagógus
- szociálpedagógus
- ifjúságvédelmi és tanácsadó tanár
- mentálhigiénikus szaktanár
- szociális munkás
- pszichopedagógus
- szociális munkás tereptanár

Egyetemi végzettséggel:

- szociális munkás
- szociálpolitikus
- iskolai mentálhigiénikus

Posztgraduális szakképesítéssel:

- mentálhigiénikus (Budapest, Debrecen, Szeged)
- klinikai lelkipedagógus
- szociálpolitikus
- iskolapszichológus

A Népjóléti Minisztérium „Szociális Képzési Bizottsága” (jelenleg az MKM-ben tevékenykedik) a Szakmai Képzési törvényben a fenti képzéseket „Ágazati képzés állami garanciákkal” címszó alatt hitelesíti.

6. Hiányzik a segítő szakmák saját beavatkozási kompetenciahatárainak definiálása, ezért a „lelki kezelés” parttalan és inkompetens alkalmazásával találkozhatunk e téren.

7. A klinikai pszichológia sem kommunikál a mentálhigiénés/segítő foglalkozású szakmai szférával, így az együttműködés/együtt gondolkodás kultúrája hiányzik.

8. A mentálhigiénés munka dilemmája, hogy a segítő szakmák jól képzett szakemberei az egészségügyben/pszichiátriában/klinikai pszichológiában/pszichoterápiában vannak, viszont az ellátó szervezeti komplexitásra, minden oldalú, sokszálú segítség nyújtására a szociálpolitikai terepén (szociális gondoskodás területén) nyílik mód. Mit tegyen a mentálhigiénés? Önálló legyen, az egészségüggyel vagy a szociálpolitikával szövetkezzen? Jelenleg a szociálpolitikai és mentálhigiénés ellátás rendszerei is kétfajta, eltérő szisztémát alkotnak, jóllehet (azonosan) problémákkal küzdő embereket segítenek meg. A kétfajta funkciónak a Humán szolgáltató Központokban történő egyesítésére szórványos kísérletek vannak. A családvédelmi humán szolgáltató központok létrehozására irányuló kormányzati irányelvek jelenleg megkísérlik a szociális és mentálhigiénés gondozásnak az ésszerű, célorientált (család mint célcsoport) összefogását. Ennek szolgálatával indokolja a szociális képzési Bizottság az „új típusú szakemberek” iránti szükséglet kielégítése érdekében a speciális segítő szakmák képzését (ld. fentebb).

9. A klinikai lélektan tudásanyagának jelentős része a mentálhigiénés ismeretek legfontosabb részét alkotja. A klinikai pszichológiai szakképviseléssel viszont az ellátó szervezeteknek nincs, vagy alig van kapcsolata. A szupervíziós rendszerben is jobbra pszichiáter-pszichoterapeuták dolgoznak.

10. A klinikai pszichológus szakképzésnek nem része az egészségpszichológiai tudásanyag, ami esélytelenné teszi a mentálhigiénés intézmények helyzetadekvát feladatkezelését, a bennük folytatható szaktevékenységre való felkészülést (így értelemszerűen), a vezetés feladatának ellátását is akadályozza.

Javaslat konszenzus kialakítására

A mentálhigiénés alapvetően szemléletmód, elméleti és gyakorlati tudás, ezen nyugvó felelősség egészségünk (lelki egészségünk) megóvására (primer prevencióra) vonatkozó magatartáskultúra. Tudás, amelyet kamatoztathatunk az életmódban, életvitelben. Nem önálló szakma, de bármely szakmába beépülhet, bármelyikhez (orvos, pszichológus, tanár, szociálpolitikus stb.) társulhat, mentálhigiénés többlettudás, amelyet ma még speciális képzések keretében kell beépítenünk az egyes szakmák tudásanyagába (pl. orvos-pszichológus-, pedagógusképzés), illetve posztgraduális specializációként vagy továbbképzések útján adható át az egyes szakmák diplomás képviselőinek.

A speciális posztgraduális egyetemi mentálhigiénikus képzés célja, hogy a hallgató elsősorban az alapidplomájának megfelelő szakterületen (munkakörében) képessé váljék általános és specifikus mentálhigiénés feladatok ellátására, az alkalmazó intézmény által igényelt (teljes- vagy rész) munkaidőben.

A szakképesítés lehetővé teszi a specifikus mentálhigiénés (elsősorban primer prevenció) feladatokat ellátó intézményekben való teljes vagy részmunkaidejű munkavállalást is, továbbá az egészségügyi, humán szolgáltató és szociálpolitikai intézményekben mentálhigiénikus feladatkörben való alkalmazást.

„Mentálhigiénikus” képesítés birtokában a szakember a lakossági egészségkultúra – egészségnevelés – egészséggondozás (primer prevenció) funkciók területén, a nevelő és

újra nevelő intézményekben, az ifjúságvédelemben, a specifikus és nem specifikus mentálhigiénés célprogramok megvalósításában, a családsegítő és egészséggondozó intézményhálózatban, a szociálpolitikai intézmények lakossági igény-(ínség) feltáró tevékenységében, valamint segítő szolgáltatásainak lebonyolításában fejtheti ki tevékenységét (utóbbi esetben a szociális munka nonfinanszírozott feladatainak ellátásával).

A képzés az ellátóterület preventív, pszichoedukatív, intervenció, tanács-adói (counselor) és konzultánsi feladatkörökben készíti fel a hallgatót segítő kapcsolati (egyéni-pár-család) intervenció tevékenységre. A képzés semmiféle gyógyító (terápiás) tevékenység folytatására nem jogosít.

A mentálhigiénés felkészül a segítő szakmák képviselőivel való együttműködés és kapcsolattartás módjaira is (konzultáció, átirányítás, kooperáció stb.)

A mentálhigiénés kompetenciával rendelkező szakember

1. Képes a saját szakterületén meg-t jelenő humán-lélektani problémákkal úgy foglalkozni, hogy ezek, mint szakterületének (pedagógiai, lelkipálya, népművelés, szomatikus orvoslás stb.) céljait akadályozó tényezők csökkenjenek, illetve elháruljanak.

2. Művelői nem pszichoterapeuták, hanem olyan pedagógus, orvos, lelkész stb. identitású szakemberek, akik a lelki zavarok korai felismerésében kitüntetett lehetőségekkel rendelkeznek. Saját szakterületükön képesek ugyanis felismerni azokat a lélektani változásokat, amelyek fizikai, lelki teljesítményromlásra keresztül ott jelennek meg először (pl. diák motorikájának megváltozása ilyen változásra utalhat, melyet a tornatanár észlel). Ezek korrekciójára vagy maguk vállalkoznak, vagy más adekvát megoldási módokat támogatnak.

3. Hivatásuk művelése során szükségképpen súlyos emberi problémákkal, lelki sérültekkel, betegekkel is találkoznak. Így segítő kapcsolatba kerülhetnek olyanokkal is, akik – sok esetben az ő közvetítésükkel - pszichoterápiás vagy pszichiátriai kezelésben részesülnek, de akikkel saját munkaterületük révén a pszichoterápiás kapcsolattal egyidejűleg is mentálhigiénés segítő kapcsolatban állnak (pl. lelkivezető).

Ez a segítő kapcsolat nem azonos a pszichoterápiás kapcsolattal, de nem is csupán az emberi jószág ősi gesztusa. Ezt a gesztust a lélektani háttérszaktudás és saját szakterületük ismereteinek ötvözete teszi hatásosabbá, s így lépnek kapcsolatba pedagógusi, lelkési, ügyvédi identitással a bajbajutott emberrel.

4. A mentálhigiénés képzett szakember saját területén szerzett munkatapasztalatai és interdiszciplináris ismeretei alapján betekintést kell, hogy nyerjen a pszichoszociális problémák előidézésében részt vevő multifaktoriális kockázati tényezők rendszerébe, és javaslatot tud tenni ezek csökkentésére, illetve a korai problémakezelésnek módozataira, valamint a humán erőforrások felkutatására, mozgósítására és erősítésére.

A mentálhigiénés segítő kapcsolattartás főbb módszerei

Különböző terápiás irányzatokból szisztematikusan szelektált eljárások szituációadekvát kombinálása saját szaktudományának módszereivel.

A segítőnek felkészülten és átgondoltan kell mérlegelnie, hogy az adott helyzetben az adott célkitűzést melyik megközelítés szolgálja leginkább.

Ilyenek a rogersi személyközpontú, a rendszerszemléletű családterápiából, illetve a pszichoanalízisből kiemelt, és helyenként modifikáltan alkalmazott módszerek, illetve a „nem specifikus (kapcsolati) tényezők”: pl. meghallgatás, méltányolás, a realitás felmutatása, adott tartalomból kifejezett érzelmek kiemelése, elmondott tartalmak

összefoglalása, kapcsolattisztázás, az ellenállás észlelése: annak tudása, hogy érzékeny pontokhoz érve a segítő szándék akadályokba ütközhet. Az indulatáttétel felismerése: a segítő tudja, hogy az ember ítéleteit és érzéseit korábbi élmények befolyásolhatják az új helyzetekben is.

Saját szaktudományának módszerei lehetnek pl. lelkész esetében: rituálék, ima, ünneplés. A mentálhigiénés segítő kapcsolat nem több vagy kevesebb, mint a pszichoterápiás kapcsolat, hanem más: lehetőség arra, hogy a lélektanilag legmegfelelőbb pillanatban találkozzék az egyén személyére és élethelyzetére szabott pedagógiai, teológiai stb. hatásokkal.

A mentálhigiénikus és a szociális segítő szakmák kompetenciája a fentiek nyomán jól elkülöníthető a klinikai pszichológusétól.

Egyik szociális segítő szakmában sem végezhetnek pszichodiagnosztikát és pszichoterápiát. A mentálhigiénikus az alapszakmájának keretében (pl. pedagógusként, lelkészként) a saját tevékenységi körében ismerheti fel, szűrheti ki és előzheti meg a lelki zavarok/betegségek kibontakozását, illetve felkészítheti a tanítványát/kliensét a hatékony önségitésre. Az élet határhelyzeteiben (terminális fázisba kerülő, súlyos beteg, haldokló és családja, halál, súlyos veszteségek) kísérőként nyújthat lelki támaszt a szenvedőknek. A segítő szakember széles kapcsolatrendszerével segítheti kliensét eligazodni életterében, munkalehetőségekben, vagy pl. az egészségügy útvesztőiben. A klinikai pszichológussal ellentétben beavatkozhat kliense személyes életterébe, akár a gondozási feladatok ellátásával is. Tevékenysége határai tágasak, de a munka lelki segítő szabályrendszere (pl., absztinenciaszabály, titoktartás) ugyanaz.

A segítő szakmák képviselői anyagi és természetbeni javakból álló támogatást is adhatnak a kliensnek (segély, ruházat stb.).

(Ez utóbbit helyes volna kizárni és „szociális segélypénztárak” feladatává tenni.)

Szervezési kérdések

A mentálhigiénés intézmény kapcsolódhatna az egészségügyi alapellátáshoz, mint a háziorvosi szolgálathoz hasonló lehetőség, hogy lelki problémáival is legyen hova fordulnia a kliensnek egyenesen, külön beutaló nélkül is. (V.ö.: szakkollégiumi javaslat az „Egészségesebb nemzetért” miniszteri ajánláshoz.) Az idegszakrendelésre, ideggondozóba, neurózis rendelésre – bár ott is nagy a forgalom – többen a kórház közelsége, a stigmatizáció veszélye miatt nem szívesen mennek (oda még beutalót is kell szereznii előbb). Sajnálatos, hogy a háziorvosok alig küldenek pszichológushoz ügyfeleket (úgy érzik most, hogy maguknak kell „megoldaniuk” csaknem mindent vagy egyenesen pszichiáterhez utalják).

A mentálhigiénés intézet tehát részben (pszichés vonatkozásban) a-lapellátás jellegű, de egyúttal szakellátásnak is kell lennie (mivel a pszichés rendelések, gondozók megelőzéssel nem foglalkoznak), pszichés prevenció szakintézmények is mondhatnánk, melynek főleg elsődleges megelőzéssel kellene foglalkoznia.

A mentálhigiénés rendelés segítséget nyújthat:

1. A prevenció minden területén, különös tekintettel a korai (kisgyermek, óvodások, iskolások, fiatalok) és közvetett (terhesek, kismamák, szülők, illetve pedagógusok, háziorvosok, védőnők asszisztensek) megelőzésre; 2. minden korosztályra (egészen a korai gyermekkortól az idősorig) végigkísérve; 3. többféle pszichés zavarra (neurózis, öngyilkosság, szexuális zavarok, alkohol- és drogfogyasztás, személyiségzavarok, pszichózisok, párkapcsolati problémák és gyermeki beilleszkedési, alkalmazkodási zavarok és végül a pszichoszomatikus betegségek – ez utolsóval foglalkozik más intézmény is, de nem az igen fontos pszichológiai oldalával, pedig a pszichés veszélyeztetettségre való szűrés

és az ellene való felkészítés is megoldható lenne); 4. többféle módszerrel (pszichológiai szűrővizsgálatok, tanácsadás, különféle pszichoedukatív technikák egyéni, pár, család és kiscsoportos formákban, klubfoglalkozások, személyiségfejlesztő tréningek, és szervesen hozzátartozik a határterületeken dolgozók képzése, továbbképzése, és a közvetett prevenció keretében még a terhesek és szülők kiscsoportos, klubformájú, vagy Gordon módszerű felkészítése). Ezenkívül – ez nyilván mindenhol megoldható – szóbeli előadásokat is célszerű tartani, rádiós és televíziós beszélgetésekben részt venni, szóróanyagokat és ismeretterjesztő újságcikkeket írni stb.

A mentálhigiénés intézet más, mint a pszichiátriai, pszichoterápiás rendelések és gondozók, más, mint az alkoholgondozó és drogambulancia, más mint a nevelési tanácsadó, végül más mint a családsegítő (ahol a szociális, segélyezési és gondozási kérdésekre összpontosítanak). Tehát önálló intézménynek kell lennie. Elhelyezés szempontjából sem tarthatjuk kívánatosnak a közeli szomszédságot, részben a kliensek stigmatizációs félelmei miatt, részben pedig a kismamák, kisgyerekek, iskolások jobb, ha nem találkoznak az alkoholbetegekkel, elmebetegekkel.

Az intézmény vezetője bármelyik segítő szakmát képviselő, a legtöbb irányú segítő kapcsolati képzettségű egyetemi végzettségű szakember lehetne, de csakis pályázat útján, a Szakmai Kollégium véleményét figyelembe véve (Mentálhigiénés, Klinikai Pszichológiai és Pszichiátriai Kollégiumok).

Mentálhigiénés intézet klinikus szakpszichológus nélkül ne legyen „üzemeltethető”. Természetesen más kulcsfontosságú szakmák is vannak, ebből még a (legalább részfoglalkozású) pszichiátert és a mentálhigiénés végzettségű szakembert említenénk elsősorban, de a korai prevenció munkához védőnő, gyermekgondozónő, pedagógus is szükséges. Kb. 30 ezres lakosságra volna célszerű létesíteni egy intézményt, ennek az ideális stábjában: klinikai pszichológus (okleveles pszichológus), részfoglalkozású pszichiáter, mentálhigiénikus, szociális munkás, védőnő, gyermekgondozónő, egy asszisztens-adminisztrátor, részfoglalkozású lelkipogozó. Ezenkívül bevonhatók különböző alkalmi „bedolgozók”: pedagógusok, orvosok, lelkész stb. a számviteli, karbantartási feladatokat egy alkalmas anya- vagy társintézmény biztosíthatná.

A tárgyi feltételeket tekintve, pl. megüresedett bölcsődei részlegek csekély beruházással átalakíthatók az intézmény céljára, de feltétlenül külön bejáratúvá kell tenni, mivel kb. este 19-20 óráig legalább ügyelet szükséges, sokan csak munka után tudnak jelentkezni (nem táppénzen vannak!). Elengedhetetlen a várható nagy forgalom miatt a külön telefonvonal. Sőt – ahol már van – a lelki elsősegély telefonszolgálat is ide integrálható, ennek is külön vonal és az éjszakai ügyelet miatt külön bejárat kell.

A költségvetés tekintetében fontos, hogy az önkormányzatok olyan támogatást kapjanak e célra, hogy érdekelték legyenek a megelőzésben. Természetesen a Társadalombiztosítást (melynek explicit feladata a megelőzés is) ki kell terjeszteni a mentálhigiénés tevékenységre is.

Az alapellátással és szakellátással is szerves kapcsolat és átjárhatóság szükséges, hogy ne kelljen időt rabló és akadályokkal teli kerülőutakat igénybe venni, ha az ügyfélnek (ez a legvalószínűbb) pszichiátriai vizsgálatra, kezelésre, gondozásra, hospitalizációra van szüksége (belgyógyászati stb. szakellátást a háziorvoson keresztül javasolhatnánk). Az iskolákkal való szoros kapcsolat is fontos; terepmunkákat kellene végezni. Szociális gondjaikkal a Családsegítőhöz kell irányítani az ügyfeleket.

A dolgozók mentálhigiénéje érdekében fontolgatni kellene a munkaidő-csökkentés lehetőségét, és elő kell írni a rendszeres stáb-megbeszéléseket, külső szupervíziót, illetve felvételt az alkalmasságvizsgálatot.

A kor szellemének megfelelően – azért, hogy kisebb, így gazdaságosabb, de jól szervezett ütőképesebb és szellemileg önálló, kreatív, kezdeményező-kész önszerveződő stáb dolgozhasson – támogatni kellene a magán- vállalkozás megfelelő, nem profitorientált formáit. Az alkalmasságvizsgálat, még inkább az önszerveződés és szervezetfejlesztés és a „magánérdekeltség” szervezési szempontból ugyanúgy kulcskérdések, mint tartalmi szempontból a komplex korai és közvetett prevenció. Ez utóbbival hatékonyan ellene dolgozhatnánk a klinikai pszichológusok tömeges pályaelhagyásának. Azok a teendők volnának itt szakfeladatok, amelyekért - más területeken történő alkalmazásban, kedvezőbb anyagiak ellenében – a klinikus szakpszichológusok jelentős százaléka elhagyja a szűkebb szakterületét.

Megbeszélésre, további kidolgozásra vár:

1. Szakmaetikai kérdések tisztázása (titoktartás és együttműködés egyazon személy segítői között).
2. Határterületi együttműködés pl. pszichoterapeuta klinikai pszichológus és lelkipásztor (pl. gyónató) között.
3. A klinikai pszichológiába, pszichoterápiába humán modulként beépíteni bizonyos határterületi ismereteket. Egy jól képzett klinikai pszichológusnak, pszichoterapeutának ismernie kellene (elméleti és sajátélmény szintjén is) a személyiségnek keresztény hitbe beágyazottságát.
4. A mentálhigiénés képzés interdiszciplináris jellegének erősítése (pl. megfelelően válogatott oktatógárdával).
5. Mentálhigiénés szakemberek szupervíziójának speciális személyi feltételei.

Összeállította a Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium ad hoc bizottságának (Frenkl Sylvia, Ignácz Piroska, Konta Ildikó), valamint felkért, külső szakértőknek (Buda Béla, Németh Margit, Sarkady Kamilla -NE VI, Török Iván - NM Népjóléti Képzési Központ) előkészítő anyaga alapján: dr. Bagdy Emőke

Megjelent a Pszichoterápia 1994. decemberi számában.