

HILSCHER REZSŐ  
ALAPÍTVÁNY

Vol. 35. (2024) No. 1.

DOI 10.48007/esely.2024.1

chance

Journal of  
Social  
Policy

C  
J  
S  
P

esély

Társadalom- és  
szociálpolitikai  
folyóirat

e  
s  
é  
l  
y

ISSN 0865-0810

Kiadja a Hilscher Rezső Alapítvány

Szerkesztőségi cím:

✉ [esely@esely.org](mailto:esely@esely.org)

**Főszerkesztő:**

DR. CZIBERE IBOLYA

**SZERKESZTŐSÉG:**

Szerkesztők:

Dr. Czibere Ibolya  
Dr. Farkas Zsombor  
Dr. Juhász Gábor  
Dr. Rácz Andrea

Olvasószerkesztő:

Dr. Nemes-Zámbó Gabriella

Tördelőszerkesztő:

Juhászné Marosi Edit

Szerkesztőségi titkár:

Dr. Molnár Éva

**ISSN 0865–0810**

[www.esely.org](http://www.esely.org)

DOI 10.48007/esely.2024.1



Megjelenik évente négyszer.

# Tartalom

## TANULMÁNYOK

- 4 **ARNOLD PETRA – KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ**  
Addiktológiai ellátásba kerülést nehezítő tényezők a hazai segítő szakemberek percepciója tükrében
- 34 **B. ERDŐS MÁRTA**  
Szociális munkások a posztmodern terápiaák világában
- 49 **HERCZEG VIKTÓRIA**  
Óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység gyakorlati tapasztalatai csoportos és közösségi szinten

## KEREKASZTAL-BESZÉLGETÉS

- 64 **A tudományos tájékoztatás útvesztőiben – A szociális szakfolyóiratok lehetősége**  
*Ferge Zsuzsa szakmai örökségének nyomában – a társadalompolitika feltűnő és eltűnő esélyei*

# Contents

## STUDIES

- 4     **PETRA ARNOLD – MÁTÉ KAPITÁNY-FÖVÉNY**  
Experts' perception of difficulties in entering addiction treatment programs in Hungary
  
- 34    **MÁRTA B. ERDŐS**  
Social workers in the realm of postmodern therapies
  
- 49    **VIKTÓRIA HERCZEG**  
Practices and experiences of social work at group and community level

## ROUNDTABLE DISCUSSION

- 64    Scientific information – The opportunities of social journals  
*Zsuzsa Ferge's professional legacy – the chances of social policy*



# Addiktológiai ellátásba kerülést nehezítő tényezők a hazai segítő szakemberek percepciója tükrében<sup>1</sup>

Arnold Petra

Kapitány-Fövény Máté

ARNOLD PETRA: PhD, szociológus, Semmelweis Egyetem ETK Addiktológiai Tanszék, HUN-REN-Corvinus Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport; arnold.petra@semmelweis.hu

KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ: PhD, klinikai szakpszichológus, Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Semmelweis Egyetem ETK Addiktológiai Tanszék; m.gabrilovics@gmail.com

**ABSZTRAKT** *Háttér és cél:* Az évente rendelkezésre álló hazai statisztikai adatok alapján becsléseket fogalmazhatunk meg az ellátórendszerben megforduló addiktológiai betegek tényleges számát illetően. Ezen adatok azonban inkább az ellátórendszer kapacitásáról nyújtanak információt, mintsem arról, hogy ténylegesen hányan küzdenek szerhasználati zavarral: sokan nem jutnak el az ellátórendszerbe, melynek hátterében – főként nemzetközi kutatási eredmények alapján – személyes, szociális és strukturális tényezők egyaránt állnak. Hazai kutatási eredmények korlátozottabban állnak rendelkezésre a témában, célunk ezen hiány pótlása. *Módszer:* Kvalitatív módszert alkalmaztunk, a célcsoportot a fővárosi drog-specifikus egészségügyi vagy szociális szolgáltatóknál több éve a területen dolgozó hazai szakemberek képezték. 11 interjú készítettünk. A szó szerint legépelet kivonatokat kvalitatív tematikus elemzéssel elemeztük. *Eredmény és következtetés:* A kliensek ellátásba kerülését strukturális, szervezeti és személyes szinten több tényező akadályozza: nem nagyon volt változás az elmúlt 5-10 évben a terület finanszírozásában és a finanszírozás kiszámíthatatlanságában, a szakmát figyelmen kívül hagyó, politikai érdekeket szem előtt tartó döntéshozatalban, a kiszámíthatatlan, adminisztrációs terhekkel teli jogszabályi környezetben, a társadalom drogfogyasztással szembeni attitűdjében, a szakember-ellátottságban. A hazai és nemzetközi kutatási eredmények is arra utalnak, hogy mély, rendszerszintű problémák tapasztalhatók az addiktológiai ellátásban, amelyek orvoslása többek között a társadalom érzékenyítésére irányuló programokkal, bizonyítékon alapuló, szakértők bevonásával történő döntéshozattal, prevencióval, egy kiszámíthatóbb jogi, pénzügyi környezet teremtésével, kapacitásbővítéssel és érdemi tájékoztatással lehetséges.

**Kulcsszavak:** addiktológia, ellátórendszer, kvalitatív kutatás, szakértők, drogstratégia

## Experts' perception of difficulties in entering addiction treatment programs in Hungary

**ABSTRACT** *Background and aim:* Based on national annual statistical data, estimates can be made on the number of the clients entered treatment. However, these data provide information on the addiction treatment's capacity rather than on the real number of people with substance use disorders. A lot of

<sup>1</sup> A szerzők köszönetet szeretnének mondani a Budapest Fővárosi Önkormányzatnak, hogy a kutatást támogatta, valamint a Magyar Addiktológiai Társaságnak, hogy felkérte őket a kutatás lebonyolítására.

Arnold Petra köszönetét fejezi ki, hogy az Eötvös Loránd Kutatási Hálózat Támogatott Kutatócsoportok Irodája (HUN-REN-CORVINUS Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport), valamint Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (OTKA - K146029) támogatta a munkáját.

Kapitány-Fövény Máté köszönetét fejezi ki a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal OTKA pályázatának (FK134807, FK146396, K135629) támogatásáért.



international research found that many clients do not access addiction treatment due to personal, social and structural factors. In Hungary, research on entering treatment's barriers is more limited – our aim is to analyse the gaps in the substance use disorder treatment. *Method:* Qualitative method was applied. The target group consisted of national professionals who have been working in treatment for several years at health care system or social service providers in Budapest. 11 interviews were conducted. Verbatim transcriptions were analysed using qualitative thematic analysis. *Result and conclusion:* Several structural, organisational, and personal barriers of accessibility to substance use treatment have been explored. No change in the last 5-10 years has been found regarding the funding and unpredictability of funding in the field; the political interests of decision making that ignore experts' opinion; the unpredictable legal environment with administrative burdens; the attitudes of society towards drug use; the lack of qualified workforce. National and international research also suggests that there are deep, systemic problems in substance use treatment, which can be addressed through social sensitisation programmes, evidence-based decision-making involving experts, prevention, a more predictable legal and financial environment, capacity expansion and meaningful information.

**Keywords:** addictology, treatment, qualitative research, expert, drug strategy

## BEVEZETÉS

Hazánkban az addiktológiai betegek ellátása több évtizedes múltra tekint vissza, a drogbetegekre irányuló ellátórendszer szélesebb körű kiépülése ugyanakkor csak a nyolcvanas, kilencvenes évekre tehető (Rácz – Kassai 2022). Azóta relatíve nagy lefedettségű ellátórendszer alakult ki Magyarországon, de még mindig számos olyan régió van, ahol nem érhető el célzott addiktológiai ellátás, illetve a rendelkezésre álló kezelőhelyek telítettsége miatt a klienseknek folyamatos várólistákkal kell számolniuk, valamint további tényezők is nehezítik az ellátórendszer működését és a kliensek ellátásba jutását.

A kábítószer-használat a hatvanas évek végén, hetvenes évek elején jelent meg Magyarországon, amikor is egy-egy esetről, híradásjellegű tudósításról van információnk a droghasználatra vonatkozóan (Bajzáth – Tóth – Rácz 2014): a fiatalok elsődlegesen alkoholt gyógyszerrel, Parkánt fogyasztottak, valamint szípuztak – a klasszikus kábítószerhez csak külföldről, pl. diplomata gyerekei jutottak hozzá (Rácz – Kassai 2022). Ebben az időszakban társadalmi/politikai okok folytán Magyarországon még nem definiálódhatott társadalmi problémaként a drogjelenség (Andorka – Buda – Cseh-Szombathy 1974, Elekes 1993), a kábítószer-használat tabutémának számított, az akkori politikai vezetés azt az ideológiát képviselte, hogy a drogkérdést elsősorban a rendőrségnek kell megoldania, így elmaradt a megelőzés-gyógyítást-rehabilitációt szolgáló intézményrendszer kiépülése (OKBI 2006, Bajzáth – Tóth – Rácz 2014).

A nyolcvanas évekre tehető a drogprobléma jelentősebb térnyerése: ebben az időszakban elsődlegesen kodeinszármazékok alkohollal kombinált használata, máktea, illetve intravénásan Hydrocodin fogyasztása volt megfigyelhető a fiatalok körében (Bajzáth – Tóth – Rácz 2014). A drogprobléma „hivatalossá” válását tekintve az áttörést az 1985. év jelentette, amikor is a sajtóhírzárlatot feloldották; megszületett a fiatalkori bűnözéssel foglalkozó Minisztertanácsi határozat, amely figyelembe vette a droghelyzetet, s egy megelőzésre és kezelésre épülő intézményhálózat kiépítését szorgalmazta (OKBI 2006). Egyre többen jelentek meg drogprobléma miatt az ellátórendszerben, akiket kezdetben jellemzően a pszichiátriai osztályokon ke-



zeltek, azonban elég hamar kiderült, hogy ezek az osztályok az addiktológiai betegek ellátására nem alkalmasak, ugyanis csak tüneti kezelést tudnak nyújtani, és hosszabb távú terápiát nem biztosítanak (Rácz – Kassai 2022). Mindemellett az egészségügyi intézmények nem is szívesen fogadták az addiktológiai betegeket, többek között nem együttműködő viselkedésük, illetve egészségügyi panaszaiikkal társuló szociális problémáik miatt (Rácz – Kassai 2022). Az addiktológiai betegek növekvő számára, illetve a szerhasználók egészségügyi rendszerben tapasztalható elutasítására reflektálva kezdett kiépülni a droghasználókat ellátó, komplex szolgáltatást nyújtó, multidiszciplináris teamben dolgozó speciális intézményrendszer (Rácz 1988, Rácz – Kassai 2022). Nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy az addiktológiai ellátás specifikus ellátási formaként hatékonyabban tud működni az általános egészségügyi ellátáshoz képest. Az addiktológiai betegek általános egészségügyben történő ellátása ellen szóló érvek (Adeniran et al. 2023, McNeely et al. 2018, Sokol et al. 2021, Storholm et al. 2017, Williams et al. 2018) között említhetjük egyrészt a személyes akadályokat: pl. hajléktalanság, bizalom hiánya; másrészt a szervezeti akadályokat, mint pl. klinikai, addiktológiai tudás/tapasztalat, továbbképzések hiánya; a téves hiedelmeket, pl. a farmakoterápia önmagában elégséges a probléma kezelésében; valamint azt a tényt, hogy a szerhasználattal szembeni stigma is nehezíti a szerhasználók ellátását. Az addiktológiai betegek ellátását strukturális, rendszer-szintű tényezők is hátráltathatják, amennyiben a kezelés nem specifikusan rájuk irányuló ellátási formában történik, ugyanis az általános egészségügyi ellátásban az addiktológiai betegek-re jutó forrás, személyzet és hely korlátozott, továbbá eltérő szervezeti kultúra, valamint szakpolitika érvényes az addiktológiai betegek kezelésére. Ezen tényezők is megerősítik tehát egy specifikus addiktológiai ellátórendszer kiépülésének fontosságát.

A rendszerváltást követően változott a droghasználat társadalmi mintázata: a klasszikus drogok berobbanásával változtak a fogyasztási szokások, nőtt a fogyasztók száma (Bajzáth – Tóth – Rácz 2014), így egyre nagyobb szükség mutatkozott egy kiterjedt ellátórendszer kiépülésére, ami a kilencvenes és kétezres években be is következett. Ezekben az években jelentős drogszakmai felívelést láthatunk, a „szolgáltatások és szakpolitikák” korszakát, amikor is kiépült a megelőző-gyógyító-ártalomcsökkentő ellátórendszer, sorra alakultak a szakmai szervezetek és megszületett az első drogstratégia (Rácz – Kassai 2022). Ennek a felívelésnek a 2010-es és 2020-as évek vetettek véget, amikor is számos olyan intézkedés született, amely az addiktológiai ellátórendszer minden szegmensét (megelőző-gyógyító-ártalomcsökkentő) hátrányosan érintette: mint pl. a prevenciót végző iskolák száma markánsan lecsökkent, sorra zártak be a tű- és fecskendőcsere szolgáltatások, illetve nagy betegforgalmú addiktológiai osztályok, forrásokat, normatívákat vontak meg az ellátóhelyektől. Mindez egy olyan időszakban történt, amikor folyamatosan új kihívásokkal kellett az addiktológiai ellátórendszernek szembenéznie, ideértve 1) az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ, dizájner drogok) 2009–2010-es berobbanását (az ÚPSZ-ok összetétele nagyon gyorsan változik, kiszámíthatatlan a hatásuk, gyors leépülést eredményeznek, így az ellátórendszer nagyon nehezen tud lépést tartani a folyamatosan változó, ismeretlen összetételű és hatású szintetikus szerekkel); vagy 2) a COVID-világjárvány ellátás-specifikus következményeit: a néhány évtizede hatékonyan működő terápiás kultúrát rendkívül szűk határidőn belül kellett online, telemedicina-jellegű ellátási formává alakítani.



Statisztikai regisztrátumok, mint az OSAP (Országos Statisztikai Adatfelvételi Program), vagy a TDI (Kezelési Igény Indikátor) évről évre rendelkezésre állnak, lehetővé téve, hogy becsléseket fogalmazzunk meg az ellátórendszerben megforduló kliensek tényleges számát illetően: a TDI adatok szerint az elmúlt 5 évben jellemzően 3400–3800 fő lépett először kezelésbe kábítószer-probléma miatt (nem elterelés keretében) (Péterfi – Bálint 2022), az OSAP adatok szerint 2017-ben 13 602 főt tartottak nyilván, akit addiktológiai gondozóban alkohol-, vagy kábítószer-probléma miatt kezeltek.<sup>2</sup> Ezen adatok kész tényként való értelmezésekor azonban nem árt kellő mértéktartással eljárni, ugyanis az adatok megbízhatóságát számos tényező befolyásolhatja (Arnold – Péterfi 2023), többek között<sup>3</sup> az, hogy az adatok inkább nyújtanak információt az ellátórendszer kapacitásáról, mintsem arról, hogy ténylegesen hányan küzdenek drogproblémával: sokan nem jutnak el az ellátórendszerbe, melynek háttérben – főként nemzetközi kutatási eredmények alapján – személyes, szociális és strukturális tényezők egyaránt állnak (Farhoduian et al. 2022).

A személyes tényezőkön belül a kezeléssel kapcsolatos téves információkat (pl. ellátás elérhetőségével, hatékonyságával kapcsolatos hiedelmek, ismeretek); a különböző félelmeket (pl. stigmától vagy a megvonásos tünetektől való félelem); az addiktológiai populáció sajátosságait (pl. motivációhiány, alacsony önbecsülés, érzelemszabályozási nehézségek, megküzdési stratégiák hiánya konfliktushelyzetekben vagy munkából való kimaradás a kezelésben való részvétel miatt); és a kettős diagnózisú eseteket lehet említeni (Farhoduian et al. 2022, Caris – Beckers 2022, Saunders et al. 2006, van der Pol et al. 2013, Wagner et al. 2017, Digiusto – Treatora 2007, Peterson et al. 2010, Rapp et al. 2006, Redko et al. 2006, Strathdee et al. 2006).

A szociális tényezők közül a drogfogyasztókkal szembeni stigma, a szociális (család, barátok) támogatás hiánya, illetve az ellátóhelyen a stábbal kapcsolatos nehézségek (pl. rugalmatlan, nem kliensorientált attitűd, az addiktológiai betegek túlzott stábtól való függése) emelhető ki releváns akadályozótényezőként (Farhoduian et al. 2022, Hudgins et al. 2021, Caris – Beckers 2022, Digiusto – Treatora 2007, Peterson et al. 2010, Rapp et al. 2006, Redko et al. 2006, Strathdee et al. 2006; Gilbert et al. 2015, Neale et al. 2007, Wagner et al. 2017). A szerhasználati zavart övező társadalmi stigma gyakori negatív következménye továbbá az érintettekben kialakuló fokozott önstigmatizációs hajlam is (Chen et al. 2022), mely nem pusztán a kezelésbe kerülés nehezítője, de a kezelés hatékonyságának akadályozója is lehet, elsősorban olyan negatív érzelmek és kognitív, anticipátoros folyamatok mediálól hatásán keresztül, mint a csökkent énhatékonyság érzete (Crapanzano et al. 2018), vagy akár a kezelésbe fordulás észlelt, vagy elővételezett káros következményeitől való félelem (pl. a munkáltatók kevésbé alkalmaznak olyan munkakeresőt, akiről kiderül, hogy szerhasználati zavar miatt kezelték) (Elkalla et al. 2023).

A strukturális tényezők egyrészt a jogi és politikai akadályokat (pl. kirekesztő politika, kezelést háttérbe szorító, büntetést előtérbe helyező drogpolitika) jelentik (Farhoduian et al.

<sup>2</sup> OSAP 2088 „Jelentés az addiktológiai betegek gondozásáról” Forrás: [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ege/hu/ege0017.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0017.html). 2017 után nem állnak rendelkezésre adatok.

<sup>3</sup> További tényezők: Definíciós nehézségek (pl. kit tekintünk drogfüggőnek); A drogprobléma más diagnózissal való regisztrálása; A regisztrálás folyamata (mennyire pontosan regisztrálják az adatokat; az egészségügyi, szociális személyzet leterheltsége); Az adatgyűjtés célja (a NEAK elsődlegesen finanszírozási célból gyűjti az adatokat).



2022), másrészt a következő, az ellátórendszer működéséhez kapcsolható akadályokat foglalják magukba: szakember-, forrás-, kapacitás-, és szolgáltatáshiány, hosszú várólista, nagy fluktuáció, továbbképzések hiánya, detoxifikáción való hangsúly (tüneti kezelés) a terápia helyett, túlzott adminisztráció, ellátásszervezés, továbbirányítás rugalmatlanságai vagy az ellátóhelyek nehéz megközelíthetősége, társadalombiztosításhoz kötöttség (Farhoduian et al. 2022, Gilbert et al. 2015, Neale et al. 2007, Blevins – Rawat – Stein 2018, Hudgins et al. 2021, Caris – Beckers 2022, Digiusto – Treatora 2007, Peterson et al. 2010, Rapp et al. 2006, Redko et al. 2006, Strathdee et al. 2006).

Összességében láthatjuk tehát, hogy számos nemzetközi vizsgálat taglalja az ellátórendszerbe jutást akadályozó tényezőket, de hazai kutatási eredmények korlátozottabban állnak rendelkezésre. Az elérhető empirikus adatok, melyek egy több mint 5 évvel ezelőtti magyarországi helyzet láttelelei (Erdős et al. 2018), mindazonáltal hasonló tényezőket emelnek ki, mint a nemzetközi szakirodalom, ideértve a kezelőhelytől való távolság (logisztikai tényezők), a finanszírozási deficit, az érintettek korosztályos sajátosságaiból (lásd pl. fiatalokú szerhasználók) fakadó kihívások, a szakemberek közötti együttműködések hiánya, valamint a hosszú várólisták és a szakemberhiányból eredő nehézségek szerepét. Mindezek miatt fontos lenne látnunk, hogy hazánkban aktuálisan mely tényezők nehezítik az addiktológiai betegek ellátásba kerülését, tekintettel arra, hogy az egészségügyi rendszer, így az addiktológiai ellátórendszer is kulturálisan beágyazott, azaz lehetnek eltérések az egyes országok között az ellátásba kerülést nehezítő tényezőket illetően, valamint figyelembe véve az említett kutatási jelentés (Erdős et al. 2018) által eltelt időszak potenciális változásait is.

A legutolsó drogstratégia a 2013–2020-as időszakra terjedt ki és azóta nem készült újabb stratégia, ami nagy hiány e területen: a drogprobléma komplex jelenségét szem előtt tartva az adott drogstratégia ugyanis kulcsfontosságú szerepet játszhat a probléma kontextusának alakításában, és a kliensek ellátásba kerülését akadályozó tényezőket csakis egy jól felépített, előre megtervezett, bizonyítékon alapuló multidiszciplináris megközelítést alkalmazó stratégia alapján lehet hatékonyan kezelni. Ennek a hiánynak a pótlására tűzte ki célul a Fővárosi Önkormányzat a Fővárosi Drogstratégia megalkotását, kutatásokkal<sup>4</sup> alátámasztva. Az ellátórendszer hatékonyabb működéséhez és egy evidenciákon alapuló stratégia kialakításához nélkülözhetetlen többek között a drogbetegeket ellátó intézményekben dolgozó szakértők percepcióinak feltárása is: tanulmányunk célja tehát annak ismertetése, hogy az addiktológiai betegek ellátó hazai szakemberek személyes, szakmai megítélése alapján melyek aktuálisan az érintett kliensek eredményes ellátásának elsődleges akadályai.

<sup>4</sup> A kutatások a Budapest Főváros Önkormányzat megbízásából és finanszírozásával valósultak meg a Fővárosi Drogstratégia megalapozása céljából. A Fővárosi Önkormányzat a Magyar Addiktológiai Társaságot (MAT) kérte fel a kutatások elvégzésére. A MAT delegáltjai: Felvinczi Katalin (projektvezető), Paksi Borbála (kutatásvezető), valamint Arnold Petra, Bálint Réka, Csák Róbert, Csorba József, Eisinger Andrea, Fehér Richárd, Kapitány-Fővény Máté, Péterfi Anna, Szécsi Judit. A kutatás több pillére terjedt ki: a fővárosi döntéshozók, a Kábítószer Egyeztető Fórumok, a nem drogspecifikus és oktatási intézmények körében fókuszcsoport /interjú készült, illetve elkészült a drogspecifikus ellátások katasztere is.



## MÓDSZER

### Az adatgyűjtés eszköze és módja

A kutatás kvalitatív, mélyinterjú technikával kiegészítve önkitöltős kérdőívvel valósult meg. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt. Az interjú elején ismertettük a résztvevőkkel a kutatás célját, a beszélgetés szabályait, az adatkezelés körülményeit (anonimitás, adatok bizalmas kezelése stb.), ezt követően a résztvevők szóban járultak hozzá a kutatásban való részvételhez. Az interjúkat diktafonon rögzítettük. Összesen 11 interjút készítettünk 2023. februárban és márciusban, Budapesten.

### A kutatás célcsoportja, a résztvevők rekrutálása

A kutatás célcsoportját a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatók képezték. Törekedtünk arra, hogy egészségügyi/szociális pillér, valamint a szolgáltatók által nyújtott ellátástípus mentén heterogén legyen a minta. Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy olyanok kerüljenek a mintába, akiknek nagy rálátása van a terepre és régóta a területen dolgoznak. A 11 interjúból<sup>5</sup> 2 interjú online, 9 interjú pedig face to face, az adott szervezetnél valósult meg.

### A minta jellemzői

A kutatásban résztvevő szervezetek a drogellátás tekintetében nagy múltra tekintenek, átlagosan 31 éve foglalkoznak drogbeteg-ellátással. Egy szervezetet kivéve mind országos lefedettségűek. A szervezetek többsége (7 db) nonprofit alapítvány, 3 költségvetési és 1 önkormányzati fenntartású intézmény szerepel a mintában. Fele-fele arányban vannak a szociális és egészségügyi pillért képviselő szervezetek száma: 5 szervezet szociális, 4 szervezet egészségügyi, 2 szervezet szociális és egészségügyi profillal bír.

A 11 interjúalany közül nyolcan intézmény/szervezet vezetők. Az interjúalanyok pszichológus, pszichiáter, addiktológus szakorvos vagy addiktológus konzultáns képesítéssel bírnak. Az interjúalanyoknak nagy rálátása van a terepre, átlagosan 26 éve dolgoznak a területen (10 év a legkevesebb, 38 év a legtöbb tapasztalat) és átlagosan 19 év az adott szervezetnél. Az interjúk kb. másfél órák voltak.

<sup>5</sup> A kutatásban résztvevő szervezetek (hozzájárultak ahhoz, hogy név szerint szerepeltesük a kutatásban, azonban idézetet nem társítunk az egyes szervezetekhez): ArtÉra Alapítvány, Drogprevenációs Alapítvány, Emberbarát Alapítvány, Józan Babák Egyesület, Józsefvárosi Szent Kozma Egészségügyi Központ (JEK) Addiktológiai Gondozó, Kék Pont Alapítvány, MRE Válaszút Misszió, Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet (OMIII) – Addiktológiai Pszichoterápiás Részleg, OMMIII – Drogbeteg Gondozó, Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet – Sürgősségi Betegellátó Osztály és Klinikai Toxikológia, Tiszta Jövőért Közhasznú Alapítvány.

1. táblázat A mintában szereplő szervezetek jellemzői<sup>6</sup>

Interjúalany adatai		N	Szervezet adatai		N
Szervezetben belül tisztség	Vezető	8	Pillér	Egészségügyi	4
	Beosztott	3		Szociális	5
Végzettség	Pszichológus	2		Jogi státusz	Egészségügyi és szociális
	Pszichiáter, addiktológus szakorvos	2	Nonprofit		7
	Addiktológus konzultáns, szociális munkás	7	Költségvetési		3
Mióta dolgozik szerhasználatot kezelő programban (év átlag)	26 év	Önkormányzati	1		
Mióta dolgozik a szervezetnél (év átlag)	20 év	Lefedettség	Országos	9	
Mióta foglalkozik drogbeteg-ellátással (év átlag)	31 év		Egy megyére kiterjedő	1	
			Egy településre kiterjedő	1	

A következő táblázatban látható, hogy a kutatásban résztvevő szervezetek majdnem minden ellátástípust lefednek.

<sup>6</sup> Az anonimitás megőrzése végett nem interjúalanyonként, hanem összesítetten mutatjuk be a minta jellemzőit.



## 2. táblázat A mintában szereplő szervezetek száma ellátás típus szerint

Ellátástípus	N
Alacsonyküszöbű ellátás (túcsere nélkül)	7
Továbbirányítás / ellátásba kísérés	6
Egészségügyi járóbeteg-ellátás	5
Elterelés – kábítószer-használatot kezelő más ellátás (kivéve MFSZ)	4
Elterelés – kábítószer-függőséget gyógyító kezelés	4
Közösségi szenvedélybeteg-ellátás	4
Önsegítő csoportok	4
Telefonsegély	4
Megkereső szolgáltatások	4
Fekvőbeteg-ellátás kórházi osztályon	2
Opiát-helyettesítő kezelés	2
Túcsere	2
Védett munkahely	2
Fekvőbeteg-ellátás (nem kórházi) drogtérapiás intézetben	1
Nappali ellátás	1
Támogatott lakhatás	1
Félutasház	1
Interaktív online kezelőprogram	1
Egyéb reintegrációs, reszocializációs ellátás	0
Szakember közreműködése nélkül működő automatizált szolgáltatás	0

### Elemzési eljárás

A szó szerint legépelte kivonatokat kvalitatív tematikus elemzéssel (Braun – Clarke 2006) elemeztük, Excelben rögzítve. A kódolást részben deduktív kódolással végeztük, előre meghatározva a kódokat, másrészt induktív kódolást is alkalmaztunk, amikor is szöveg alapján hoztunk létre kategóriákat (Mayring 2014). Az önkitöltős kérdőíveket Excelben rögzítettük, azokon statisztikai elemzéseket nem készítettünk, csupán az interjúk elemzéséhez szolgáltattak háttérinformációval.



Kvalitatív kutatásról lévén szó, a kutatásban résztvevők nem reprezentálják a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatókat, így az eredmények nem általánosíthatók: az elemzés során tett megállapítások csupán azokra a szolgáltatókra érvényesek, akik a kutatásban részt vettek.

## EREDMÉNYEK

Az eredményeket a nemzetközi szakirodalommal összhangban a következő bontásban mutatjuk be. Először az addiktológiai betegek ellátásba kerülését nehezítő személyes és szociális akadályokat mutatjuk be, ezt követően a strukturális, rendszerszintű tényezőkre térünk ki.

## SZEMÉLYES ÉS SZOCIÁLIS AKADÁLYOK

A kliens populáció sajátosságaiból fakadó személyes és szociális akadályozó tényezők egyaránt megjelentek a szakértők percepcióiban. A személyes tényezők közül egyrészt a szenvedélybetegséggel kapcsolatos előzetes ismereteket és attitűdöt (I9)<sup>7</sup> (az online térben megszerzett tudás attitűdformáló hatásai), másrészt a viselkedésváltozási motivációinak szintjét (a droghasználat felhagyására vonatkozó belső motivációk hiánya vagy az ezzel kapcsolatos tépelődés, bizonytalanság) említették. Az ellátórendszer hiányzó láncszemei tovább nehezítik a kliensek motivációjának a fenntartását arra, hogy a kezelésbe vonásuk megtörténjen (I11a). A kliensek motiválatlansága az elterelés és a fiatalkorúak kapcsán is megfogalmazódott (I8, I11b): tekintettel arra, hogy az elterelést a kliensek nem önkényesen választják, és a fiatalok jellemzően nem önként kerülnek ellátásába, hanem szülői nyomásra, így szenvedésnyomás hiányában nehéz a ténylegesen problémával küzdőket kezelésben tartani.

*Így 18 év alattiaknál igen, hát ott még ott még ez a buli van időszak, ott ott nehézség azért az, hogy lehet ezt a motivációt, aki már egy kicsit jobban belecsúszott, fenntartani, hiszen nincs még meg az a belátás, nem okoz neki olyan problémákat még, ha esetleg intenzívebben használ szert, hiszen még nem ilyenkor nyilván nehezebb akkor azt a folyamatban fenntartani. (I8)*

*Mondjuk van egy laptopja, azon mindent, tehát mindent, a diagnózisokat a gyógyszereket és már eleve úgy jön, oké, hogy utánanéz, de ebből sülnék ki a legborzasztóbb sületlenségek, mert az alapokat nem érti és akkor ott van, de ő tudja, hogy erre mit kell adni, meg hogy hogy kell ezt kezelni, akkor menjen, ez egy komoly probléma. (I9)*

*Emellett meg ami probléma számunkra, az az, hogy azért itt a járóbeteg ellátásban nagyon sok olyan kliens megjelenik, amik – akik absztinenciára nem alkalmasak, nem tudják ezt tartani, viszont nem nagyon van olyan fekvőbeteg részleg, ahol erre lehetőségük lenne, hogy azt az időt kibírják. (I11a)*

<sup>7</sup> Az anonimitás megőrzése végett az interjúalany (I) kódszámát jelöli és a dőlt betűvel szedett interjúrészletre utal.



*Alapvetően nyilván az elterelteknél van motivációs probléma, ők azért gyakran kiesnek az ellátásból meg az elterelésük – azért ott vannak nehézségeik, nem tudunk velük olyan jól tervezni, mert hiába látom én azt, hogy jó akkor a következő hat hónapban ide fog járni és akkor utána valaki új klienst fel tudok venni, van, hogy hónapokra eltűnnek és később jelentkeznek, tehát hogy a mi kapacitástervezésünk emiatt nehézkes velük. Ezért is vagyunk mi kevésbé motiváltak arra, hogy elterelést végezzünk. (I11b)*

A szociális tényezők közül a terapeuta-kliens kapcsolat nehézségei (I3) (elsősorban a klienssel való terápiás kötődés és együttműködés kialakítási nehézsége), illetve a kliensek családi helyzete (I8) (a droghasználat háttérében meghúzódo családi rendszerszintű problémák) kerültek említésre.

*Hát a drogbetegeket nem könnyű betegek, azzal kezdődik a dolog. (I3)*

*A család hozzáállása, a család ahogy segítené nem tudni mennyi probléma gyökerezik oda, lehet, hogy az sem véletlen, hogy ilyenfélét kipróbálgat stb., de ez így szakmailag nehézség. (I8)*

## STRUKTURÁLIS AKADÁLYOK

### Politikai akadályok

Politikai, szakmapolitikai, szabályozási kérdésekben a szakértők a politikai megosztottságból fakadó problémákat (I1a), a terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomásgyakorlásból eredő nehézségeket (I1b, I4) és a szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályait (I8) említették, amelyek nehezíthetik a kliensek ellátásba való kerülését.

*A politika, de mindegyik oldalról, mindenki a saját bullshitjét fújja, az egyik ezt fújja, hogy ezt így kell, a másik mintha dafke fújná a full hülyeséget szintén, és mivel nem is arra figyelnek, hogy mi lenne fontos az ellátottaknak, klienseknek, vagy mi lenne fontos az ellátásban, csak a saját politikai meggyőződésük vagy felfogásuk vagy esetleg valami pártpolitika – fújják azt, hogy ezt kellene csinálni, márpedig ezt kellene. (I1a)*

*Ez is borzalmas, hogy a politikai élet ilyen módon szól bele ebbe a sztoriba, és ennek azt látom, hogy az ellátóknál lévő munkatársak is, amilyen politikai felfogásúak, ők is eszközévé válnak, mert ők is csak egyfolytában negatívumokat fogalmaznak meg, semmi nem jó, vagy pedig azt, pedig szenciáció, ami mit tudom én, azon az oldalon történik, vagy a másik oldalon szintén ez van. (I1b)*

*Közben pedig az összes döntéshozó önkormányzat, bárki, akárki állam, az azt szeretné, hogy rop-pant kreatívan tiszták legyenek az emberek, eltűnjenek az utakról, ne zavarják a bozótban az embereket, ne legyenek ilyen települések, ilyen szegregált helyek, valahogy a napfény hatására vagy nem tudom én mire, működjenek, sose legyen velük probléma, nem segít, hogy nincsen Drogstratégia, nem segít, hogy sosem volt alkoholstratégia. (I4)*

*Valójában az van, hogy úgy lehet benyújtani szakmai programot is szakorvos közreműködésével irtuk, felhasználtuk még a kezdetben, amit Szegeden a drogcentrumban összeraktak szakmai am-*



*bulancia programot, és hát egyszerűen évente benyújtjuk, sajnos a kollégium, a NEAK így dönt, mint a kollégium, az addiktológia mindig pozitívan bírálja a szakmai programot, nagy szükség lenne rá, baromi nagy szükség lenne, de hát ugye az van, hogy persze így küldenek hozzánk serdülőket, hozzátartozókat, de nem olyan szinten, minőségben tudunk működni így házon belül, mint ahogy azt elterveztük, tehát az okokat nem tudjuk, sejtjük. Ez amióta megjelent ez a pedofil törvényként elhíresült köznevelési törvénymódosítás, hogy azóta ugye nem vehetünk részt tanintézetben, prevenció az szinte nullára csökkent, néha van egy-egy csoportunk, ha úgy jön össze, de itt pl. a kerületi intézményekkel nagyon intenzív együttműködésünk volt és két olyan az egyik már rendelkezett már NNK ajánlással, a másik is be lett nyújtva, közbejött a törvény és annak biztos tudod a tartalmát, hogy amíg azt a szervet ki nem jelölik, ami majd, de hát azt a szervet még nem jelölték ki azóta, pár év óta, és most ez az idéltlen, illetve hát nem megoldható szituban rengeteg iskola keres minket, pont ma reggel Szentendréről is meg, meg a kerületiek is, hogy valahogy oldjuk meg, de valójában nem lehet ebben a témában sem foglalkozni a fiatalokkal, hát most nagyon bízunk a fővárosi pályázatban, amit írunk, mert most a kerületi szocmunkásokat próbáljuk meg felkészíteni arra, hogy legalább valamelyest pótolják a tevékenységünket, ez inkább egy ilyen edukációs folyamat lesz, de hát nyilván azok a programok, amiket mi itt tartottunk, nekik – fél osztályok jöttek hozzánk suliidőben, nem jöhetnek és hogy ez nagyon-nagyon hiányzik, ezt biztos sokszor elmondták már a fővárosi bármelyik KEF meg mindenféle üléseken, hogy ez komoly nehézség. (18)*

A szakértők szerint a politikai környezet nem támogató (18), a problémát figyelmen kívül hagyja (12), nem szakemberek bevonásával hoz döntéseket (110), a társadalomban élő stigmákat mélyíti el (11), amelyek szintén akadályozzák, hogy az addiktológiai betegek ellátásba kerüljenek.

*Médiánál azért jelöltem veszélyt, mert ami – ahogy ott megjelenítik, ahogy ott foglalkoznak vele, az egy nagyon negatív megítélést okoz. (11)*

*A közpolitikában, vagy a politikában, az országos politikában, az, hogy a szenvedélybetegség, felépülés probléma, ez annyira nincs jelen, teljesen más dolgokkal foglalkozik, igazából ez. Nyilván aki meg kábítószer-fogyasztó az bűnös, az egyrészt erkölcsileg erkölcsileg elítélhető, meg büntetőjogilag is elítélhető, lehet ugyanúgy ezt is veszélyként feltüntetni, egyrészt a nem foglalkozom, semmi más nem csinállok, minthogy elítélem, ugye. (12)*

*A politikaiban azt gondolom, hogy az aktuálisan itt a kormányzat részéről egy, amit már említettem, hogy hogy semmi minimális szándék meg ilyen spec valahogy az egyházak tekintetében látunk erősödést, ők tudnak bővílni, új szolgáltatásokkal, ez ilyen látványos, és hogy egyébként meg nem történnék fejlesztések, sőt forrásmegvonások vannak sok éve, nemcsak az infláció óta. (18)*

*Politikai környezetre nézve meg azt látom, hogy nem nagyon, eddig azt láttam, hogy nem nagyon volt nyitottság arra, hogy kommunikáljanak velünk, tehát amiket így döntéseket hoznak, azokat nem a tapasztalatból merítik vagy a szakemberek megéléseire építik, nem nagyon kérdezik meg, hogy nekünk mire lenne szükségünk, csak úgy megtörténnék a dolgok. (110)*



## Jogi akadályok

Az interjúalanyok szerint a jogszabályi környezet veszélyt jelent, mint például az elterelés intézményrendszerének nem hatékony működése (I10); a köznevelési törvény változtatása (I8) – ugyanis így nem tudnak az iskolákba menni prevenciót tartani, ami pedig egy újabb felület lehet a problémás fogyasztók kezelésbe vonására –, vagy a várandós szerhasználó nők utolsó trimeszterben az intézményből való elbocsátása miatt (I7).

*Jó, ami nekem tök nehéz, hogy pl. vannak olyan intézmények, ahol várandós nő – nem tudom az utolsó trimeszterben nem tartózkodhat, ez tök szuper, mert nem arra való ez a hely, de akkor hol, az utca szokott maradni és egy csomósor van, hogy kiraknak embereket utcára utolsó trimeszterben. Hogy hogy egészségügyben sincs annyira leszögezve, hogy a veszélyeztetett terhes nőket hogyha utcán él, hogy rak ki az ember az utcára, ezek ilyen nem fix dolgok, és ilyen csomósor nagyon veszélybe sodorja a nőket is meg a magzatot is, életveszélybe, nekem ez az állandó nyomorom, főleg a téli időszakban. (I7)*

*Hát a jogszabályt is említettem – hogy itten inkább ilyen nehezítő körülmények alakultak ki, mint ez a köznevelési törvény, hogy nem mehetnek a szakemberek a fiatalok közé, mert kártékonyak, ez valami elképzelhetetlen volt. (I8)*

*Politikai környezet, hát az is abszolút a négyest (szerk.: veszélynek) mondanám. Hát a politikai-jogszabályi is, nem tudom, hogy ezt lehet-e így összevonni, mert nem a nem az empatikus ellátás fókuszának kedvez az, ami jelenleg így politikailag vagy akár jogszabályilag vannak erre, hogyha a büntetethezességgel kapcsolatban gondolkodom, tehát hogy oké, hogy van az elterelésre lehetőség, de hogy az nem feltétlenül egy megoldás, vagy még nincsen rá olyan jellegű megoldás, hogy azok az emberek hogyan lehetnek úgy bevonhatóak abba a folyamatba, hogy annak legyen is értelme. (I10)*

## Gazdasági, pénzügyi akadályok

Az ellátás pénzügyi, illetve egyéb materiális, fizikai korlátait több szakértő is kiemelte alapvető nehézségként. E korlátok között megemlítették az ellátás forráshiányait, a pályázati források beszűkülését (I2a, I4), a területen dolgozó szakemberek alacsony béreinek kérdését (I8), illetve az ellátás fizikai tereithez köthető kapacitáshiányt (I2b). Mindemellett volt, aki azt hangsúlyozta nehézségnek, hogy a szociális szféra nem tud az egészségügyi szférához hasonlóan versenyképes jövedelmet biztosítani, ami nehezíti az orvos/pszichiáter alkalmazását és akadályozza a minőségi munka elvégzését (I1). Mindemellett a bérek rendezése egyik interjúalany szerint erősségnek számít, azonban a bérrendezés miatti bérfeszültség pl. az ápolókkal nehezíti a munkát (I10a). Volt, aki az egészségügyi finanszírozást kifogásolta, ugyanis a drogfüggők ellátása nagy költségvonzattal jár, de kevés beavatkozási pontot jelent: ha nem is mindig súlyos mentális problémával párosul a szerhasználat, de a szerfüggőség jellemzően érzelmesszabályozás zavarral jár együtt, amelynek a kezelése pszichoterápiát igényel – ami időigényesebb –, ha a probléma gyökerét mélyebben fel szeretnénk tárni és egy hosszabb távú absztinenciát szeretnénk elérni (I11b).

*Nem tudunk olyan minőségibb ellátást biztosítani, mint amit adott esetben kétszer-háromszor ennyire pénzből tennénk, mert akkor alkalmaznánk új pszichiátert és a többi és a többi ez is pl. egy*



*probléma, hogy a pszichiáterek orvosi státuszban vannak, nálunk nincs egészségügyi ellátás, nem egészségügy státuszok vannak, viszont az egészségügyi béreket rendezve nyilván a pszichiáterek most már egészségügyi béreket kapnak. Nem egészségügyi intézményben, szociális intézményben nem képes az ember kigazdálkodni azt a szintű bérezést, amit egy egészségügyi intézmény adott esetben normatívából biztosít egy pszichiáternek. Szóval ez is egy ilyen, de lényeg, hogy nem veszélynek látom a finanszírozást, hanem gyengének. Meg lehet ebből élni, csak nem jó, nem az, ami tehát nyilván egy csomó dologra azt gondolom, sokkal többet fordítanak és azon gondolkodom, hogy mire és amivel adott esetben jobban is tud működni. (I1)*

*A finanszírozás egyértelműen veszély, hihetetlenül alulfinanszírozott a szektor, ha így marad, akkor nem lesz egy idő után ember, aki ezt így végezze, mert hogy közben meg nagyon jó szakemberek képződnek a szociális ellátásban is, a pszichológus képzésen is, az orvos ráadásul most itt pontosan az orvosok – hogy amikor tavalyelőtt elment az egyik orvosunk, azért ment el, mert sokkal jobb fizetést – akkor emelték meg az orvosoknak a bérét az egészségügyi ellátásban, de ebből a civil szervezetek, akik egészségügyi ellátást nyújtanak – nem kapnak olyan kompenzációt, tehát nem tudunk annyit fizetni egy orvosnak, amennyit tudnak fizetni az emelt bérekkel az országos klasszikus egészségügyi ellátásban. (I2a)*

*Szűken vagyunk, tehát hogy kinőttük igazából ezt a helyiségcsoportot, nagyon örülünk, hogy ez van, meg mindig izgulunk, meg szurkolunk, hogy így 3 évente újra és újra hosszabbítsa meg a IX. kerület a szerződést, a bérleti szerződést, de hogy alapvetően igazán jó lenne egy nagyobb helyre menni. (I2b)*

*És akkor nyilvánvalóan azok a programok, ahol nincsenek pályázati pénzek, mint régen voltak, azok megpróbálják túlélni és akkor a rezsisválság meg az egyéb finomságokról még nem is beszélünk. (I4)*

*Hát ez egy hatalmas probléma, mert valamiből mégiscsak működni kell és nincs lehetőség béreket emelni vagy bármi, pedig hát az infláció meg szóval ez is. (I8)*

*Mert nem nagyon van lehetőség mondjuk pályázni, már mostanában – tehát azért annak idején, amikor még mondjuk úgy, hogy te vagy én voltunk a \*\*-nál (szerk.: 2007–2008 környéke), azért én még ott emlékszem, hogy egy csomó lehetőség volt, most ezek így egyre inkább szűkülnek, tehát hogyha pályázatokra gondolok, ugye akár csak az imént említett lehetőség, amiből még 2019-ben volt lehetőségünk még elindítani egy részleget, az most már nincsen. (I10a)*

*Egészségügyi finanszírozásnak a rendszere rendkívül rossz, hiszen nem igazán tudunk ezekkel az ellátási formákkal jó pénzt termelni, miközben nagyon nagyok a költségei. (I11b)*

## KULTURÁLIS/TÁRSADALMI AKADÁLYOK

A szakemberek a média stigmatizáló, szenzációhajhász és nem szakszerű tájalásmódját hangsúlyozták, azonban meglátásuk szerint a média kiváló platform lehetne a társadalom érzékenyítésére, szakszerű információk átadására és a kliensek elérésére – hozzájárulhatna ahhoz, hogy a szerhasználattal járó stigma és szégyenérzet csökkenjen; a függők merjenek jobban szakemberhez fordulni és segítséget kérni (I8, I11).



*Hát itt a médiát mondom inkább, hogy lehetőség nyilván arra is, hogy valahol ellátórendszer bemutakozzon, megismerjék a lehetőségeket ezen a speciális területen, de veszély sok esetben a média irányultsága – ezt tudjuk, hogy nem feltétlenül a lényegi dolgokat emelik ki, túlmisztifikálnak meg félelemkeltéstől kezdve riogatás, minden van ott, lehetőség lenne sokkal jobban megismertetni értelmes dolgokkal nemcsak a fiatalokat. (I8)*

*A médiát veszélynek jelölöm, illetve lehetőségnek is, nyilván lehetőség az, hogy attitűdöt formáljunk, tájékoztassuk a médiát, különböző médiumokon keresztül a klienseket, illetve az embereket arról, hogy hová tudnak fordulni, ami pont veszély is, mert nagyon sokszor a különböző médiumok inkább a sztereotípiákra mennek rá és inkább az előítéletet növelik a függőkkel szemben, mint azt, hogy pont ezeket építenék le vagy támogatnák a segítségkérést és emiatt viszont ha növekszik a szégyen, akkor akár kevesebbet, kevésbé mernek hozzájuk fordulni a kliensek. (I11)*

A médiához hasonlóan a társadalom attitűdje esetében is a stigmatizálás, a sztereotípiákban gondolkodás és a tudatlanság jelent meg (I10). Elhangzott olyan vélemény is, mely szerint a média, a politikai környezet és a társadalom attitűdje egymáshoz szorosan kapcsolódik (I8a). Mindemellett néhány szakember az addiktológia területével kapcsolatos negatív társadalmi megítélés (I1), illetve a terület irányába mutatott társadalmi figyelem hiányát (I8b) emelte ki.

*Aztán problémásnak tartom az egésznek a megítélését, annak idején egy neves addiktológus így fogalmazott, hogy: Az ezzel foglalkozó az a társadalom kloakájánál foglalja el a helyet, tehát hogy gyakorlatilag és ez a megítélés ugye a közmegítélése ennek az egész történetnek, nyilván sokan így viszonyulnak ehhez az egész történethez, hogy ez itt egy ilyen szó szerint ez a kivezető rész itt, ami borzalmas állapotban lévő emberek vannak. Ő hát nekem más körben azért nagyjából ennek a szférának az alulértékeltége, ami így meghatároz főleg. (I1)*

*Hát következik is kicsit majdnem, hát a politikai környezet nagyon fel tudja erősíteni a társadalmi attitűdöt és azért mindenhová elérő média birodalmán keresztül és ha mindenhol ezt halljuk, hogy sehol nincs probléma, drog, tényleg nem lesz probléma, nem kell ellátórendszer és ugye az is vagy ha éppen egy olyan dolog, hogy csak a bűnüldözés kapcsán születnek hírek a fő orgánumban, akkor ez ehhez megint az attitűdöt nyilván – bűnözők, drogosok meg ennyi meg csak ezek csak a negatív hírek jelennek meg, amikor krokodil és akkor mindenki attól félt, hogy krokodil drog meg a stb. Persze fontos az, hogy legyen hír, mert hogy nagyon speciálisan összefügg ez a három itt nekem tehát a jogszabály is. (I8a)*

*Az is egy nehéz dolog szerintem, hogy semmi figyelem nincs a terület irányába, központilag se, semmilyen. Szakmai szinten, hogy hogy vagy egyáltalán, érted, régebben rengeteg konferencia volt, központilag, vagy továbbképzés és hát most, persze biztos van egy pár valami, de, úgy figyelem, az semmi. (I8b)*

*Társadalom attitűdje hm ő hát veszély abból a szempontból, hogy nagyon stigmatizáló a függőkkel kapcsolatos attitűd. Ez jut eszembe és ez nem nagyon változik, tehát azért nálunk ugye így végigpörgetem magamban, az utóbbi egy évben milyen típusú kliensek futottak be, nagyon-nagyon vegyes, hogy ő most a nem is tudom, hogyan mondjam, szóval, hogy így több diplomás szakember is ugyanúgy tud függő lenni, de mégis valahogy a stigma szerint nem ez van előtérben. (I10)*



## SZERVEZETI AKADÁLYOK

Az ellátórendszer működésével kapcsolatos tényezők is akadályozzák a kliensek ellátásba kerülését. Több szakértő is említette nehézségként az általános szakemberhiányt (I2, I11a), és a különböző humán erőforrás problémákat, úgymint a szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiányát (I10a), valamint a területen dolgozó szakemberek kiegészését és többletterheit: a ellátásban dolgozók kiegészése az interjúalanyok véleménye alapján egy teljesen reális félelem, amihez hozzájárul a terület (addiktológia) alábecsülése (I11b) és a siker fogalmának az értelmezése (I10c). Előfordult olyan szakértő, aki végzettséggel nem rendelkező tapasztalati munkatársak túlsúlyba kerülését szorítaná vissza és alakítana ki egy protokollt ennek a szabályozására (I5). Az egyik szakértő szerint a szakemberek széles módszertani palettával dolgoznak és nagy szakmai felkészültséggel bírnak, de kapacitáshiány miatt további szakemberek bevonására lenne szükség ahhoz, hogy pl. más típusú mentális betegeket is el tudjanak látni (I10b).

*Sokan vagyunk, de mégis kevesen, tehát akár a járóbeteg-ellátásba is nagyon nagy a betegforgalom. (I2)*

*Én nem azt mondom, hogy nincs szükség tapasztalati segítőre, ilyen 8 osztályos szinten vannak és attól még lehet valaki nagyon jó segítő és nagyon jó képességgel rendelkező, de hogyha ez átbillen egy bizonyos határon, arányokban, akkor szerintem az akkor az nem olyan jó, nem olyan jó. Ezen a területen az nem elég, mert pont az lenne a lényeg, hogy nagyon széles ilyen értelemben tudással legyen az ember és ismerje, felismerje, hogy kinek mire van szüksége, mert ha arra, akkor arra, tök jó, hogy azt tudom, de hogyha csak az az egyetlen út, én ebben nem hiszek. Ha én magamtól nem tudom az én szakmai kompetenciámat, akkor ebben valaki húzzon egy határt, mert nem biztos, hogy tudom én magamtól, mert lehet, hogy nem, és felülértékelem magam, ha még alul, az a jobbak, de ha felül, akkor azért itt mégiscsak emberekkel vagyunk, mindenféleképpen ezt így jobban világosabbá tenném, jobban szabályoznám. (I5)*

*Mindenki ki van égve, mint az állat, ez most már így teljesen, teljesen így kezelhetetlen, gyakorlatilag most úgy néz ki, hogy megkereső munkát csak egy napon tudunk nyújtani, viszont sokkal több lenne rá az igény, tehát az szóval azért működünk most hatékonytalanul, mert iszonyúan kevés a kapacitás arra, hogy na szóval az van, hogy évente kb. 25-30 új várandós van, akiknek végig kell gondozni a terhességét és kb. a duplája ennek, akiket utánkötetés keretében látunk el. És vannak még ilyen csak ilyen betoppanó ügyfelek, ez így rengeteg, ha sok önkéntes van, akkor nekem többet kell foglalkoznom az önkéntesekkel, mint a kliensekkel, ez így baromi nehéz. (I7)*

*Ténylegesen a motiváció is csökken a szakemberek részéről egy idő után, hogyha sajnos a forrásokról kell beszélni, ez tényleg, ez szupervízió. Minden évben volt két folyamat, most meg kell gondolnunk, most nem tudtam indítani még. (I8)*

*Orvosi szempontból talán azt mondanám, most így, ha nemcsak feltétlenül a mi szűk területünkre gondolok, mert ugye a miénk nagyon speciális, meg kicsike, de általában azt tapasztaljuk, hogy hogy kevés az a pszichiáter, aki mondjuk nyitott az addiktológia iránt vagy addiktológiai szakvizsgával rendelkezik, vagy szeretne ebbe az irányba továbbképeződni valami miatt, az úgy nem. Nem tetszik nekik vagy nem annyira népszerű, sajnos. (I10a)*



*Most van egy olyan nehézségünk, hogy kezdünk szakemberhiányba keveredni, mert felfutott az ambulancia az utóbbi fél egy évben és nagyon sokan keresnek minket pszichoterápiás igénnyel. Mindannyian tele vagyunk, új pszichológust nem valószínű hogy kapunk, pedig elférne, és szükség is lenne rá, úgyhogy vagy várólistáznunk kell, vagy be kell szűkíteniünk a terápiáknak a hosszát, ami ugye valahol a kliens sérelmére történik, hiszen akkor nem tudunk egyénileg megegyezni vele, hogy neki mire van szüksége, mert vannak itt azért olyan kliensek, akiknek tényleg több éves támogatásra van szükségük. (I11a)*

*Persze hogyha majd egyszer a nem tudom, távoli jövőben tudunk esetleg bővülni, mind ágyszám-ban, mind munkaerőben, akkor lehetne esetleg olyan típusú szakembereket is felvenni, akik más típusú módszerekkel tudnak mondjuk akár ilyen skizofrénia jellegű problémákkal foglalkozni, vagy organikus eredetű károsodásokkal kapcsolatos fejlesztéssel foglalkozni, tehát olyan dolgok, amiket perpillanat nem tudunk lefedni is, lefedésre tudjanak kerülni. (I10b)*

*Ellátásban dolgozók kiégése: Hát ez sajnos abszolút fennáll, főleg, amikor nem tudom, többedjére találkozunk újra ugyanazzal a klienssel, visszajelentkezik kezelésbe és és újra nem tudom, tapasztaljuk azt, hogy visszaesés történt, mert ezek is nagyon, szóval nehéz így átértékelni a siker fogalmát, hogy akkor abból is tudjunk tovább, hogy újra elindulni, újra építkezni, szóval hát ez egy veszély az addiktológiában abszolút, a kiégés veszélye. (I10c)*

*Az ellátásban dolgozók kiégése az egy iszonyatosan nagy veszély és egy gyengeség, egyszerűen mindenki túl van terhelve, amúgy ez egy nehéz munka, nagyon megterhelő munka és kevés talán a hát ugye eleve a megbecsültség is viszonylag minimális, úgyhogy az is támogatja a kiégést. (I11b)*

Egy interjúalany (I9) az ellátás során felmerülő *adminisztratív* terheket emelte ki olyan általános nehézségként, mely adott esetben a hatékony munkavégzést is gátolhatja: a rendőrségi megkeresésekkel, beavatkozási kódokkal, az elterelés adminisztrációjával kapcsolatos teendők kerültek megemlítésre.

*Van egy olyan beavatkozási kód, hogy mit tudom én hivatalos rendőri valami hivatalos izé, 120 pontért, miközben mondjuk el, elterelés felmérés több ezer forintos tétel lehetne vagy talán tudom, hogy volt ilyen, kötöttem szerződést x intézményekkel, aki az elterelésre ezt a bizonyos állapot-felmérést megcsinálták, mert ehhez orvos kell, pszichiáter kell, addiktológus kell. És nem pedig 118 pont – mert azért valamilyen pont az, hogy az ember beírja, hogy semmi, semmi és aztán a végén rá kell írunk ugye, hogy más, más jellegű – intézménybe való kezelése vagy valamilyen, az a lényeg, hogy más. (I9)*

Az ellátás igénybevételét nehezítő tényező a szakértők percepciója szerint a kapacitáshiány és a folyamatos várólista (I5, I6a). Mindemellett az ellátórendszer hiányzó láncszemei is akadályozzák, hogy a kliensek ellátásba kerüljenek, mint például a speciális csoportokra, a nőkre, a várandós nőkre, a fiatalokra, a hajléktalanokra (I2, I4), az absztinenciát megkövetelő fekvőbeteg-ellátás előtti detoxikáló ellátóhely biztosítására is nagyobb hangsúlyt kellene fektetni (I10b). Néhány interjúalany nevezte meg általános nehézségként a kettős diagnózisú kliensek hatékony terápiás ellátásának akadályait, melyek egyrészt az addiktológiai ellátórendszer ilyen irányú limitációival (I1, I10a), másrészt az addikciós zavarral küzdők pszichiátriai osztályok általi elutasítottságával voltak kapcsolatosak (I6b).



*Ami talán így még eszembe jutott, hogy ami egy ilyen nehézség és ebbe akkor beleveszem az alacsony küszöböt is, hogy nagyon, nagyon sok szerhasználó szenved valamilyen pszichés problémában, egyre több srácot problémával, egyre több srácot gondozunk elő ilyen jellegű problémákkal, ami, ami miatt nem biztos, hogy alapvetően meg tud gyógyulni, mert nem olyan helyre tudjuk begondozni rehabilitációra, ahol valójában tudnak az ő mentális dolgaival is foglalkozni. (I1)*

*A női csoport, kodependens nők – ilyen gyógyító csoportja, az nagyon népszerű volt és hogy az az nagyon klassz volt, ahogy meghirdettük, tulajdonképpen pár napon belül 12-15 fő rögtön rekrutálódott, nem kellett várni, hogy akkor majd ki jön, aggódni, hogy hogyan fogjuk az indikátor-számokat teljesíteni. Na arra nagy szükség lenne. (I2)*

*De azt szintén saját bőrünkön tapasztaltuk meg, hogy egy 72-es születésű fickó, aki konkrétan értelmileg és esetleg mozgásában korlátozott lesz, ha ő hajléktalan – akkor bazi nehéz és ilyen IZOLA szinten működött, tehát ilyen fapad, baromi nehéz őket betermelni, normális fekvőbeteg-ellátó – ápoló-gondozó otthonba, tehát valószínűleg sokkal többre lenne szükség. (I4)*

*Bizonyos értelemben gyengeség, mert nem tud beereszteni annyit, amennyit akar, amennyire igény lenne, tehát hogy... (I5)*

*Állandó kapacitáshiány várólista, ugye egy drogbeteg akkor kell felvenni, amikor jelentkezik, mert holnapután nem fog idejönni a várólistára. (I6a)*

*És a pszichiátriáról is igen hamar kikerülnek ezek a betegek, egyik nap beviszi a mentő, másik nap már itt áll a kapuban, ezek nagyon komoly problémák és ezek társadalmi problémák is, ami azt jelenti, hogy a pszichiátriai betegek igen szép számmal vannak, látenszen vagy így, úgy, de ott van jelen és a drogok előhózzák, tehát ha a designer drogokon nem sikerül erőt venni, hogy megszűnjön vagy kevesebb legyen, egyre többen fognak a pszichiátrián, és az a baj, hogy vannak dolgok, amik visszafordíthatatlanok. (I6b)*

*Az jutott eszembe, hogy ami probléma szokott lenni, hogy ami megvan, támogatott lakhatás, nem fogadják azokat a kettős diagnózisú klienseket, akiknek valamilyen okból kifolyólag még kell gyógyszer szedniük a mármint pszichiátriai gyógyszert, akkor is ha nem függőséget okozó, nem tudom, mondjuk az orvos azt ajánlja, hogy fél évig szedje az antidepresszánt, de még ne tegye le, de nem fogja élete végéig szedni, csak, csak még nem tette le és akkor nem fogadják, mert hogy csak teljesen gyógyszermentesen fogadnak, ami szintén érthető, meg valahogy így a felépüléshez kapcsolódó, mármint a mi speciális körünkben, ahol vannak olyan típusú pszichés problémák, amik igényelnek gyógyszeres ellátást, ott meg nem tudunk mást javasolni akkor. (I10a)*

*Bizonyos szintű absztinenciát el tudjon érni, ebbe a típusú ellátásba be tudjon kerülni, abban úgy nem nagyon van támogatottság, ambulánsan tudják ezt elérni vagy tudunk együttműködést kérni pszichiátriai osztályoktól, de olyan osztály, aminek mondjuk ez a stabilizáló-detoxikáló funkciója lenne, az ugye nem nagyon van a Péterffybe tudnak bekerülni meg kikerülni relatív hamar, ha ott nincs rögtön, azonnal átvételre lehetőség hozzánk, akkor a köztés időben megint ugyanúgy visszajuthat. Szóval valahogy ez a ez a része így a felépülésnek ez az eleme úgy hiányos, kiesik, hogyha valaki tudja ambulánsan vállalni, ott pedig fennáll annak a veszélye, hogy közben elveszti a motivációját, mert hogy ja ez akkor nekem megy így is, nem kell befeküdnöm. (I10b)*



Az alacsonyküszöbű szolgáltatások körében is megjelennek a hiányzó láncszemek: fontos lenne a dizájn szerhasználóknak egy dropin-t létrehozni (I2d); a megkereső munkát bővíteni, fejleszteni tapasztalati munkatársak bevonásával (jelenleg jellemzően alacsonyküszöb részeként működik forráshiány miatt) (I2e, I5); tűcsere automatát, buszt működtetni (I4b); party service szolgáltatást rendszeresen és nem csak alkalmyszerűen bevinni szórakozóhelyekre.

*Olyan dropin, ami a designer függő embereket fogadja, ahonnan nincsenek kitiltva aznapra, ha már előtte beszípkáztak, mert általában az a tapasztalat, hogy ezek az emberek a hajléktalan-ellátásban lévő nappali melegedők részébe landolnak vagy azokat használják, de csak addig tudnak a szolgáltatásban részt venni egy adott napon, amíg nem szívtak, mert abban a pillanatban, ahogy azt tapasztalják az ott dolgozók és ez nem kritika, tény, ez nem egy ítélet, hogy miért így csinálják, csak ez egy tény, nem lehet bemenni beállva és ha azt látja, hogy nagyjából tök jó lenne, ha lenne egy olyan dropin, ahová a designer használók mehetnének akkor is, ha előtte szívtak, vagy kimennek szívni és visszamennek. És akkor itt egyrészt egy ilyen klasszikus hely, hát egy ilyen nappali melegedős ellátás, hogy valami étkezés biztosítása, leülés, víz, akár fürdési lehetőség, mosási lehetőség, stb. stb. és akkor még ugyanehhez az intézményhez tartozóan egy strukturáltabb segítségnyújtás, mondjuk ez egy olyan időben, amikor délelőtt lenne ez a mindenkit fogadunk, délután meg akiket visszahívunk, azért, hogy elkezdjünk velük dolgozni, mert úgy tűnik, hogy valamit szeretnének, tehát a felépülési utakat átbeszélni, végigjárni és hogy akiben valahogy ez megmozdul, szeretne ezen elindulni, ezért dolgozni, akkor ki tudjon lépni ebből a térből, el tudjon menni, ha néha szükséges detoxifikációra, rehabra vagy olyan szállókat bevonni, ahol amíg eljut a detoxifikáció után a rehabra hogy akkor ott ő ilyen védett körülmények között, hogy ne essen vissza. Mindenesetre nagy szükség lenne rá, de egyrészt melyik az a kerület, aki egy ilyet bevállal, meg az biztos, hogy egy ilyen intézménynek a finanszírozása nem terület, hanem akár főváros, kerület, akár kilépve ebből a térből, minisztérium, itt több faktornak be kellene szállni és hát természetesen a munkának az első egy-két éve, még mielőtt az első köletétel megtörténik – most ezt jelképesen – na itt lesz a dropin – előtte egy ilyen nagyon aktív érzékenyítés, azok körében, akik a dropin környékén laknak – de akár tágabb környezetben is, hogy hát hogy így ne az legyen, hogy megnyílik és egy hét múlva bezár a felháborodás miatt. (I2d)*

*Ezzel együtt azt szeretném mondani, hogy igen, tehát az ilyen az utcán élő designer függő embereknek az elérése, a rájuk irányuló megkereső munkának a fejlesztésére nagy szükség lenne, de önmagában azt szeretném mondani, ha csak professzionális segítők állnak bele, akkor nem fognak elérni célt, ezt a \*\*8 – ő mondja nem én – hogyha ezt egyedül kezdte volna, akkor még mindig a Népliget sarkán állna és nézelődne, hogy merre tovább, mert hogy persze az emberek ott vannak, fekszenek az utcán, de hogy a kapcsolatba lépés az a felhasználókon keresztül tud menni, egyébként nem, nem történik meg, vagy csak nagyon hosszú idő után alakul ki ez a féle bizalom. (I2e)*

*Hát nincs tűcsere automata pl., mert azt mindig elrontották és nem volt értelme felrakni, az is gáz, de lehetne, és hát olyan szinten működne ez a rendszer, hogy heroin program, metadon program, amit volt szerencsénk megnézni 2003-ban Madridban – hogy konkrétan busz szintű ellátás és a kliensnek nem oda kell bejárni, csúcscsúper, de ezek mind nagyon vágyálmok, amit én mondok. Meg a többszintű rehab, tehát így saját magamat ki is nevetem ezekkel a gondolatokkal – úgyhogy álmódásokat tudnék mondani, annak nulla relevanciáját látom, ha ekkora lyukak vannak. (I4b)*

<sup>8</sup> Anonimitás megőrzése végett törölve a név.



*Megkereső szolgáltatás, ez is egy, ez fontos, mert ez a megkereső szolgáltatás ugye főleg a fővárosnál ugye volt egy pályázat is, hogy hogy megkeres, hogy az utcán lévőket felkutatni valahogy, felkeresni, megtalálni, ő, ez jó lenne, ha ezt valaki nagyon jól csinálná, de a megkereső szolgáltatás az is egy, az is egy, hogyha van egy nyitva álló helyiség, alacsonyba, akkor megkereső szolgáltatás nagyon nagy pluszokat kér, ahhoz, hogy kimenjen innen két ember az utcára, az, azt helyettesíteni kell, itt plusz két ember kell. Évekig csináltuk azt, hogy mentünk szedni a fecskendőket – valójában akkor kint voltak az utcán, de ezt nem lehet anélkül, hogy erre ne legyen plusz forrás, de a megkereső szolgáltatás az valójában az alacsonyon belül van jelen pillanatban, az tök jó lenne, nyilván azt ki kellene dolgozni teljesen. (15)*

A dizájnerek drogok megjelenését majdnem mindegyik interjúalany veszélyként értékeli, amely a szerekkel kapcsolatos kiszámíthatatlanságnak, a használatból fakadó súlyos fizikai, mentális leépülésnek tudható be (17), illetve annak, hogy az ellátórendszernek nem sikerült még a klaszszikus szerekhez hasonló protokollt kialakítania (110).

*Designer drogok megjelenése, öh, igen, igen, most most sokan, rengeteg kristályos terhésség volt, amit végig kellett menedzselni, iszonyú nehéz, iszonyú nehéz, most egy csomószor nosztalgizáltunk, hogy ne, jó lenne végre egy heroinista várandós – egy amfetaminos mennyire csodálatos lenne minden, ő, nagyon-nagyon gyorsan kerülnek borzalmas állapotba az emberek és sokkal nehezebben lekövethető, hogy mi fog történni, tehát ez egy igen, az egy nehézség, borzasztó nehézség. (17)*

*Designer drogok megjelenése, hát igen, az is, azt is a négyesre (szerk.: veszély) raknám, mert mondjuk a régi típusú szerekkel jobb, arra volt protokoll, arra volt gyógyszer, van szubsztitúció, eyebeek, itt meg szerintem azóta is el vannak akadva, pedig már nem új jellegű a probléma, akár így orvosilag. (110)*

## ELLÁTÓHELYEK KAPCSOLÓDÁSAI

A szakmai együttműködés és a kliensutak, kliensdelegálás akadályai is hatással lehetnek az ellátás igénybevételére. Néhány interjúalany a szakmai együttműködések hiányát vagy akadályoztatottságát emelte ki: előfordult olyan, aki a szakmán belüli, illetve társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációit (11, 14), míg más a döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolat hiányát nevesítette (15).

*Másrészt az együttműködések látom problémásnak az intézményekkel, illetve mindenféle szervezetekkel, hivatkoztál itt a KEF-ekre, nem tudom, hogy ezt én habár mondom, névtelenül lesz ügyis, tehát a KEF-ek számomra ez ilyen abszolút nem működő, valaki létrehozta, mert neki valami szándéka van ezzel a történettel, és amikor ez a szándéka megvalósul, akkor hagyja, hogy hadd menjen ez a sztori, addig megy, ebbe a történetbe, addig szervezi, addig foglalkozik vele, amíg az ő saját elképzelése meg nem valósul és aztán utána azt mondja, engem már nem érdekel ez a sztori, csinálja valaki más, tehát, ha valakikkel együtt akarunk működni, ha van személyes kapcsolatunk, egy ottani akármilyen státuszban lévő munkatárssal, szándékosan nem mondom képzéseket meg nem tudom miket, akkor megvalósulhat valami együttműködés, egyébként meg sokszor csak a papírról szól, nekik is esetleg valamiért kell, nekünk is kell és akkor alá van írva, köszönöm szépen, de nem is látjuk egymást. (11)*



*Ha hatékonyabban működne a szociális-pedagógiai és az egészségügyi ellátórendszernek az ágazatokon átívelő együttműködése, akkor azt gondolom, hogy nem ott tartanánk, hogy többszörösen előjönnek a gyerekvédelemből kikerülő olyan gyerekek, akik konkrétan hajléktalanok és utcán élnek és mélyen meglepődöm, ha nem droghasználók lennének. (14)*

*A döntéshozók meg a terepen dolgozók közötti nagy űrt tartom én hiánynak. (15)*

A kliensdelegálás kérdésköre természetesen nem független a szakmai együttműködések témájától sem, ugyanakkor néhány interjúalany specifikusan is kiemelte a kliensek ellátórendszerben megtett útjának komplex problematikáját. Az ezen témakörbe sorolt nehézségek négy problémátípust reprezentálnak: a szervezetek közötti együttműködés és kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliák (11a, 14), az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségek (17), az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanság (111), illetve a kliensvisszatartás jelensége (11b).

*Én olyan kliensről, akit más ilyen kerületi XII. és II. kerületi – ugye itt vagyunk a határon – más intézménytől delegáltak volna, az komoly bajban lennék, ha kellene mutatni. De ugyanígy vagyok más intézményekkel is, más ellátókkal. Nekem az a tapasztalatom, hogy a kliens delegálás, kliens utak, útvonalaknak egy ilyen együttműködésben megvalósulása valami gyászos. (11a)*

*Pillanatnyilag azt látom, benntartani igyekeznek, azért nem delegálnak ide klienst, mert meg akarnak élni és ezért felvesznek boldogot meg boldogtalant, és ott tartják maguknál. (11b)*

*Megpróbálják motiválni a klienseket arra, hogy eljussanak A-ból B-be, ezen kellene az ágazaton kívüli együttműködés, amit mi most úgy próbálunk megtenni, hogy konkrétan ember kíséri a klienst. (14)*

*Gyakorlatilag úgy néz ki, hogy anyaotthonokba lehet őket elpakolni, tudtommal most nincs már olyan támogatott lakhatás, ahol kiskorút fogadnak, édesanyával, azt mi csináltuk, mert több helyről hallottam, hogy akarnak ilyet nyitni, de még nem történt meg. Úgyhogy ez ez baromi nehéz, mert be van dugulva a rendszer, tele vannak az anyaotthonok. (17)*

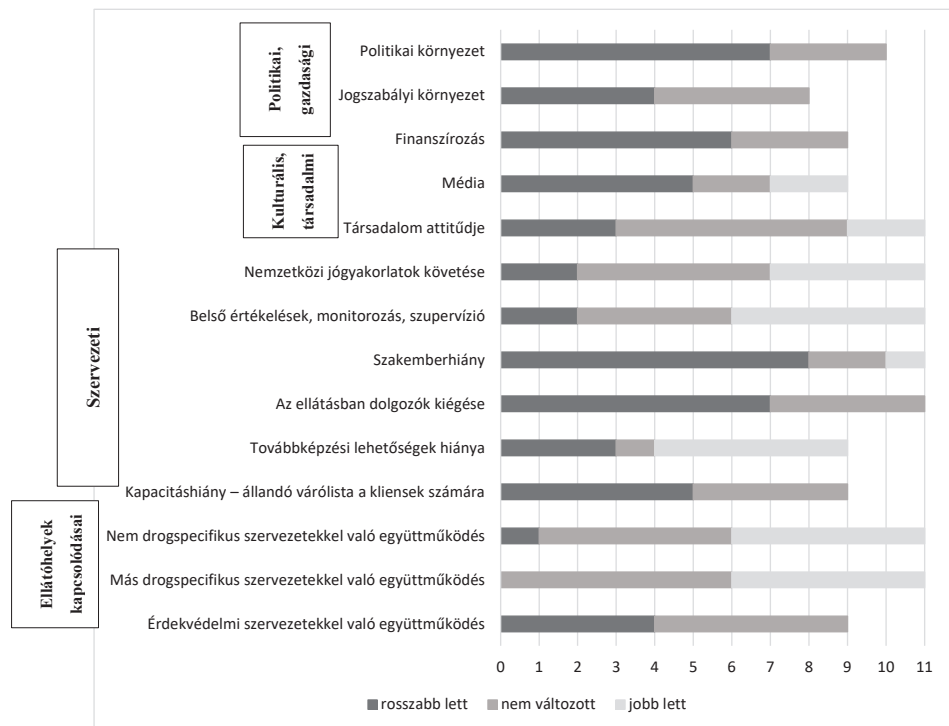
*Talán nehezen átlátható az, hogy éppen melyik intézmény éppen milyen szolgáltatásokat nyújt, hogy hová tudjuk tovább irányítani a klienseinket, ennek nagyon utána kell böngészni a neten és sok más szervezetnek, meg szerintem a mi szervezetünknek sem megfelelő mondjuk a honlapon megjelenő információtartalma, tehát hogy ebből nem ismernek meg minket sem a kliensek. Nincsenek feltétlenül friss információk, nagyon utána kell járni, arra meg nem nagyon van tér, hogy mindenkit végigtelefonálgassunk, meg nyilván azért igyekszem a kliensre is ezt ráhagyni, hogy ő menjen ennek utána, de nehéz alapvetően az ellátórendszerben mozogni. (111)*



## ADDIKTOLÓGIAI ELLÁTÓRENDSZER STRUKTURÁLIS TÉNYEZŐINEK A HELYZETE AZ ELMÚLT 10 ÉVBEN

Az alábbiakban a tanulmányban korábban is alkalmazott tematikus bontásban (politikai, jogi, finanszírozás, társadalmi/kulturális, szervezeti és együttműködés) mutatjuk be, hogyan változtak az elmúlt 10 évben a kliensek ellátásba kerülését befolyásoló tényezők. A szakértők megítélése szerint a politikai környezet, a finanszírozás, a kulturális tényezők (média) és a szervezeti tényezők közül a szakember- és kapacitáshiány, az ellátásban dolgozók kiegészése romlott leginkább az elmúlt évtizedben.

**1. diagram** Az addiktológiai ellátórendszer strukturális tényezőinek helyzete az elmúlt 10 évben Magyarországon a kutatásban résztvevők percepciója alapján (N)<sup>9</sup>



<sup>9</sup> A szakértőket arra kértük, hogy önkéntes kérdőívben jelöljék meg, hogyan változott az adott tényező helyzete az elmúlt 10 évben (rosszabb lett, nem változott, javult), majd a választott kategória indoklását szóban fejtette ki az interjúalany.



## Politikai, jogszabályi környezet és finanszírozás változása

A szakemberek többsége szerint a politikai környezet, a finanszírozás jellemzően rosszabb lett az elmúlt 10 évben, néhányan úgy érzékelik, hogy ezen tényezők helyzete nem változott, azonban javulásról senki nem számolt be. A politikai helyzet, amely jellemzően a jogszabályi környezettel együtt jelent meg a percepciókban, rosszabb megítélése mögött a kiszámíthatatlanság (I9), a nem támogató közeg (I10), a probléma nem létezése (I7), és a szakma figyelmen kívül hagyása a döntéshozatalban (I9) húzódnak meg. A finanszírozás rosszabb helyzete a pályázatok hiányának, a forrásmegvonásnak tudható be (I6, I10).

*Szerintem a szakemberhiány rosszabb lett, ennek is a Lidl-be majd dolgozni, a kiegész szerintem rosszabb lett, pont a pénz miatt. (I4)*

*Hát, hogy igazából csak annyi, hogy mintha mintha megszüntették volna ezt a problémát, tehát szavak szintjén sem fejeződik ki, az addiktológia szó is nagyon kevésbé szerepel, tehát hogy egy ilyen, én azt érzem mostanában, vagy látom vagy tapasztalom, hogy igyekeznek ezt a problémát nem létezővé tenni, ez csak rosszabb lett, sokkal rosszabb lett. (I7)*

*A politikai környezet számomra rosszabb lett, mert kiszámíthatatlan például, nem mert kiszámíthatatlan, holnap más törvény lesz, így olyan nehéz dolgozni, ezért mert kiszámíthatatlanok, erre mondom, ez a bizonytalanság, ez a kiszolgáltatottság, hogy hogy miért nem a szakma irányítja a szakmaiságot egyértelműen, nem? Tehát régen sem volt könnyű nyilvánvalóan az államapparátussal, vagy a vezetőkkel való kommunikáció, de hogy ennél jobb volt és egyértelműbb volt és sokkal inkább elfogadták a szakmai véleményeket. (I9)*

*Mondjuk politikailag ugye kritikusabbak, kevesebb a támogatottság, kevesebb a lehetőség, kevesebb a nyitottság. Finanszírozás meg hát ugye így a megvonás a bizonyos lehetőségeknek, meg elvesztése a pályázati lehetőségeknek. Nekem ilyen így gondolnám vagy nagyon megszűrik, hogy kiknek adnak forrásokat és kik esnek el ettől, ez egyben kapcsolódik a politikaihoz is. (I10)*

## Társadalmi, kulturális tényezők változása

A társadalom attitűdje és a média esetében vegyesebb a kép: a média a többség szerint rosszabb lett, a társadalom attitűdjét pedig jellemzően változatlanoknak ítélték meg a szakértők. A média rosszabb helyzete magyarázható a kevesebb független médiummal (I7), a több drogproblémát bűnügyi kontextusba állító cikkel (I5a), azonban az egyik szakértő úgy ítéli meg, hogy a média árnyaltabban mutatja be a drogproblémát, mint régebben (I10). A társadalom attitűdje egyik interjúalany szerint rosszabbodott, mert negatív és elítélő (I8), míg más szakember szerint javult, ugyanis a rekreációs szerhasználat esetében a normalizálódás figyelhető meg és sokkal elfogadóbbak vele az emberek (I5b).

*A médiára írtam, azért írtam, hogy rosszabb lett, mert Kékfény szinten beszélünk bármiről, akár a híradó, mind, tényleg egy ilyen bűnügyi média, tehát semmi, semmilyen pozitív, nagyon-nagyon kevés pozitív médiamegjelentést látok ilyen szenvedélybeteg ügy kapcsán. (I5a)*



*Társadalom attitűdje, hát ebben így hinni akarok, hogy talán egy kicsit a társadalom másképp itt meg pont az, hogy a generáció ahogy fiatalabbak – máshogy gondolkodnak, az eltereltek között nyilván érzékeli, hogy már önmagában az is, hogy ezek büntetőügyesek – rendőrök ahogy eljárnak, nekik most megint más kérdés, hogy jól van-e vagy nem, törvény, ő azt követi, de hogy tők jó fejek, ilyen fiatalabbak a rendőrök, más pontosan tudják, hogy nem fogták meg az év bűnözőjét, ez a fajta ha csak ezt nézem, és ezt kivetítem a társadalomra, hogy generációváltásokkal és nem a nagyon súlyos függőségben élők, hanem a rekreációs használók – erről azért változik nagyon változik a hozzáállás. (15b)*

*Hát kevesebb a független médium és azt hiszem, hogy sokkal többet kerestek minket régebben, több megjelenésünk volt. (17)*

*Droghasználók esetében nem történt előrelépés a társadalmi attitűd tekintetében, ezek a negatív aspektusok meg az itélkező attitűd – médián keresztül folyamatosan ez uralja a médiát, ez jut az emberekhez, hogy ez nem tud javulni, ez rosszabb lesz, azt gondolom. (18)*

*Mert végül is valahogy több szempontból szerepet kap még akkor is, ha nem mindig adekvátan, de legalább szóba kerül. (110)*

## Szervezeti tényezők változása

A vizsgált szervezeti tényezők közül a szakember- és kapacitáshiány, az ellátásban dolgozók kiegészése a szakértők többsége szerint rosszabb lett az elmúlt évtizedben. A szakemberhiány és a kiegészés helyzete egy-egy interjúalany meglátása szerint a nem versenyképes fizetés (16) és az utánpótláshiány (110) miatt rosszabbodott. A belső értékelések, szupervízió (12a), a nemzetközi jogyakorlatok követése (19) és a továbbképzési lehetőségek helyzete (15) jellemzően javult vagy nem változott, azonban néhány szakértő szerint rosszabbodás is tapasztalható, ami a forráshiányhoz hozható összefüggésbe (12b, 18).

*Belső értékelés, monitorozás, szupervízió – ez szerintem jobb lett, ez minőségfejlesztés, azt gondolom ezt mindenki valamilyen módon erre hangsúlyt fektet. (12a)*

*Nemzetközi szakmai szerintem ez rosszabb, nincs, ehhez is pénz kellene. (12b)*

*Továbbképzési lehetőségek – azért lehet, hogy fizetős, de azért talán mégiscsak minőségibb vagy hogy mondjam, ezzel nem azt mondom, hogy tíz éve nem volt az, de talán több elérhető. (15)*

*Finanszírozásban sincs, rosszabb lett a finanszírozás. Ugye egyáltalán nem írnak ki pályázatokat. (16)*

*Főleg a belső értékelések, szupervízió, lehetőségekből van kevesebb itt is. (18)*

*Személy szerint nekem biztos, nemzetközi szakmai fejlemények, jó gyakorlatok követése ez is azt gondolom, hogy jobban hozzáférhető, már nemcsak az internet, hanem olyan kollégák által is, akik járnak ilyenekre és továbbképzési lehetőségek tényleg vannak. (19)*



*Mert nincs mindig, nincs mindig utánpótlás, vagy olyan szempontból, hogy nem változott, a tízes szerintem itt a szupervízió, önmagunk fejlesztése vagy akár a 9-es, nemzetközi dolgoknak így az átvétele, frissítése tudna segíteni a kiegészen, csak mivel ugyanabban a mókuserékben vagyunk így folyamatosan, ezért nem javul ez a dolog. Vagy hogyha lehetne mondjuk több képzésre járni, vagy lenne több ilyen együttműködésre sarkalló projekt és lenne idő ezekben részt venni, az tudna lelkesítő lenni. (110)*

## Együttműködés változása

A drogspecifikus és nem drogspecifikus szervezetekkel való együttműködés (15) tekintetében egyértelműen javulás vagy változatlanosság tapasztalható a szakértők meglátása szerint, az érdekvédelmi szervezetek helyzetét pedig a kisebb aktivitás miatt gondolják rosszabbnak (18).

*Drogspecifikus szervezetekkel való együttműködést, ezt is egyébként – nyilván ahogy telik az idő, meg széles, meg több a szervezet meg jobbak ezek a képzített kis kapcsolati utak, szerintem ez jobb. (15)*

*Érdekvédelmi szervezetekkel való együttműködés is, nyilván intenzívebb is volt, nem látja értelmét valahogy a szakma, vagy én nem tudom, az egyes szervezetek sem nagyon nem látják a lehetőséget, hogy bármit el lehetne érni, hát erről beszéltem kicsit. (18)*

## ÖSSZEZÉS

A tanulmányban az addiktológiai kliensek ellátásának elsődleges akadályait vizsgáltuk a fővárosi drogspecifikus egészségügyi és szociális szolgáltatóknál több éve a területen dolgozó hazai szakemberek személyes, szakmai megítélése alapján.

A szociális és egészségügyi ellátórendszer eltérő kulturális beágyazottsága okán feltételezhetjük azt, hogy az egyes országokban más-más tényezők nehezítik az addiktológiai betegek ellátásba kerülését, azonban a tanulmány eredményei arra utalnak, hogy hazánkban hasonló tényezők jelentenek akadályt, mint a többi országban. Hangsúlyeltolódásban feltehetően tapasztalható eltérés az egyes országok között, azonban tekintettel arra, hogy jelen és a szakirodalomban fellelhető kutatások is elsődlegesen kvalitatív eredményekre támaszkodnak, így arra nem fogunk tudni választ adni, hogy az egyes országokban mely akadályozó tényezők jelennek meg dominánsabban.

Erdős és munkatársai 2016-os szociális és egészségügyi ellátórendszerben dolgozók körében készült kutatásának eredményei jelen tanulmány megállapításaival erősen egybecsengenek, ami azt jelzi, hogy az elmúlt több mint 5 évben jelentős változás nem tapasztalható ezen a területen. Mindezt megerősítik a jelen kutatás eredményei is: az elmúlt 10 évben a szakértők megítélése szerint a politikai környezet, a finanszírozás, a média tájalásmódja, az érdekvédelmi szervezetek aktivitása, és a szervezeti tényezők közül a szakember- és kapacitáshiány, az ellátásban dolgozók kiegészése esetében rosszabbodás tapasztalható.

Jelen kutatás eredményei és Erdős (2018) tanulmánya is arra utalnak, hogy az olyan strukturális tényezők, mint a politikai és jogszabályi környezet és a finanszírozás is egyértelműen nehezítik a kliensek ellátásba kerülését: a terület átpolitizáltságából, illetve a politikai nyomás-



gyakorlásból eredő nehézségeket, a szakmai munkavégzés törvényhozáshoz és szabályozási rendszerhez köthető akadályait, mindemellett a nem támogató, a problémát és szakemberek véleményét figyelmen kívül hagyó, a társadalomban élő stigmákat elmélyítő politikai környezetet emelték ki a szakértők. Mindemellett öt évvel ezelőtt az egészségügyi/szociális rendszerek közötti harmonizáció problémáit, a széttagoltságot, a kompetenciaproblémákat, a szakmai feladatokat háttérbe szorító adminisztrációs terheket is említették (Erdős 2018), amit jelen kutatás szakértői is megerősítettek. Más országokban is akadályozó tényezőt jelent a kirekesztő hozzáállás, a szakértők bevonása nélkül meghozott politikai intézkedések (Horgan et al. 2001).

Az ellátás finanszírozásával, illetve egyéb materiális, fizikai korlátaival kapcsolatos nehézségek, mint például az épület rossz állapota, hiányosságai, forráshiány, pályázati források beszűkülése, alacsony bérezés és az ehhez kapcsolódó kapacitáshiány öt évvel ezelőtt, és a mostani kutatásban is több szakértő percepciójában megfigyelhető volt és ugyanígy tetten érhető nemzetközi viszonylatban is (Rehm et al. 2006, Hadland et al. 2018).

Az öt évvel ezelőtti kutatáshoz hasonlóan a kulturális, társadalmi tényezők, úgymint a média stigmatizáló, szenzációhajhász és nem szakszerű tálalásmódja, a társadalom stigmatizáló attitűdje, a sztereotípiákban gondolkodás és a tudatlanság szintén megjelentek a szakértői véleményekben. A szerhasználattal kapcsolatos megbélyegzés súlyos negatív következményekkel járhat a testi, lelki egészségre nézve, és akadályozhatja a kezelésbe kerülést (Chen – Johnny – Conway 2022), egyrészt abban, hogy a kliensek merjenek segítséget kérni, az ellátóhelyre bejelentkezni, másrészt abban, hogy valós információt kapjanak akár a problémáról vagy arról, hol lehet segítséget kérni. Hazai médiaelemzések eredményei a szakértők percepcióit támasztják alá: a drog-jelenség médiareprezentációjában az 1999 és 2007 közötti írott és online sajtóban a cikkek döntő többsége a bűnüldözéssel hozta kapcsolatba a kábítószer-jelenséget, ami a társadalom gondolkodásában a bűnözés és a drogjelenség összekapcsolódására vonatkozó képzetek, valamint a drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi távolság/kirekesztés fennmaradását eredményezheti az olvasóban, ugyanakkor nyomokban kimutathatók kedvezőbb, a stigmatizáció potenciális csökkentésének lehetőségét hordozó tendenciák is (pl. semlegesebb, kevésbé szenzációhajhász tálalásmód, drogfogyasztó megszólaltatása) (Paksi – Kaló – Arnold 2018). A 2013 és 2015 közötti online és közösségi médiatartalmak vizsgálata ezzel szemben a kedvező tendenciák hanyatlását jelzi, és azt mutatta ki, hogy a drogjelenséghez többnyire negatív tartalmak társulnak (Paksi – Kaló – Arnold 2018). Nemzetközi médiaelemzés a hazai eredményekhez hasonlóan a közösségi médiában a szerhasználat szembeni stigma jelenlétét mutatta ki (Chen – Johnny – Conway 2022).

A szakértői percepciókat támasztják alá az országos attitűdvizsgálatok (Felvinczi – Magi – Sárosi – Paksi 2020) eredményei is: a felnőtt lakosság körében – más társadalmi csoportok kontextusában – a legkevésbé elfogadott társadalmi csoportot az elmúlt 20 évben mindvégig a kábítószer-fogyasztók képezték Magyarországon. A droghasználókkal kapcsolatos kirekesztő társadalmi attitűdállapotok és a drog-jelenség médiareprezentációjában 1999 és 2007 között mutatkozó részben kedvezőbb tendenciák közötti ellentmondás háttérben az állhat, hogy a negatív hírek gyorsabban terjednek és jelentősebb tartalomfogyasztást generálnak (Robertson et al. 2023), így elképzelhető, hogy a stigmatizáció csökkenésének lehetőségét hordozó tartalmak kisebb hatásúak, ezáltal kisebb társadalmi szemléletformáló potenciált is hordozva (Paksi – Kaló – Arnold 2018).



Az elmúlt öt évben nincs jelentős változás a szakember-ellátottság tekintetében sem: kutatásunk és Erdős (2018) vizsgálata szerint is az általános szakemberhiány, a szakspecifikus végzettséggel rendelkező munkatársak hiánya, a területen dolgozó szakemberek kiegészése és többletterhei továbbra is égető probléma e területen. Abban sem történt változás, hogy az ellátás igénybevételét továbbra is nehezíti a kapacitáshiány, a folyamatos várólista és az ellátórendszer hiányzó láncszemei, mint például a dizájnner szerhasználók számára létrehozott dropin szolgáltatások; a megkereső munka bővítése, fejlesztése; tűcsere automata, busz; party service szolgáltatás bővítése; speciális csoportokra irányuló ellátás; absztinenciát megkövetelő bentlakásos ellátás előtti detoxikáló biztosítása; vagy a kettős diagnózisú kliensek érdemi ellátása. Nemzetközi viszonylatban is hiányterületnek számít a kettős diagnózisú kliensek ellátása, jelen van a hosszú várólista és a képzett szakemberhiány problematikája is (Rehm et al. 2006, MSI 201, MDH 2000).

Az ellátóhelyek kapcsolódásai és a kliens populáció sajátosságaiból fakadó személyes tényezők az öt évvel ezelőtti kutatásban nem jelentek meg dominánsan, azonban a nemzetközi irodalom (Blevins – Rawat – Stein 2018, Rehm et al. 2000, MSI 2011, NIDA 2000) is rámutatott arra, hogy ezen tényezők is okoznak nehézséget a kliensek ellátásba kerülését tekintve. Ez előbbi egyrészt a szakmán belüli, illetve társszervezetekkel mutatott együttműködések limitációit, másrészt a döntéshozókkal való érdemi szakmai kapcsolat hiányát jelenti. Mindemellett megjelent a kliensek ellátórendszerben megtett útjának komplex problematikája is, úgymint a szervezetek közötti együttműködés és kommunikáció hiányából fakadó kliensdelegálási anomáliák; az ellátórendszer kapacitáshiányából, valamint az ellátóhelyek alacsony számából eredő kliensküldési nehézségek; az ellátóhelyekkel kapcsolatos információhiányhoz köthető kliensoldali tanácsstalanság; illetve a kliensvisszatartás jelensége. A személyes tényezők (pl. előzetes ismeretek, attitűd; motiváció szintje, fenntartása) és szociális tényezők (pl. a terapeuta-kliens kapcsolat nehézségei; a kliensek családi helyzete) egyaránt akadályozhatják az addiktológiai betegek ellátásba kerülését.

Összességében azt láthatjuk tehát, hogy a kliensek ellátásba kerülését strukturális, szervezeti és személyes szinten egyaránt akadályozza valamilyen tényező és ebben nem nagyon volt változás az elmúlt 5-10 évben. Nincs változás a terület finanszírozásában és a finanszírozás kiszámíthatatlanságában, a szakmát figyelmen kívül hagyó, politikai érdekeket szem előtt tartó döntéshozatalban, a kiszámíthatatlan, adminisztrációs terhekkel teli jogszabályi környezetben, a társadalom drogfogyasztással szembeni attitűdjében, a szakember-ellátottságban stb. A hazai és nemzetközi kutatási eredmények is arra utalnak, hogy mély, rendszerszintű problémák tapasztalhatóak az addiktológiai ellátásban, aminek az orvoslása nem egyik napról a másikra történik. A társadalomban uralkodó szemléletet a legnehezebb megváltoztatni: e szemlélet formálásával, a társadalom és a médiamunkások érzékenyítésére irányuló képzésekkel, információs anyagok széleskörű disztribúciójával meg lehetne tenni az első lépéseket arra, hogy a drog- és alkoholfogyasztókkal szemben elfogadóbb társadalmi közeg formálódjon. Természetesen ennek kapcsán érdemes hozzátenni, hogy a társadalmi érzékenyítés önmagában még nem vezet el az érintettek addiktológiai problémáinak tényleges megelőzéséhez, ahhoz sokkal inkább a potenciális fogyasztói oldal attitűdjeit lenne szükséges megváltoztatni, egybeként környezeti prevenciók programok implementációjával. Fontos lenne bevonni a szakértőket a politikai döntéshozatalba, ugyanis a hatékony működéshez nélkülözhetetlenek



a bizonyítékon alapuló döntések. Egy kiszámíthatóbb jogi, pénzügyi környezet teremtésével pl. pályázati források biztosításával az addiktológiai ellátás biztosabb talajon állhatna. Ellátóhelyek közötti kapcsolódásokat lehetne erősíteni például egy online elérhető, kereső funkcióval bíró információs adatbázissal, ahol a szakértők a továbbirányítási lehetőségekről, a kliensek pedig az ellátási lehetőségekről tájékozódhatnak.

Figyelembe véve a kezelésbe fordulóknak rendkívül alacsony arányát – mind hazai, mind nemzetközi szinten – a döntéshozók és az ellátórendszer előtt az alábbi lehetőségek állnak rendelkezésre ezen arány javítására (van den Broek et al. 2023): 1) a kapacitásbővítésen keresztül biztosítani az ellátottak számának növekedését és a várólisták hosszúságának csökkentését; 2) az általános populációban növelni a mentális egészséggel kapcsolatos tudatosságot és csökkenteni az addikciókat övező stigmatizáció mértékét (kampányszintű univerzális beavatkozások); 3) az érintettek hatékonyabb felismerését célzó szűrőprogramok indítása (pl. alapelátásban addiktológiai szűrőteszt alkalmazása); 4) a segítségkérési hajlandóság növelése az azonosított érintettek körében (pl. automatizált emlékeztetők, motiváló üzenetek formájában); 5) telemedicinális programok fejlesztése.

## IRODALOM

- Adeniran, E. – Quinn, M. – Wallace, R. – Walden, R. R. – Labisi, T. – Olaniyan, A. – Brooks, B. – Robert Pack, R. (2023): A scoping review of barriers and facilitators to the integration of substance use treatment services into US mainstream health care. *Drug and Alcohol Dependence Reports* 7. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100152>
- Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (1974): Bevezetés. In: Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (szerk.): *A deviáns viselkedés szociológiája*. Budapest: Gondolat, 11–43.
- Arnold P. – Péterfi A. (2023): Alkoholbetegek az ellátórendszerben. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon. Tények, adatok, elemzések*. Budapest: ELTE PPK, L'Harmattan Kiadó, 93–138.
- B. Erdős M. – Bognár A. – Borda V. – Brettner Zs. – Kelemen G. – Madácsy J. – Márk M. – Mihaldinecz Cs. – Molnár D. – Szijjártó L. – Szöllősi G. – Vojtek É. (2018): Az addiktológiai ellátórendszer vizsgálata: Kutatási zárójelentés. *Szociális Szemle*, 11(1–2): 8–289. <https://doi.org/10.15170/SocRev.2018.11.01-02.01>
- Bajzáth S. – Tóth E. ZS. – Rác J. (2014): *Repülök a gyógyszerrel. A kábítószerrel történő története a szocialista Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Blevins, C. E. – Rawat, N. – Stein, M. D. (2018): Gaps in the substance use disorder treatment referral process: provider perceptions. *J Addict Med*. 12: 273–277. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000400>
- Braun, V. – Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Caris, L. – Beckers, T. (2022): Accessibility of substance use treatment: A qualitative study from the non-service users' perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2022 (141). <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108779>



- Chen, A. T. – Johnny, S. – Conway, M. (2022): Examining stigma relating to substance use and contextual factors in social media discussions. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 3: 100061.
- Crapanzano, K. A. – Hammarlund, R. – Ahmad, B. – Hunsinger, N. – Kullar, R. (2018): The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10: 1–12. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183252>
- Digiusto, E. – Treloar, C. (2007): Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. *Addiction*, 102(6): 958–969. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01842.x>
- Elekes Zs. (1993): *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében*. Budapest: OAI.
- Elkalla, I. H. R. – El-Gilany, A. H. – Baklola, M. – Terra, M. – Aboeldahab, M. – Sayed, S. E. – ElWasify, M. (2023): Assessing self-stigma levels and associated factors among substance use disorder patients at two selected psychiatric hospitals in Egypt: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1): 592. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05093-0>
- Farhoudian, A. – Razaghi, E. – Hooshyari, Z. – Noroozi, A. – Pilevari, A. – Mokri, A. et al. (2022): Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: an overview of systematic reviews. *Subst Abuse* 16: 1118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>
- Felvinczi K. – Magi A. – Sárosi P. – Paksi B. (2021): A pszichoaktív szer-használattal és használókkal kapcsolatos társadalmi viszonyulások. In: Paksi B. – Demetrovics Zs. (szerk.): *Addiktológiai problémák Magyarországon, helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. Szerhasználó magatartások*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 198–245.
- Gilbert, H. – Drummond, C. – Sinclair, J. (2015): Navigating the alcohol treatment pathway: A qualitative study from the service users' perspective. *Alcohol and Alcoholism*, 50: 444–450. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv027>
- Hadland, S. E. – Bagley, S. M. – Rodean, J. et al. (2018): Receipt of timely addiction treatment and association of early medication treatment with retention in care among youths with opioid use disorder. *JAMA Pediatr.* 172: 1029–1037. <https://doi.org/10.1001/jama-pediatrics.2018.2143>
- Horgan, C. – Skwara, K. C. – Strickler, G. et al. (2001): *Substance Abuse: The Nation's Number One Health Problem*. Robert Wood Johnson Foundation and Schneider Institute for Health Policy.
- Hudgins, A. – Uzwiak, B. – Pizzicato, L. – Viner, K. (2021): Barriers to effective care: Specialty drug treatment in Philadelphia. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108639>
- McNeely, J. – Kumar, P. C. – Rieckmann, T. – Sedlander, E. – Farkas, S. – Chollak, C. – Kannry, J. L. – Vega, A. – Waite, E. A. – Peccoralo, L. A. – Rosenthal, R. N. – McCarty, D. – Rotrosen, J. (2018): Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 13(1): 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0110-8>
- Mayring, P. (2014): *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt. [https://www.researchgate.net/publication/266859800\\_](https://www.researchgate.net/publication/266859800_)



Qualitative\_content\_analysis\_-\_theoretical\_foundation\_basic\_procedures\_and\_software\_solution (Utolsó letöltés: 2024. 04. 29.)

- MSI (2011): Substance abuse and mental health services administration. *Psychol Addict Behav.* 9: 135–142.
- Neale, J. – Sheard, L. – Tompkins, C. N. E. (2007): Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2: 31–44. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-31>
- NIDA – National Institute on Drug Abuse (2000): *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- OKBI (Országos Kémiai Biztonsági Intézet), Egészségügyi Toxikológiai Tájékoztató Szolgálat (2006): A kábítószer világa. Budapest. [http://www.uzemdoki.hu/pdf/kabszer\\_teljes.pdf](http://www.uzemdoki.hu/pdf/kabszer_teljes.pdf) (Utolsó letöltés: 2014. 10. 03.)
- Paksi B. – Kaló Zs. – Arnold P. (2018): A drog-jelenség reprezentációja az online és a nyomtatott sajtóban, valamint a közösségi médiában az elmúlt 18 évben – különös tekintettel a tematikus kontextusra. In: Gabos E. (szerk.): *A média hatása a gyermekekre és fiatalokra IX.*: Balatonalmádi, 97–108.
- Peterson, J. A. – Schwartz, R. P. – Mitchell, S. G. et al. (2010): Why don't out-of-treatment individuals enter methadone treatment programmes? *J Drug Policy*, 21(1): 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.07.004>
- Péterfi A. – Bálint R. (2022): 2022-es éves jelentés (2021-es adatok) az EMCDDA számára. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.
- Rapp, R. C. – Xu, J. – Carr, C. A. – Lane, D. T. – Wang, J. – Carlson, R. (2006): Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat.* 30(3): 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.002>
- Redko, C. – Rapp, R. C. – Carlson, R. G. (2006): Waiting time a barrier to treatment entry: Perceptions of substance users. *J Drug Issues*, 36(4): 831–852. <https://doi.org/10.1177/002204260603600404>
- Sokol, R. – Tammaro, E. – Kim, J. Y. – Stopka, T. J. (2021): Linking MATTERS: barriers and facilitators to implementing emergency department-initiated buprenorphine-Naloxone in patients with opioid use disorder and linkage to long-term care. *Subst. Use Misuse*, 56(7): 1045–1053. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1906280>
- Storholm, E. D. – Ober, A. J. – Hunter, S. B. – Becker, K. M. – Iyiewuare, P. O. – Pham, C. – Watkins, K. E. (2017): Barriers to integrating the continuum of care for opioid and alcohol use disorders in primary care: a qualitative longitudinal study. *J. Subst. Abuse Treat*, 83: 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.09.015>
- Rác J. (1988): *A drogfogyasztó magatartás*. Budapest: Medicina.
- Rác J. – Kassai F. Á. (2022): A kényszer-elvonókúrától a pszichoterápiáig. Szemlények és tendenciák a hazai addiktológia történetéből. In: Kiss A. – Farkas J. – Kapitány-Fővény M. (szerk.): *Az addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Budapest: Medicina Kiadó, 41–64.
- Rehm, J. – Baliunas, D. – Brochu, S. et al. (2006): The costs of substance abuse in Canada 2006.



- Robertson, C. E. – Pröllochs, N. – Schwarzenegger, K. – Pärnamets, P. – Van Bavel, J. J. – Feuerriegel, S. (2023): Negativity drives online news consumption. *Nature Human Behaviour*, 7(5): 812–822. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01538-4>
- Saunders, S. M. – Zygowicz, K. M. – D'Angelo, B. R. (2006): Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30: 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.003>
- Strathdee, S. A. – Ricketts, E. P. – Huettner, S. et al. (2006): Facilitating entry into drug treatment among injection drug users referred from a needle exchange program: Results from a community-based behavioral intervention trial. *Drug Alcohol Depend*, 83(3): 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.11.015>
- Van Den Broek, M. – Gandhi, Y. – Sureshkumar, D. S. – Prina, M. – Bhatia, U. – Patel, V. – Singla, D. R. – Velleman, R. – Weiss, H. A. – Garg, A. – Sequeira, M. – Pusdekar, V. – Jordans, M. J. D. – Nadkarni, A. (2023): Interventions to increase help-seeking for mental health care in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002302>
- Van der Pol, P. – Liebrechts, N. – De Graaf, R. – Korf, D. J. – Van den Brink, W. – Van Laar, M. (2013): Facilitators and barriers in treatment seeking for cannabis dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 133: 776–780. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.011>
- Wagner, V. – Bertrand, K. – Flores-Aranda, J. – Acier, D. – Brunelle, N. – Landry, M. – Brochu, S. (2017): Initiation of addiction treatment and access to services: Young adults' accounts of their help-seeking experiences. *Qualitative Health Research*, 27(11): 1614–1627. <https://doi.org/10.1177/1049732316679372>
- Williams, E. C. – Achtmeyer, C. E. – Young, J. P. – Berger, D. – Curran, G. – Bradley, K. A. – Richards, J. – Siegel, M. B. – Ludman, E. J. – Lapham, G. T. – Forehand, M. – Harris, A. H. S. (2018): Barriers to and facilitators of alcohol use disorder pharmacotherapy in primary care: a qualitative study in five VA clinics. *J. Gener. Intern. Med.* 33(3): 258. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4202-z>



## Szociális munkások a posztmodern terápiák világában

B. Erdős Márta

B. ERDŐS MÁRTA: Pécsi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; erdos.marta@pte.hu

**ABSZTRAKT** A mentális egészség legfontosabb mutatói hosszú ideje aggasztóak hazánkban. Az öngyilkosságok előfordulását tekintve az európai országok közül még mindig az élvonalban vagyunk, az alkoholfogyasztással összefüggő zavarok tekintetében pedig világszerte. A szociális munkások közvetlenül, naponta akár többször is találkoznak olyan helyzetekkel, ahol a klinikai szociális munka eszköztárára lenne szükség a problémák hatékonyabb kezeléséhez. A szociális munka klinikai iránya ugyanakkor nem tudott igazán meghonosodni Magyarországon, annak ellenére, hogy a hiány ennyire nyilvánvaló. A klinikai szociális munkások képzési, továbbképzési és szupervíziós rendszerének kialakítása, az interprofesszionális teammunka keretei között végzett színvonalas klinikai szociális munka rendszerszintű bevezetése sürgető feladattá vált. A szerző a posztmodern irányzatokra összpontosítva, ezen belül a Nyitott Dialógus módszerét ismertetve érvel amellett, hogy ezek az irányzatok teljes összhangban vannak a szociális munka fókuszával, alapelveivel és legfontosabb értékeivel.

**Kulcsszavak:** klinikai szociális munka, szociális konstrukcionista terápiák, kríziskoncepció, multiprofesszionális teammunka, Nyitott Dialógus

### Social workers in the realm of postmodern therapies

**ABSTRACT** Several key indicators of mental health are critical in Hungary. As for the prevalence of suicide, our position is among the worst ones in Europe and Hungary ranks the first in alcohol-related disorders globally. During their daily work, social workers frequently encounter situations in which they could benefit from the knowledge base and skills of clinical social work to facilitate problem solving. However, clinical social work could not really take root in Hungary, despite the evident need. Establishing intensive education and professional development programmes, and systems of clinical supervision, facilitating the systemic introduction of high-level clinical social work in interprofessional team-settings is an urgent task. The author focuses on postmodern approaches, more specifically, on Open Dialogue as a method, and argues that these approaches are in full accordance with the focus, principles, and key values of social work.

**Keywords:** clinical social work, social constructionist therapies, crisis theory, multiprofessional teamwork, Open Dialogue



*„Amikor elmondom Neked, ki vagyok, elmondom a végzetemet. Ahhoz, hogy a végzetemen változtassak, újra meg kell határoznom önmagam, és át kell alakítanom a saját történetemet” (White 1996: 423)*

## BEVEZETÉS

A szociális munkások gyakran az első segítő kapcsolatot jelentik a válságos helyzetben lévő személyek, családok életében, akiknek problémáit általában hatékonyabban lehetne megoldani a klinikai szociális munka egyes eszközeinek alkalmazásával. Ez a terület a segítség személyességére, a pszichoszociális dimenziókra, és a kapcsolati munka fontosságára irányítja a figyelmet. Hazánkban ugyanakkor csak részben épült ki az a szakmai feltételrendszer, amelynek keretei között a klinikai szociális munka valóban hatékonyan és biztonságosan végezhető.

Ebben a tanulmányban a szerző röviden áttekinti a klinikai szociális munka fejlődésének fontosabb állomásait, reflektál a területet övező félreértések történeti gyökereire, valamint bemutatja a klinikai munkában rejlő lehetőségeket és korlátokat. A terület fejlődésében fontos szerepet játszott a terápia és tanácsadás posztmodern irányainak megjelenése, ahol a kapcsolathálózatok és a kommunikációs mintázatok elemzése kerül előtérbe. Ezek azok az irányzatok, amelyek a leginkább tükrözik a szociális munka értékrendjét, személy-a-környezetben fókuszát, így neves képviselőik között is szép számban akadtak szociális munkások. A szerző érvelése alátámasztására bemutatja egy hazánkban még kevésbé ismert módszer, a Nyitott Dialógus (Open Dialogue, Razaque 2019, Seikkula et al. 2006) filozófiáját és gyakorlatát, amely a krízisintervenciók alapelvek, valamint a narratív és az erősségekre alapozó megközelítések különleges ötvözete.

A benne rejlő lehetőségek ellenére, a színvonalas klinikai szociális munka szélesebb körű bevezetésének hazánkban ma az egyik akadály a képzési, továbbképzési rendszerek kiforratlansága, és a rendszeres klinikai szupervízió hiánya. A helyzetet ugyanakkor tovább nehezíti a szakemberek és a velük egy teamben tevékenykedő más segítők jelentős túlterheltsége, a forráshiány. Az ebből következő veszteségek azonban nem „csak” a személyes szférában jelentkeznek, hanem a munkahelyeken, az iskolákban, az egészségügyi ellátásban, valamint sok egyéb intézményi vagy informális közösségi szinten is.

## A klinikai irány jelentősége Magyarországon

Magyarországon a lelki egészség fontosabb mutatói hosszú ideje mind európai, mind nemzetközi összehasonlításban aggasztóak. Az egyik legáltalánosabban alkalmazott indikátor az öngyilkosságok számának alakulása (Tannenbaum et al. 2009). Bár az öngyilkosságok csökkenése a rendszerváltozást követően számottevő volt, a kedvező trend az utóbbi néhány évben megtorpanni látszik (KSH 2023), és a korábbi csökkenés ellenére az európai régióban változatlanul az elsők között vagyunk. Csupán néhány szovjet utódállam, valamint a hagyományosan szintén magas szuicid prevalenciával jellemezhető Finnország és Svédország előz meg bennünket a sorban (WHO 2019). Kiemelkedő továbbá a szerhasználati zavarok, elsősorban az alkoholfogyasztással összefüggő zavarok előfordulása. A WHO 2018-as adatai alapján ebben világszerte vagyunk. Az adatokból egyenesen következik, hogy ma Magyarországon nincs olyan tágabb



család, munkahelyi vagy lakóhelyi közösség, amelyet valamilyen formában ne érintenének a szerhasználati zavarok, és az ezekkel szövődő, tehát a zavarok létrejöttében is szerepet játszó, ugyanakkor ezek következményeképpen is fellépő súlyos mentális és szociális problémák: a kilátástalan szegénység, a gyermekek, a házastársak, az idősek érzelmi és fizikai bántalmazása, a toxikus munkahelyi és iskolai légkör, a foglalkoztatás és a képzés ellehetetlenülése, a szerhasználati zavarral küzdő személyek közvetlen környezetében élők mentális megbetegedése, vagy a kriminalizáció (Arnold 2023, Bencsik 2023, Csák et al. 2020, Elekes 2023, Kutrovác – Gelencsér 2023, Rácz 2020, Szécsi – Szák 2020).

Fontos megjegyezni, hogy a szerhasználati zavarok létrejöttében, egyéb tényezők mellett, kiemelkedő szerepet játszik a sorozatos traumatizáltság, a marginalizáció és az érzelmi-kapcsolati problémák (Csák et al. 2020, Császár et al. 2024). A szerhasználati zavar félresikerült túlélési-öngyógyítási kísérletnek is tekinthető (Khantzian 2013, Csák et al. 2020). Az utolsó célzott próbálkozás az alkoholprobléma kezelésére a 2006-ban íródott, majd 2009-ben aktualizált, Buda Béla nevével fémjelzett alkoholstratégia volt. A mentálhigiénés ellátás, más egészségügyi és szociális ellátásokhoz hasonlóan, súlyos regionális egyenlőtlenségekkel, valamint szakember- és forráshiánnyal küzd (Borda – Vojtek 2016). A kérdés, hogy szükség van-e hazánkban klinikai szociális munkára, ezek után aligha lehet kérdés – a válasz a tényekből kiolvasható.

A klinikai irány meghonosításának kezdeti lépései röviddel a szociális munka hazai bevezetését követően meg is történtek (Szabó 1996). Bugarszki (2006), Fehér (2010), és Kelemen (2011) korábbi írásaiban a klinikai szociális munka posztmodern irányzataira összpontosított. Ezek az irányzatok szervesen kapcsolódnak a felépülés-szemponitú gondolkodáshoz (Bugarszki 2013, Bulyáki 2021, Endre 2013, Kelemen 2011). A klinikai szociális munka megerősödésére, a továbbképzési és szupervíziós rendszerek kidolgozására, az egyértelmű kompetenciahatárok kijelölésére azonban mindmáig nem került sor. Sőt, a klinikai szociális munka olyannyira az árnyékban maradt, hogy még a szakemberek fejében is nemegyszer összemósódik az egészségügyi (kórházi) és a klinikai szociális munka. Ezt a két különböző területet a tevékenységek színtere kapcsolhatja össze, de a fókusza más: míg az előbbi az egészséggel kapcsolatban tapasztalható minden szociális problémát kezelni hivatott (pl. a krónikus betegek gondozása során, vagy egy járványhelyzet idején fellépő problémákat), addig a klinikai munka a mentális egészségre, a pszichoszociális jóllét kérdéseire összpontosít.

Szabó Lajos 2017-ben ismételtelen rámutatott a klinikai irány szükségességére – ám az alapvető problémák az azóta eltelt években sem változtak, a helyzet nem javult. Az egyik, lassan költői kérdés ezek után az, hogy mi állhat a megoldás útjában, ha a társadalmi szükséglet (itt is) ennyire nyilvánvaló? A másik kérdés, hogy milyen legyen az a klinikai szociális munka, amely összhangban áll a szakterület alapvető értékeivel, fókuszával, elveivel, és munkamódjával? Az első kérdésre összetett, de nem ismeretlen a válasz; a főbb, jelenleg is ható válságtényezők és hiányok (Bugarszki 2014, Meleg 2021) mellett érdemes röviden felidézni a klinikai szociális munka fejlődésének egyes állomásait, a félreértések és az akadályok történeti gyökereit.

A második kérdésre összpontosítva, a szociális munkára jellemző rendszerszemléletű gondolkodás, a személy-a-környezetben fókusz érvényre juttatásához a municiót változatlanul a posztmodern terápiák világában érdemes keresnünk. Ezeknek az irányzatoknak közös jellem-



zője a kliens és segítő közötti partneri viszony, a kliens tapasztalati érvényességének hangsúlyozása, a tudások, élmények sokféleségének, egyediségének elfogadása és hitelesítése.

### Az első kérdésről: a történeti tanulságok

A klinikai szociális munka az esetmunka és a pszichoszociális tanácsadói gyakorlat elemeit integrálja. Gyökerei az első világháborút követően jelentek meg, amikor nagyon sokan szorultak valamilyen mentális segítségre. A háború alatt kiderült, hogy amennyiben egy korábban mentálisan egészségesnek tartott személy kerül valamilyen szélsőségesen traumatizáló helyzetbe, akkor – átmenetileg, vagy akár tartósabban – egyes pszichiátriai kórképekre jellemző tünetek jelenhetnek meg nála. Már nem a személyiség „szerkezetének” hibáira, a korai fejlődés zavaraira kerül a hangsúly, mint például a pszichodinamikus vagy a biológiai elméletek esetében, hanem az aktuálisan megbetegítő élethelyzetekre: a veszteségekre, az egyéni és társadalmi válsághelyzetekre, vagy az alapvető szükségletektől való tartós megfosztottságra. Az első klinikai szemléletű szociális munkás képzési program Mary C. Jarrett nevéhez fűződött (Kelemen 2011).

Ennek a gondolatmenetnek a szerves folytatása lett a kríziskoncepció, amely a fenti helyzetekkel együtt járó identitásváltozás minden embert próbára tévő nehézségeire összpontosított (B. Erdős 2018, Caplan 1971, Poal 1990, Szabó 1996). Világossá vált, hogy a kezeletlen válságok előbb-utóbb az emberi élet minden dimenzióját áthatják (Wolinsky – Zusman 1980). Mivel a szociális problémák, valamint a testi és a lelki egészség területei egymáshoz szervesen kapcsolódnak, a negatív hatások ilyenkor egymást erősítve hozzák létre a válsághelyzetek örvénylő dinamikáját. A krízisintervenciók profillal létrejött amerikai Benjamin Rush Center az egyik első olyan intézmény volt, amely terápiás szolgáltatásait a szegények számára is elérhetővé tette. Ezzel megtörtént annak elismerése, hogy a szegények vagy a hajléktalanok nem csupán egy társadalmi kategória arc, élettörténet és személyiség nélküli képviselői, ahogyan a média gyakran ábrázolja őket (Hammer 2006), hanem *személyek*, akiknek szüksége van „hűségese angyalok”<sup>1</sup> intervenciójára, hogy az életük területein jelentkező elakadásokat felszámolhassák, és esélyt kapjanak sorsuk megváltoztatására.

A bio-pszicho-szociális megközelítés, a környezeti tényezők szerepét is hangsúlyozó, és a rendszerszemlélet elveire építő egyik korszerű irány a mentális problémák network-alapú megközelítése. Az elmélet szerint a mentális betegségek kialakulása során a jelentkező tünetek között biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők együttes hatására visszavezethető oksági kapcsolatok állnak fenn, és amennyiben ezek a kapcsolatok elég erősek, a visszacsatolási mechanizmusok egy rendellenes állapotot tartanak fenn, azaz a szimptómák szindrómává fejlődnek, kialakul a betegség. Ha a visszacsatolások gyengék, akkor a reziliencia, a rugalmas alkalmazkodás lesz a jellemző (Borsboom 2017). Ez azt is jelenti, hogy a problémát fenntartó-erősítő visszacsatolások gyengítésével, az értő és mielőbbi beavatkozással megelőzhető egyes mentális betegségek kialakulása. A kialakulóban lévő probléma korai felismerésében, valamint a kompetenciáiknak megfelelő területekre összpontosított intervencióban a jól képzett klinikai szociális munkások sokat tehetnek.

<sup>1</sup> Utalás Specht és Courtney (1995) könyvének címére, amelyet Szabó Lajos (2017) idéz tanulmányában.



A szociális munka irányait, lehetőségeit és fejlődését azonban erősen meghatározza a professziót körülvevő társadalmi környezet. A szociális munka politikai irányoknak való kitettség különösen erős, hiszen a szociális programok politikai kezdeményezéseken alapulnak, és gyakran egyedi szereplők nevéhez kötődnek, így akár politikai karrierük alakulását is befolyásolhatják (Weiss 1993). Kétségtelen, hogy a klinikai szociális munka térhódításának az USA-ban kedvezett a hidegháborús környezet, amelyben a szociális munkás és a „szocialista munkás” (Szoboszlai 2014) közötti különbségeket a korabeli politika ott is előszeretettel mosta össze, ideológiákat kínálva ahelyett, hogy érdemben kezdjen el foglalkozni a súlyos társadalmi problémákkal (Saleebey 2006). Mindez azonban pozitív fejleményeket is hozott: a klinikai orientációnak köszönhetően megerősödött a szakma presztízse, és 1978-ban az Amerikai Egyesült Államokban önálló területként definiálták a klinikai szociális munkát (Cooper – Lesser 2002, NASW é. n.). Ezzel párhuzamosan átlátható és színvonalas képzési rendszer épült ki – egy valóban ösztönző, nem pedig *limitált progresszivitású* életpálya-modellt kínálva a képzések résztvevőinek. A klinikai szociális munkások terápiás tevékenysége ma magas szintű, önálló mesterképzéshez és rendszeresen megújítandó engedélyhez kötött, amelynek szigorú feltétele a folyamatos továbbképzés és a klinikai szupervízió (Cooper – Lesser 2002, NASW é. n.). Ezek a jól képzett klinikai szociális munkások az Egyesült Államokban a mentálhigiénés szolgáltatások nagy részét biztosítják (B. Erdős – Gomory 2020).

Magyarországon ezzel szemben a rendszerváltozás előtt az egészség szociális és mentális aspektusait érintő problémákat – a nyolcvanas években az öngyilkossági mutatókat tekintve is világszerte voltunk – a közbeszédben egyaránt elfedték. Ezek sehogyan sem illettek bele a szocialista vívmányokról vallott pártpolitikai elképzelésekbe, és nem lehetett nyilvánossá tenni a „szocialista embertípus” tökéletesítésére tett kísérletek nagyarányú kudarcát sem. A nyolcvanas években a posztmodern terápiás irányzatok a rendszerváltozással, valamint a szociális munka és a szociálpszichiátria újjászületésével együtt érkeztek meg hazánkba. A rendszeresített megközelítés fontosságát, a kommunikáció és interakció mintáztatának megértését, az újraértelmezés jelentőségét hangsúlyozó családterápiás műhelyek, tanácsadó központok alakultak, és új típusú módszerspecifikus képzések váltak elérhetővé. Ugyanebben a korban vált ismertté hazánkban a kríziskoncepció (Kézdi 1995, Szabó 1996).

Ennek a kreatív és innovatív időszaknak, amely elősegíthette volna a személy-a-környezetben fókusz következőes érvényre juttatását és a szociális munka további erősödését, hamar vége szakadt. A kilencvenes években egy szakmai vita keretei között a mentálhigiénés tanácsadást a szociális munkától elkülönülő területként definiálták (Bagdy 1996). Ugyanebben az időszakban a tanácsadói tevékenység fejlődését is facilitáló pszichoterápiás gyakorlatot, és a szociálpszichiátria rövid életű népszerűségét egyre több területen váltotta fel a biológiai pszichiátria, és vele a farmakoterápia. Ebben a biomedikális keretben a szociális munkások nehezebben találták meg a helyüket, szerepüket. Talán nem véletlen, hogy a további útkereső törekvések egy része az addiktológia területéről indult, ahol a gyógyszeres terápiák nem mindig a várt eredményt hozzák, hanem esetleg a meglévő polidrog-használat terjed ki egy vagy több újabb, legális szerre (Császár et al. 2024).

A klinikai szociális munkások útkeresésének új lendületet adott a felépülési modell meghonosodása és a közösségi ellátások fejlődése (Bugarszki 2006, Bulyáki et al. 2020, Endre 2013). A felépülés-központú gondolkodás nem csupán a „pszichiáter-központú” (Serapioni 2019) ellátási formákat megkérdőjelező reformerek tevékenységében gyökerezik; legfontosabb kép-



viselői maguk a kliensek voltak (Kassai et al. 2015). A felépülés az identitás mélyreható és a kapcsolati térben lezajló változása: „megküzdés a stigmával, az iatrogéniával, a társuló egzisztenciális problémákkal, és az összetört álmok emlékével” (...) „mély emberi tapasztalat, amelyet mások mélyen emberi válaszaik tesznek lehetővé” (Anthony 1993: 15, 18).

A közösségi pszichiátria partneri viszonyra építő, a kliens autonómiájának kiteljesítését szem előtt tartó, az erőssé és képessé tétel alapelveit képviselő praxisban ma már kiemelkedő szerepe van a szociális munkásoknak. A munkájukhoz szükséges ismeretek jó részét azonban csak a gyakorlatban, vagy módszerspecifikus képzések keretei között tudják elsajátítani. Hazánkban ugyanakkor a klinikai képzés és a praxis forrásai szűkösek, a szakemberek pedig túlterheltek. A szociális munkások jövedelme és munkaidő-beosztása aligha teszi lehetővé az alapos és hosszadalmas, tanácsadói, esetleg terápiás képesítést nyújtó képzési és továbbképzési programok elvégzését. A képzési kínálat viszonylag bőséges, de a színvonalas képzések az alulfizetett, túlterhelt szakemberek és a forráshiányos intézmények számára elérhetetlenek. Pedig a szakemberek a klinikai szociális munka eszközeinek jó hasznát vehetnék bármely olyan területen is, ahol az egyik legáltalánosabb, a mentális egészséget leginkább befolyásoló emberi tapasztalattal, a veszteségekkel való megküzdéssel kerülnek szembe – így például a családsegítésben, az idősellátásban és a gyermekvédelemben.

### Klinikai szociális munka és posztmodern irányzatok

Még az inspiráló kilencvenes években jelent meg Sheila McNamee és Kenneth Gergen könyve, a *Therapy as Social Construction* (A terápia, mint szociális konstrukció). A szerzők a terápiát közös jelentésalkotó folyamatként értelmezték, eltávolodva attól a hagyománytól, amelynek értelmében a terápia során az „abnormális” működés „kijavitása” zajlik. A diszfunkció ebben a szemléleti keretben nem a személy, hanem a helyzet sajátossága, egy radikálisan kapcsolati (radically relational) jelenség (McNamee et al. 2023). Következésképpen a posztmodern terápiák képviselőire egyáltalán nem jellemző a kategorizáló-címkéző, diagnosztikus látásmód: ehelyett a kapcsolati-kommunikációs mintázatok kerülnek a középpontba.

Mégis, gyakori félreértés, hogy a klinikai szociális munka az áldozatok hibáztatását teszi lehetővé, személyes problémának álcázva egy társadalmi problémát. A klinikai munka etikája ezt kizárja: a szakember felelős azért, hogy a kliens problémáiban szerepet játszó tényezők közül kiválassza azokat a területeket, ahol a beavatkozásra a legnagyobb szükség van (Cooper – Lesser 2002). A tanácsadás, egyéni esetkezelés mellett nagyon gyakran a klinikai munka klienscsoportjainak is szüksége van hatékony érdekvédelemre, az érdeükben megfogalmazott szakpolitikai javaslatokra. Továbbá, a rendszerszemléletű, megoldásközpontú megközelítést hangsúlyozó keretben például nem a családot tekintik diszfunkcionálisnak, hanem inkább *diszfunkcionális helyzetben* lévő családokról beszélnek (Campbell et al. 2001). Az ilyen szemlélettel dolgozó klinikai szociális munkás fontos feladatának tekinti a társadalmi tényezők vizsgálatát – az egyének és családok közvetlen klienskapcsolatban történő segítése mellett: „számos család esetében, akik a segítségünket kérték, a problémák eredete a családon kívül volt (...) munkanélküliség, méltatlan lakáskörülmények, áldozattá válás, vagy az élet maga egy olyan kultúrában, amelynek tagjait a domináns kultúra marginalizálja.” (Campbell et al. 2001: 198). Az empowerment, ez a számos jelentésréteget magában hordozó kifejezés, itt az emberi



lehetőségszféra kitágítására (Kelemen 2011), az emberi problémákra vonatkozó, a stigmát és a marginalizálódást naturalizáló, a személyiség fejlődését megakasztó társadalmi diskurzusok nyomasztó árnyékától való szabadulásra vonatkozik.

A klinikai szociális munkások sokkal járultak hozzá a posztmodern terápiás irányzatok kialakulásához és fejlődéséhez. Ezeknek az irányzatoknak a közös jellemzője, hogy szociális konstrukcionista, a közösen kialakított társadalmi valóságra fókuszáló, vagy konstruktivista, a személyes, vagy adott csoportra jellemző élmények, tudások egyediségére összpontosító episztemológiát követnek. A nyelv jelentőségét nem reprezentatív-leíró, hanem jelentés- és identitásváltoztató, generatív szerepében látják, kiemelve, hogy a nyelv használata a társadalmi cselekvés egy fő formája. A kérdés tehát nem az, hogy mi hangzik el a beszélgetés során, hanem az, hogy a kliens által adott leírásnak mik a következményei, milyen alternatívákat nyit meg a narratíva (McNamee et al. 2023, Tarragona 2008). Általában nem a legjobbakat: hiszen ekkor nem lenne szüksége segítségre. A hiteles terápiás-tanácsadói dialógusban feltárhatóak a kliens elnémitott, ebben a szemléleti keretben gyakran inkább elnyomott, mint elfojtott történetei: azok a történetek, amelyeket korábban nem gondolt megoszthatónak, vagy amelyekre egyszerűen a szavakat sem találta (Neimeyer 2006). Egyúttal megkérdőjeleződhet, felbomolhat a nyomasztó negatív koherencia, hogy új lehetőségeknek adjon teret (B. Erdős et al. 2021).

A posztmodern terápiák közös elvei nagyon egyszerűek, mégis forradalmasíthatják azt, ahogyan a fejlődésében elakadó személyről gondolkodunk. Mi a mélyebb jelentése és jelentősége, ha hiszünk abban, hogy a probléma a probléma – és nem pedig a személy a probléma? Miért fontos, hogy az el nem mondott történetek egyéni és csoportszinten is hangot kaphassanak? Hogyan változtatja meg a segítség gyakorlatát, ha az elsőként elbeszél, problémákkal telített történetre egy önkorlátozó, öncenzúrázó változatként tekintünk, amely mögött más lehetséges, a megoldás útjait mutató korábbi és jövőbeni történetek is rejtőznek? Olyan, hazánkban is ismert szerzők munkásságáról beszélünk, mint pl. az ausztrál szociális munkás, Michael White, vagy az amerikai Insoo Kim Berg (pl. Berg – Briggs 2002), és Steve de Shazer. A nagy klasszikusok mellett talán kevésbé ismertek a megoldásközpontú irányzat más fontos képviselői, mint például Dennis Saleebey (2006), a csoport- és közösségi munka területén, valamint a szervezetfejlesztésben is hasznosítható módszereket kínáló Cooperrider és Whitney (1999), vagy a pszichiátriai ellátást a nyitott dialógus bevezetésével demokratizáló finn Seikkula (Seikkula et al. 2006). Fontos hangsúlyozni, hogy a megoldásközpontú gondolkodás egyáltalán nem a problémák tagadását, elfedését jelenti, hanem alkalmas módszert kínál arra, hogy a problémák gyötrő halmazával, a tanult tehetetlenséggel küszködő, a reményt már feladó embereket aktivizáljon.

## A Nyitott Dialógus (Open Dialogue)

A következőkben egy hazánkban nagyrészt ismeretlen, bizonyítékokon alapuló módszerről, a Nyitott Dialógusról (B. Erdős et al. 2021, Razaque 2019, Seikkula et al. 2006) esik szó, amelyet egyes országokban évtizedek óta sikeresen alkalmaznak, elsősorban pszichiátriai betegekkel, de a módszer, a szemlélet adaptálhatóan tűnik más problémákra is. Alapelvei jól harmonizálnak a szociális munka rendszerszemléletű, a partneri viszonyt és a kapcsolatok fontosságát hangsúlyozó szemléletmódjával.



A Nyitott Dialógus felépülés-központú, kollaboratív terápiás és gondozási módszer, amelyet a nyolcvanas években a finn Seikkula és munkatársai (2006) fejlesztettek ki. A modellt finnországi bevezetését és első sikereit követően számos európai országban alkalmazni kezdték, elsősorban a skandináv országokban, Németországban, majd az Egyesült Királyságban (Razzaque – Wood 2015, Razzaque 2019). A Nyitott Dialógus interprofesszionális teammunkára épít, két vagy több terapeuta/tanácsadó egyidejűleg van jelen: pszichiáterek, szociális munkások, pszichológusok, diplomás ápolók stb. A biztonság és a figyelem mellett ez a szükséges kompetenciák célzott bevonására is módot ad. A fókusz a kliens kapcsolati hálózatára kerül (l. még Udvari 2011), így fontosnak tartják a kliensekkel törődő, velük kapcsolatban álló személyek részéről történő bevonódást, elköteleződést. A tünetekre úgy tekintenek, mint az egyéni életút fájdalmas, traumatikus tapasztalataira adott értelmes, értelmezhető, és egyben értelmezendő válaszra. Ahogyan Razzaque (2019) érvel, krízisben „a dolgokat ki kell mondani”. Az ember ugyanis nem csupán másokat képes hatékonyan megteveszteni, hanem paradox módon önmagát is. A biztonságos kapcsolati keretek között megélt válság egyedi, ám ritka alkalmat kínál az öncsalástól való szabadulásra.

A kapcsolatfelvételt követően a team azonnal reagál a megkeresésekre, hogy ezt a pillanatot, mint fontos lehetőséget a mélyreható, konstruktív változásra, ne mulasszák el. Az első 24 órában biztosítják a szolgáltatásokat, és gyorsan integrálják ezeket a kliens életébe. Az itt és most a hangsúlyos. Ez minden krízisintervenció általános sajátossága. Nemcsak életmentő lehet, de hatékonyabbá is teszi a beavatkozást, hiszen a kliens motivációja ilyenkor a legerősebb. Ráadásul mind a kliensek, mind pedig segítők megmenekülnek az inadekvát megoldási kísérletek következtében fellépő járulékos problémák hosszadalmas terheitől, az intézményrendszer pedig a „forgóajtó” jelenségtől.

A találkozás színtere leggyakrabban nem valamilyen intézményi környezet, hanem a kliens saját otthona. A kliens dönti el, ki legyen jelen: bárki, aki neki fontos, akit hasznosnak tart bevonni. Ha nincs ilyen személy, akkor egy megfelelő kérdező technika, a cirkuláris kérdés alkalmazása teszi lehetővé a problémában érintett más fontos személyek nézőpontjának megjelenítését (pl. „Mit gondolsz, ő vajon mit mondana, ha itt lenne velünk?”).

A terápiás team figyelmes, de nem kontrolláló. Nem uralja a helyzetet, és nem helyezi magát a mindenható-mindentudó szakértő szerepébe sem: „...volt már olyan, hogy valamelyik családtagod viselkedése meglepett? Olyasvalakié, akit egész életedben ismertél? Volt már olyan, hogy meglepted saját magadat? Ha így van, honnan tudhatod, hogyan fog viselkedni az az ember, akivel még csak pár alkalommal találkoztál?” (Razzaque 2019: 49–50).

Ebből az alapelvől következik, hogy nincs, és nem is lehet „gyorsjavítás”, sem pedig sablonos válasz a kliens életének egyedi problémáira. A receptív válasz általában tiszteletlen, etikátlan, és persze hatástalan is. Ehelyett egy kölcsönös, alapos tanulási folyamat veszi kezdetét, ahol a tanulás tárgya maga a kliens-rendszer. A tanulás során a belső perspektívát a rendszerrel legtöbb információ birtokában lévő kliensek adják, a terápiás team pedig tőlük „tanulja”, azaz segítségükkel ismeri meg ezt a kliens-rendszert. Ez a narratív terápiákból ismert „not knowing” (Anderson 1997), a negatív képesség a gyakorlatban a következőképpen fest: „A tapasztalat, amit most átél, nagyon erős, intenzív érzésekkel jár. Erről Ön sokkal többet tud. Nekem még nem volt ilyen tapasztalatom, ezért nagyon hasznos volna, ha többet is megtudhatnék erről” (Razzaque 2019: 22).



Ez a fajta válasz sokkal hitelesebb lehet, mint – a rogersi alapelvek teljes félreértelmzésével – a kliens szavainak, mondatainak gépies ismétlése, vagy egy hirtelenkedve odavetett, sokatmondónak szánt „értem”<sup>2</sup>. A hiteles kommunikáció és a jó kérdések a dialogikus módszer legfontosabb elemei. Itt azonban nem a szókratészi dialógus előre eltervezett, meghatározott irányokba vezető kérdései, hanem a nézőpontok és jelentések sokféleségének feltárása kerül előtérbe. A dialógus nyitottsága, a szempontok sokasága és érvényessége alternatív kapcsolati valóságot hozhat létre, segíti a pozitív változást. Fontos, hogy a terapeuta nagyon tudatosan alkalmazza az intervenció során feltett kérdéseket. Választhat nyitott, semleges formákat, pl. „Kérem, mondják el, hogyan került sor erre a találkozásra?”. Dönthet úgy, hogy a kliens saját aktivitására helyezi a hangsúlyt, pl. „Miképpen szeretnék a javukra fordítani ezt a találkozást?” (Razzaque 2019: 22, 36.). A kommunikációra történő reflexiók önreflexióra és az érzelmek kifejezésére bátorítanak. A segítők például megkérdezhetik, milyen érzés kimondani egyes gondolatokat, véleményeket: düh, szégyen, bűntudat, szomorúság, csendes belenyugvás, vagy éppen felszabadult öröm kíséri ezeket?

A segítség szokatlan, a partneri-demokratikus viszonyokat erősítő eleme, hogy az ülés záraképpen a segítők átláthatóan, nyíltan, a kliensek jelenlétében és velük együtt beszélnek meg tapasztalataikat, és természetesen azt is lehetővé teszik, hogy a jelenlevők kommentálják az elhangzottakat. A kialakuló beszélgetés a kliens alternatív kultúrájára és kommunikációjára érzékenyen alakul, egyúttal lehetővé válik a kockázatok és felmerülő aggályok gyors kezelése. A problémák és kockázatok nyílt megbeszélése során a családtagokat is be tudják vonni a kockázatkezelésbe. Mindez nagyobb biztonságot teremthet a kliens számára (Razzaque 2019). Ritkán, legfeljebb évente egy-két alkalommal, és csak nagyon alapos indokkal térnek el ettől a gyakorlattól (Razzaque – Wood 2015).

A felajánlott segítség folytonosságának biztosítása nagyon lényeges. Az a team viseli a felelősséget, amelyik először lép kapcsolatba a kliens-rendszerrel – és a folytonosság jegyében minden további segítségnyújtást ez a team koordinál. Amikor a problémát sikeresen megoldották, a terápiás team arra bátorítja a klienseket, hogy nyugodtan keressék fel őket, amennyiben újabb gondjuk akadna. A már kialakult kapcsolat értékeinek tisztelete a hatékonyságot is növeli, hiszen nem kell a bizalom felépítésébe és az alapvető információk megszerzésébe újra meg újra komoly energiákat fektetni. A kliens és segítője közötti kapcsolat a sikeresség, a hatékonyság kulcsstényezője, számos probléma esetében akár fontosabb is, mint maguk az alkalmazott technikák.

A Nyitott Dialógus keretei között a kliens dönt a haladás módjáról és üteméről. Ezeknek a döntéseknek a révén jobban megélheti saját hatékonyságát. Ebben a keretben a gyógyszeres kezelés funkciója a tünetek csökkentése. A gyógyszer azonban nem helyettesítheti a kapcsolati munkát.

A Nyitott Dialógus egalitáriánus és transzparens folyamat, azaz a terápiás team világhosszá, nyílttá teszi, hogy miképpen, és miért éppen így gondolkodnak arról a helyzetről, amelybe a változást váró személyek kerültek. Nem a terápiás team, hanem a kliens-hálózat a megoldások valódi forrása – a team szerepe, hogy ezek felfedezésében aktívan segít. Fontos, hogy a kliensek problémáik kapcsán saját értelmezési keretüket hozzák létre, és ezeket ne kívülről kapják.

<sup>2</sup> Kézdi Balázs professzortól tanultam annak idején, hogy az ilyen „értem” mögött a saját segítői elhárítások húzódnak meg – ha kimondjuk, érdemes átgondolni, hogy mit nem értünk, vagy mit értünk félre.



A kapcsolat biztonsága és folytonossága folyamatos fejlődést tesz lehetővé (Anderson 2001, B. Erdős et al. 2021, Razzaque 2019). Mivel a beavatkozás a kapcsolathálózatra irányul, a kialakuló pozitív szinergiák segítik a változások megszilárdítását és fennmaradását.

## ÖSSZEZÉS

A posztmodern irányzatok közös jellemzője, hogy a szociális munka átfogó elvei szerint építkeznek. Képviselői úgy látják, hogy nem annyira a bölcs, kívülről jövő tanácsok, hanem inkább a segítő közreműködésével önmagunknak feltett lényegi kérdések fogják meghatározni fejlődésünk menetét. A segítő szerepe lényeges, de ez a fontosság nem a dominanciában és a kontrollban nyilvánul meg (B. Erdős et al. 2021, Tarragona 2008, White 2000).

Amikor az olyan módszerekről hallunk, mint a Nyitott Dialógus, szinte azonnal felmerül, hogy a túlterhelt hazai ellátórendszerekben mindez kivitelezhetetlen, mert időigényes, emellett számos magasán képzett szakember együttműködését igényli. Kérdés ugyanakkor, hogy olcsóbb-e, ha egy szolgáltatás hiányzik, vagy nem elég jól működik? Szinte bizonyos, hogy a költségek már rövid távon is magasabbak, nem is beszélve a közép- vagy hosszútávú károkról (pl. Rawlings 2001). Egyáltalán, tudjuk-e, hogy ami jelenleg rendelkezésünkre áll, az pontosan mi, és hogyan működik? Értékeljük-e a tanácsadó-esetkezelő beavatkozásokat? Vannak-e az értékelésre megfelelő módszereink, köztük olyanok, amelyeket egyszerűen és gyorsan alkalmazhatunk, és a kliens számára is lehetővé teszik a változásban való együttműködést, felelősségvállalást, és ezzel együtt a növekvő autonómiát (Gomory 2021, Endre 2021)?

Ha a mentálhigiéné szoba kerül, hazánkban még nemegyszer a megöröklött feszültségek árnyéka vetül a beszélgetésre. A szociális munkások – az amerikai tapasztalatokra támaszkodva – féltik a szakmát a személyt stigmatizáló, a társadalmi tényezőket nem eléggé hangsúlyozó megközelítéstől. A társszakmák képviselőit pedig saját szakmai monopóliumaik elvesztése mellett aggasztja, és joggal, a tisztázatlan feltételrendszer és továbbképzési rendszer, amelynek keretei között a szociális munkások által végzett tanácsadás alkalmanként zajlik. Nem minden országban húzzák meg élesen a határokat tanácsadás és terápia között, erre azonban mindenütt szükség van, ahol a képzési, különösen a továbbképzési és szupervíziós rendszerek nem eléggé kiforrottak. A szabályozatlanság és a képzési rendszerek problémái, az e téren (is) jellemző forráshiány miatt olyan önjelölt tanácsadók is a pályára keverednek, akiknek a tevékenysége komoly kívánnivalókat hagy maga után, és akik a kompetenciahatárok megsértésével, szakmai támogató team és szupervízió nélkül tevékenykednek. A klienseket nem segítik, hanem kihasználják, vagy ami még rosszabb, a tudatlan beavatkozással közvetlenül veszélyeztetik. Kedvezőtlen megítélésük árnyékként vetül a szociális munkára. Mindennek legnagyobb vesztese – ahogyan Szabó (2017) is rámutat – maga a kliens, akinek a segítség egyes professzionális tartalmai, szintjei végül elérhetetlenné válnak.

A posztmodern irányzatok filozófiája és technikái jól alkalmazhatóak a tanácsadás keretei között, tehát azokban az esetekben, ahol a problémát valamilyen aktuális változáshoz történő alkalmazkodás, nem pedig pszichiátriai betegség okozza, a közös munka fókuszát azonosítani tudjuk, és a kliens tudatában van annak, hogy problémája van. Amennyiben a klinikai szociális munkás a közösségi pszichiátriai ellátásban vagy addiktológiai területen dolgozik, természetesen mentális betegséggel élő személyeket is segít. Ezekben az esetekben nem önállóan, hanem



egy olyan terápiás team tagjaként dolgozik, amelynek pszichoterapeuta, pszichiáter, klinikai szakpszichológus tagjai is vannak. Saját korábbi tapasztalataim alapján a kliensek és a szakma érdekeit is az szolgálja a legjobban, ha a klinikai szociális munkás minden esetben egy komplementer működést lehetővé tévő interprofesszionális team tagja, ahol felismerik és méltányolják azt a sajátos többletet, amelyet a team tagjaként hozzá tud adni a kezeléshez, és ahol állandó, kötelező klinikai szupervízióban részesülhet.

A munkáltató vagy a fenntartó emellett színvonalas, használható, a saját élményre, önismeretre is kiterjedő továbbképzéseket kínálva segítheti a klinikai szociális munkásokat képességeik kibontakoztatásában. Ahhoz, hogy ennek a felelősségének eleget tudjon tenni, képzési forrásokra, a továbbképzések valós szükségletek alapján történő szervezésére, és következetes, folytonos minőségbiztosítására is szükség van.

Hazánkban jelenleg a klinikai szociális munkások többsége legfeljebb csak a hőstörténektől és meséktől ismert *felismeretlen megérkezés* állapotáig juthat el. A kliensek mellett ennek vesztese maga a szociális munka is, mert a továbbképzésekből és a gyakorlatból hiányozhatnak a segítő beszélgetés, a tanácsadás folyamatosan megújuló keretei és készségei, a legfrissebb tudományos eredményekre építő segítői praxis, és e praxis kutatása. Természetesen az alapokat a szociális munkások megtanulhatják a graduális képzés során, de ez nem elegendő, még az empátiás viszonyulás fenntartásához sem, ugyanis ez a kompetencia állandó fejlesztés híján még egy amúgy optimális munkakörnyezetben is *megfakul* (Moudatsou et al. 2020). A szakemberek hatékony módszereket sajátíthatnak el a gyakorlatban, és más informális, a személyes érdeklődésen alapuló módon is, mindez azonban esetleges. Ráadásul az így lezajló tanulás eredményét jelenleg senki nem validálja.

A szociális munkások számára két további út nyílik: az egyik az erősebb politikai részvétel, a társadalmi tényezőkre való összpontosítás, legyen szó akár a hagyományosabb szociálpolitikai keretek közötti javaslatételről, érdekképviseletről, vagy akár a radikális szociális munkáról (Héderné Berta – Kormányos 2022). Mindez ma rendkívül fontos, ha azonban a segítő habitusa vagy feladatköre nem teszi lehetővé ezek gyakorlását, akkor megfelelő eszközök híján esetleg marad számára a másik út, az adminisztráció, a közvetlen klienskapcsolat keretei között végzett reflektálatlan kontrollmunka, vagy a parttalanná váló, emberségesnek szánt, de a laikus szintet alig meghaladó segítés, és az ezt követő kiégés. Míg a makroszintű próbálkozások a szakterület legszebb hagyományait és produktív gyakorlatát testesítik meg, addig a kontrollmunkás intervenciói a klienseknek adott, ám a kliensek által be nem tartott utasításokra szorítkoznak (Bugarszki 2014). Ezeket azután rendszerint (egy rideg „rend” szerinti) további hiábavaló utasítások követik, létrehozva a kliensek és „segítőik” közös, egyben megosztó élményét, a bosszankodást és a neheztelést. Egyenes út ez a kulcsfontosságú szakmai kompetencia, az önhatékonyság (Fábián et al. 2023) elvesztéséhez, a segítő kiégéséhez, és – az elvárt hatékonyság híján – a társadalmi megbecsülés elvesztéséhez, valamint a kliensek, azaz az ilyen módon újratraumatizált áldozatok hibáztatásához. Mindez azonban nem a kontrollmunkára kárhoztatottak elsődleges felelőssége, hanem a praxist és a képzést egyaránt érintő általános problémák, környezeti tényezők következménye.

Ebben a tanulmányban a szerző mellett érvelt, hogy a klinikai szociális munka posztmodern irányzatainak az eddigieknél alaposabb megismerése és beépítése a szakterület gyakorlatába és képzési rendszerébe érdemi módon gyarapíthatná a szociális munkások eszköztárát, és nemcsak a pszichiátria vagy a mentálhigiéné területen dolgozó szociális munkásokét. Mivel



ezek az irányzatok nagy hangsúlyt helyeznek a környezeti tényezőkre, a kulturális és társadalmi közege, a társas hálózatra, a kontextusba ágyazott élettörténetre, a szakemberek nem vesztik szem elől a szociális munka fókuszát, viszont gyakorlatot szereznek a rendszerszemléletű beavatkozásokban, az interprofesszionális teammunkában, a kapcsolatokra és önmagukra történő reflektálásban, valamint saját tevékenységük folytonos értékelésében – ezek a reflektív szakember fontos kompetenciái (Haász 2016, Kelemen 2011). A klinikai munka végzéséhez a megfelelő képzettség szükséges, de nem elégséges feltétel: szükség van az önismeret folytonos mélyítésére, a teammunkára, a folyamatos továbbképzésekre és a klinikai szupervízióra. Fontos továbbá megjegyezni, hogy klinikai orientációt követve is lehetünk hűséges angyalok, ugyanakkor a makroszintű felzárkóztatási projektekben, a közvetlen klienskapcsolattól távol tevékenykedve is válhatunk hűtlenekké. Ez ugyanis nem a szűkebb szakterület, hanem szakmai etika és értékrend kérdése.

## IRODALOM

- Anderson, H. (1997): *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anthony, W. A. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arnold, P. (2023): Az alkoholos befolyásoltság alatt bekövetkezett munkabalesetek. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 181–205.
- B. Erdős, M. (2018): „...Úgy érzem, mintha kiesnék ebből a világból.” A lélektani krízis átmene-ti tapasztalatának narratív sajátosságai, *Magyar Pszichológiai Szemle* 73(1): 59–81. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.1.5>
- B. Erdős, M. – Gomory, T. (2020): Social workers' professional identity in its social context: A comparative analysis. In: Ellis R. – Hogard E. (eds.): *Professional Identity in the Caring Professions: Meaning, Measurement and Mastery*. Abingdon: Routledge of Taylor and Francis Group, 57–77. <https://doi.org/10.4324/9781003025610-5>
- B. Erdős, M. – Endre, Sz. – Kárpáti, T. – Fedor, A. (2021): *Social Work with Psychiatric Patients*. Debrecen: University of Debrecen.
- Bagdy, E. (1996): A Klinikai Pszichológiai Szakkollégium állásfoglalása a mentálhigiéné, a segítő szakmák és a klinikai pszichológiai és viszonyának kérdésében. *Család, Gyermek, Ifjúság* 4(4): 3–7.
- Bencsik, N. (2023): Gyermekvédelmi adatok. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 207–230.
- Berg, I. K. – Briggs, J. A. (2002): Treating the Person with a Gambling Problem, *Journal of Gambling Issues* 6. <https://cdspress.ca/wp-content/uploads/2022/07/Insoo-Kim-Berg-John-R.-Briggs-.pdf> (Utolsó letöltés: 2024. 04. 17.) <https://doi.org/10.4309/jgi.2002.6.1>



- Borda, V. – Vojtek, É. (2016): Addiktológiai ellátórendszerek. In: Borda V. – Vojtek É. (szerk.): *Addiktológia: Oktatási segédanyag kulturális közösségfejlesztők és médiaszakemberek számára*. Pécs: 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület, 32–57.
- Borsboom D. (2017): A network theory of mental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1): 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bugarszki, Zs. (2014): A magyarországi szociális munka válsága, *Esély*, 25(3): 64–73.
- Bugarszki, Zs. (2006): A közösségi pszichiátriai ellátásról, *Esély*, 17(1): 67–73.
- Bugarszki, Zs. (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése, *Esély*, 24(1): 68–85.
- Bulyáki, T. – Gallai, I. – Harangozó, J. – Kaszás, J.-né – Szabó, L. (2020): Felépülés a mentális zavarból, *Alkalmazott Pszichológia*, 20(2): 59–76.
- Campbell, W. – Tamasese, K. – Waldegrave, C. (2001): Just therapy. In: Denborough D. (szerk.): *Family Therapy: Exploring the field's past, present and possible futures*. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 197–201.
- Caplan, G. (1971): *An approach to community mental health*. New York: Grune and Stratton.
- Cooper, M. G. – Lesser J. G. (2002): *Clinical Social Work Practice – An Integrated Approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cooperrider, D. L. – Whitney, D. (1999): *Appreciative inquiry*. San Francisco: Berrett-Kohler Communications. Collaborating for Change Series.
- Csák, R. – Szécsi, J. – Kassai, Sz. – Márványkövi, F. – Rác, J. (2020): New psychoactive substance use as a survival strategy in rural marginalised communities in Hungary, *International Journal of Drug Policy* 85. Paper: 102639. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102639>
- Császár, F. – B. Erdos, M. – Javor, R. – Kelemen, G. (2024): Narrative Means to Recovery Ends. Novel Psychoactive Substance Users in Early Recovery, *Journal of Loss and Trauma*, <https://10.1080/15325024.2024.2319745>
- Elekes, Zs. (szerk.) (2023): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések* Budapest: L'Harmattan Kiadó. <https://doi.org/10.56037/978-963-414-934-7>
- Endre, Sz. (2013): Kreatív technikák és terápiák a pszichiátriai betegek közösségi alapú ellátásaiban, *Szociális Szemle*, 6(1–2): 145–150.
- Endre, Sz. (2021): A közösségi alapú ellátások hatékonyságvizsgálata mentális problémával élő emberek körében. In: Fábíán G. – Hegyesi G. – B. Erdős M. – Budai I. – Héderné Berta E. – Kozma J. – Szöllősi G. – Talyigás K. (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata: Tudományos gondolkodás és kutatás a szociális munkában*. Budapest: MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság, 213–229.
- Fábíán, G. – Tóth, A. P. – Szoboszlai, K. – R. Fedor, A. – Mór, M. – Faul, A. C. – Lawson, T. R. (2023): A Szociális Munka Énhatékonyság Skála magyar változatának reliabilitás vizsgálata, *Párbeszéd* 10(2). <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2022.9/1/1>
- Fehér, B. (2010): A narratív segítő beszélgetés, *Esély*, 21(3): 66–88.
- Gomory, T. (2021): Evaluating social work clinical practice in the real world: Feedback informed treatment. *Szociális Szemle*, 14(1): 2–9. <https://doi.org/10.15170/SocRev.2021.14.01.01>



- Hammer, F. (2006): *Közbeszéd és társadalmi igazságosság: A Fókusz szegénységábrázolásának értelmezése*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Héderné Berta, E. – Kormányos, K. (2022): Az empowerment szakmatörténete és lehetséges kutatási irányjai, *Esély* 33(4): 3–18. <https://doi.org/10.48007/esely.2022.4.1>
- Kassai, Sz. – Pintér, J. N. – Rácz, J. (2015): Addiktológiai területen dolgozó tapasztalati szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás, *Psychiatria Hungarica* 30(4): 372–388. <https://doi.org/10.1556/0406.17.2016.002>
- Kelemen, G. (2011): *Átlendülés. Vázlatok a reflektív klinikai szociális munkához*. Budapest: Anima.
- Kézdí, B. (1995): *A negatív kód*. Pécs: Pro Pannonia.
- Khantzian, E. J. (2013): Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction* 108(4): 668–669. <https://doi.org/10.1111/add.12004>
- Központi Statisztikai Hivatal (2023): 22.1.1.10. *Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint*. [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0010.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html) (Utolsó letöltés: 2023. 03. 20.)
- Kutrovácz, K. – Gelencsér, A. (2023): Ittasan okozott közúti balesetek. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 167–180.
- McNamee S. – Rasera E. F. – Martins P. (2023): *Practising Therapy as Social Construction*. London: SAGE Publishing.
- Meleg, S. (2021): Párbeszéd a romok között – reformgondolatok a személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatásokról, *Párbeszéd* 8(1): o. n. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2021.8/1/3>
- Moudatsou, M. – Stavropoulou, A. – Philalithis, A. – Koukouli, S. (2020): The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals, *Healthcare*, 8(1): 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- National Association of Social Workers (s.d.): *Clinical Social Work*. <https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work>. (Utolsó letöltés: 2024. 03. 20.)
- Neimeyer, R. A. (2006): Re-Storying Loss: Fostering Growth in the Posttraumatic Narrative. In: Calhoun, L. – Tedeschi, R. (eds.): *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 67–80.
- Poal, P. (1990): Introduction to the Theory and Practice of Crisis Intervention. *Quaderns de Psicologia*, 10: 121–140. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.609>
- Rawlings, B. (2001): Evaluative research in therapeutic communities. In: Rawlings, B. – Yates, R. (eds.): *Therapeutic communities for the treatment of drug users*. London: Jessica Kingsley Publishers, 209–223.
- Razzaque, R. (2019): *Dialogical Psychiatry: A Handbook for the Teaching and Practice of Open Dialogue*. King's Lynn: Omni House Press.
- Razzaque, R. – Wood, L. (2015): Open Dialogue and its Relevance to the NHS: Opinions of NHS Staff and Service Users. *Community Mental Health Journal*, 51: 931–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5>



- Rácz, A. (2020): A gyermekvédelmi rendszer szakmaképe, az érintett gyermekek és szülei családképe egy kutatás tükrében, *Családi Jog* 18(1): 16–22.
- Saleebey, D. (2006): *Strengths perspective in social work practice*. Michigan: University of Michigan – Pearson, Allyn & Bacon.
- Seikkula, J. – Aaltonen J. – Alakare, B. – Haarakangas, K. – Keränen, J. – Lehtinen, K. (2006): Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies, *Psychotherapy Research*, 16(2): 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Serapioni, M. (2019): Franco Basaglia: biography of a revolutionary, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(4) [https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v26n4/en\\_0104-5970-hcsm-26-04-1169.pdf](https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v26n4/en_0104-5970-hcsm-26-04-1169.pdf). (Utolsó letöltés: 2024.04.17.) <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400008>
- Szabó, L. (1994): Krízisintervenció a szociális esetmunkában. A krízisintervenció alapelvei. In: Tánczos É. (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata, 2. kötet*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 48–65.
- Szabó L. (2017): Szociális munkások a terápiák világában: Gondolatok Fejes Renáta „A művészetterápia szerepe a serdülőkorú depresszió kezelésében” című tanulmánya kapcsán. *Párbeszéd* 4(2): o. n. <https://doi.org/10.29376/parbeszed/2017/4/4>
- Szécsi J. – Szák Zs. (2020): Szenvedélybetegség a családban, *Szociálpedagógia*, 15: 138–157.
- Szoboszlai K. (2014): A szociális munka a változások tükrében: kik vagyunk, hol tartunk és mit kellene tennünk? *Esély* 25(3): 87–94.
- Tannenbaum, C. – Lexchin, J. – Tamblyn, R. – Romans, S. (2009): Indicators for measuring mental health: towards better surveillance, *Healthcare policy = Politiques de sante*, 5(2), e177–e186. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805147/> (Utolsó letöltés: 2024.04.17.) <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.21180>
- Tarragona, M. (2008): Postmodern/Poststructuralist Therapy. In: Lebow J. (ed.): *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice*. Hoboken: Wiley, 167–205.
- Udvari, K. (2011): Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély*, 22(5): 100–117.
- Weiss, C. H. (1993): Where Politics and Evaluation Research Meet. *Evaluation Practice*, 14(1): 93–106. <https://doi.org/10.1177/109821409301400119>
- White W. L. (1996): *Pathways from the culture of addictions to the culture of recovery*. Center City, MN: Hazelden.
- Wolinsky, F. D. – Zusman, M. E. (1980): Toward Comprehensive Health Status Measures, *The Sociological Quarterly*, 21(4): 607–621. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1980.tb00639.x>
- World Health Organization (2019): *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1> (Utolsó letöltés: 2024.03.20.)
- World Health Organization (2019): *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1> (Utolsó letöltés: 2024.03.20.)



# Óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység gyakorlati tapasztalatai csoportos és közösségi szinten

Herczeg Viktória

HERCZEG VIKTÓRIA: Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar;  
herczegv92@gmail.com

**ABSZTRAKT** A jelen tanulmány a hazánkban 2018-tól kötelező tevékenységként működő óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység csoportos és közösségi beavatkozási szinteken végzett munkájának bemutatására vállalkozik. A kevert módszertanon alapuló 2023-as kutatás többek között 26 kérdésből álló kérdőív segítségével tárta fel a szakemberek gyakorlati tapasztalatait. A 174 járást érintő vizsgálat egyéni beavatkozási szintre vonatkozó részletes bemutatása már megtörtént az Esély folyóiratban, jelen tanulmány az intézménytípusokra, a segítőik közösségi szinten való megjelenésére, a csoportfoglalkozásokra és azok vezetésére fókuszál. A kettős csoportvezetésbe bevont másik óvodai és iskolai szociális segítő és más szakemberek kooperációba való becsatlakozása komplexebb rálátást tesz lehetővé, megteremtve az interprofesszionális együttműködés lehetőségét.

**Kulcsszavak:** csoportfoglalkozások, közösségi rendezvények, intézménytípusok, kettős csoportvezetés, más szakemberek

## Practices and experiences of social work at group and community level

**ABSTRACT** This study aims to investigate social work in nurseries and schools – as a legally mandatory activity in Hungarian primary and secondary education since 2018 – on group and community intervention levels. Based on mixed methodology, practices and experiences of professionals were uncovered using a 26 item questionnaire and interviews in 2023. While detailed presentation of the individual intervention level in 174 regional micro units has already been published in a previous volume of this journal (Herczeg 2023), this article focuses on institution types, typology of professionals regarding community events, group sessions and their management. Results show that the inclusion of a fellow professional leads to a more complex vision during group session management, creating an opportunity for interprofessional cooperation.

**Keywords:** group sessions, community events, institution types, inclusion of fellow professionals during group session management

## BEVEZETÉS

Legelőször az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységet mint kötelezően ellátandó feladatot a 2015. évi CXXXIII. törvény módosítása említi. 2018 januárjában módosult az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról, valamint a hozzá tartozó 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet. Zöld utat kapott a tevékenység és anyaintézményként a 2016-ban megalakult Család- és Gyermejkölési Központokat jelölte ki 2018. 09. 01. határral.



A törvényi szabályozást megelőzve pályázat keretén belül (EFOP 3.2.9-16-2016 az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység fejlesztése című projekt) próbálhatták ki a család- és gyermekjóléti központok (53 db) a tevékenység alapjait és a benne rejlő lehetőségeket. Önkéntes alapon lehetett igénybe venni, a közösségi rendezvények költségeit ebben az esetben pályázatból lehetett finanszírozni, eszközöket, kellékeket vásárolni, esetlegesen táboroztatni. A pályázat alapvető célja az volt, hogy láttassa a tevékenység előnyeit, olyan közös koncepció kialakítása, ami az óvodák és iskolák számára is elfogadható és előnyére fordítható. A tevékenység kialakítása során törekedni kellett arra, hogy a szükségletekre azonnal reakciót és interakciót lehessen biztosítani oly módon, hogy az valós problémamegoldás lehessen. Mindezt a köznevelési intézmények helyszínén, de felhasználva a család- és gyermekjóléti központok jelzőrendszeri, infrastrukturális és széles humán- és szolgáltatási lehetőségeit.

Az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység módszertanában, szakmai tartalmában a szociális munkára támaszkodik. A szociális munkán belül alkalmazza az egyénekre irányuló közvetlen segítségnyújtás és a csoportokra, közösségekre fókuszáló eszközöket, eljárásokat is (egyéni, csoportos és közösségi beavatkozási szintek) (Szabóné 2022).

Az óvoda, illetve majd az iskola, mint másodlagos szocializációs közeg normákat közvetít, kortárs kapcsolatot biztosít, s természetesen oktatási-nevelési feladatot lát el. A nevelési és oktatási intézmények életébe bekapcsolódó óvodai és iskolai szociális segítőik mind a gyermekeknek/fiataloknak, szülőknek, pedagógusoknak segítségére lehetnek. A mindennapokban felmerülő kérdések megválaszolása és a kialakult problémák megoldása érdekében törekednek az optimális védőháló kialakítására. Élhet az osztályfőnöki órák nyújtotta lehetőséggel, ahol csapatépítő játékokat, csoportos feladatokat, szerepjátékokat tud vezetni akár a pedagógussal közösen, mellyel akár az osztály peremére szorult diákok is be tudja vonni. A közös játék növelheti az elfogadást, csökkentheti a bullying jelenségét is (Starobinski 2006). A közös játék, együttgondolkodás, a pozitív visszacsatolások a szorongást és a depresszív tüneteket már attól enyhíthetik, hogy az egyén szimbolikusan megélheti azokat (Benedek 2005, Sarnoff 2004). A közösségi rendezvények alkalmával egy teljesen más lehetőség nyílik a gyermekekkel/fiatalokkal való kapcsolódásra. Egy sokkal lazább, kötetlenebb légkörben hamarabb megnyílnak, sőt, más helyzetben, szituációban figyelhető meg, komplexebb képet adva a gyermekek működéséről.

## A KUTATÁS ELMÉLETI KERETE

### Csoportos és közösségi rendezvények mint a kapcsolódás első lépcsőfokai

A beavatkozási szintek közül a csoportos és közösségi rendezvények más-más légkörben és kontextusban, de megteremtik a kapcsolódás lehetőségét, legyen szó szülőkről, gyermekekről/fiatalokról vagy pedagógusokról. Többek között ezért említik a 2022-es módszertani útmutatóban, hogy az egyéni konzultációk ne váltsák ki a másik két tevékenységet, szükségszerű az egészséges arányok megtartása és a csoportos és közösségi rendezvények lehetőségeinek kihasználása. Egy szülői, tantestületi értekezlet a bemutatkozás egy fontos színtere, amikor nem kizárólag a tevékenységet van lehetősége a segítőnek bemutatni, hanem a személyiségét és kapcsolódási lehetőségeit. Semmiképpen nem erőlteti és parancsolja rá senkire a munkáját.



A kapcsolat és a bizalom alakulása kényes és hosszú folyamat, melyet a későbbiekben megőrizni is aktív jelenlétet igényel. A közösségi tevékenység a gyermekekkel töltött minőségi idő kötetlenebb formája. Teljesen más aspektusból világíthat rá a gyermekek/fiatalok viselkedésére, működésére, érdeklődési körükre. Az aktuális pillanaton osztozni egy maradandó emlék lehet és a bizalmi kapcsolat kialakulását is nagyban segítheti, legyen szó farsangról, ballagásról, szalagavatóról, osztálykirándulásról vagy pusztán egy közös csapatépítő délutánról. Kisebb létszámban, egy osztályközösségbe, csoportba való beilleszkedés a kompromisszumokon és a közös csapatmunkán keresztül a Covid utáni újra visszatérés óta kiemeltebb feladat, mint előtte volt. Az edukációs csoportmunkának, osztálykohézióknak jelentősen megnőtt a relevanciája (Szabó 2022). Megnőtt az igény mind a szülők, mind a pedagógusok részéről, hogy az indulatkezelési problémákra, agresszív megnyilvánulásokra az osztályközösségeken belül mindenki számára megnyugtató megoldás szülessen, nem is beszélve egymás elfogadásáról (Szabó 2023).

### Csoportos tevékenység mint prevenció munká

Csoportfoglalkozások keretén belül elengedhetetlen szempont az adott korosztályhoz igazítva, az életkori sajátosságok figyelembe vételével megközelíteni az aktuális témát (mint pl.: online-offline egyensúly, konfliktuskezelés, egymás elfogadása... stb.). A modern iskola oktatási és nevelési tevékenységének céljaként a tanulók tudásalapú társadalomba való eredményes betagozódását, valamint annak komplex kihívásaira való felkészítést tekinthetjük. Ehhez azonban a tantárgyi felkészítésen kívül szükség van olyan professzionális segítségnyújtásra, ami segít a tanulók élethelyzetéből adódó problémák megoldásában, megelőzésében, valamint kísérletet tesz a hiányos családi nevelésből adódó minták pótlására (Kozma 2001). Ennek egyik következménye, hogy az iskolának nemcsak olyan ismeretekkel kell felruháznia a tanulót, amelyekkel biztosítja sikeres munkaerőpiaci integrációját, de segítenie kell az egyént az egyéb társadalmi szinteken történő problémamentes működés kialakításában is. A neveléstudomány a nevelés és oktatás funkciói között megjelöli a társadalmi struktúra újratermelését, a társadalmi integráció biztosítását, valamint a társadalmi változások és fejlődés elősegítését (Halász 2001). Amikor az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenységről esik szó, tapasztalat szerint a legtöbb pedagógusnak, szülőnek és gyermeknek a hátrányos helyzetben élők megsegítése, a problémákkal küzdő diákok és szülők támogatása és az esetleges viselkedési devianciák kezelése jut eszébe. Így többek között ezzel azonosítják egy-egy csoportfoglalkozás tartalmát is. Az iskolai és óvodai szociális segítő tevékenység célrendszere azonban ennél komplexebben értelmezendő egy adott csoporton belül is, hiszen a problémával küzdő egyéneken túl a csoport minden egyes tagjának fejlődését és felnőtté válását szükséges támogatni.

Az iskolai szociális segítő tevékenységének legfőbb célja preventív módon segíteni az érintett klienskörnek, azonban elmondható, hogy sem hazai, se nemzetközi szinten a gyermekvédelemben nem kapott elég figyelmet a prevenció munká (Sik 2020). A fiatalabb korosztályban is egyre fontosabb specifikusan foglalkozni bizonyos témakörökkel, mivel a középiskolás korú fiatalok (ahol már kevés lehetőség adódik az elsődleges prevencióra) legtöbbször találkoztak már azokkal a helyzetekkel, amik köré esetlegesen a csoportfoglalkozások tematikája



épül (pl.: digitális detox, internetes zaklatás, drogprevenció és egyéb függőségek, bullying, konfliktusok... stb.). Itt a problémákat teljesen más szinten érdemes megközelíteni.

Kihívást jelentenek a szakembereknek az úgynevezett tabutémák, melyek a gyermekeket/ fiatalokat érdeklik, ezek közé tartozik a bullying jelensége, az online térben való jelenlét, internetes zaklatás, vagy akár a drog és egyéb függőségek.

A bullying az iskolai élet minden területén jelen lévő folyamat, azonban rejtőzködő mivolta miatt csak nagyon nehezen észrevehető. A gyermekek – és sok esetben a pedagógusok, valamint a szülők – hátrító magatartása miatt a vizsgálatok is nehézségekbe ütköznek. Alapvető fontosságú a tanárok és diákok zaklatással kapcsolatos edukációja, ugyanis kevés az információjuk a zaklatás különböző megnyilvánulási formáiról, a rövid és hosszú távú káros hatásairól és a közbeavatkozási lehetőségekről (Körmendi – Szklenárik 2014).

A fent tárgyalt kortárs zaklatás témaköre kapcsán fontos megemlíteni az internetes zaklatás, a cyberbullying fogalmát. Elmondható, hogy ennek a problémának a specifikussága megköveteli annak más módon történő kezelését, ehhez azonban többletinformációra, és az internethasználattal kapcsolatos teljes körű edukációra van szükség. Egy hét alatt jelenhetnek meg a fiatalok olyan platformokon, amit a szüleik, pedagógusaik és mások is nehezen követnek és érnek utol. Pillanatok alatt történnek az internet világában az események és a gyermekek/fiatalok sokszor nincsenek tudatában azok veszélyeivel.

A Nemzeti Drog Fókuszpont meghatározása szerint a drogprevenációs foglalkozások „a droghasználat kialakulását kívánja megelőzni, annak későbbi életkorra történő eltolását, előfordulási gyakoriságának csökkentését, illetve a droghasználat káros következményeinek a mérséklését célozza (részben vagy egészében) az általános populációban, illetve annak alcsoportjaiban” (Nemzeti Drog Fókuszpont 2012). A gyakorlat során sokszor addig jutnak el a segítők, hogy egyáltalán a problémáról általában beszélgessenek, hiszen a gyermekek/fiatalok többsége egy osztályon belül nem fogja felfedni, ha küzd valamilyen függőséggel. A dohányzást, energiatalfogyasztást, vagy akár a kényszeres vásárlást még esetleg, de a keményebbek, mint a droghasználat, jellemzően látens marad (Szabó 2022).

## KETTŐS CSOPORTVEZETÉS, TEAMMUNKA

Az óvodai és iskolai szociális segítő maga is különböző témákban tervezhet és valósíthat meg csoportfoglalkozásokat, melyeket minden esetben az adott korosztály igényeihez és fejlettségi szintjéhez igazít. Lehetősége van továbbá a nevelési és oktatási intézmény adott program-sorozatába is becsatlakozni, alkalmazkodva az aktuális témához (pl.: víz világnapja, digitális témahét, pályaaorientációs nap... stb.).

Sokszor azonban egy-egy csoportfoglalkozás egy jelenségre adott válasz és a prevenció különböző szintjein igyekszik beavatkozni és segítséget nyújtani. Érkezhet a megkeresés pedagógustól, szülőtől vagy akár gyermektől/fiataltól, legyen szó egy emberre vonatkozó problémáról, vagy egy egész osztályközösséget érintőről. A szakmai ajánlás is megerősíti, hogy ilyenkor meghatározó az is, hogy az óvodai és iskolai szociális segítő a saját felkészültsége és a feltételek ismeretében milyen típusú csoport vezetéséért tud felelősséget vállalni és mikor van az a pont, amikor más szakembert fog bevonni a csoportvezetésbe (akár kettős csoportvezetés keretén belül, akár teljesen átadva a vezetést). A kettős csoportvezetésbe akár saját kollégáját



is bevonhatja, aki szintén óvodai és iskolai szociális segítő vagy pedig más, sok esetben külső szakembert. A kettős csoportvezetést nem feltétlenül pusztán egy probléma megléte hívhatja életre, hanem esetlegesen, ha a nevelési és oktatási intézményben például rendelkezésre áll iskolapszichológus, úgy jelenthet egy osztályon belül akár közös bemutatkozást és közös építkezést is (egymás kompetenciahatárainak tiszteletben tartásával és egyesítésével). Minden esetben a sikeres foglalkozáshoz fontos a két szakember egymásra hangolódása, a közös dinamika. Akár úgy, hogy egyikőjük aktív megfigyelő, míg a másik a csoportot vezeti, vagy aktívan megosztják a vezetést a különböző feladatokban. Ezt aktuálisan a téma, a korosztály, ha van, akkor a felmerülő probléma mélysége és jellege fogja eldönteni. Nem ritka, hogy a kettős csoportvezetés éppen egy pedagógussal, akár pont az osztályfőnökkel közösen valósul meg. A fontossága éppen abban rejlik, hogy azon túl, hogy a különböző kompetenciák találkozása lehetővé teszi a többszemponútú problémamegoldást, erősíti a segítő és a pedagógus közötti kapcsolatot, a bizalom épülését, mely közvetve és közvetlenül is hatással lehet egy osztályközösségre, megteremtve a szakmaiközi együttműködés apró, mégis nagyon fontos lehetőségét.

Fontos a fent említettek mentén kiemelni, hogy egy kialakult helyzetre, problémára reagálva ahhoz, hogy a megfelelő segítséget és támogatást lehessen nyújtani, elengedhetetlenül fontos nem csupán a természetes támaszok feltérképezése és aktivizálása, hanem ennek hiányában a megfelelő mesterséges támaszok biztosítása. Ehhez szükséges a gyermek és család érdekében a szakemberek teammunkája. Tudjanak egymással minőségben együtt dolgozni, ahol a kompetenciahatárok nem eleve elrendelt, merev határokat jelentenek, hanem az optimális védőháló érdekében minden egyes tagjának megvan az adott probléma esetén, hogy melyek azok a készségek, képességek, amik ott és akkor a legnagyobb segítséget adják. Ez a folyamat előrehaladtával azzal együtt változik dinamikusan, így lehet, hogy aki eddig közvetlenül segített, most egy közvetettebb funkciója lesz.

Nem vesztes-győztes játszmáról, hanem a parciális érdekeken túllépve, a kitűzött célokat megvalósító kooperációról van szó, amelybe mindenki beleteszi saját tudását és ezzel szükségszerűen átlépi saját kompetenciahatárait is. Ehhez az óvodai és iskolai szociális segítőknél (és partnereiknél egyaránt) jól kell ismerniük a saját szakmai kompetenciáikat. A komplex szemléletű, többnyire hosszabb időtartamú, folyamatos team jellegű munka vezethet el a tényleges szakmaközi együttműködéshez (Bozó – Kutyifa 2020).

## KÖZÖSSÉGI RENDEZVÉNYEK MINT KIAKNÁZATLAN TERÜLET

Tágabb értelemben vett közösségi munka minden, az intézmény nagyobb közösségeit vagy akár az intézmény egészét megmozgató program, melynek célja lehet a prevenció, a fejlesztés vagy a korrekció is. Az óvodai és iskolai szociális segítő az adott nevelési és oktatási intézmény közösségi rendezvényeibe aktívan becsatlakozhat, segíthet a szervezésben, maga is szervezhet, vagy jelenlétével járul hozzá a rendezvényhez. Ebben az esetben a munka jellegét nem a munkamódszer, hanem a célcsoport sajátosságai adják.

A közösségi rendezvények lehetnek például: szülői értekezleten való részvétel; az óvoda, iskola életében fontos események, mint a ballagás, szalagavató; sport- és szabadidős programok és azok szervezése; szakemberek és pedagógusok együttműködésének segítése; kirándulás, tábor szervezése, azokon való aktív részvétel; nevelőtestületi ülésen való részvétel. Számos



óvodai és iskolai rendezvény zajlik a nevelési és oktatási intézmény falain kívül, mint például egy kirándulás, tábor. Ezeken az alkalmakon való részvétel vagy a szervezésben való segítség lehetőséget biztosít arra, hogy a gyermekeket/fiatalokat egy másik közegben láthassa a segítő. Minőségi időt biztosít, mely elengedhetetlen fontosságú a bizalmi kapcsolat kialakításához (Herczeg – Héderné Berta 2023).

Mégis ez az a beavatkozási szint, amire a szakma hétköznapijaiban kevésbé marad idő, energia, kapacitás. A szervezést magát a megelőző papírmunka is nehezíti, mivel amennyiben az óvodai és iskolai szociális segítő szervezi a közösségi rendezvényt, úgy nem kikerülhető a szülői beleegyező nyilatkozat, melynek kiküldése és visszakérése nem szándékosan, de plusz feladatot ad legtöbbször a nevelési és oktatási intézményeknek. A szervezéshez, valamint magához a rendezvényhez segítőként csatlakozni szintén jó lehetőség és a gyermekekkel töltött minőségi időn túl a pedagógusokkal, akár szülőkkel, akár más szakemberekkel is remek kapcsolódási lehetőséget kínál, ami a későbbi közös munkát is megalapozhatja. Ellenben az eredmények részről látható lesz, hogy a segítő szakemberek körében mégis egy kiaknázatlan terület maradt, hiszen a legtöbben az utolsó helyre teszik a tevékenységek sorában és sokan nem élnek a megjelenés lehetőségével sem.

## KUTATÁSI KÉRDÉSEK

A kutatási kérdések az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység három beavatkozási szintje közül a csoportos és közösségi színtereket helyezi a fókuszba, a szakma mindennapjaira támaszkodva. Központi kérdés a kettős témavezetés és külsős szakember bevonása esetén a segítséget felajánlók hivatása. Kérdésként merül föl a szakma mindennapjaiban, hogy korosztályokra lebontva melyek a legjellemzőbb tevékenységi formák (egyéni, csoportos, közösségi), ebben az esetben kiemelkedik-e a szakemberek válasza alapján a csoportos vagy közösségi szintek valamelyike. Továbbá mi jellemzi a segítő közösségi rendezvényekkel kapcsolatos tipológiáját (részvétel, szervezésben segítség, maga a szervezés).

1. *Korosztályos lebontásban (óvoda, általános iskola, középiskola) hányadik helyen helyezkedik el jellemzően – a segítő válaszai alapján – a csoportos, illetve közösségi szinten végzett szociális munka?*

Az óvodai és iskolai szociális segítő válaszából kiderült, hogy aki végez tevékenységet óvodában, ott a legjellemzőbb beavatkozási forma a csoportos foglalkozás, a közösségi színteret minden korosztály esetében az utolsó helyen jelölték a segítők.

2. *Mi jellemzi az óvodai és iskolai szociális segítő közösségi beavatkozási szinten való megjelenését?*

A válaszadók közül a legtöbben egyáltalán nem is vesznek részt közösségi rendezvényeken, nem segítenek azok szervezésében és saját maguk sem szerveznek. Tulajdonképpen teljesen kikapcsolódnak ebből a tevékenységi formából.

3. *Mely csoportfoglalkozásokon megjelenő témák valószínűsíthetik a kettős csoportvezetést és kiket kérnek meg a közös munkára a segítők?*

Bináris logisztikus regresszió segítségével vizsgáltam, hogy kettős csoportvezetést (másik óvodai és iskolai szociális segítő kollega, illetve más, külsős szakember) mely témák valószínűsítik. Többváltozós modell eredményeképpen az internetes zaklatás és a tanulástechnika



témaköre valószínűsíti leginkább másik óvodai és iskolai szociális segítő bevonását, másik szakember jelenlétét pedig a dohányzás témaköre.

## MÓDSZER ÉS MINTA

A kutatási kérdések vizsgálatára a szakmai mindennapokból, a mindennapi tevékenységeket középpontba helyezve az adatgyűjtés egy 26 kérdésből álló kérdőívvel történt. A 2023-ban lefolytatott, 174 járást érintő kutatás egyéni tevékenységi szintre fókuszáló részletes bemutatása már megtörtént (Herczeg 2023). Jelen tanulmány arra vállalkozik, hogy a kutatásból olyan eredményeket ismertessen, melynek középpontjában a csoportos és közösségi beavatkozási szintek állnak, kiterjedve a kettős csoportvezetések kapcsán a szakmaközi együttműködésre.

A kérdőívben többek között kitértem az óvodai és iskolai szociális segítőkhöz tartozó nevelési-oktatói intézmények korosztályos összetételére, az óvodában, általános iskolában és középiskolában legjellemzőbb tevékenység típusra. A csoportfoglalkozások esetében fontosnak tartottam kitérni a foglalkozások témáira, azok mennyiségére, továbbá ennek kapcsán központi kérdés volt a kettős csoportvezetés lehetősége, és megvalósulása esetén a másik csoportvezető személye.

A kérdőív kitöltése előtt a válaszadókat tájékoztattuk a vizsgálat menetéről és céljáról, továbbá arról, hogy a kitöltés teljes mértékben anonim, személyes adat megadása nem szükséges és a hozzájárulásért nem jár anyagi ellenszolgáltatás. A kérdőív kitöltése a tájékoztató elfogadását követően vált lehetővé. A kérdőív egészét 174 járás Család- és Gyermekegészségügyi Központjából a kollégák 183-an töltötték ki 91 különböző járásból, melyből mind a 183 értékelhetőnek bizonyult. A válaszadók között a női kitöltők száma rendkívül magas (87,4%), a születési év megadásából pedig kiderül, hogy 23–65 éves kor között érkeztek válaszok. 183 kitöltőből 39,9% a 41–50 éves, 30,1% a 31–40 éves, 14,8% az 51–60 éves, 13,1% a 23–30 éves, 2,2% pedig a 61–65 éves korosztályba esett. A korosztályok intervallum szerinti megadásánál minden esetben beleszámítanak a reláció végpontjai is. Iskolai végzettség tekintetében 183 kitöltőből a jogszabály értelmében szintén magas az óvodai és iskolai szociális segítőhöz közvetlenül köthető végzettségűek (88%) és azonos százalékban fordulnak elő (6,01%) az ennek hiányában gyermek- és ifjúságvédelmi tanácsadó oklevéllel rendelkező, valamint az egyéb végzettségűek (15/1998. (IV. 30.) NM rendelet). Az egyéb kategóriába tartozó végzettségek között szerepel többek között teológus, egészségügyi szervező, ifjúságsegítő, szociológus, népművelő, pedagógus, csecsemő- és kisgyermeknevelő, személyügyi szervező, kriminológus, viselkedéselemző, és vannak olyanok is, akiknek a tanulmányaik még folyamatban vannak. A válaszadók 70,5%-a 1–4 éves intervallumban dolgozik a szakmában, továbbá 13,1%-a több mint 4 éve. 12,6%-a 6 hónaptól 1 évig, 3,3% 3–6 hónapig terjedő és 0,5%-a pedig kevesebb mint 3 hónap időintervallumban tölti be az óvodai és iskolai szociális segítői munkakört. A kitöltők 39,3%-ának 1 településen vannak a hozzárendelt intézményei, 46,5%-nak 2–5-ig, 13,1%-nak 6–10-ig terjed és 1,1% pedig 11 fölött van a településszám. Az intervallum szerinti megadásnál minden esetben beleszámítanak a reláció végpontjai is. A segítő 3,8%-hoz, 1 intézmény van rendelve, 43,2%-nak 2–5-ig, 38,8%-nak 6–10-ig terjed az intézmények száma és 14,2%-nak pe-



dig 11-nél is több intézményben kell ellátnia a tevékenységet. Az intervallum szerinti megadásnál minden esetben beleszámítanak a reláció végpontjai is (1. táblázat).

### 1. táblázat A kérdőívet kitöltők alapstatisztikai adatai

183 kitöltő 91 járásból	
Kitöltők	87,4% nő
Korosztály	70%-ban 30–50 éves korig
Iskolai végzettség	88% a tevékenységhez közvetlenül köthető végzettség
Szakmában eltöltött idő	70,5% 1–4 éve dolgozik a szakmában
Segítőhöz tartozó települések száma	Átlagosan 3 település
Segítőhöz tartozó intézmények száma	Átlagosan 7 intézmény
Kötelező ügyeleti idő (óra/hét/segítő)	Átlagosan 23 óra
Plusz idő eltöltése az intézményekben	69% tölt plusz időt az intézményeiben

Forrás: Saját szerkesztés

## EREDMÉNYEK

### Beavatkozási szintek korosztályos lebontásban

Intézménytípusok tekintetében a kitöltők 80,3%-hoz van óvoda, 92,9%-hoz általános iskola és 62,3%-hoz középiskola rendelve. Az intézmények tekintetében a módusz 2, így általában 2 típusú intézmény van egy segítőhöz rendelve (2. táblázat).

### 2. táblázat Az óvodai és iskolai szociális segítőkhöz rendelt intézménytípusok kombinációi (óvoda, általános iskola, középiskola) (n = 183)

A segítőkhöz tartozó intézmények kombinációi	A válaszadók közül hányuknál található meg az adott kombináció (db)
Mindhárom intézménytípusból tartozik hozzá.	80
Óvoda és általános iskola tartozik hozzá.	61
Óvoda és középiskola tartozik hozzá.	5
Általános iskola és középiskola tartozik hozzá.	22
Csak óvoda tartozik hozzá.	1
Csak általános iskola tartozik hozzá.	7
Csak középiskola tartozik hozzá.	7

Forrás: Saját szerkesztés

Azok a segítők, akikhez tartozik óvoda (147 fő/42%) a csoportfoglalkozásokat jelölte meg, mint elsődleges tevékenységi formát az egyéni és közösségi beavatkozási szintek, valamint az



ifjúsági feladatok mellett. Az általános iskolás (170 fő/40%) és középiskolás (114 fő/37%) korosztályban dolgozók a második helyen választották, általános iskolában közel holtversenyben az egyéni konzultációval. A közösségi rendezvényeket minden korosztályban az utolsó helyen jelölték a segítők.

## KÖZÖSSÉGI RENDEZVÉNYEK ÉS AZOKBAN VALÓ KÖZREMŰKÖDÉS

A segítők válaszainak alapján 4-5 közösségi rendezvényen jelennek meg valamilyen formában. 100 fölötti jelölést kaptak a közösségi rendezvények közül a szülői értekezletek (128 db), a tematikus napok (111 db) és a tantestületi/nevelési értekezletek (105 db).

A válaszadók közül 21,86% szokott közösségi rendezvényt szervezni és segíteni is szokott a szervezésben, de elmenni nem szokott; 6,01% csak önállóan szervez, de szervezésben nem szokott segíteni és nem is megy el; 28,42% csak segít a szervezésben, de önállóan nem szervez és nem is megy el. A kitöltő segítők magas százaléka (40,44%) nem is szervez, nem is segít a szervezésben és nem is megy el azokra. További 3,28% a szervező folyamat egyik formájában sem vesz részt, de közösségi rendezvényekre szokott menni (3. táblázat).

**3. táblázat** Óvodai és iskolai szociális segítők közösségi rendezvényekkel kapcsolatos tipológiája (eljár a rendezvényekre, önállóan szervez, segít a szervezésben) (n = 183)

A segítők közösségi rendezvényekkel kapcsolatos kombinációi	A válaszadók közül hányuknál található meg az adott kombináció (db)
Szervez is közösségi rendezvényt önállóan és segít is a szervezésben.	40
Szervez önállóan közösségi rendezvényeket és el is szokott a rendezvényekre menni.	0
Segít a szervezésben és el is szokott a rendezvényekre menni.	0
Elmegy a közösségi rendezvényekre, önállóan is szokott szervezni és szokott segíteni is a szervezésben.	0
Se nem megy el, se nem szervez önállóan és nem segít a szervezésben.	74
Csak szervez, de nem jár el és nem is segít a szervezésben.	11
Csak segít a szervezésben, de nem jár el és nem szervez önállóan.	52
Csak elmegy, de nem szervez önállóan és nem is segít a szervezésben.	6

Forrás: Saját szerkesztés



## CSOPORTFOGLALKOZÁSOK TÉMÁJA, CSOPORTTARTÁS TIPOLÓGIÁJA

A csoportfoglalkozások tekintetében, a csoporttémák esetében 6-7 különböző témában tartanak foglalkozásokat a segítők. 100 fölötti értéket kapott a témák közül (123 db) konfliktuskezelés, (115 db) az önismeret, (107 db) osztálykohézió és (103 db) a bullying. Továbbá 12 fő egyáltalán nem szokott csoportfoglalkozást tartani. (1. ábra).

**1. ábra** Óvodai és iskolai szociális segítők által tartott csoportfoglalkozás témák számának alakulása (n = 183)



Forrás: saját szerkesztés

A segítők válaszi alapján a csoporttartás tipológiájában 7,1%-uk szokott csoportfoglalkozásokat tartani egyedül is, másik segítő kollégával (óvodai és iskolai szociális segítő) és más szakemberrel is, szintén 7,1% tart egyedül és másik segítővel. 10,9% egyedül és más szakemberrel, 38,8% csak egyedül, 9,3% segítővel és más szakemberrel, 15,8% csak másik segítővel együtt, 4,4% csak más szakemberrel együtt és 6,65% egyiket sem jelölte (4. táblázat).



**4. táblázat** Óvodai és iskolai szociális segítők csoporttartás tipológiája (egyedül tart, más óvodai és iskolai szociális segítőt tart, más szakemberrel tart) (n = 183)

A segítők másokkal tartott csoportfoglalkozásainak kombinációi	A válaszadók közül hányuknál található meg az adott kombináció (db)
Egyedül is, más segítőt is és más szakemberrel is.	13
Egyedül is és segítőt is.	13
Egyedül is és más szakemberrel is.	20
Ségitőt is és más szakemberrel is.	17
Csak egyedül.	71
Csak ségitőt.	29
Csak más szakemberrel.	8
Nem tart csoportot.	12

Forrás: Saját szerkesztés

**Csoportfoglalkozásokon megjelenő témák és a kettős csoportvezetés közötti kapcsolat és a közös munkába bevont szakemberek kérdése**

Elemzésem során bináris logisztikus regresszió segítségével vizsgáltuk – melyben bináris változók szerepelnek –, hogy melyek azok a csoportfoglalkozásokon előforduló témák, amikhez a segítők magukon kívül kérik más szakember vagy másik ségitő segítségét. A válaszadók 54,64%-a szokott kettős csoportvezetéshez segítséget kérni, a többiek vagy egyedül tartják, vagy egyáltalán nem.

A másik óvodai és iskolai szociális ségitőt bevonók esetében az elemzés kétváltozós modell esetében a következő témákban kaptam szignifikáns összefüggést ( $p < 0,05$ ): az osztálykohézió, a tanulástechnika, az önismeret, a digitális detox, az internetes zaklatás és a drogprevenció. A magyarázó erő kicsi (Nagelkerke pszeudó  $R^2$ ), azonban valószínűsítik a másik óvodai és iskolai szociális ségitő bevonását, így megvalósítva a kettős csoportvezetést.

Többváltozós esetben nem kaptam erős modellt, leginkább az internetes zaklatás ( $\text{Exp}[B]=2,401$ ) és a tanulástechnika ( $\text{Exp}[B]=2,156$ ) témaköre valószínűsíti az óvodai és iskolai szociális ségitők kettős csoportvezetését (5. táblázat).



**5. táblázat** Csoporttémák és a kettős csoportvezetés más óvodai és iskolai szociális segítővel (bináris logisztikus regressziós modell) (n= 183)

0 = nem 1 = igen	Kétváltozós modell				
	Másik óvodai és iskolai szociális segítő				
	Magyarázó erő (R <sup>2</sup> )*	Szignifikancia érték (p)	Modell szignifikancia értéke (p)	Találat-arány (%)	Esélyhányados (Exp[B])
<b>Osztálykohézió</b>	0,044	0,016	0,014	60,7%	2,153
<b>Tanulástechnika</b>	0,036	0,026	0,025	62,8%	2,227
<b>Önismeret</b>	0,033	0,036	0,033	60,7%	1,981
<b>Digitális detox</b>	0,029	0,048	0,046	62,8%	2,497
<b>Internetes zaklatás</b>	0,059	0,005	0,004	61,7%	2,401
<b>Drogprevenció</b>	0,052	0,008	0,008	63,9%	2,583
0 = nem 1 = igen	Többváltozós modell**				
	Másik óvodai és iskolai szociális segítő				
	Magyarázó erő (R <sup>2</sup> )*	Szignifikancia érték (p)	Modell szignifikancia értéke (p)	Esélyhányados (Exp[B])	
<b>Internetes zaklatás</b>	0,052	0,005	0,031	2,401	
<b>Tanulástechnika</b>	0,052	0,017	0,031	2,156	

\* minden esetben a Nagelkerke pszeudó R<sup>2</sup> figyelembevételével

\*\* a többváltozós modelleknél minden esetben csak a szignifikáns független változók lettek feltüntetve, melyeket forward módszerrel egymás után helyeztünk be a modellbe

*Forrás:* Saját szerkesztés

A más szakembert bevonók esetében a kétváltozós modell esetében a következő témákban kaptam szignifikáns összefüggést ( $p < 0,05$ ): a dohányzás és a konfliktuskezelés.

A dohányzás kapcsán a magyarázó erő kicsi (Nagelkerke pszeudó R<sup>2</sup>) és pozitívan valószínűsíti más szakember bevonását, így valószínűleg a segítőök más szakember segítségét kéri az ilyen jellegű foglalkozások megtartásával kapcsolatban.

A konfliktuskezelés esetében a magyarázó erő kicsi (Nagelkerke pszeudó R<sup>2</sup>), és szintén pozitívan valószínűsíti más szakember bevonását, mely szerint a konfliktuskezelés témában megtartandó csoportfoglalkozás esetében valószínűleg a segítőök más szakember segítségét kéri a foglalkozás megvalósításával és vezetésével kapcsolatban.

Többváltozós esetben nem kaptam erős modellt, azonban a dohányzás ( $\text{Exp}[B] = 2,416$ ) témaköre valószínűsíti a legjobban az óvodai és iskolai szociális segítő és egy másik szakember kettős csoportvezetését (6. táblázat).



**6. táblázat** Csoporttémák és a kettős csoportvezetés más szakemberrel (bináris logisztikus regressziós modell) (n = 183)

0 = nem 1 = igen	Kétváltozós modell				
	Más szakember				
	Magyarázó erő (R <sup>2</sup> )*	Szignifikancia érték (p)	Modell szignifikancia értéke (p)	Találatarány (%)	Esélyhányados (Exp[B])
<b>Dohányzás</b>	0,039	0,022	0,023	68,3%	2,362
<b>Konfliktus-kezelés</b>	0,045	0,019	0,015	68,3%	2,390
0 = nem 1 = igen	Többváltozós modell**				
	Más szakember				
	Magyarázó erő (R <sup>2</sup> )*	Szignifikancia érték (p)	Modell szignifikancia értéke (p)	Találatarány (%)	Esélyhányados (Exp[B])
<b>Dohányzás</b>	0,040	0,022	0,020	68,3%	2,416

\* minden esetben a Nagelkerke pszeudó R<sup>2</sup> figyelembevételével

\*\* a többváltozós modelleknél minden esetben csak a szignifikáns független változók lettek feltüntetve, melyeket forward módszerrel egymás után helyeztünk be a modellbe

Forrás: Saját szerkesztés

A más szakember megnevezésére vonatkozó kérdésből, amit a kérdőív tartalmaz, egyértelműen kiderül, hogy a segítők által ismételt szakemberek, akik legtöbbször a segítségükre vannak, a következők voltak: védőnő, pszichológus, osztályfőnök, gyógypedagógus, rendőr, családsegítő.

## ÖSSZEZÉS, KONKLÚZIÓ

A kollégák, mivel járás szintű tevékenységről van szó, több intézményben, több település között, darabolódva végzik munkájukat, átlagosan 7 intézményben és 3 településen. Az eredmények tekintetében általában 2 típusú intézmény tartozik egy segítőhöz. Amiből következtethetünk arra, hogy egy segítő általában 2 korosztályban is végzi a munkáját. A válaszadók közül „vegytiszta” segítők, akikhez egy típusú intézmény tartozik, összesen 15 fő, ebből a számból is egyetlenegy szociális munkás, akihez kizárólag csak óvoda tartozik.

A kollégák közel 40%-a tartja egyedül a csoportfoglalkozásait, igyekeznek külső segítséget kérni, viszont különböző okokból kifolyólag nem mindig valósul meg a kettős csoportvezetés. Kevés a szakember és az ellátórendszer telített. Egy embernek sokszor egyszerre több helyen kellene lenni, az végképp nehezen kivitelezhető, hogy két ember legyen egyszerre egy helyen. Az eredményekből jól látszik, hogy a csoportfoglalkozások témájukat tekintve is sokszor igényelnek külső szakembert, hiszen a szakmai mindennapokból tudjuk, hogy szükséges felmérni az óvodai és iskolai szociális segítőknek, hogy saját eszköztárukból mely témák vezetéséért



tudnak egyedül felelősséget vállalni. A segítők által megnevezett külső segítők szakemberek viszont az ellátórendszernek nagyon fontos tagjai, akik különböző szakmai rálátással, különböző kompetenciahatárakkal, egyszerűen más perspektívából segíthetik a közös munkát, megteremtve így egy hatékony interprofesszionális együttműködés lehetőségét.

A közösségi rendezvények háttérbe szorulása jellemzi a válaszadók mindennapi munkáját. Kevesen vesznek részt aktívan a közösségi élet formálásában, egyáltalán a jelenlétükkel is. Kicsivel több mint 40% nem jár közösségi rendezvényekre, nem segít a szervezésben és nem is szervez. Kiegyenlítetlen a beavatkozási szinteken végzett munka aránya, minden esetben a végén, ha nem a legutolsó helyen említik a segítők a közösségi rendezvényeket. A szakmai útmutató sem véletlenül hangsúlyozza, hogy ne menjen egyik szinten végzett munka sem a másik rovására. A gyakorlatban a kiegyensúlyozás ennél viszont sokkal bonyolultabb feladat, kemény logisztikát és időmenedzsmentet igényel, mégis a közösségi rendezvények által egy új dimenzió és lehetőség nyílik meg a gyermekekkel/fiatalokkal, illetve a pedagógusokkal, szülőkkel és más szakemberekkel való kapcsolódásra, egymás megismerésére, talán nem tantermi, hanem sokkal kötetlenebb helyszínen és légkörben.

## IRODALOM

- Benedek, L. (2005): *Játék és pszichoterápia*. Budapest: Könyvfakasztó Kiadó.
- Bozó-Kutyifa, E. (2020): „Vendég a háznál” – Az óvodai és iskolai szociális segítők szerepe és dilemmái. *Szociálpedagógia* 16. kötet. Vác.
- Halász, G. (2001): *Az oktatási rendszer*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
- Herczeg, V. (2023): Óvodai és iskolai szociális segítők tevékenység gyakorlati tapasztalatai az egyéni beavatkozási szinten. *Esély*, 1: 63–80. <https://doi.org/10.48007/esely.2023.1.4>
- Herczeg, V. – Héderné Berta, E. (2023): Bevezető gondolatok az óvodai és iskolai szociális munka lehetőségeiről. *Új Pedagógiai Szemle*, 11–12: 64–74.
- Kozma, T. (2001): Paradigmáink. *Iskolakultúra* 10: 3–14.
- Körmendi, A. – Szklenárik, P. (2014): A szemlélők szerepe az iskolai zaklatásban. *Alkalmazott Pszichológia*, (14)2: 105–121.
- Sarnoff, C. A. (2004): *Symbols in Structure and Function Volume 3 – Symbols in Culture, Art and Myths*. Xlibris, Bloomington.
- Szabó, L. (2022): A középiskola, mint a szociális segítség színtere. *Szociálpedagógia*, 20: o. n.
- Szabó, L. (2023): Az óvodai és iskolai szociális segítség megvalósulása Budapest XVII. kerületében. *Szociálpedagógia*, 21: o. n.
- Szabóné Szalay, L. (2022): A kezdetektől napjainkig: szakmai kihívások, dilemmák a szolgáltatás megteremtése és elindítása után. *Szociálpedagógia*, 20: o. n.
- Sik, D. (2020): Prevenációs szemlélet a magyar gyermekvédelemben. *Esély*, 3: 94–111.
- Starobinski, J. (2006): 1789 – Az értelem jelképei. Budapest: Európa Könyvkiadó.



### **Jogszabályok, protokollok**

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.)

15/1998. (IV. 30.) Rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (NM rendelet)

Az óvodai és iskolai szociális segítő szolgáltatás módszertani útmutatója, munkaanyag, 2019 és 2022

Szakmai ajánlás az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység bevezetéséhez



## A tudományos tájékoztatás útvesztőiben – A szociális szakfolyóiratok lehetőségei

Ferge Zsuzsa szakmai örökségének nyomában –  
a társadalmpolitika feltűnő és eltűnő esélyei

**A kerekasztal-beszélgetés időpontja: 2022. november 17.**

A beszélgetés a Ferge Zsuzsa Szabadegyetemen hangzott el.

A program a Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár Szociológiai Gyűjteményének szervezésében, a Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület szakmai támogatásával valósult meg.

RÉSZTVEVŐK:

**Czibere Ibolya**, az Esély főszerkesztője

**Lévai Katalin**<sup>1</sup>, az Esély alapító főszerkesztője

**Szoboszlai Katalin**, a Párbeszéd főszerkesztője

MODERÁTOR:

**Lakner Zoltán**, a Jelen alapító főszerkesztője

AZ INTERJÚ ÁTIRATÁT KÉSZÍTETTE ÉS A SZÖVEGET GONDOZTA:

**Kerékyártó Ágnes**, osztályvezető, Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár

**Lakner Zoltán:** A szociálpolitikai folyóiratokról fogunk beszélgetni, én úgy fordítottam le magamnak, hogy a szociális szakma nyilvánosságáról fogunk eszmét cserélni. A meghatározó első folyóirat, az *Esély* és egy szintén meghatározó folyóirat, a *Párbeszéd* alapító, illetve jelenlegi főszerkesztői vannak jelen. Először Lévai Katalint, szociológust, egykori esélyegyenlőségi minisztert, az *Esély* alapító főszerkesztőjét kérem, hogy bevezetésként mondjon pár szót a kezdetekről.

**Lévai Katalin:** Kicsi volt, sárga volt, de a miénk volt. Ez volt az első szám, aminél elkövetünk egy apró, lelkesültségünkéből fakadó hibát: nem olvasható a cím. Megjelent egy folyóirat, az első magyar társadalmpolitikai folyóirat, 1989 szeptemberében, a rendszerváltás pillanatában, csodálatos nevekkel, és remek írásokkal, de a cím nem olvasható... Úgyhogy ezen az „apró” hibán javítottunk, a következő szám szürke lett, és innentől kezdve el lehet olvasni, hogy *Esély*nek hívják ezt a folyóiratot.

Röviden arról szeretnék beszélni, hogy milyen szellemi közegben jött létre ez a folyóirat a nyolcvanas évek végén, mert nagyon erősen hozzátartozik ahhoz a szellemiséghez, ahhoz a nyilvánossághoz, amit Zoli is említett. A nyolcvanas évek – ahogyan az itt ülők nagyon jól tudják, csak azért érdemes felidézni, mert így kontextusba kerül az *Esély* megjelenése – egy nagyon izgalmas, nagyon mozgalmas, várakozásokkal teli, feszült időszak volt, amely időszak megteremtette a terepet (megágyazott) annak, hogy folyóiratok jöjjenek létre. Szabadegyete-

<sup>1</sup> Lévai Katalin kerekasztal-beszélgetésben elhangzott szövege megjelent a Népszava Szép Szó irodalmi mellékletében.



mek voltak nagyon szép számmal akkoriban, Pesten és Budán, különböző romlakásokban, a budapesti értelmiségi ellenzékiek által szervezve; nagyon jó műhelyek, ahol élénk viták, parázs beszélgetések zajlottak. Akkoriban alakult meg egy-két alapítvány, amelyet akkor még betiltottak, és rengeteg zaklatásnak volt kitéve, ilyen volt például a SZETA. Akkor alapultak szalonok – ilyen volt az Alma utcai szalon, Ferge Zsuzsának az idővel közintézménnyé vált szalonja, ahol nagyon sokan, társadalompolitikusok, társadalomtudósok, fiatalok, idősek egyaránt találkoztak. Tehát egy rettenetesen izgalmas, mozgalmas időszak, amelyben arról beszélni, hogy szegénység van, kirekesztés van, dezintegráció van, hogy milyen a cigányok helyzete, nem nagyon lehetett még a hivatalos nyilvánosságban, volt viszont szamizdat irodalom, volt *Beszélő*. És a *Beszélő*ben, valamint ezekben a szalonokban, lakásokban, a formálódó demokratikus értelmiség köreiből nagyon sokan nagyon sokat beszéltek erről, és próbálták valamilyen módon megoldani ezt a helyzetet – Solt Ottilia SZETA-mozgalma jó példa erre. Egy olyan időszak volt, amikor a múltunk sötét volt, a jelenünk izgalmas, vibráló, feszültségekkel teli, és a jövő biztató, mert arra számítottunk, hogy változások lesznek, nagy változások, és ezek a változások be is következtek 1989-ben. Ha összehasonlítom a mai korszakkal, akkor azt mondhatom, hogy a múlt sötét, a jelen elkeserítő, és a jövő rémisztő. Ez egy lényeges különbség, erről érdemes beszélni, hogy akkor egy olyan időszakban éltünk, amikor tényleg tele voltunk reménnyel, fiatalok is voltunk, fiatal ellenzékinek lenni nagyon jó volt a nyolcvanas években.

1985-ben Ferge Zsuzsa elindította a háború utáni első magyar társadalompolitikai képzést. Egy olyan szociológiai csapatot hívott össze, akinél elszántabb, elhivatottabb emberekkel és tudósokkal én azóta sem találkoztam. Néhány nevet engedjek meg, hogy felsoroljak, hogy kik voltak a tanáraink. Hozzáteszem, hogy ez volt a „null széria”, úgy indultunk el, hogy nem tudtuk, hogy szociológusok leszünk, szociálpolitikusok, társadalompolitikusok vagy szociális munkások. Fogalmunk nem volt arról, hogy milyen akkreditációt kapunk, és ez annak volt köszönhető, hogy egy „csúszkálós” rendszerben éltünk, ahol már lehetett a hatalommal egy kicsit egyezkedni, Bánfalvi István volt akkor a népjóléti államtitkár, Csehák Judit a miniszter-asszony. Velük már lehetett egyezkedni arról, hogy egy ilyen képzés elinduljon, de azt még nem tudtuk, hogy milyen akkreditációt kapunk, tehát az első év nulladik széria, amelyik elindult, ez egy nagyon különös évfolyam volt. Tanáraink Ferge Zsuzsa, Gönczöl Katalin, Hegyesi Gábor, Léderer Pál, Nagy Endre, Somlai Péter, Talyigás Katalin, Szalai Júlia, Goldschmidt Dénes, Gerevich József – csak néhány nevet emeltem most ki, de ők elég szépen mutatják azt, hogy milyen színvonalú volt ez a képzés.

Tehát elindult egy nagyon jó szakmai képzés, aminek a különlegessége az volt, hogy a tanárok és a diákok együtt alakították ki a szakma nyelvét, a szakma identitását, együtt találtuk ki, hogy milyen arányokban legyenek jelen bizonyos tárgyak. Képzjeljenek el egy olyan képzést, ahol a tanárok beültek egymás óráira. Én még ilyet azóta se láttam. Én is utána még sokáig tanítottam, Debrecenben, több mint tíz éven át, soha senki nem ült be az órára, én se ültem be másoknak az órájára, lehet, hogy nem is volt annyira érdemes. De erre a képzésre érdemes volt bejönni és beülni, és be is ültek egymáshoz a tanárok, és vitatkoztak azon, hogy ez az óra most jó volt, nem volt jó, és bevonták a diákokat. Tehát fantasztikus élményeink vannak ebből az időszakból. A képzés nagy hiányossága volt, ami senkinek sem a hibája, hanem a helyzetből adódott, hogy nem voltak jegyzetek, hiszen ez volt az első ilyen típusú képzés. Nem volt meg Magyarországon a külföldi szakirodalom, nem voltak lefordítva ezek a fontos kutatási anyagok és egyéb szociológiai művek, amelyek már nyugaton elterjedtek. Éreztük, hogy szükség



lenne jegyzetekre, külföldi szakirodalomra, műhelymunkára. És nem csak mi beszélgettünk nagyon sokat az Alma utcában Ferge Zsuzsával arról, hogy létre kellene hozni egy folyóiratot, hanem általában, sokan felvetették, hogy a második nyilvánosságot első nyilvánossággá kellene tenni. Erre még akkor nem voltak reményeink, nagyon szépen működött a szamizdat irodalom, szépen működtek a szalonok és különböző szabadegyetemek.

1989-ben, amikor a rendszerváltás ezt lehetővé tette, elindult egy hatalmas alapítási láz, és mindenki folyóiratokat hozott létre, és ez volt az a kitüntetett pillanat, amikor mi is megalapítottuk az *Esélyt*. Az *Esélyben* lényegében azok a kollégák vettek részt, akik tanítottak engem, egy érdekes helyzet állt elő az én szempontomból, mert én a hallgatójuk voltam '85-től '89-ig; '89-ben pedig ők lettek a szerkesztőbizottság tagjai és én a főszerkesztő. Ez nem volt egy egyszerű helyzet, de megoldottuk. Ferge Zsuzsa volt a szerkesztőbizottság elnöke, rajta kívül Nagy Endrét, Romhányi Juditot, Szélényi Ivánt, Csepeli Györgyöt, Balipap Ferencet még érdemes említeni és volt egy csodálatos titkára az *Esélynek*, Berényi Márta, akit mindenképpen szeretnék megemlíteni és Mosonyi Ferencet, aki szintén nagyon sokat segített az *Esélynek* a létrehozásában és működtetésében.

Mi volt a célja? Talán a legfontosabb célja az volt, hogy egy olyan nyelvet teremtsen meg, a szociálpolitika, a társadalompolitika nyelvét, amelyik nem létezett korábban, és amelyik nagyon kevésbé volt befogadható. Ez egy eléggé szakzsargonokra épülő tudomány, nagyon kevésbé fogja meg a közönséget, és mindenképpen érdemes gondolkodni azon, hogy hogyan lehet új kifejezéseket, új fogalmakat, új szakkifejezéseket bevezetni, azért, hogy nyitottabb legyen, hogy minél több ember olvassa, és a nagyközönség számára is fogyasztható legyen, és különösen azért, mert ahogyan ezt említettem, a nyolcvanas években olyan fogalmak mint szegénység, integráció, dezintegráció, kirekesztés az első nyilvánosságban nem szerepeltek. Volt a halmozottan hátrányos helyzet, voltak ilyen csúsztatott, elkent fogalmak, de tiszta fogalmak nem voltak.

Az egyik célunk mindenképpen az volt, hogy megteremtteni a szakma nyelvét, a másik célunk az, hogy megmutatni azt, ami a látható világ mögött van, a láthatatlant, a láthatatlan embereket. A nagy narratívák mögött, a nagy strukturális elemzések mögött meghúzódó személyes sorsokat, személyes életeket, amelyek megmutatják azt, hogy tulajdonképpen milyen Magyarországon élünk. Nagyon elkötelezettek voltunk amellet, hogy ezeket a kis történeteket úgy mutassuk meg, ahogyan azt a szociális munka tudja. Voltak is viták, mert az első egykét számban még nem volt szociális munka rovat. A rovatok kialakításáért elég komoly harcok folytak, végül Talyigás Katalin és Hegyesi Gáborral együtt a szociális munka rovatot bevezettük, és az ő személyük nagyon fontos is volt. A Hilscher Rezső Alapítványnak a folyóirata az *Esély*, Hegyesi Gábor ismertette meg velünk Hilscher Rezsőt, mint nagyszerű szociálpolitikust, aki 1957-ben halt meg, és a settlement mozgalmat, és olyan példaértékű mozgalmakat, amelyekről nagyon keveset tudtunk, Talyigás Katalinnak pedig olyan szociális munka tudása van, ami nagyon keveseknek volt ebben az országban. Mindenképpen fontos volt, hogy egy ilyen rovatot elindítottunk. De aztán később elindítottunk nőszorsokkal, feminizmussal foglalkozó rovatot, ami az én dilim volt, én ezt nagyra értékeltem, hogy lehetett változtatni a rovatokat. Mint ahogy be lehetett hozni külföldről rengeteg szakirodalmat, amit Ferge Zsuzsának megint csak nagyon nagy részben köszönünk, Léderer Pálnak nagyon nagy részben köszönünk, Nyilas Mihálynak, aki nagyon sokat fordított, Bourdieu-tól Castelig, Lesemann és Hayeken keresztül, a legnagyobb szerzők jelentek meg ebben a folyóiratban és jelennek meg mind a mai napig.



Nagyon fontos volt, hogy a történetiséget ismerjük meg, hogy milyen volt a magyar szociálpolitika és társadalmpolitika története. Mert hogyha nem ismerjük a történetünket, akkor nagyon nehéz gyökerek nélkül továbblépni. Erre is lett egy rovatunk, szakmatörténeti és társadalomtörténeti – Öry Csaba például, hogyha emlékeznek a nevére, akkor ő még nem azon az oldalon állt, hanem ezen az oldalon – és ő is nagyon sokat tett ebbe.

Peter Townsend, Adrian Sinfield, Georg Vobruba, Frédéric Lesemann, Robert Castel, Pierre Bourdieu – akik szociológiában járatosak, tudják, hogy ezek milyen nevek – az ő írásaikat folyamatosan hoztuk. Borzasztóan nagyra értékelttem azt, hogy a Zsuzsa fordított, amellet, hogy állandóan beszámolt konferenciákról, cikkeket írt, a szerkesztőbizottság elnöke volt, és emellett még fordított is – szerintem szenzációs teljesítmény volt ez.

Esély Műhelyeket indítottunk, ezt nagyon szerettük, az Esély Műhelyekben – megint csak gyorsan neveket mondok – Hankiss Elemér, Ferge Zsuzsa, Berend T. Iván, Popper Péter, Goldschmidt Dénes, Gönczöl Katalin, Polcz Alaine, Losoncy Ágnes, Aczél Anna – velük folytak a beszélgetések. Itt jegyezném meg azt, hogy ezeket az Esély Műhelyeket a Villányi úti központban tartottuk, legalább százan voltak mindegyik alkalommal, ami megdöbbenő mai fejünkkel, hogy egy társadalmpolitikai eseményre ennyien eljöttek. Popper Péter egy guru volt, ha ő ott megjelent, akkor tényleg izzott a levegő, és egy óriási show-t adott le, amit rettenetesen élveztek az emberek, de ez csak egyetlenegy példa, mások is bevonzottak tömegeket. Tehát sokkal inkább fókuszban volt. Akkor könnyebb volt, mert egy folyóirat volt, ez volt a mértékadó, és hát volt egy jó történetünk, egy nagyon egyszerű történet, a szabadság-egyenlőség-testvériség eszméjére épül, és ez akkor még lenyomta az Isten-haza-család történetet.

**Lakner Zoltán:** Köszönjük szépen. Nem állom meg, hogy az órára való beüléssel kapcsolatban ne említsem meg, hogy – most a közönség soraiban ülő – Orosz Éva egyszer beült az én órára, az egészség-közgazdaságtan által alapított szakon, ahol én egészségpolitikát tanítottam... Ez nagyon ijesztő volt, mert Éva volt néhány évvel korábban az egyik legtöbbet követelő tanár, de egyébként kíváncsiságból ült be az órára, szóval még ma is van néha ilyen műhelyként felfogott oktatás. Cibere Ibolyának adom át a szót, aki a Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszékét vezeti, és 2020 óta az *Esély* főszerkesztője. És hangozzon el az is, hogy kettőtök között Nyilas Mihály volt a főszerkesztő, hosszú éveken keresztül. Ibolya, parancsolj!

**Czibere Ibolya:** Köszönöm szépen, tisztelettel köszöntöm mindnyájukat, Cibere Ibolya vagyok, és egy picit pontosítás, hogy 2019 óta vagyok az *Esély* főszerkesztője. 2019 nyarán vettem át Nyilas Mihálytól a szerkesztési feladatokat, egy nagyon jól bevezetett, kiváló szakmaisággal irányított, a teljes szakma által ismert professzionális lapként kaptam meg. Nyilas Mihály hosszú-hosszú éveken keresztül szerkesztette a lapot és mindenki legnagyobb meglepésére. Felsőoktatási tananyagok születtek az általa szerkesztett számokból, illetve nem hiszem, hogy létezett olyan szociológus, szociálpolitikus, aki ne ismerte volna ezt a lapot. Tehát a szakmában is, közvetlenül a szakma-„csinálók” körében is nagyon ismert lap volt, nem tudom létezik-e másik ilyen lap, amelyet abban az időszakban ilyen szinten be tudtak volna vezetni. A gyakorlati életben is meg tudta állni a helyét, a tudományos környezetben is.

Nekem az volt a tisztem, mikor átvettem ezt a folyóiratot, hogy a színvonalát tartani kell, illetve az ismertségét és az elismertségét is tartani kell. Ugyanakkor 2019 nyara és 2020 február között nem sok idő telt el és kitört a járvány, és az teljesen átalakította a folyóiratok életét is, minden mást is, de a folyóiratok munkáját is. Leálltak a kutatások, lelassult minden, akik írják a



publikációkat, ők mindent félretettek, volt egy sokk, egy mentális nyomás a mi szakmánkon is azt hiszem – a szociális szakemberek óriási terhet kaptak azzal, hogy a járványban helyt kellett állni. Tehát ezt mi is, az *Esély* szerkesztése során nagyon komolyan megéreztük. Mindenesetre ezt az időszakot átvészeltük, és vannak olyan tervek, amelyeket gondolom később lesz lehetőség megbeszélni, arra nézvést, hogy a nemzetközi térben, illetve most a hazai folyóiratok között is hogyan lehet pozicionálni egy ilyen tematikájú lapot, és milyen nehézségekkel kell szembenéznünk – már csak ténylegesen a tematikája miatt. Ugyanakkor már Nyilas Mihály szerkesztése alatt ez a lap egy akadémiai folyóirattá vált, és a legmagasabb besorolású, „A” kategóriát kapta meg, úgyhogy erre nagyon vigyázunk, hogy ezt meg is tudjuk tartani. És ebben a munkában segít minket a Hilscher Rezső Alapítvány mint kiadónk, és nagyon-nagyon sokat jelent az MTA folyóirat-támogatási programja, ami nagy magabiztosságot ad a szerkesztői munkában, merthogy komoly anyagi támogatást kapunk a működtetésére.

Most, ha megengedjük, nem is a technikai dolgokról beszélnek, hanem ahogyan én magam is már diákként is ennek a folyóiratnak a tanulmányaiból tanultam. Doktoranduszként is, szociológus és szociálpolitikus hallgatóként is, és aztán én magam is sokat tanítottam ezekből a folyóiratokból, tehát ahogy visszagondolok, illetve ahogy újraolvastam ezeket a cikkeket, ahogyan most készültem, és egy kicsit ráhangolódtam, hogy milyen tematikákban is publikál az *Esély* folyóirat, hogy milyen hangsúlyokat véltem felfedezni visszamenőleg harminc évre, nem mondom, hogy könnyű egy struktúrát közvetíteni, de volt egy kérdés is arra, hogy nézzük meg, hogy gyakorlatilag mivel is foglalkozik az *Esély*, és hogyan lehetne ezt valamiféle tematikus szempontok szerint ismertetni. Megpróbálok a magam ízlése és a magam tudása szerint ezt összefoglalni.

Mivel a folyóirat társadalompolitikai és szociálpolitikai tematikájú, ezért nyilván nem megkerülhető, hogy ez a két kifejezés, hogy társadalompolitika és szociálpolitika, miért különül el a magyar nyelvben. Ez Ferge Zsuzsa nevéhez köthető, aki tudatosan különítette el ezt a két kategóriát, és ennek az elkülönítésnek végül az lett az eredménye, hogy a mai napig meghatározza azt a mondanivalót, tematikát, trendeket, amelyeket lehozunk a folyóiratban. Ezért úgy gondoltam, hogy egy kicsit végigszaladnék azon, hogy amikor társadalompolitikai tematikájú cikkekről beszélünk, akkor milyen hangsúlyokra gondolok, illetve, amikor szociálpolitikai tematikájú cikkekre, akkor milyenre. Ez azért is érdekes, mert ennek a lapnak a specialitása, hogy nem zárja be magát szakpolitikaként egy zárt körbe, hiszen oly mértékben számtalan összeérő tudományterület határvonalán helyezkedik el, hogy nem is lehetne ezt megtenni. A társadalomelméletek, a közgazdaságtudomány, politikatudomány, jogtudomány, közgazdaságtudomány, morális témák feldolgozásával foglalkozó tudományterületek – mindenhol ott van a társadalompolitika és a szociálpolitika témaköre is. Ezért amikor az *Esély*-be érkeznek cikkek, akkor ugyanarról a témáról láthatóan egy, valamilyen tudományági megközelítésben gondolkodnak szerzők, és mások pedig más összefüggésben. Hogy mondjak egy példát: egyes megközelítések jövedelemtranszfernek tekintik azt, amit más megközelítések politikai döntésnek, megint más megközelítések pedig szociális közigazgatásnak. És mindegyik nagyon izgalmas a maga nézőpontjából, nagyon érdekes megismerkedni azokkal a gondolatokkal, amelyeket ezek a határterületek jelentenek a társadalompolitikának és a szociálpolitikának is.

Ami nagyon lényeges kérdés, és szerintem meghatározza a folyóirat tematikáját, hogy a társadalompolitikák általában a társadalom szerkezetén belül a viszonyrendszerek megváltoztatására törekednek. És ebben nagyon fontos az, hogy ez a társadalmi szerkezet mikor milyen



módszerekkel változik, mikor milyen politikai éraban milyen beavatkozások azok, amelyek befolyásolni szeretnék a társadalom szerkezetét, és ebben a folyamatban nagyon fontos szerepet játszanak az értékek. A társadalompolitika az egy érték alapú tudomány, és ebben az értelemben nem lehet megkerülni, hogy értékítéleteket mondjon a szerző valamiféle jelenségről vagy jelenséghalmazról, és ezeket az értékítéleteket olykor politikai cselekvések alapján ideológiai környezetbe is helyezik. És egy ilyen társadalompolitikai-szociálpolitikai lapnak ezeket az értékítéleteket, ezeket az ideológiai felfogásokat tiszteletben tartva, elfogadva akár más típusú gondolatokat is, de fontos befogadni, hogy elinduljon valamiféle kommunikáció, vita, arról, hogy a társadalompolitikát milyen irányban lehetne jobbitó szándékkal változtatni. Ezek a folyóiratok, ahogyan az *Esély* is, fontos platformjai lehetnek egy ilyen kommunikációnak a tudományos gondolkodás területén is, de közvetlenül a szakmában dolgozók véleményének a befogadására is gondolok.

A másik dolog, amit még kiemelnék vagy kihangsósítanék itt, hogy általában amikor társadalompolitikai kontextusban írnak szerzők valamilyen összefüggésről, akkor mindig vagy legtöbbször úgy ragadják meg a témát, hogy a társadalmon belül a társadalmi csoportok egymáshoz viszonyított helyzetén keresztül próbálják meg értelmezni azt, hogy miként kell egyik csoport helyzetén változtatni ahhoz, hogy a másik csoporté mondjuk javuljon. Nyilván a jobbitás szándéka kellene, hogy ebben szerepet játsszon. De ettől függetlenül látjuk, hogy egyik csoport helyzetének javítása együtt járhat egy másik csoport helyzetének gyengítésével is, és ezeknek a kommunikációja, ezeknek az összefüggéseknek a feltárása, úgy érzeltem, hogy az *Esély* első időszakában nagyon jelentősen jelen volt, illetve folyamatosan az elmúlt húsz évben, komoly tényező volt a társadalom szerkezetének alakítása szempontjából.

Illetve még egy dolgot emelnék ki, hogy a tanulmányok jó részében a hatalom, a pénz és a tudás mint alapforrások, vagy a hozzáférés ezekhez az elemekhez nagyon fontos szerepet játszik abban, hogy mely társadalmi csoportoktól veszik el a döntéshozók mindezt, és mely társadalmi csoportok felé közvetítik, és ezeknek az elemeknek a megjelenése, illetve az értelmezése nagyon fontos küldetése egy ilyen folyóiratnak, amely segít értelmezni azt, hogy a társadalompolitika milyen irányba megy és éppen mely társadalmi csoportoknak milyen irányban változik a helyzete.

A szociálpolitikai témaköröket teljesen másként látom tematizálódni a folyóirat életében, inkább szűkebb értelemben vett szükségletkielégítésekre fókuszálnak azok a tanulmányok, amelyek azt vizsgálják, hogy milyen szükségletek keletkeznek azzal, hogy a különböző politikák, például a gazdaságpolitika valamilyen módon, de diszfunkcionálisan működik, és vannak olyan csoportok, amelyek ennek eredményeként olyan hátrányba kerülnek, ahol már a szociálpolitikának kötelessége konkrét szükségleteket megfogalmazni, amelyek kompenzálják ezeket a diszfunkciókat.

Én három nagy témacsoportot véltem felfedezni a publikációkban, amelyek eddig az *Esély*-ben megjelentek. Az egyik témacsoportba azokat sorolnám, ahol a publikációk valamilyen intézményrendszer mutatnak be, az intézményesültséget a szociálpolitikának, egy olyan intézménycentrikus megközelítés, amely végeredményben a szociális közigazgatást jelenti, és ebben az értelemben azt mutatja be, hogy a közpénzekből milyen minőségű ellátórendszerek, cselekvési rendszerek működnek a szociálpolitika területén.

A másik típusa a publikációknak egyértelműen a funkciókra irányul: sokféle funkciója van a szociálpolitikának, de funkcionálisan azt vizsgálják ezek a cikkek hogy a társadalmi feszültsége-



ket mi generálja, illetve hogy hogyan lehet ezeket enyhíteni, hogy a társadalom harmóniáját, békéjét miként lehet fenntartani szociálpolitikai beavatkozásokkal, és melyek azok a helyzetek vagy jelenségek, amelyek társadalmi csoportok közötti konfliktusokat generálnak, és ezeket a konfliktusokat milyen szinten hogyan lehet enyhíteni. A funkcionális működésnél elsősorban a társadalmi dezorganizáció, a deviáns viselkedések, a deviáns jelenségeknek a megelőzése, vagy ha már kialakultak, akkor ezek enyhítése áll az ilyen típusú cikkeknek a középpontjában.

Utolsóként pedig, amit a saját tipológiámba beépítenék, ez a strukturális kérdések köre, a strukturális kérdéseket úgy értem, hogy vannak olyan beavatkozások, amit már a társadalompolitikánál is felfedezni véltünk, amely a társadalomszerkezetben meglévő feszültségeket próbálja feltárni, abban az értelemben, hogy a források elosztásáért küzdelem zajlik. És ahogy már korábban említettem, a szociálpolitikának komoly felelőssége, hogy a hatáskörébe tartozó szükségleteket felismerje, kommunikálja, és azokért lépéseket tegyen, tehát hogy védje azoknak az érdekeit, akiknek a szükségleteit kihangosítja. Ugyanakkor, ha egy társadalmi csoport szükségletei kihangosodnak, az nem feltétlenül jelent elfogadást egy másik társadalmi csoport körében, és ezeknek az érdekellentéteknek a bemutatása jelenik meg még ezekben a tanulmányokban, hogy nem feltétlenül fogadja el az egyik társadalmi csoport konkrét szükségletként egy másik társadalmi csoport általunk szükségletnek vélt igényeit. Felvezetésként szerkezetileg nagyjából így látom az *Esély* folyóiratot.

**Lakner Zoltán:** Köszönjük szépen Ibolyának, és azt is köszönöm, hogy bevezetted az esetleg nem szociálpolitika szakos közönséget abba, hogy a társadalompolitika fogalma hogy jön itt a képbe, és mi a különbség a szociálpolitikához képest – ezzel mi elég sokat szoktunk bibelődni. És ha jól tudom velünk van negyedik megszólalóként Szoboszlai Katalin is online; szociális munkás, főiskolai docens, akit még az a próbatételekkel teli szerencse is ért, hogy a Szociális Szakmai Szövetség elnöke is lehet ezekben a daliás időkben. És a *Párbeszéd: Szociális munka* című online folyóirat főszerkesztőjeként kérek, hogy szólj hozzá ehhez a témakörhöz.

**Szoboszlai Katalin:** Köszönöm szépen a felkérést, a *Párbeszéd: Szociális munka folyóirat* létrejöttéről, küldetéséről és megjelenéséről szeretnék egy rövid összefoglalást adni. A folyóiratok sorában a legfiatalabb a *Párbeszéd: Szociális munka folyóirat*, hiszen ezt 2014-ben alapítottuk. Nyilván ez nem volt előzmények nélküli, hiszen az előttem megszólalók részletesen elmondták az *Esély* társadalompolitikai folyóirat létrejöttét, illetve azokat a mérföldköveket, melyek a folyóirat életében a mai napig bekövetkeztek, és azt szeretném hozzátenni, hogy az *Esély* folyóiratot nem csak a szociológus és szociálpolitikus hallgatók forgatták nagy buzgalommal, hanem a szociális munka szakos hallgatók is, hiszen mind a szociálpolitika órákra, mind a szociális munka órákra ez volt az elsődleges szakirodalom, és nyilván tananyag is.

Ha a szociális munka folyóiratokat nézzük, akkor is találunk előzményt, hiszen volt egyszer egy *Szociális Munka* című folyóirat, ami még a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolához kötődött és Göllesz Viktor főszerkesztői és az akkori szerkesztők munkájának köszönhetően legalább egy évtizedig működött a folyóirat. Ismerve és tudva ezt, szeretnénk volna átvinni a nevet az új folyóirat alapításába, azonban erre akkor nem kaptunk engedélyt, és aztán el is engedték azt, hogy *Szociális Munka* néven induljon el az új folyóirat, hanem kerestünk egy olyan elnevezést, ami jól kifejezi azt, hogy szeretnénk párbeszédet indítani a szociális munkához közelállókkal, a szociális munkában dolgozókkal, oktatókkal, kutatókkal, és természetesen a szélesebb közönséggel is. Így kapta a folyóirat a nevét, hogy *Párbeszéd: Szociális munka* és ennek a folyóiratnak az első számának a beköszöntőjét Ferge Zsuzsa írta, és azt gondolom,



azzal a mondattal, ami úgy hangzik, hogy „Mert megbeszélni valónk végtelenül sok van”, nagyon jól ki is fejezte ennek a folyóiratnak a célját, hogy megszólítani akar, befogadni akar és nagyon sok témáról beszélgetést akar kezdeményezni.

A folyóirat alapítása szintén egyetemről indult el, méghozzá a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Karáról, ami az én munkahelyem, és amikor 2014-ben írtam a tanszékvezetői pályázatomat, belefoglaltam azt, hogy jó lenne, ha tudnánk alapítani egy szociális munka folyóiratot, hiszen erre a szakmának is szüksége van, és egy jó bázist jelenthetne a kutatói és publikációs munkának, egy jó felületet jelentene. Szerencsére társakat is találtam hozzá, akik hasonlóan gondolkodtak, és úgy vélték, hogy egy új folyóirat elindításával egy, a szociális munkát inkább hangsúlyosabbá tévő periodikát tudunk elindítani. A szerkesztőbizottság a kezdetektől fogva állandó, engedjétek meg, hogy felolvassam, kik azok, akik 2014 óta folyamatosan részt vesznek a szerkesztőbizottsági munkában: Ferge Zsuzsa, Darvas Ági, Pataki Éva, Somorjai Ildikó, Budai István, Szöllösi Gábor, Szabó Lajos, Fábíán Gergely, Hüse Lajos, Patyán László és Besztercei András.

Többek neve ismert számotokra is, de az mindenképpen jól látható, hogy a szerkesztőbizottság képvisel egy tudományos vonalat, egy egyetemi vonalat, illetve képviseli a szakmai oldalt is, ami inkább a terep és a gyakorlatok oldalát jelenti. Az induláskor a folyóirat küldetésének fogalmazzuk meg a szociális munka értékeinek, elméleti-gyakorlati területeinek, munkáinak, kutatási eredményeinek közlését, diskurzusok folytatását, és hogy a lapban megjelenő írásokkal előmozdítsuk a szakmai közönség és a szociális munka iránt érdeklődők figyelmét. A küldetésünk másrészt jól illeszkedik a szociális munka globális definíciójához, hogy a szociális munka tudomány és gyakorlat, és hogy a folyóirat igyekszik megerősíteni mind a kettőt. És szintén – nyilvánvalóan egy kicsit messzebbre vivő – célunk a szakma beillesztésének előmozdítása a szociológia tudományba, hasonlóan amilyen fejlődési utat bejárt a szociálpolitika. Éppen ezért e kettősség jelenti a folyóirat tartalmi egyensúlyát: egyrészt a kutatásokon és elméleteken alapuló témafeldolgozások, másrészt pedig a szociális munka tudások szakmai és módszertani bővítése, hazai és nemzetközi gyakorlatokkal.

A folyóirat lapszámainak a felépítése és struktúrája is e kettősséget, e kettős szándékunk az egyensúlyát, harmóniában tartását igyekszik megvalósítani, és gyakorlatilag úgy alakítottuk ki a rovatokat, hogy legyenek benne tanulmányok, legyenek benne szakmai-módszertani írások, legyenek benne kitekintők, vagyis a nemzetközi vonal, nézzük meg, hogy mi van a szakma nemzetközi területein. Módszertani írások terén hazait és nemzetközit is igyekszünk közölni és természetesen esettanulmányokat és recenziókat is közlünk.

2014 óta már a kilencedik évfolyamnál tartunk, és azt kell, hogy mondjam, hogy a folyóirat nem csak ismert, hanem népszerű is, a képzések oktatói, hallgatói nyilván tanítanak-tanulnak belőle, de a szélesebb szakmai közönség is nagy kedvvel olvassa a folyóiratban megjelent írásokat. Ez a folyóirat online jelenik meg kezdetektől fogva, kiadónk a Debreceni Egyetem Egyetemi és Nemzeti Könyvtár, mely az egyetem több folyóiratát gondozza, és biztosítja számunkra az online megjelenés platformját, illetve technikai hátterét, és ez nagyon jó lehetőség arra, hogy gyakorlatilag bárholnan a világból elérhetővé váljanak a folyóiratban megjelent cikkek. És még egy haszna van, hogy gyakorlatilag minden cikknek az olvasottságát és letöltöttségét statisztikai adatokban látjuk és tudjuk követni. Meg is néztem most, hogy ez éppen hogy áll, és az látható, hogy a legtöbb kattintás szakma-módszertanhoz kapcsolódó cikkekre történik,



úgy mint esettanulmány, csoportmunka, iskolai szociális munka, vagy akár az együttműködések szerepe. Ebből azt gondolom, hogy jól érzékelhető az, hogy a terepen dolgozó szociális munkások számára keresett és olvasott folyóirat a *Párbeszéd: Szociális munka* folyóirat, de természetesen az oktatásban, képzésekben is felhasználják. Nagyon úgy néz ki, hogy 2022 decemberében elérjük a 300. cikk megjelenését, ami, én azt gondolom, hogy egy egészen jó mutató, egy jó adat az elmúlt évekre visszatekintve.

Úgy indult a folyóirat, hogy évente négy számot fogunk megjelentetni, aztán a kiadó bizonyos minőségbiztosítási elveket bevezetett és ezekhez igyekeztünk ragaszkodni, hogy ebben változás történjen, most már évente kétszer jelenünk meg, sokkal több cikket jelentetünk meg, mint ezt a korábbi időszakban megtettük, de nemcsak a számok megjelenése van napirenden, hanem tematikus számokat is szoktunk megjelentetni, az egyik az Iskolai szociális munka tematikus szám volt, és hamarosan megjelenik a Spiritualitás és szociális munka különszámunk, illetve az is hozzánk kapcsolódik, hogy az MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottsága, illetve az albizottsággal együtt működő főszerkesztők, szerkesztők kutatás és szociális munka kötetet is, ennek első és második kötetét nálunk jelentették meg, és így gyakorlatilag a folyóirat gazdagott ezzel a két kötettel.

**Lakner Zoltán:** Köszönjük szépen. Itt két folyóiratról van szó, és amikor készültem erre a beszélgetésre, és gondolkodtam, hogy mi mindent kéne szóba hozni, ne vegyék se udvariatlanságnak, se szentségtörésnek, de én azon gondolkodtam, hogy nem kevés-e ez? Eltelt több mint harminc év, két folyóiratról beszélünk, ráadásul két folyóirat, amelyek a szakmai közeg identitásának a kialakítását és fenntartását igyekeznek szolgálni. Még csak azt sem mondhatjuk, hogy oktatási segédanyagként funkcionál, merthogy oktatási anyagként funkcionál – nincsenek átfogó nagy szociálpolitikai tankönyvek. Szociális munkában nem vagyok teljesen biztos, korábban talán voltak, de valószínűleg egy újabb hullámra szükség lenne. Beszéltek arról, hogy értékalapú tudományról van szó. Ezeknek az értékeknek, feltételezem, hogy nem csak egy szűk szakmai közegnek kellene hogy legyen üzenetük. Tehát valamiféle nagyobb közönséghez is kellene, hogy ez szóljon, és akkor még itt az utánpótlás-nevelésről és a nemzetközi tudomány eredményeinek a bevonásáról nem is ejtettünk szót. Szóval azt firtatnám én, hogy lehet-e ennyiféle dolgot egy-egy folyóiraton keresztül képviselni? Miért nincsen több? Ekkora a szakma, vagy miről van itt szó? Ha megengeditek, most Szoboszlai Kati kérdezném először: értem, hogy ez egy szociális munka profilú folyóirat döntően, de az itt jelenlévő vendégek is beszéltek arról, hogy az *Esély*nek is van szociális munka rovata, megjelennek ilyen típusú publikációk. Ti, Kati, miért éreztétek azt, hogy kell még egy ilyen típusú folyóirat?

**Szoboszlai Katalin:** Igen, persze, az *Esély*ben megjelennek a szociális munka témájú írások is. Amit ebből kiemelnék, hogy a szociális munka mint professzió, mint szakma fejlődésének ez egy állomása, hogy van egy önálló folyóirata. A hazai professzió fejlődésben nyilván nagyon fontos szerepe volt a képzés elindulásának, és ahogy a képzés elindulásának az előfutára a társadalompolitikai-szociálpolitikai képzés volt, amiről Lévai Kati beszélt az elején, így valahol az, hogy a szociális munkának van egy önálló folyóirata, az arról is szól, hogy ezt a szakmát ezzel is igyekszünk erősíteni. Illetve hozzákapcsolni azt, hogy ebben a szakmában is vannak kutatások, vannak olyan eredmények, amik hatnak az elméletekre, hatnak a gyakorlatokra, és hogy a gyakorlatok folyamatosan visszahatnak az elméletekre, a képzésekre, ezekből kutatások tudnak elindulni, tehát hogy ezek a kölcsönhatások nagyon jól működnek a szociális munkában is.



A másik pedig, hogy a szociális munkának a tudományosságát szeretnénk ezzel is megerősíteni, hogy igen, itt képződnek olyan szakmai értékek, amelyeket a tudomány is be tud fogadni, és ennek egy nagyon jó felülete, hogy ha van egy önálló folyóirata a szociális munkának.

**Lakner Zoltán:** Az *Esély* kapcsán kérdezlek titeket, amit feszegetni próbálok, az arról is szól, hogy van-e egy olyan kép bennetek, hogy kinek, kiknek is kellene szólnia egy ilyen folyóiratnak? Hiszen azért máshogy beszélsz egy szakmai közeghez, amelyhez kell beszélned, máshogy beszélsz egy szakmai, de nem szociálpolitika szakmai, de mégis tudományos közeghez, máshogy beszélsz egy ennél talán tágabb érdeklődő közeghez, nem tudom, hogy egy folyóiratnak mindezt fel kell-e vállalnia, az is lehet egy válasz, hogy nem kell.

**Lévai Katalin:** Nekem ez egy alapkérdésem volt az első pillanattól kezdve, illetve ez több kérdés. Az egyik kérdés az, hogy hogy lehetne kinyitni ezt a szakmát, éppen azért, mert azt gondolom, hogy rettenetesen fontos általános érvényű értékeket képvisel. Ezek az értékek, amelyekről beszéltünk és amelyek végtelenségig lecsupaszítva a szabadság-egyenlőség-testvériség értékeire vezethetők vissza. Azt gondolom, hogy ezek olyan univerzális értékek, amelyeket nagyon fontos lenne egy szélesebb közönség elé vinni, és valamilyen módon ezeket az értékeket nagyon nagy erővel képviselni, általánossá tenni és terjeszteni. Ennek akadálya sajnos szerintem a szakmai nyelv. Mert hogyha hallgatjuk a különböző szakpolitikusokat, akkor egy olyan nyelvet beszélnek, ami egy konferencia nyelve, illetve egy szakmának a nyelve, de ettől egy „átlag” ember elalszik. Nem lehet úgy elbeszélni egy történetet, ahogyan (sajnálatos módon) nagyon sokszor kitűnő tudósok elbeszélik. Tehát ezeket érdekessé kell tenni, pláne a mai világban, ahol annyira sokszínű, annyira sokféle inger éri az embert, hogy egyszerűen muszáj másként beszélni.

Ezért gondoltuk mi, és ezért alakítottuk úgy át időközben az *Esély* profilját, hogy egyre több lett benne a személyes történet. Tehát a szociális munka felé mentünk el, és megnéztük azokat a történeteket, amelyek megmutatnak egy-egy életsorsot, és azokban, mint cseppben a tenger, benne van minden. És bevontunk olyan újságírókat, írókat – például Szász Annára emlékszem, meg én magam is elkezdtem írni – akik nem kizárólag ezt a szakmai nyelvet használták, hanem megpróbálták kicsit oldani, kicsit érzékenyebben, kicsit irodalmiabban megfogalmazni azokat a dolgokat, amiket egyébként a szakma nagyon pontosan megfogalmaz. Szerintem ez egy nagyon fontos küldetése lehetne. Egyébként én fantasztikusnak tartom azt, hogy mai napig működik az *Esély* – de azt hiszem, hogy az az áttérés nem történt meg, hogy a nagyobb közönség számára is fogyasztható és élvezhető nyelven megfogalmazott folyóirat legyen.

**Lakner Zoltán:** Ibolyának azzal adnám tovább a szót, hogy persze, de ez egy szakmai folyóiratnak dolga, hogy megteremtse a saját nyelvét, és hogy mivel ez egy új szakma, nyilván feladatokat volt és ma is feladatokat, hogy a tudományos elismertséget megkapja a megérdemelt módon. Ehhez viszont szükség van arra, hogy ezt a befelé forduló konferencia- és tanulmány nyelvet meghonosíthassátok, mert ez jelent a tudományos közegben egy legitimitást, és bizonyos szakzsargonokra azért van szükségünk, hogy pontosabban tudjunk fogalmazni.

**Czibere Ibolya:** Igen, abszolút egyetértek veled. Ez most két nézőpont, de ettől függetlenül azt mondom, hogy egy ilyen lapot azzal lehet nyitottá tenni, hogy a fiatalok felé nyitunk. Én azt tapasztaltam, hogy az egyetemi hallgatók, a doktorandusz fiatalok, a pályakezdő fiatalok, ha segítjük őket, hogy olyan minőségű publikációkat írjanak, amelyeket egy ilyen magas minősítetttségű folyóirat is megjelentethet, akkor a fiatalokon keresztül azok a témakörök is beke-



rülnek a folyóiratba, amelyek ma, ebben a huszonegyedik századi társadalomban is fontos témák lehetnek, új témák lehetnek. Innovatív témák, olyan témák, melyek fejlesztésekről, ötletekről szólnak, a szakma megújulásáról valahol a gyakorlatban, amiről nem is tudunk.

És aztán ezeknek az információknak a terjesztése, magam is látom a doktori programunk kapcsán is, hogy egyik fiatal ír valamit, felbátorodik a másik is – segítünk nekik abban, hogy ezek a cikkek most már a nemzetközi szintet elérve készüljenek el, de mégiscsak az ő nyelvükön íródjanak, ugyanakkor képesek legyenek arra, hogy egy tudományos keretben gondolják mindezt végig. Ez nem azt jelenti, hogy emészthetetlen fogalomrendszerben, de sajnos ez is hozzá tartozik. Hogy meg kell tudni ezt a tudományt is tartani, és Magyarországon kell megtartani. Tudom én, hogy nagyon sokat publikálunk külföldre, és erről majd fogok beszélni, hogy ez milyen nehézségekkel jár, de nekem mindig is meggyőződésem volt, hogy itthon is terjeszteni kell azt a tudást. Én akkor fogok sikeres kutató lenni, ha egy külföldi neves folyóiratban megjelenik angolul a cikkem, mindnyájan tudjuk ezt. Ugyanakkor felelőssége szerintem a hazai tudóstársadalomnak is, szakértői társadalomnak is, és a folyóiratoknak is, hogy teret adjanak annak, hogy magyar nyelven is megíródhassanak ezek, és ne kelljen angolul értelmezni, még fizetnem is érte, netán négy héten át bérelni a magyar kollégámnak a Magyarországról szóló cikkeit. Vagy azért, mert itthon nem jelenhet meg bizonyos okok miatt, vagy azért, mert ő úgy itéli meg, hogy jobban jár külföldön, ahol befogadóbbak a téma iránt. Ezért én azt gondolom, hogy a fiatalok nagyon sokat segítenek ebben, másrészt pedig a szakemberek. Itt a programfejlesztőkre gondolok, azokra, akik a döntéshozás közelében vannak, hogy elmagyarázhassák, hogy mi miért és hogyan történik, és milyen elvek azok, amelyek egy szociálpolitikai programot felépítenek, és hogyan kell azt tenni bizonyos értékek alapján.

Az *Esély* folyóirat, mióta open access rendszerben működik, sokkal inkább nyitott mindenki felé. Eddig is nyitott volt, de azzal, hogy rögtön megjelenik és rögtön letölthetővé és olvashatóvá válik, a legfrissebb információkat, a legfrissebb kutatási eredményeket tudjuk eljuttatni az érdeklődőknek. És ráadásul érzékelek egy olyan tendenciát, hogy megnövekedett a szociológiai jellegű kutatások fajsúlya, hangsúlya a szociálpolitikai, társadalompolitikai területeken. Fiatal kutatóként egyre többen érdeklődnek az ilyen témák iránt, ami szintén felelőség, hogy ezeket karoljuk föl és mutassuk be, mivel nagyon nehéz adatokhoz és információkhoz jutni, viszont, ha ebben a miliőben saját friss kutatási eredményekkel tudunk szolgálni, az szintén növelheti egyrészt a tudást, másrészt pedig a népszerűségét is a lapnak.

**Lakner Zoltán:** Szóba hoztad a döntéshozókat, és nem állom meg, hogy megkérdezzem: ezek eljutnak a döntéshozókhoz? Igénylik a döntéshozók ezt a tudást?

**Czibere Ibolya:** Szerintem igen, igénylik a döntéshozók a tudást, hogy valamihez képest tudjanak ők dönteni. Bármilyen döntési szintről beszélünk, bármilyen ideológiai keretről is beszélünk, de én tisztában vagyok vele, hogy művelt politikusok olvassák a folyóiratokat, teljesen mindegy, hogy milyen irányból képvisel bármilyen értéket.

**Lakner Zoltán:** Nem kell, hogy egyetértsenek, de valamihez képest, ahogy mondtad.

**Czibere Ibolya:** Igen.

**Lévai Katalin:** Röviden szeretnék erre reagálni, de még a nyelvre visszatérve, és a döntéshozókra, ha összekapcsolhatjuk. Két olyan szerzőnk volt, illetve több is volt, de kettő jut most eszembe: Robert Castel és Pierre Bourdieu, akik olyan nyelven fogalmaznak, olyan erős, intenzív, hatásos nyelven fogalmaznak meg pontos szociológiai tételeket, hogy arra mindenki föl-



kapja a fejét és odafigyel. Tehát mikor azt mondja Pierre Bourdieu, hogy „a forradalom belép a konyhába” vagy valami hasonlót, hogy Robert Castel olyan metaforákat használ, amire mindenki odafigyel, azzal ugyanolyan pontosan jelezhetnek kategóriákat, fogalmakat, és nem veszt az értékéből semmit, nem lesz gyengébb, sőt, erősebb lesz, és jobban odafigyelnek rá. Tehát én mindig arra biztattam minden szerzőt – és ez sok szerző esetében működött is – hogy ezt a tudományos nyelvet próbálja meg egy kicsit oldani, és olyan módon az olvasó elé tárni, hogy az élvezhető legyen, befogadható legyen, legyen egy jó történet. Én mindig azt mondom, arra figyelnek fel az emberek, hogyha van egy igazi története. Ha egy személyes történetbe beleágyazol egy társadalmi mondandót, ha ötvöződ a történelmet, a társadalomtörténetet és a személyes történetet, akkor az hat, akkor az nagyon jól hat.

És a döntéshozókra, ha visszatérhetünk: ez úgy indult, és ez Ferge Zsuzsának a nagy érdeme, hogy sikerült alkuat kötnie az akkori hatalommal. Az akkori hatalomban már voltak olyan emberek, mint Csehák Judit, mint Bánfalvi István, akikkel meg lehetett kötni ezeket a bizonyos személyes alkukat. Én 14 évig szerkesztettem az *Esélyt*, 14 év alatt változtak a kormányok, váltógazdálkodás volt, de az *Esély* megmaradt, meg tudott maradni annak ellenére, hogy az értékein nem változtatott, a Fidesz kormány alatt is meg tudott maradni, mert viszonylag függetlenek voltunk, független anyagi forrásokhoz hozzá tudtunk jutni, és ezért tudott működni. De tény, hogy amikor az az oldal volt hatalmon, amelyiknek az értékeit mi is vallottuk, akkor nyilván sokkal egyszerűbb volt megtalálni az utat a döntéshozókhoz, és volt, nagyon is erős kapcsolat velük. Később, amikor Fidesz kormány volt, akkor nem nagyon, mert ők nem igazán igényelték azt, nem is nagyon figyeltek oda arra, hogy mit mondtunk. Időnként Harrach Péter dühöngött egy kicsit, hogy nem eléggé tisztelettelően viselkedünk, de ennél több érdemi párbeszéd nem volt. Tehát az egy nagyon érdekes kérdés, hogy a mindenkori hatalomtól függetlenül tudjon működni egy folyóirat, és őrizze meg a saját értékeit. Egyébként mi magunkat kolduló rendnek hívtuk, még az ősidőkben, mivel mindenkitől koldultunk.

**Lakner Zoltán:** Ezt még feszegetni szeretném, hogy mivel indult el az *Esély* '89-ben, de Szoboszlai Katit úgy szeretném bevonni ebbe a beszélgetésbe, hogy egyrészt, mint SZSZ elnök, van-e valamilyen benyomása róla, hogy a szakmában zajló párbeszéd hogyan éri el akár a döntéshozókat, akár a szélesebb társadalmi közeget, másrészt amit elmondta, nagyon érdekes volt, hogy milyen témákat olvasnak leginkább nálatok, a *Párbeszéd* folyóiratban. Erről nekem megint az jutott eszembe, hogy a szociális munkások mennyivel jobban szervezik meg magukat, mint a szociálpolitikusok, sokkal gyakorlatiasabbak, tehát hogy csináltak egy olyan folyóiratot, amit a terepen dolgozók és a szociális munkás hallgatók olvasnak és ha jól értem, ebből az is kirajzolódik, hogy van egy ilyen tudatos utánpótlás-nevelési törekvés.

**Szoboszlai Katalin:** Igen, itt most sok kérdés hangzott el egyszerre, az, hogy a folyóirat mennyire jut el politikai döntéshozókhoz, vagy a folyóiratban megjelenő tanulmányok mennyire jutnak el, erről nekem nincs visszajelzés. Megmondom őszintén, egyetlen politikai párt vagy politikus sem ad erről visszajelzést. Azt gondolom, hogy ettől lehetünk, kell is, hogy függetlenek legyünk. Olyan pénzügyi támogatásunk sincs, amire azt mondhatnám, hogy hatása lenne a folyóiratnak, egy nagyon vékony költségvetéssel rendelkezünk, ami egyetemi forrásokból áll rendelkezésünkre, amit gyakorlatilag a megjelenésünk technikai kiadásaira tudunk fordítani. Ennek mi egyébként nagyon örülünk, hogy a szociális munka gyakorlóit köztük nagyon népszerű és olvasott a folyóirat és meg lehetett azt figyelni, hogy olyan idő-



szakokban, amikor a szociális munka területén valami nagy változás elindult, mondjuk szinte egyik hónapról a másikra, bevezetik az óvodai-iskolai szociális munkát, és gyakorlatilag a nulláról kezdve ki kellett épülnie egy olyan intézményrendszernek az egész országban, mire például csak szórványban voltak az országban azt megelőzően is, hogy iskolai szociális munka néven. Akkor mi, mint a folyóirat szerkesztőbizottsága, hoztunk egy olyan döntést, hogy rakjunk össze egy iskolai szociális munka különszámot, hiszen már korábban megjelent hazai publikációk is rendelkezésre álltak, illetve meg tudtunk szólítani olyan szociális munkásokat, akik ezen a területen már dolgoztak és hajlandóak is voltak megírni különböző aspektusait az iskolai szociális munkának. Gyakorlatilag összeállt ez a szám, amit különszámként jelentettünk meg, és ennek akkor abban az időben, egy fél év alatt megnőtt az olvasottsága, mert nagyon várták a területen dolgozók azt, hogy valamilyen muníciót kapjanak ahhoz a munkához, amit nekik a jogszabályváltozással el kellett kezdeniük terepen. Megnövelte az olvasottságunkat, illetve tényleg azt vettük észre, hogy azok, amik a mindennapi szociális munkában jól felhasználhatók, illetve tanulmányokban nagyon jól felhasználhatók, azoknak a népszerűsége igazán magas. De nyilván arra is szükség van, hogy olyan írásokat és tanulmányokat is meg tudjunk jelentetni, amelyek egy tágabb kontextusban tudják a szociális munkát értelmezni, illetve a szociális munka értékei mentén is tudjanak újat mondani az olvasóközönségnek.

**Czibere Ibolya:** Kapcsolódva még röviden: említetted a képzések szerepét is, és én azt gondolom, hogy most nagyon speciális helyzetben vagyunk, az ELTE képzései, szociálpolitikus, szociális munka szak, ez jelenti, mindig is ez jelentette a zászlóshajó képzést, és kapcsolódtunk mi, a nagyobb vidéki egyetemek a képzéseinkkel, hozzájuk és gyakorlatilag mivel az első oktatók, mindenki az ELTE-n képződött ki, hozták is ezt a tudást, és nagyon sokáig nagyon népszerűek voltak ezek a képzések, és most érzékelünk egy olyan válságot, már sok éve, amely szerintem szorososan a Bologna-rendszer bevezetésével is összekapcsolható, de majd erről később, úgyis láttam a programban, hogy lesz majd külön beszélgetés. Azt szeretném kihangsúlyozni, hogy ezek a szociális képzések vannak most olyan helyzetben, hogy a hallgatói létszám nagyon lecsökkent, szociálpolitikus képzés már csak két helyen van – az, hogy Debrecenben és Budapesten, az még jó dolog – nappali képzés, amit nagyon sikeresen tudunk folytatni, de korántsem olyan népszerű ez a szak, mint korábban volt, illetve a szociális munka szakra is jóval kevesebben iratkoznak be, akár a volt főiskolák, most már ők is egyetemek, de magunkat is beleértve. Ez biztosan problémás, és befolyásolja azt, hogy ezek a folyóiratok, van még néhány szociálpolitikai jellegű folyóirat, ezek a folyóiratok nem tömegesen jelennek meg, mert visszaüt az, hogy a szakma inkább fogyatkozik, mint növekedne, pedig nagy szükség volna rá.

**Lakner Zoltán:** A szakma fogyatkozásához még visszatérnék, viszont ezt megelőzően még egy dologról hadd kérdezzelek meg benneteket: a folyóiratoknak, kiemelten az *Esély*nek a bekapcsolása a nemzetközi vérkeringésbe. Az nyilván reveláció volt, hogy az *Esély*ben megjelentek ezek az óriási nevek a társadalomkutatásból, és kíváncsi lennék arra, hogy Ibolyának milyen stratégiája van arra, hogy ez továbbra is így maradjon, hogyan merítetek, hogyan válogatok a nemzetközi trendből, mert nem vagyok meggyőződve arról, hogy egy nyugat-európai vagy amerikai társadalomtudományból feltétlenül. Szóval minden reflektál arra, ami Magyarországon zajlik, mert van néhány speciális problémánk, illetve hogy a mi speciális problémáink hogyan illeszthetők be ezekbe a nemzetközi trendekbe. Hogyan kezdődött ez, szóval hogy került Bourdieu az *Esély*be?



**Lévai Katalin:** Elkezdtek fordítani híres, ismert szerzőknek elsősorban a kutatási anyagait, és aztán visszamenőlegesen a könyveket. De azért ez 14 év, nem csak a kezdet, 14 év alatt nagyon sok külföldi szakirodalmat hoztunk be. Ebben volt egyfajta tudatosság, hogy hogy válogattunk. Abban az időben egy nagyon izgalmas és nagyon mozgalmas konferenciaélet zajlott. Ami nem azt jelentette, hogy az ember kiment egy konferenciára és ott végigülte az előadásokat, hanem valóban be is kapcsolódhatott, megismerkedhetett a szerzőkkel, kérhetett tőlük szöveget és a szerkesztőbizottságba bevonhatta őket. Georg Vobruba például így lett a szerkesztőbizottságnak a tagja, hogy egy konferencián megismertük és elmondtuk, hogy mi az *Esély*, és onnantól kezdve őt ez érdekelte, és állandó szerzőnk is lett. Akkor volt – de talán most is van – egy nagyon intenzív nemzetközi konferenciaélet, és mivel mi nagyon érdekesek voltunk, mint egy olyan ország, ami éppen áttér az államszocializmusról a piacgazdaságra, és hű, micsoda változások történnek, és mekkora szabadság és hogy történik ez most meg. Gyakorlatilag egy agyelszívást is folytattak a nyugatiak, rengeteg meghívást kaptunk, külföldi egyetemeken tanítottunk, külföldi konferenciákon vettünk részt, amiben volt egy olyan önző szempont az ő fejükben, a háttérben, hogy megismerjék azt, hogy itt mi történik Magyarországon. Tranzitország, mi akkor az voltunk, és ők ebből nagyon sokat profitáltak, de mi is. Nagyon sok szép könyv, nyugati szerzők könyvei születtek meg arról, hogy hogy néz ki Magyarország, azoknak az elbeszéléseknek az alapján, amelyeket mi meséltünk nekik különböző konferenciákon, találkozók, meg egyetemi szemináriumokon, mert ott viszont beültek az óráinkra. És szorgalmasan jegyzetelték, hogy mi történik Magyarországon és mi lábjegyzetben szerepelünk. Ezt azért ne felejtjük el, hogy ez is hozzátartozott a rendszerváltozás éveikhez, ezek igazából már a kilencvenes évek voltak. De nagyon sokat profitáltunk mi is, hiszen egy olyan kapcsolati tőkére tettünk szert, ami aztán segített abban, hogy behozzuk a legrangosabb és legnívósabb külföldi szakirodalmat.

**Czibere Ibolya:** Mára ez a helyzet homlokegyenest megváltozott. Az úgynevezett nemzeti lapok, teljesen mindegy, hogy melyik országról beszélünk, saját országuk nyelven írnak, saját, lokális dolgaikról, és ami nem angolszász területen megjelenő folyóirat és nem angol nyelven jelenik meg, azt nem jegyzi egyetlen olyan kereskedelmi, nagyplatformú indexáló cég sem, mint a Web of Science vagy a Scopus. Tulajdonképpen bezáródnak ezek a saját nyelven publikáló folyóiratok a saját országuk olvasóközösségébe. Nagyon komoly a felelőssége egy ilyen lapnak, mert a tudományometriai mérések, mindazok a mutatók, amelyeken keresztül hatást, minőséget, presztízst kapcsolnak egy folyóirathoz, azt ezek a nagy, kereskedelmi indexáló cégek platformjain keresztül lehet mérni, illetve ők azok, akik mérik, és nagyon kevés magyar folyóirat van, illetve amely nem angolszász. És ez azért probléma, merthogy ezeknek a lapoknak a presztízst, és így a publikálást mint presztízst ebben a lapban, meghatározza a minősítettsége. A minősítettség pedig nemzetközi szinten érvényesül most már, illetve nyilván Magyarországon is, mert az is egy minősítettség, hogy azok az akadémiai listás lapok, ahol a szakértői elit mondja azt, hogy az *Esély* „A” kategóriában van, az is egy nagyon fontos minősítettség természetesen.

Ugyanakkor felelőssége minden folyóiratnak, hogy egyre inkább bevezesse ezeket a lapokat, magát a folyóiratot abba a nemzetközi világba, ahol versenyeznie kell ezekért a pozíciókért, és azokat a rangsorokat el kell nyernie, hogy akár külföldi szerző, akár hazai szerző publikálhasson benne. Viszont a szerzők minősítése is ezeken a lapminősítéseken keresztül történik. Tehát ha én publikálok egy folyóiratba, és azt mondják, hogy pályázzak meg egy státuszt,



és azt kérdezik, hogy hány Q1-es lapba publikáltam, vagy hány A kategóriás lapba publikáltam, mert én akkor vagyok jó tudós, ha én sok ilyenbe publikálok. És azt mondom, hogy akkor vagyok jó főszerkesztő, ha el tudom indítani a lapot abba az irányba, amely a mostani trendeknek felel meg, hogy nemzetköziesítjük úgy, hogy a magyarországi, lokális témák is kikerülhessenek külföldre. Illetve egy olyan angol nyelvű verzióját szeretnénk a folyóiratnak, a külföldi szerzők számára, amivel bevonzhatjuk a hasonló értékeket valló külföldi szerzőket erre a magyar platformra, de ahhoz nagyon sokat kell dolgozni, hogy idáig eljussunk, és elkezdjék legálább indexálni az *Esélyt*. Ez most a következő két évnek a nagyon fontos célja lesz.

**Lakner Zoltán:** Ez nagyon ambiciózus és ezt jó hallani. Utolsó körként oda kanyarodnék vissza, részben amit Ibolya említett, hogy fogatkoznak a szociális szakos hallgatók, és ezt nem tudom nem áthallani ahhoz, amit Lévai Kati a legeslegelején mondtál, az első megszólalásod végén, hogy mennyire sikerült megteremteni azt a társadalmi közeget, amely fogadóképes azokra az értékekre, amelyekről mi itt beszélgetünk. Szóval biztos, hogy ez csak a Bologna-rendszer, amiről beszélünk? Ami okozza azt, hogy ma nem tűnik annyira divatosnak a szociális szakma? Ezt Szoboszlai Katalintól is kérdezem. Mégiscsak arról van itt szó, hogy van egy szakma, ahogy mondtátok, értékalapú tudomány, tehát az, hogy ezeknek az értékeknek éppen mi az árfolyama egy társadalomban, én azt gondolom, meghatározza azt is, hogy hogyan állnak ezek a szakmák, és ez összefügg még akár a nemzetközi minősítéssel is, mert hát valahonnan rekrutálódniuk kell azoknak az előbb fiatal, aztán idősebb tudósoknak, akik tudnak ilyen nemzetközi minőségű szövegeket írni.

**Szoboszlai Katalin:** Én nem írnám egyértelműen a bolognai rendszer, illetve az abból eredő változások számlájára azt, hogy egyre kevesebb szociális szakos hallgató van. Én azt gondolom, hogy Magyarországon 2010 után a kormány rendesen mindent megtett azért, hogy a társadalomtudományi képzési területen a bemenetelt megnehezítse az alapszakokra nézve. A szociális munka alapszakon már a 2010-es évek közepétől megjelent a kötelező emelt szintű érettségi – míg mondjuk az egészségtudományi képzésekben csak 2018-ban vagy 2019-ben, ott vezették be talán a legkésőbb. Statisztikailag is lehet látni azt, hogy évről évre kevesebben jelentkeztek mondjuk szociális munka alapszakra, és évről évre kevesebb hallgató jutott be szociális munka szakra, és azt is lehet látni, hogy a képző intézményekben hol tudott elindulni minden évben egy évfolyam, és hol maradnak ki évfolyamok. Odáig is el tudtunk jutni, hogy manapság nincs kétszáz nappali tagozatos hallgató, ha a szociális munka és a szociálpedagógia alapszakokat összeadjuk, és azt gondolom, hogy ez azt is mutatja, hogy az utánpótlás egyre kevesebb, és egyre kevesebb szociális munkást, illetve szociálpedagógust tudnak a képzések továbbítani a munkahelyeknek. Minden évben vannak beiskolázási programok nálunk is, iskolai roadshow-kra járunk, azt lehet észrevenni, hogy a középiskolásokat valami teljesen más érdekli, nem a szociális szakma felé orientálódnak. De ez nem azt jelenti, hogy azok az értékek, amiket a szociális munka is magáénak vall: szabadság, egyenlőség, szolidaritás, igazságosság, hogy ez ne lenne fontos számukra, vagy ne tennének azért, hogy mondjuk a szolidaritást kifejezésre juttassák. De mint képzést, mint jövőbeli szakmát, igazából nem választják. Valami más, gazdálkodás, menedzsment, pénzügy, közgazdaság – ezek a területek sokkal vonzóbbak számukra, mint a szociális szakma.

**Lakner Zoltán:** Köszönöm szépen, nagyon fontos volt, hogy mindezt elmondtad. Ibolya, ha már a te gondolatodra akaszkodtam rá, részben a Bolognával kapcsolatban, mivel egészítened ezt ki?



**Czibere Ibolya:** Az egyik dolog, hogy nagyon lerövidült a képzés időszaka, ezért úgy engedünk ki hallgatókat ilyen krízises helyzetű társadalmi viszonyok közé, hogy részben eszköztelenek maradnak. És ez egy örök probléma, hogy már a gyakorlat alatt látják, hogy kiégett és kudarcokkal terhelt szakemberek mellé kerülnek majd és dolgoznak. Ugyanakkor azt is látom, nagyon-nagyon sokat járunk kisebb településekre, szegényebb régiókban találkozunk szakemberekkel, ők maguk már annyira elfáradtak, hogy a kommunikációjukra, még ha ilyen képzésekben is tanultak, rá sem lehet ismerni. Tehát oly mértékben megváltozott, hogy jó érzéssel illet egy felsőoktatási képzésben nem mondunk, ilyen jelzőkkel nem dolgozunk, ilyen összefüggésekben nem gondolkodunk, ehhez képest már a szakemberek egy része is azokat a kifejezéseket használja a kudarcainak a feldolgozására, amit a helyi politika használ, amelyet a helyi lakosság hallani akar.

Teljes mértékben tehetetlennek érzik magukat, és ez átfordul abba, hogy a leges-leges-legszegényebb településen, ahol kétezer fős roma szegregátum van, azt mondja a szociális munkás: „Minék a Biztos Kezdet Gyermekház, nem való ez semmire! Be is zárjuk.” Miközben elmondják a többi településen, hogy fantasztikus, hogy van Biztos Kezdet Gyermekház, hogy milyen fontos ennek a léte, és kézzel-lábbal mentik, amíg menthető, hogy fenntartható legyen. A legegységnyebbeknél, a legfáradtabbaknál, a legtehetetlenebbeknél már ezt is el kell, hogy felejtjük, merthogy ők ott magukra vannak hagyva. Hogy mit szeretnének, nem tudják. Hogy járnak-e továbbképzésre? Nem, mert ők mindent megtesznek, és ennyi elég. És ez a mindent megtesznek, ez az, hogy akkor jó az a cigányember, ha nem szemetes a környéke. És csak ámulunk-bámulunk, hogy mi nem ezt tanítottuk, nem itt kellene tartani. És nincs továbbképzés, nincs fejlesztés, nincsenek olyan értékek, megerősítések, amelyekkel tudnának tovább dolgozni. Azt látom, hogy egyre több probléma jön a felszínre, amit a helyi lakosság lát, persze ott élnek a fiatalok is, akik szintén a szülőktől, meg a környezetüktől hallják azt, hogy hogyan a legegyszerűbb gondolkodni ezekről a problémákról, és dehogy szeretnének ők egy ilyen tematikájú képzésbe bekapcsolódni. Szerencsére azért van jó sok fiatal, aki kivétel ez alól, de nagyon sokat küzdünk ezzel. Hogy ha már Bologna-rendszer, és lerövidült a képzés, legalább épülnének rá olyan szakmai képzések, továbbképzések, lenne lehetőségünk olyan programokat megmutatni, indítani a szakmában dolgozóknak, amely segít nekik ezekben a problémás helyzetekben is.

**Lakner Zoltán:** Köszönöm szépen. Kati, hogy látod ezt az ívet?

**Lévai Katalin:** Én azt a kérdést tenném fel, hogy van-e olyan szakma itt most Magyarországon – biztosan van –, ahova tömegesen és lelkesen áramlanak a fiatalok, és ahol egyre többen akarnak a magyar egyetemekre menni. Gondolom, van ilyen szakma, ez nem a társadalompolitika. De miért nem? A választ nem olyan nagyon nehéz megadni, egy olyan országban, ahol szemmel láthatóan a társadalompolitikai intézményeket leépítik, ahol szemmel láthatóan egy olyan széles társadalmi réteget észre sem vesznek, és semmibe sem vesznek, akkor miért gondoljuk azt, hogy reménykedve, lelkesen, örömmel, bizakodva, a tehetségükben és a teljesítő-képességükben bízva beáramlanak az emberek egy olyan szakmába, amelynek alig van ma valamiféle legitimitása ma Magyarországon.

De hogy ne ez legyen a zárszó, én azért készültem, mert Ferge Zsuzsának volt egy nagyon szép metaforája, a pici zsákok gesztenyegyűjtéshez, ami azt példázta, hogy egy Mari nevű háztartási alkalmazott varrt neki gyerekkorában kis vászonzsákokat, amelyekbe belegyűjtötték a gesztenyéket. És ezen egy picit elgondolkodtam, hogy az emberek, ahogyan Ibolya is mondta és



Kati is mondta, nem szívesen foglalkoznak olyan embereknek a sorsával, bajával, akiknek a sorsuk nem szép, akiket inkább elkerülünk, akiket inkább nem akarunk látni. És akkor én ezt úgy írtam meg egy cikkben, hogy: „Szépet áhító ösztönünk és gyermeki önzésünk azt súgja, hogy csupán az ép, fényes és egészséges darabokkal foglalkozzunk, a ráncos, férges, megtaposott, csúf példányokat észre se vegyük, hagyjuk a földön heverni, ne rontsák gyűjteményünk minőségét. Csakhogy ez óriási csalás lenne. Nekünk az egész tarka, csapzott gyűjteményt kell számításba venni, s ha annak széthullott, sérült, vagy éppenséggel ép elemeiből akár egy szilánknyi igazságot is közvetíteni tudunk a következő nemzedéknek, már nem éltünk hiába.”<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Lévai Katalin: Egy Szabad Nő – Ferge Zsuzsa nyolcvanötödik születésnapjára, in: *Párbeszéd: Szociális munka folyóirat*, 3(2) (2016. június).