

LILIANA SOUSA – CARLA EUSEBIO

Amikor a sokproblémás szegények mítoszai találkoznak a jóléti szolgáltatások mítoszaival¹

A tanulmány a sok problémával küzdő szegény kliensek és a velük foglalkozó szakemberek egymásról alkotott mítoszairól szól, melyek a folyamat változóiként meghatározó szerepet játszanak a szakmai intervenciók sikerességében vagy sikertelenségében. A legjelentősebb mítosz, melyet mind a kliensek, mind a szakemberek osztanak, hogy az intervenció hatásossága a szakember tevékenységétől függ, a hatástalanságért viszont a kliensek a szakembert, míg a szakemberek a klienseket tartják felelősnek, mivel szerintük a siker azon múlik, hogy a családok képesek-e a szakember instrukcióit követni. E mítoszok elemzése lehetővé teszi annak megértését, hogy miért válik néha lehetetlenné a hatékony intervenció a kölcsönös bizalmatlanság és a tehetetlenség miatt, ugyanis az intervenció eredménytelensége esetén mindkét alrendszer a másikat vádolja.

A szolgáltatások felhasználóinak (családok/egyének) és a jóléti szolgáltatások szakembereinek interakcióiban mítoszok alakulnak ki, azaz létrejön a segítő kapcsolat természetéről szóló közös hiedelmek rendszere (Ferreira, 1963; Papp és Imber-Black, 1996). A mítoszok a kapcsolat olyan mintáit írják le, melyek a hétköznapi rutin interakciók során rejtettek maradnak, és csak implicit szinten léteznek. Valójában mind a kliensek, mind a szakemberek már korábban meglévő mítoszokkal lépnek be az interakciós folyamatba. Ezek arról szólnak, hogy milyenek kell lennie a kapcsolatoknak. A mítoszok azután a szereplők sajátosságainak és a közöttük létrejövő interakcióknak a hatására átalakulnak, így jönnek létre az egyedi kapcsolat sajátos mítoszai. Az intervenció szempontjából lényeges, hogy a rendszer szereplői felismerjék az interakció szempontjából fontos míto-

¹ Liliana Sousa and Carla Eusebio: When Multi-problem Poor Individuals' Myths Meet Social Services Myths, *Journal of Social Work* 2007; 7(2); 217–237.

szokat, hogy tudatosan dönthessenek azok megváltoztatásáról vagy változatlanul hagyásáról.

A mítoszok különösen fontosnak bizonyulnak a sokproblémás szegény kliensek és a jóléti támogató rendszerek közötti interakcióban, mivel ez a kapcsolat gyakran hosszú távú, és nemcsak a család sok szereplője vonódik be, hanem sokféle, különböző szakértelemmel rendelkező, a legkülönbözőbb állami vagy privát egészségügyi, oktatási, jóléti szervezetekből jövő szakember is.

A tanulmányban megoldandó fő feladat annak megértése, hogy a kliensek és a szakemberek milyen mítoszokat hoznak létre a segítő kapcsolatról. Ezáltal jobban megérthetjük az interakciós mintákat, és azt, hogy ezek miképp befolyásolják az intervenció folyamatot. E cél elérésére a segítő kapcsolat szempontjából kritikus helyzeteket gyűjtöttünk össze, szakemberek és sokproblémás szegény háztartásfők közreműködésével. A kritikus események – miközben lehetővé teszik a másik nézőpontjának és álláspontjának megértését – átláthatóvá teszik az interakciós mintákat. A mítoszok vizsgálatának ebben a kontextusban nem az a jelentősége, hogy kideríthetjük az igazságot a sokproblémás szegény kliensek és a jóléti szolgáltatások szakemberei közötti kapcsolatról, hanem az, hogy azonosíthatjuk a felhasználók és a szakemberek metaforáit és történeteit, melyek minden új, a családok és jóléti szolgáltatások között létrejövő kapcsolat hátterét alkotják (Imber-Black, 1988).

Mítoszok: fogalom és jelentőség

A mítoszokat olyan szerepelképzelések és hiedelemrendszerek készleteként határozhatjuk meg (Byng-Hall, 1973; Ferreira, 1963), melyeket az egész rendszer hallgatólagosan elfogad. Ez a rendszer minden egyes tagjának meghatározott szerepet biztosít az interakció sajátos mintázatában. A mítoszokat vizsgálták a családi intervenciók általános területén: a családi mítoszokat (Ferreira, 1963; Stierling, 1973), a házassági mítoszokat (Bader és Pearson, 1988; Lazarus, 2003), a terapeuták mítoszait (Byng-Hall, 1988), a családterápiával kapcsolatos mítoszokat (Byng-Hall, 1973), valamint a családok és a jóléti rendszerek között kialakult mítoszokat (Imber-Black, 1988).

A mítoszok fontosak, mert gyakran korlátozóan hatnak arra, hogy a családok és a jóléti szolgáltatások mit képesek meglátni egymással kapcsolatban, milyen kapcsolatot tudnak egymással kialakítani, és ezzel hozzájárulnak az interakció ismétlődő ciklusainak létrejöttéhez. A mítoszok tárgyai lehetnek más rendszerek (például ilyenek a családok hiedelmei a jóléti szolgáltatásokról és fordítva), vagy kifejezhetik azt a jelentéstartalmat, melyet azért tulajdonítanak az egyik rendszernek, mert az a másikkal kapcsolatban áll (például gondolhatja a család magát rossznak azért, mert a jóléti szolgáltatásokkal – hiedelmük szerint – csak rossz családok vannak kapcsolatban) (Imber-Black, 1988).

A mítoszok származhatnak kritikus jelentőséggel bíró eseményekből, nemzedékek közötti örökségből és folyamatos tapasztalatokból. A jóléti támogató rendszereket illetően a családokról keringő mítoszok sajátos módon származhatnak azon elméletekből, melyeket az emberi termé-

szetről szóló „igazságokként” adnak át, ahelyett hogy egyfajta szűrőként kezelnék, mely bizonyos információkat elérhetővé tesz, míg másokat kizár a figyelem köréből. A mítoszok keletkezhetnek a családok olyan kategóriáihoz kapcsolódó előítéletekből, mint amilyenek a szegény családok vagy az etnikai kisebbségek. Hiedelmek alakulhatnak ki más szakemberek által írott beszámolók alapján; esetmegbeszéléseken megosztott információkból; egy adott családdal kapcsolatos tapasztalatokból is. Ugyanígy a sokproblémás szegény családok és egyének jóléti szolgáltatásokról szóló mítoszai is sokféle tapasztalatból származnak. Ilyenek a szociális és egészségügyi szolgáltatókkal és szakemberekkel kapcsolatos, korábbi élmények, a szociokulturális háttérből származó vagy a korábbi generációktól örökölt elképzelések. Tény azonban, hogy kevés információnk van ezek lehetséges egymásra hatásáról, valamint az intervenció folyamatát befolyásoló erejéről.

A mítoszok általában két, egymással összefüggő funkciót töltenek be: egyrészt a védekezést, másrészt a támogatást szolgálják (Stierling, 1973). A védekező funkció a rendszeren belüli szinten működik, és akkor lép színre, amikor a rendszer tagjai együttműködnek a valóság közös értelmezésének elferdítésében, ezzel igyekezve elejét venni a fájdalomnak vagy a konfliktusnak. A támogató funkció a rendszer és a kívülállók közötti kapcsolat szintjén lép működésbe; védőernyőként szolgál, mely megakadályozza, hogy a kívülállók világos képet kapjanak a rendszerről, vagy beavatkozzanak az ott zajló folyamatokba. Következésképpen a mítoszok módosítják a kapcsolat észlelési kontextusát, előre gyártott magyarázatokat kínálnak az interakciókat irányító szabályok értelmezéséhez. A mítoszok, miközben a saját kontextusukon belül függetlenítik a csoportot a realitástól, ugyanakkor az élet egy szeletét, a valóság részét képezik (Stierling, 1973).

A mítoszok meghatározzák az interakciós mintákat, nevezetesen, hogy ki tesz mit, kinek a számára, és mikor. Ezek az elképzelések nélkülözhetetlenek annak megértéséhez, hogy a családok és a jóléti szolgáltatások miképp működnek. Az egyes részek egymást kölcsönösen befolyásolják, ami nem szükségszerűen jelent egyenrangúságot. Az egyenlőtlenség különösen érvényes a sok problémával küszködő és a szervezetektől függő szegény családok esetében. Ezek a családok ritkán képesek azon rendszerek mintáinak befolyásolására, melyek őket szolgálják, és a konstruktív intervenció gyakran annak a kérdése, hogy miképp próbáljuk ezt az egyenlőtlenséget orvosolni.

A sokproblémás szegény kliensek és a jóléti szolgáltatások

A sokproblémás családokról szóló koncepciót az 1950-es években alkották meg a társadalomtudósok és a jóléti szakemberek. Ugyanezen csoport leírására azonban más kategóriák is feltűntek az irodalomban – ilyen volt a „szétesett” (Minuchin és mts., 1967), a „hátrányos helyzetű” (Aponte, 1976) és a „sok stresszel küzdő” (Madsen, 1999) családok fogalma. Ezen családok legnyilvánvalóbb sajátossága a sokféle probléma – például az elhanyagolás, az alkoholizmus, a prostitúció, a bűnelkövetés, a szerfüggőség, a depresszió és az elmebetegség – léte és az általuk okozott stressz.

Cancrini és munkatársai (1997, 52. és kk. o.) a sokproblémás család fogalmát a következő módon operacionalizálták: egyszerre van jelen a család két vagy több tagját érintő, hosszú időn keresztül fennálló, súlyos viselkedési zavar; súlyos elégtelenségek tapasztalhatók főleg a szülők gondozási és kapcsolati tevékenységeit és a családi fejlődést illetően; a különböző problémák felerősítik egymást; a határok elmosódtak, meghatározó a szakemberek és az egyéb, külső szereplők jelenléte a rendszerben; rendszerint függő viszony alakul ki a jóléti szolgáltatásokkal. A sokproblémás családok leírásában és vizsgálatában általában csaknem kizárólagosan a deficitek kerülnek a figyelem fókuszába. Ez a tendencia valószínűleg a sokproblémás családok drámai jellemzőiből következik. A súlyos problémák elfedik a pozitívumokat, nehezzé teszik a külső szemlélők (különösen a szakemberek) számára a pozitív aspektusok értékelését. (Sousa, 2005). Mindazonáltal két módon is megközelíthetjük ezen családok kompetenciáit; az egyik a kompenzáció hipotézise (Linares, 1997), a másik a pozitív átkeretezés (Madsen, 1999).

Linares (1997) megállapítása szerint néhány korrektív mechanizmus sajátos módon a házassági diszharmonióban gyökerezik; időnként a szülők közötti nézeteltérés nyit rést és rálátást, melynek folytán a gyermekek érzelmi támogatást és gondoskodást kaphatnak. Ezt a kompenzációs lehetőséget fedezhetjük fel akkor is, amikor a szülői és házastársi diszharmonia elősegíti a (formális vagy informális) külső beavatkozást.

Madsen (1999) hívja fel a figyelmet arra, hogy a sokproblémás családok történetét mindig a deficitek felől értelmezzük, pedig – ha pozitívabb perspektívából szemléljük – felfedezhetünk kompetenciákat. Például miközben az instabilitás látszatát kelti, hogy az egymást követő krízisekre folyamatosan válaszokat, új megoldásokat kell a családoknak keresniük, ez – más perspektívából szemlélve – a probléma-megoldási kapacitásukat mutathatja. A sokproblémás családokat folyamatosan a szegénységgel és az alacsony társadalmi-gazdasági státusszal hozzuk összefüggésbe, miközben – bár az alacsony jövedelmű családok jelentik a legláthatóbb magját ennek a csoportnak – sokproblémás családokat találhatunk bármely társadalmi, kulturális vagy gazdasági csoportban. A szegénység nem okvetlenül jelenti a sokproblémás helyzetet, és fordítva; de a szegénység még a legjobban működő családok működését is ronthatja, különösen, ha a szegénység hatalom-nélküliséggel, kiszolgáltatottsággal párosul (Hines, 1989).

Mivel a jóléti szolgáltatások problémacsoportok szerint szerveződnek (foglalkoztatás, egészségügy, oktatás stb.), a sokproblémás családok sajátos feladatokat jelentenek mindezen szolgáltatások számára. Ez a klienscsoport általában sokféle szolgáltatást igényel, így sokféle interakció jön létre a velük foglalkozó különböző szakemberek és szervezetek között. Bár az ilyen családokat támogató szolgáltatások mindegyike szükséges és hasznos, amennyiben fragmentáltak és koordinálatlanok, lehetnek hátrányos hatásai a szolgáltatások felhasználóira nézve. Több, ilyesféle kedvezőtlen hatást írtak már le: a töredezettség és a kontextus figyelmen kívül hagyása, a kliens stigmatizálása és elidegenítése a családjától (Elizur és Minuchin, 1989); a családi határok és kohézió gyengítése, a családi folyamatok elerőtlenítése, ami együtt jár azzal, hogy erősödik a családnak a jóléti szolgálatoktól való függése (Colapinto, 1995; Imber-Black, 1988);

az érdekérvényesítési képesség gyengítése és a kiszolgáltatottság erősítése (Boyd-Franklin, 1989). Az ilyen nem szándékolt következmények tudatosulása ráirányította a figyelmet azokra az intervenciókra, melyek a szakemberek és a kliensek közötti kapcsolatra, a kliensek és a problémáik közötti viszonyra, valamint a szakemberek és módszereik (beleértve ebbe az eszközöket, elméleteket és tapasztalatokat) közötti összefüggésre vonatkoznak.

A sokproblémás kliensekre és a jóléti szolgáltatásokra vonatkozó mítoszok

A szakirodalom leírta azokat az elvárásokat, attitűdöket és hiedelmeket, melyekkel a szakemberek a szolgáltatások felhasználóit megközelítik, és (bár ritkábban) azokat is, amelyekkel a felhasználók közelednek a szakemberekhez és a jóléti szolgáltatásokhoz.

A szakemberek általában helyettesítő attitűddel viszonyulnak a családhoz: különösen hajlamosak helyettesíteni a szülőket, ami meglehetősen nehéz feladat, mivel a szülők és a gyermekek mély és tartós kapcsolatban vannak egymással. Ez az attitűd magával hozza a felelősségnek a családotól való elvételét, és akadályozza a családok kompetenciáinak kialakulását és aktivizálását, mivel az inkompetencia érzését kelti a családban, és felerősíti a védekező és rejtőzködő viselkedést (Doherty és Beaton, 2000).

Az a hiedelem is általános a szakemberek körében, hogy a sokproblémás kliensekkel akkor végeznek jó munkát, ha többféle szervezetet és sokféle szakembert vonnak be. A jóléti szolgáltatások megsokszorozása viszont megnehezítheti a folyamat különböző szálainak összeszövését, mivel minden szervezet védi a saját szolgáltatásait mások beavatkozásától. Miközben igyekeznek megvédeni a beavatkozási terv céljait (és a felhasználót), a családi interakciók száma és intenzitása csökken, fölerősítve az egyes specializált szervezetekkel folytatott interakciók terének töredettségét (Colapinto, 1995).

Az irodalomban ritkán fordul elő a felhasználók nézőpontja, pedig nem hagyhatjuk figyelmen kívül sem szerepüket a mindennapi kockázatok vállalásában és kezelésében, sem lehetőségeiket, hogy lényegesebb hatással legyenek a folyamatra (Stalker, 2003). A felhasználók szempontjából a legfontosabb kérdés az autonómia elvesztése, ami a szakembereknek a család életébe való beavatkozásából következhet. A családok egy része úgy érzi, hogy ha valamilyen családi kérdésben, különösen nevelési problémában tanácsot kér, akkor a szakemberek beleavatkoznak az ügyeikbe vagy megpróbálják elvenni tőlük a feladatot. Így a szükségét szenvedő családok egy része időnként igyekszik elkerülni a formális támaszokat, amit a szakemberek atyáskodó viselkedésével kapcsolatos korábbi tapasztalataik indokolnak (Ghate és Hazel, 2000). Leigh (2004) megállapította, hogy a felhasználók tanácsot várnak a jóléti szolgáltatásoktól, de nem szükségszerűen várnak megoldásokat, ami ellentétben áll a szakemberek azon nézetével, mely szerint ők kötelesek klienseik problémáit megoldani.

A családok, különösen pedig a sokproblémás családok elsősorban anyagi segítség reményében keresik fel a szociális szolgáltatásokat (lásd:

Ghate és Hazel, 2000). És tény, hogy a támogatás, amit kapnak – legalábbis Portugáliában – szinte kizárólag erre a területre korlátozódik. Így Portugáliában a szociális szolgáltatások szerepe ellentmondásos: egyrészt a kliensek problémáit a családi kapcsolatok zavaraiaként definiálják, másrészt a támogatás, amit adnak, anyagi természetű.

Matos és Sousa (2004) vizsgálta a sokproblémás családok elégedettségét (illetve elégedetlenségét) a jóléti szolgáltatásokkal, és azt találták, hogy az elégedettség leginkább az anyagi segítségre vonatkozik. Az elégedetlenségre okot adhat, ha a segélykérelmet elutasítják, illetve a kapott segély nem elegendő; ha a kérelem elbírálására sokáig kell várni; ha a szakemberek agresszívek; ha a kérelmezők igazságtalannak érzik az elbírálást, mert összehasonlítják a kapott segélyt másokéval, akik hozzájuk hasonló problémákkal küszködnek. A kérelmező ilyesféle reakcióit a segély odaítélésének kritériumaival kapcsolatos, negatív ítéletként értelmezhetjük, így ezek gyakran okozzák a szakemberek elégedetlenségét, mivel úgy érzik, hogy egyes családok (sőt kollégák) nem értik meg, illetve kritikával illetik őket. Valójában a kérelem értékelésének bürokratikus folyamata átláthatatlan a potenciális kedvezményezettek számára. A személyre szabottság elve, ami a segélyezést irányítja, még nehezebbé teszi egyes családok számára a megértést, mivel ők nem tudhatják, miért kap az egyik család többet, mint a másik. Mindazonáltal az elégedettség ritkán fordul át nyílt tiltakozásba, mert azt csak olyanok engednek meg maguknak, akik tudják, miképp éljenek a jogaikkal.

Az elégedettség összefügg a kapott segéllyel, a szakember eltökéltségével, amit a család bizonyos problémáinak megoldásában érvényesít, valamint a családnak nyújtott érzelmi és erkölcsi támogatással (Matos és Sousa, 2004).

A vizsgálat céljai

A vizsgálat célja a sokproblémás családok háztartásfői és a jóléti támogató rendszerek közötti interakciókban kialakuló mítoszok azonosítása, annak érdekében, hogy jobban megértsük az interakciónak a segítő folyamatot meghatározó mintáit. A kutatás során kétirányú megközelítést választottunk; vizsgáltuk mind a kliensek (sokproblémás családok), mind a szakemberek nézeteit, így igyekeztünk az interakciós rendszereket a figyelem középpontjába állítani.

Módszerek

A kritikus események technikája (critical incident technique, CIT) – mellyel a kutatás során dolgoztunk – eljárások összessége olyan beszámolók gyűjtésére és elemzésére, melyekben előfordulnak „bizonyos lényeges tények meghatározott helyzetekben tanúsított viselkedéssel kapcsolatban” (Flanagan, 1954, 335). Az eseményekhez tartozik általában az eset kulcsfigurájának leírása és a kimenetek vagy következmények. A kritikus esemény esetleg természetes, mindennapi eset vagy interakció, de „kritikus”,

amennyiben jelképezi azt, aki megéli (Tripp, 1993). A kritikus eseményről szóló adatok anekdotikusak, azaz egy történet arról, hogy valaki hogyan cselekedett, válaszolt valamilyen esetre, mit érzett, vagy mire gondolt azzal kapcsolatban.

Az adatgyűjtést öt, képzett kérdező bonyolította le, két szakaszban: először a kliensekkel, majd a szakemberekkel készültek interjúk. A kliensekkel folytatott interjúkkal kezdtünk, mivel egyrészt az ő véleményüket gyakran nem kérdezik, vagy kevésbé fontosként kezelik, másrészt ezzel elismertük, hogy a kliensek szempontjából a szakemberek nagyobb hatással vannak a kliensekre, mint fordítva. Az interjúkat a kliensek otthonában és a szakemberek munkahelyén készítettük, valamennyit rögzítettük és leírtuk. A következőképpen vezettük be az interjúkat:

„Szeretnénk Önt megkérni, hogy idézzen fel egy vagy több olyan epizódot, melyet 1. szakemberrel (kliensek esetében), 2. sokproblémás szegény családdal (szakemberek esetében) együtt élt át, és amely erősen rögzült az emlékezetében. Ezután kérjük, mondja el a történetet, és határozza meg, hogy az pozitívan vagy negatívan érintette-e Önt.”

Tehát a családtagokat megkértük, hogy emlékezzenek vissza a saját szempontjukból legfontosabb eseményekre, miközben választhattak bármely szakembert, bármely intézményt, és akárhány eseményről beszámolhattak.

Valójában a családtagok egy bizonyos szakemberről vagy intézményről beszéltek, és nem olyan esetről, amelyben több intézmény vagy több szakember fordult elő. A szakemberek olyan epizódokat említettek, amelyben a családoknak az a tagja szerepelt, akivel a leggyakrabban voltak kapcsolatban, s nem idéztek fel olyan tapasztalatokat, melyekben a szakember és a család több tagja közötti kapcsolat szerepelt. A családtagokkal az interjú átlagosan 27 percig tartott (10 és 67 perc szélső értékekkel); a szakemberek beszámolóit átlagosan 18 percet vettek igénybe (7 és 56 perc szélső értékekkel).

Mintavétel

A kutatási minta tehát két alcsoportból állt: sokproblémás szegény családokból és szakemberekből. A családok alcsoportjába 100 sokproblémás szegény család háztartásfőit választottuk ki (a háztartásfő a családnak az a tagja, aki kapcsolatot tart a jóléti szolgáltatásokkal), a szakemberek javaslata alapján, betartva azt a kritériumot, hogy a mintában 72 százalék legyen a nők aránya. A válaszadók átlagos életkora 48,1 év volt (19 és 89 év között). A mintában 33 százalék volt a nukleáris családok, 29 százalék a nagycsaládok (legalább három együtt élő nemzedékkel), 16 százalék az egyszülős családok, 19 százalék a csak idős emberekből álló és 3 százalék az egyedül élők aránya.

A családfókkal készült interjúk elemzése alapján választottuk ki a szakemberekből álló mintát úgy, hogy számban és szakmai specializáció tekintetében feleljenek meg annak, amit a családfók említettek az interjúk során. Ennek következtében 99 szakembert kérdeztünk meg: 27 orvost az állami egészségügyi szolgálatból, 3 magánpraxist folytató orvost, 4 nővért,

36 szociális munkást, 9 önkéntest, 6 adminisztratív alkalmazottat, 7 főt az önkormányzatok alkalmazottai közül, 3 rendőrt, 4 tanárt.

A mintát Aveiróban állítottuk össze, amely (200 km² körüli) apró megye Portugália nyugati partvidékén. Portugália szegénységi rátája 2000-ben (Eurostat, 2000) a legmagasabb volt az Európai Unióban, a háztartások 26 százaléka, az egyének 24 százaléka élt szegénységben. Portugáliában a sokproblémás szegény kliensek segítségét állami és civil szervezetek látják el (az utóbbiak is általában állami finanszírozással). A szociális és egészségügyi ellátás külön szervezetben működik, meglehetősen kevés körülrít működési területtel, a szolgáltatások között nincsen együttműködés, amely problémát tovább mélyíti más (magán és állami) szervezetek bevonódása. Nemrég a kormány erőfeszítéseket tett a szolgáltatási területek jobb körülhatárolására és a partnerség kialakítására, főleg multidiszciplináris munkacsoportok létrehozásával, melyekben különböző területek és szervezetek szakemberei vesznek részt. Megjegyzendő még, hogy a portugál szociálpolitikát országos szinten irányítják, ezért Aveiróban a sokproblémás szegény családok támogatása hasonló a más megyékben láthatóhoz.

Az adatok elemzése

Az alminták tagjaitól nyert adatok elemzését párhuzamosan és egymástól függetlenül végeztük. A folyamat két szakaszban folyt: először a kategóriákat azonosítottuk, majd a második szakaszban az elmondott eseteket osztályoztuk és besoroltuk a korábban meghatározott kategóriákba.

Az elemzés első szakaszának célja az osztályozást lehetővé tevő kategóriák meghatározása volt. Az osztályozási rendszer létrehozása és tesztelése a fokozatos finomítás iteratív folyamatában történt, melyet két, egymástól független kódoló végzett. Mindketten elolvasták az összes esetet, és kidolgozták a kategóriák és alkategóriák listáját. Ezután találkoztak, összehasonlították és megvitatták javaslataikat, majd közös kategória-rendszert hoztak létre. Végül mindkét kódoló kategorizált 30, random módon kiválasztott esetet annak megerősítéseképpen, hogy a kategória-rendszer megfelelő az esetekkel végzett munkára. Közben a kódolók abban is megállapodtak, hogy mely eseteket kell kiemelni a többi közül, mivel nem tudósítanak „eseményről” (eseménynek olyan esetet nevezhetünk, mely utal a résztvevőkre, a körülményekre, a módra, ahogy lezárult, és felfedi a résztvevők érzelmeit és viselkedését), vagy valamilyen módon nem vonatkoznak a kutatás kérdésére.

A második szakaszban másik két, független kódoló kategorizálta az eseményeket. Megkapták a kategóriák és alkategóriák listáját, a kritériumok definíciójával együtt, valamint kaptak mindegyik kategóriához egy-egy példát (1. és 2. táblázat). Miután mindkét elemző függetlenül elemezte az eseteket, találkoztak, és regisztrálták valamennyi esetet, amelynek a kategorizálásában egyetértettek, és amelyekben nem. A családinterjúk esetében 81 százalékban megegyeztek a második kódoló páros kategorizálásai, a szakemberekkel készült interjúk esetében az egyezés 75 százalékos volt, ami az elemzési kategória-rendszer megbízhatóságának igen magas szintjét jelenti (Miles és Huberman, 1984). Végül a két kódoló megtárgyalta

azokat az eseteket, amelyeket különböző módon kategorizáltak, és a megbeszélés teljes egyetértéssel zárult minden eset vonatkozásában.

Eredmények

A sokproblémás szegények által említett kritikus események

A 100 meginterjúvott háztartásfő közül 90 számolt be 288 felhasználható eseményről: 117 (40,6%) szólt pozitív eseményről, míg 171 (59,4%) negatív helyzetről (3. táblázat). Azt is érdemes megjegyeznünk, hogy a negatív és a pozitív események gyakran ugyanazon kategóriákba sorolható, ellentétes esetek voltak. A negatív események (3. táblázat) főképp a „nem kielégítő vagy igazságtalan anyagi támogatás” alkategóriában fordultak elő, ami messze meghaladta (37%) a többi kategóriába tartozó esetek arányát. A pozitív események 98,3 százaléka három kategória között oszlott meg: „anyagi támogatás” (32,5%), „hatásosság” (29,9%) és „kapcsolat” (35,9%).

1. táblázat Kategóriák: sokproblémás szegény családok

Kategória	Definíció/példák
<i>Anyagi támogatás</i>	A megítélt pénzbeli (segély, vagy a mindennapi kiadások kiegyenlítése) és természetbeni (élelmiszer, gyógyszer) juttatások tartoznak ebbe a kategóriába.
Kielégítő	A megítélt anyagi támogatás kielégítő és megfelel az egyén/család szükségleteinek. <i>„Elmaradtam a lakbérrel, és a szociális munkás kifizette azt nekem. Kicsi segítség volt, de lehetővé tette, hogy megtartsam a lakásomat.”</i>
Nem kielégítő/ igazságtalan	A megítélt anyagi támogatás nem elégséges, nem elérhető, nem kielégítő, vagy a kedvezményezett igazságtalannak érzi másokhoz viszonyítva (más, hasonló helyzetben lévő család több segítséget kapott). <i>„Mindenki kap segítséget, csak én nem; Odamentem, és azt mondták, hogy nem vagyok jogosult támogatásra.”</i>
<i>Kapcsolat</i>	Az a mód, ahogy a szakember interakcióba lép az egyénnel.
A szakember együttérzést, érdeklődést mutat, és érzelmi támogatást nyújt	<i>„Az orvos sok támogatást adott nekem, segített, hogy reménykedjek, és ne adjam fel.”</i>
A szakember agresszív és/vagy közömbös	<i>„Elmentem a szociális munkáshoz, hogy segítséget kapjak, még csak meg sem hallgatott, azt mondta, hogy menjek dolgozni.”</i>

Kategória	Definíció/példák
A szakember a család viselkedését és szándékait igazságtalanul ítéli meg <i>Hatásosság (hatástalanság)</i>	„Rávettem, hogy azt gondoljam, nem gondoskodom rendesen a gyerekeimről, és mindent megengedek nekik.” A szakemberek cselekedeteinek következtében az egyén által hozott probléma megoldódik (vagy nem oldódik meg).
Szakmai hatásosság	„Bementem az iskolába, mert a lányom rosszul viselkedett. Az osztályfőnöke beszélt velem, és ő azonnal elkezdett rendesen viselkedni.”
A szakmai hatástalanság	„Bementem a kórházba, gyógyszereket írtak fel, amelyeket én bevettem, és azután is ugyanúgy beteg voltam. Ezek után visszamentem, és megint felírtak egy halom gyógyszert.”
<i>Hosszú/rövid várakozási idő</i>	Kontextuális kategória.
Rövid	A segítségkérés után rövid időn belül elkezdenek foglalkozni az ügyel. „Bementem az iskolába, hogy beszéljek a tanárral, és már a következő szünetben tudtam vele beszélni.”
Hosszú	„Bementem az egészségügyi központba reggel hatkor, hogy sorszámot kérjek. Délig vártam, de nem kerültem sorra, haza kellett mennem, hogy a gyerekeket elindítsam az iskolába, elveszítettem a konzultációra való bejelentkezésemet.”
A bürokratikus folyamat lassúsága vagy késedelmes volta	A bürokratikus folyamat túl lassú és/vagy bonyolult. „Bevittem a papírokat a garantált minimum jövedelem igényléséhez. Először néhány papír hiányzott, amiket utána bevittem. Azután megint hiányzott valami, és azt is beszereztem. Ez három hónapja volt, mondták, hogy jogosult vagyok rá, de még mindig nem kaptam meg a csekket.”

2. táblázat Kategóriák: szakemberek

Kategória	Definíció/példák
<i>A szakemberek véleménye a családi kapcsolatokról</i> A családok gondoskodók és felelősségteljesek	A szakemberek ítéletei a családi interakciókról. „Az asszony, 11 gyerek anyja, gyakran bement az iskolába, hogy megtudja, hogyan haladnak a gyerekek. Vitt magával egy jegyzetfüzetet, amelybe beleírta a fontos dolgokat, amiket mondtak neki, hogy megbeszélhesse a gyerekekkel otthon.”

SZOCIÁLIS MUNKA

Kategória	Definíció/példák
A családok elhanyagolók és/vagy bántalmazók	<i>„A lány bejött ide, az apjával élt, és nem volt jól. Hosszú ideig beszélgettünk, míg kiderült, hogy terhes az apjától. Megdöbbentő volt.”</i>
Kapcsolat	A mód, ahogy az egyének interakcióba lépnek a szakemberekkel.
A családok együttérzést mutatnak	<i>„Volt egy férfi kliensem, akit meggyőztem, hogy forduljon segítségért az alkoholizmusával. Megtette. Minden esetben, amikor a felesége bejön, megköszöni ezt, sosem felejt el.”</i>
A családok agresszívek, manipulálnak és/vagy hálátlanok	<i>„Kértem a segélyezett családot, hogy hozzák be a jövedelmükről szóló dokumentumokat, és láttam, hogy néhányuk jövedelme már meghaladta a segélyezési küszöböt, így nem jogosultak a segélyre. A segélyek egy részét ezért megszüntettem. Akkor minden család bejött. Együtt jöttek, és engem egyedül találtak, és elkezdtek panaszkodni. Sértéseket vágtak a fejemhez, kis híján fizikailag is bántalmaztak.”</i>
Engedelmeskedés/ nem engedelmeskedés a szakemberek utasításainak	A szakemberek értékelik, ha a családok engedelmeskednek az utasításaiknak, mert az engedetlenség szerintük kedvezőtlen következményekhez vezet.
A kliens követi a szakemberek instrukcióit	<i>„Van egy páciensem, aki sokféle szorongással és félelemmel küszködik. Minden esetben felhívott engem két találkozás között, mert elmondása szerint a velem való beszélgetés segített túltenni magát a félelmein. Javasoltam, hogy ne hívjon fel a találkozások között. Abbahagyta a telefonálást, és amikor legközelebb bejött, megjegyezte, hogy követte a javaslatomat, és sikerült egyedül túljutnia a félelem okozta kríziseken, anélkül, hogy szüksége lett volna a telefonálásra.”</i>
A kliensek nem követik a szakemberek instrukcióit	<i>„A gyerekekkel viselkedési problémák voltak az iskolában. Minden alkalommal, amikor az anya bejött hozzám, mondtam neki, hogy szabályokat kell bevezetnie otthon. Minden alkalommal megígérte, hogy megteszi, azután mégsem tett semmit.”</i>
Hatásosság (hatástalanság)	A szakemberek értékelése intervenciók stratégiáik eredményeiről, például, hogy ezek eredményeképpen javult-e a család vagy egyén helyzete vagy állapota.
A szakemberek hatásosnak érzélik a családok segítségével végzett munkájukat	<i>„Ez az eset két fiatalról szól, akiknek mentális problémáik voltak. Egy alacsony társadalmi státuszú családba tartoztak, amelyben alkoholizmus és rossz bánásmód is előfordult. Amikor egy bentlakásos intézményben helyeztük el őket, ez fordulópontra volt az életükben, egészségügyi, étkezési, higiéniai és érzelmi szempontból egyaránt.”</i>
A szakemberek hatástalannak érzélik a családokkal végzett munkájukat	<i>„Szereztem nekik építőanyagot, hogy kijavítsák a házukat, mert az eső beesett a szobába. Eladták az építőanyagot, a pénzt elköltötték, és a ház maradt, ahogy volt.”</i>

Kategória	Definíció/példák
<i>A szakemberek érzelmi bevonódása</i>	A szakemberek személyesen bevonódnak a családok problémáinak megoldásába, ami kedvezőtlen következményekkel jár: időnként a család helyzete romlik, és a szakember emiatt rosszul érzi magát; más esetekben a családok azt éreztetik, hogy illetéktelenül avatkoztak bele a szakemberek a magánügyeikbe.

3. táblázat A sokproblémás családok által felidézett pozitív és negatív kritikus események kategóriái (%)

Kategóriák	Pozitív (117 eset)	Negatív (171 eset)
<i>Anyagi támogatás</i>		
Kielégítő	32,5	
Nem kielégítő/igazságtalan		32,7
<i>Kapcsolat</i>		
A szakember együttérzést, érdeklődést mutat, és érzelmi támogatást nyújt	35,9	
A szakember agresszív és/vagy közömbös		15,9
A szakemberek a család viselkedését és szándékait igazságtalanul ítéli meg		11,1
<i>Hatásosság (hatástalanság)</i>		
Szakmai hatásosság	29,9	
A szakmai hatástalanság		19,3
<i>Hosszú/rövid várakozási idő</i>		
Rövid	1,7	
Hosszú		10,5
A bürokratikus folyamat lassúsága vagy késedelmes volta		10,5

A családfők által felidézett események nagyobbik részében (185, 64,2%) említettek szakembereket vagy a szolgáltatók más alkalmazottját, míg a kisebbik (103, 35,8%) részében általánosságban utaltak a szociális és egészségügyi szolgálatokra. Amikor a felhasználók általánosságban beszéltek az intézményekről, sokkal nagyobb arányban számoltak be negatív élményekről (70,9%), mint amikor szakemberek vagy más alkalmazottak is szerepeltek a történetben. Azaz a negatív kép inkább jellemző volt az olyan helyzetekre, amelyek nem személyes kapcsolaton alapultak. Mindazonáltal

SZOCIÁLIS MUNKA

tal a negatív tapasztalatok mindkét esetben gyakrabban szerepeltek, mint pozitívak. A szakemberek és intézmények három csoportja szerepelt az elbeszélések nagyobbik felében (55,9%): a szociális munkások (23,3%), az állami egészségügyi szolgálat orvosai (17,7%) és az állami egészségügyi szolgálat (14,9%). Ezekkel a csoportokkal most részletesebben foglalkozunk. (Lásd a 4. táblázatot.)

A szociális munkásoké az egyetlen olyan csoport, amellyel kapcsolatban több pozitív esetet idéztek fel a szolgáltatások felhasználói, mint negatívát (4. táblázat). A szociális szakemberek esetében a pozitív és negatív esetek egyaránt a „kapcsolat” és az „anyagi támogatás” kategóriákkal függtek össze, míg a pozitív esetekben még a „hatásosság” kategóriával kapcsolatosak is előfordultak.

Az orvosokkal kapcsolatban nagyobb arányban fordultak elő negatív epizódok (72,5%). Az ő pozitív hatásuk a családokra a „kapcsolat” kategóriával (például kedvesen viselkednek, megfelelő és elégséges információt nyújtanak az egészségi állapotról és a kezelésről) és a „hatásosság” kategóriával (a diagnózis és a kezelési előírás következtében javul a beteg állapota) összefüggésben jelentkezett; míg a negatív esetek ugyanezekkel a kategóriákkal függtek össze, de ellenkező előjellel, így a kapcsolatot az ellenségesség, az információ hiánya, a hidegség jellemezte, a „hatástalanság” bizonyítéka pedig a javulás elmaradása volt.

A családoknak az állami egészségügyi szolgálattal kapcsolatban voltak leginkább negatívak a kritikus élményei (67,4%), ami leginkább a hosszú várakozási idővel, a bürokratikus eljárás lassúságával (példa erre a szakorvosi ellátáshoz jutás) magyarázható. A pozitív epizódokról szóló beszámolók főleg a jó kapcsolatról, a megértő és együttérző attitűdről tanúsítottak.

4. táblázat Pozitív és negatív esetek, melyekről a szolgáltatások felhasználói a szociális munkásokkal, az orvosokkal és az állami egészségügyi szolgálat alkalmazottaival kapcsolatban számoltak be (%)

Kategóriák	Szociális munkások		Orvosok (állami egészségügyi szolgálat)		Állami egészségügyi szolgálat	
	Pozitív N=38	Negatív N=29	Pozitív N=14	Negatív N=37	Pozitív N=14	Negatív N=29
<i>Anyagi támogatás</i>						
Kielégítő	34,2					
Nem kielégítő/ igazságtalan		48,3		12,7		3,4
<i>Kapcsolat</i>						
A szakember együttérzést, érdeklődést mutat, és érzelmi támogatást nyújt	23,7		71,4		85,7	
A szakember agresszív és/vagy közömbös		3,4		48,7		10,3
A szakember a család viselkedését és szándékait igazságtalanul ítéli meg		20,7		13,5		3,4
<i>Hatásosság (hatástalanság)</i>						
Szakmai hatásosság	39,5		28,6		7,1	
A szakmai hatástalanság		17,2		32,4		6,9
<i>Hosszú/rövid várakozási idő</i>						
Rövid	2,6				7,1	
Hosszú		3,4		2,7		51,7
A bürokratikus folyamat lassúsága vagy késedelmes volta		6,9		6,9*		24,1

*Az eredetiben is ez az – összeadva 100-nál többet eredményező – számsor szerepel (a fordító megjegyzése)

A szakemberek által említett pozitív és negatív kritikus események

A 97 meginterjúvott szakember 177, a kutatásban használható esetről számolt be: 82 (46,3%) ezekből pozitív, 95 (53,7%) pedig negatív esemény volt (5. táblázat). A pozitív esetek a „kapcsolat” és a „hatásosság” kategóriában sűrűsödtek, míg a negatívak a „kapcsolat” és a „nem engedelmeskedés a szakember utasításának” kategóriában (5. táblázat).

5. táblázat A szakemberek pozitív és negatív kritikus eseteinek kategóriái (%)

Kategória	Pozitív (82 eset)	Negatív (95 eset)
<i>A szakemberek véleménye a családi kapcsolatokról</i>		
A családok gondoskodók és felelősségteljesek	4,9	
A családok elhanyagolók és/vagy bántalmazók		13,7
<i>Kapcsolat</i>		
A családok együttérzést mutatnak	37,8	
A családok agresszívek, manipulálnak és/vagy hálátlanok		32,6
<i>Engedelmeskedés/nem engedelmeskedés a szakemberek utasításainak</i>		
A kliensek követik a szakemberek instrukcióit	8,5	
A kliensek nem követik a szakemberek instrukcióit		24,2
<i>Hatásosság (hatástalanság)</i>		
A szakemberek hatásosnak észlelik a családok segítésében végzett munkájukat	48,8	
A szakemberek hatástalannak észlelik a családokkal végzett munkájukat		15,8
<i>A szakemberek érzelmi bevonódása</i>		
<i>Egyéb</i>		3,2

A 6. táblázat azokat az eredményeket világítja meg, melyeket a két, leg-számosabb szakembercsoport – a szociális munkások (36) és az orvosok (27) – beszámolóiból kaptunk. A szociális munkások több negatív esetet említettek, míg az orvosok több pozitívat (6. táblázat). Érdekes módon a családok több negatív élményt kapcsoltak az orvosokhoz, és több pozitívat a szociális munkásokhoz (4. táblázat). A pozitív kép mindkét szakember-csoport esetében ugyanazokban a kategóriákban – a „kapcsolat” és a „hatásosság” – jelentkezett, de a sorrend különbözött: az orvosok pozitív élményeinek fő forrása a „kapcsolat”, míg a szociális munkásoké a „haté-

konyság” volt. A szociális munkások negatív érzelmei az esetekkel kapcsolatban főképp az olyan helyzetekből származtak, amikor a kliensek nem engedelmeskedtek utasításaiknak, valamint amikor hatástalannak érezték magukat a problémamegoldásban. Az orvosok számára szintén gondot okozott a páciensek ellenállása, a negatív érzelmek másik forrását viszont a kapcsolat jelentette.

6. táblázat A szociális munkások és az orvosok pozitív és negatív élményeinek forrásai (%)

Kategóriák	Szociális munkások		Orvosok (állami egészségügyi szolgálat)	
	Pozitív (33 eset)	Negatív (42 eset)	Pozitív (27 eset)	Negatív (20 eset)
<i>A szakemberek véleménye a családi kapcsolatokról</i>				
A családok gondoskodók és felelősségteljesek			7,4	
A családok elhanyagolók és/vagy bántalmazók		9,5		15,0
<i>Kapcsolat</i>				
A családok megértést mutatnak	39,4		51,9	
A családok agresszívek, manipulálnak és/vagy hálátlanok		26,2		40,0
<i>Engedelmeskedés/nem engedelmeskedés a szakemberek utasításainak</i>				
A kliens követi a szakemberek instrukcióit	6,1		18,5	
A kliensek nem követik a szakemberek instrukcióit		28,6		20,0
<i>Hatásosság (hatástalanság)</i>				
A szakemberek hatásosnak érzélik a családok segítségével végzett munkájukat	54,5		22,2	
A szakemberek hatástalannak érzélik a családokkal végzett munkájukat		26,2		5,0
<i>A szakemberek érzelmi bevonódása</i>				
		7,1		5,0
<i>Egyéb</i>		2,4	5,0	5,0

Következmények: a mítoszok kialakulása

Azok a mítoszok, melyeket a családok alakítanak ki a jóléti támogató rendszerekről és azok, amelyeket a jóléti támogató rendszerek alakítanak ki a családokról, egymással kölcsönhatásba lépnek, és ez meghatározza a szakmai intervenciók hatásosságát vagy hatástalanságát. A két minta összehasonlítása a jelentősebb pozitív és negatív esemény-kategóriákat illetően (kategóriák, melyekbe az elmondott pozitív vagy negatív esetek legalább 20 százaléka került) lehetővé teszi, hogy azonosítsuk az interakciók során ható mítoszokat és mintákat.

Általánosságban mind a sokproblémás szegények, mind a szakemberek kissé több negatív esetet említettek, mint pozitívat. Mivel a különbség meglehetősen csekély, ez jelentheti azt is, hogy az emberek számára könnyebbnek tűnik a kellemetlen eseményekről való beszámolás. A normális, sikeres eseteket természetesnek tekintik, és nem hangsúlyozzák (Tripp, 1993). Mindazonáltal Sharlin és Shama (2000) utal rá, hogy a negatív attitűd, mellyel a szakemberek a kihívást jelentő kliensekkel dolgoznak, kiváltja a családok negatív attitűdjét a nagy elvárásokat támogató szakemberrel szemben, ami a „kétségbeesés koalíciójához” vezethet.

ELSŐ MÍTOSZ (HASONLÓ): *A változás rajtad múlik.* Mindkét csoport (egyének és szakemberek) hajlamos a „másik” teljesítményére vagy viselkedésére koncentrálni (tehát arra, amit a másik csinál), maguknak pedig passzív szerepet szánni. Ezzel figyelmen kívül hagyják, hogy az intervenció interaktív folyamat, így bármely szereplő tevékenysége meghatározó jelentőségű. Csak két kategóriára – mindkettő a szakemberek álláspontját tükrözi – nem illik az előző jellemzés: „a szakemberek hatásosnak érzik a családok segítségével végzett munkájukat” és „a szakemberek érzelmi bevonódása” kategóriákra.

Ez a tendencia valószínűleg azt jelenti, hogy a kliensek és a szakemberek azonos módon értelmezik az interakciókat, annak ellenére, hogy a cirkularitás lényeges témája a szakemberek elméleti diskurzusának. Valójában sokkal több figyelmet kap az, amit a szakember „tesz” a kliensért, hogy elősegítse a változást, mint amit a család tagja „tesz”. Világosnak tűnik, hogy az egyoldalú szemlélet, mely szerint a szakember a cselekvő, a kliens pedig a cselekvés célja, csak az intervenció képének egyik fele (Friedlander, 1995). Ez a közös mítosz valószínűleg az interakció rigiditásával függ össze, mivel egyik szereplő sem proaktív; mindkettő hajlamos várni a másokra, hogy az vállalja a vezető szerepet. A következmény az apátia (a családok azt gondolják, hogy a szakember tudatosan alakítja a helyzetet, tehát ő van kontroll-helyzetben; a szakemberek pedig azt gondolják, hogy – mivel a családok a leginkább érdekeltek – nekik kell aktívabbnak lenniük), vagy a konfliktus (a családok kárhozzátják a szakembereket, akik „nem csinálnak semmit”, a szakemberek viszont a családokat vádolják, mivel nem tesznek semmit a saját jólétükért). A kapcsolódó interakciós minta: a szakember úgy érzi, hogy ha „előrja” a megfelelő attitűdöt, viselkedést vagy beveendő gyógyszert, az ő feladata véget ért; a változás azon múlik, hogy a családok követik-e az előírásokat; a családok pedig úgy hiszik, hogy az ők teljesítették a „feladatukat” azzal, hogy a szakembertől segítséget kértek, és azután várják a változást.

MÁSODIK MÍTOSZ (HASONLÓ): *A harmónia a legjobb interakciós modalitás.* A „kapcsolat” mind a szakemberek, mind a sokproblémás szegény családok számára a legfontosabb kategória, akár pozitív (empátia, bizalom, érzelmi támasz), akár negatív (agresszió, hálátlanság, közöny) értelemben. A kapcsolat a szakirodalomban és a gyakorlatban az intervenciós folyamat központi elemének számít. Egyöntetű vélemény, hogy a kapcsolat alkotóelemei – az empátia, az elfogadás és a feltétel nélküli jóindulat – az intervenció sikerének legfontosabb előre jelzői. Friedlander (1993) megállapítja, hogy a komplementer jellegű alapuló kapcsolat, amelynek során a kliens tipikus személyközi stílusa nem kérdőjeleződik meg, akadályozhatja a haladást. A korai komplementer kapcsolat (a szakember barátságos-domináns, a kliens barátságos-szubmisszív) alapvető a harmonikus munkakapcsolat kialakulásához, és a segítő kapcsolat korai megszakadásának elkerüléséhez. A segítő kapcsolat középső szakaszában viszont a sikeres páros rendszerint csökkenti a kapcsolat komplementaritását. Ez a mindkét fél által elfogadott mítosz megmervítheti a kapcsolatot, mivel leszögezi, hogy a harmónia elősegíti az intervenciót és ezzel a pozitív kimenetet. A harmónia központi és a konfliktus periférikus természete udvariaságra kényszeríti a szereplőket, így elkerülik a kényelmetlen igazságok kimondását, és figyelmen kívül hagyják, hogy az érdekérvényesítőbb és kihívóbb viselkedésre gyakran szükség van. Ennek következtében fontos kérdések nem kerülnek terítékre, és a szükséges javaslatok, sőt tanácsok elsikkadhatnak.

HARMADIK MÍTOSZ (HASONLÓ): *A harmónia elősegíti a jó eredményeket és fordítva.* A „kapcsolat” és a „hatásosság” egyformán pozitív a szakemberek és a sokproblémás szegények számára. Ez azt a látszatot nyújtja, mintha a pozitív kimenetel hatna a jó kapcsolatra, és fordítva. Általános feltételezés, hogy a kapcsolat hatással van az eredményességre, de kevésbé közelebb a feltételezés, hogy a siker hatással van a kapcsolatra. Ez azért van, mert az általános elképzelés szerint az eredmény a folyamat végén van, az intervenció folyamat, amelyben a szereplőknek érezniük kell, hogy erőfeszítéseik pozitív eredményhez fognak vezetni.

Az előző két mítosszal ellentétben, amelyek az interakció merevségével, az apátia és a konfliktus elősegítésével állnak összefüggésben, ez a mítosz aktivizálhatja a rendszert, mivel összekapcsolja a kapcsolatot a hatásossággal, és így a résztvevők figyelmét ráirányítja a proaktív folyamatos részvétel fontosságára.

NEGYEDIK MÍTOSZ (HASONLÓ): *A szakemberek felelősek az intervenció hatásosságáért.*

ÖTÖDIK MÍTOSZ (KONFLIKTUSOS): *Kliensek: „A hatástalanság a szakemberek hibája.” Szakemberek: „A hatástalanság a kliensek hibája.”* A hatásosság kategóriát mind a szakemberek, mind a sokproblémás szegények említették pozitív értelemben, de csak a családok említették negatív értelemben (hatástalanság). Ebből a jelenségből következik néhány gyakori interakciós minta: a szakemberek feltételezik, hogy előírhatnak változásokat, és elvárhatják, hogy a családok kövessék az előírásokat; a családok feltételezik, hogy a siker-hatásosság vagy a sikertelenség-hatástalanság a szak-

embereken múlik; a szakemberek feltételezik, hogy a hatásosság a saját kompetenciájukon múlik, de a kudarc a családok engedetlenségének, az előírások nem követésének a következménye.

Egyrészt tehát a szakemberek és családok osztják a mítoszt, mely szerint a szakemberek a hozzáértők, és ezért ők felelősek az intervenció hatásosságáért. Másrészt viszont egy konfliktusos mítosz is létrejön: a családok vélekedése szerint a kudarcért a szakember a felelős, a szakember szerint viszont a család. Míg a családok nézete ebben az esetben koherens, a szakembereké paradox. Egyrészt ők akarják az intervenciót meghatározni, másrészt a klienszt vádolják az intervenció kudarcáért. A szakemberek minden esetben alábecsülik az intervenció együttműködéses természetét, ami kölcsönös alkalmazkodást és a stratégia megtárgyalását követelné, és máig is a hagyományos klinikai tradíciót követik, mely szerint az intervenció a diagnózis következménye, és a kliensnek követnie kell a szakember előírásait. Seikkula (Seikkula et al. 2003) azt javasolja a tradicionális szemlélet meghaladása érdekében, hogy a szakemberek önmagukra összpontosítsanak a kliens helyett, továbbá az akcióik szándékolt és szándékolatlan következményeire az objektív probléma-definíció helyett.

HATODIK MÍTOSZ (KONFLIKTUSOS): *Szakemberek: „Mi tudjuk, mi a legjobb nektek.” Kliensek: „Mi tudjuk, mire van szükségünk, és a szakembereknek azt kell biztosítaniuk.”* Az „elégletes anyagi támogatás” nagyon fontos a sokproblémás szegény kliensek számára, gyakran említik pozitív és negatív kontextusban is, de nem olyan lényeges a szakembereknek. Nyilvánvaló, hogy mivel a sokproblémás szegények a mindennapi élet alapvető szükségleteinek kielégítetlenségével – a bizonytalan lakáskörülményekkel, a munkanélküliséggel és anyagi problémákkal – küzdenek, azt várják, hogy ezekben a sürgető szükségletekben kapjanak segítséget. Rövidtávon az anyagi támogatás odaítélése nagyon pozitív hatással van mindennapi életükre.

Ez a mítosz a következő interakciós mintához kapcsolódik: a családok anyagi segítséget várnak a szakemberektől, miközben a szakemberek az életük más aspektusainak – viselkedésüknek vagy személyiségüknek – megváltoztatását várják a családtól. A különböző elvárásokat nem tárgyalják meg, következésképpen mindegyik résztvevő világosnak hiszi a célokat. Így könnyen konfliktus alakulhat ki, mivel a családok úgy érzhetik, hogy a szakemberek nem törődnek a problémáikkal, miközben a szakemberek úgy vélik, a családok csak élésködni akarnak a jóléti ellátásokon.

SAJÁTOS MÍTOSZOK: *Sokproblémás szegények, orvosok és szociális munkások.* Néhány sajátos mítosz is kialakult az orvosokról és a szociális munkásokról. Mind a szociális munkásokhoz, mind az orvosokhoz ugyanazokat a kategóriákat kapcsolták klienseik pozitív és negatív konnotációban egyaránt, a kliensek ehhez a szociális munkások esetében még hozzátették az anyagi támogatást pozitív és negatív vonatkozásban, illetve az orvosok esetében a hatástalanságot negatív kategóriaként (ez az egyetlen kategória, amelynek az előfordulása mind negatív, mind pozitív értelemben meghaladja a 20 százalékot a felidézett kritikus eseményekben). Lényegében a kliensek a szociális munkásoktól elvárják az anyagi segítséget, és nehezményezik, ha az orvosok előírásai/instrukciói nem eredményeznek egészségjavulást. De találtunk specifikus mítoszokat is, melyeket a sok-

problémás szegények csak az orvosokhoz vagy csak a szociális munkásokhoz kapcsolódtak.

AZ ORVOSOKRÓL SZÓLÓ MÍTOSZ (KONFLIKTUSOS): *Orvosok: „Az emberek tiszteletben tartják az előírásainkat.” Emberek: „Szégyellenénk beszélni vagy kérdezni, hiszen az orvosok olyan fontos emberek.”*

A SZOCIÁLIS MUNKÁSOK ÉS SOKPROBLÉMÁS SZEGÉNY KLIENSEIK MÍTOSZA (KONFLIKTUSOS): *Szociális munkások: „Mindent megteszünk a családokért, de ők csak arra használnak minket, hogy anyagi támogatást kapjanak.” Kliensek: „Ezek a szociális munkások nagyon jó emberek.”* A családok inkább kapcsolódnak pozitív eseményeket a szociális munkásokhoz, míg inkább negatívokat az orvosokhoz. Érdekes módon a szakemberek vonatkozásában pont ennek ellenkezőjét tapasztaljuk: míg a szociális munkások több negatív élményt kapcsolódnak a sokproblémás szegény családokhoz, az orvosok pozitívabb eseményeket említenek.

A kliensek és orvosok közötti viszony rendszerint távolságtartó; az orvosokat (inkább, mint a szociális munkásokat) szociálisan és kulturálisan nagyobb hatalommal ruházták fel, így nem csoda, hogy az interakció során mindkét fél abból indul ki, hogy az orvosoknak van hatalmuk. Így a sokproblémás szegény emberekkel szembekerülő orvosok felsőbbrendűnek érzik magukat, és úgy gondolják, a családoknak „csak” el kellene fogadniuk a javaslataikat és utasításait; miközben a családok – még akkor is, amikor az orvosokat igazságtalannak érzik – rejtőzködnek és hallgatnak, hogy a hatalmi különbséget kiegyenlítsék, vagy legalábbis megvédjék attól magukat (Imber-Black, 1988).

A szociális munkások rendszerint nem viselik a felsőbbrendűség maszkját, talán azért, mert rendszeres és gyakran informális kapcsolatot tartanak fenn a családokkal. Ráadásul a szociális munkások azok a szakemberek, akik az anyagi támogatást nyújtják, támogatást nyújtanak a családoknak, és kísérik őket, gyakran hosszú időn keresztül, melynek során kevés vagy semmilyen változás nem történik az életükben, ami csalódással, haraggal tölti el, vagy depresszióba taszítja őket.

Következtetések

Az intervenció folyamatot intellektuális és érzelmi utazásnak gondolhatjuk, melyet partneri viszonyban álló emberek együtt tesznek meg. Ennek a tanulmánynak az eredményei lehetővé teszik néhány, az utazás során létrejött mítosz megvilágítását, azon az alapon, hogy ha megértjük a nehézségeket, akkor képesekké válunk az akadályok eltávolítására és a nagyobb hatékonyság elérésére.

A kutatás során felszínre került mítoszok leleplezik a jóléti támogató rendszer és a sokproblémás szegény családok közötti interakció néhány problémáját, de azt is lehetővé teszik, hogy vezérfonalat alkossunk, mellyel az intervenció folyamatot javíthatjuk. Úgy tűnik, általában vannak a sokproblémás szegény klienseknek és a szakembereknek ellentétes és hasonló mítoszaik, ami azt jelentheti, hogy szimmetrikus kiegyenlítődség vagy megmerevedés várható. Tapasztalataink és a szakirodalom

megfogalmazásai (Imber-Black, 1988; Colapinto, 1995) szerint a sokproblémás szegény családok és a különböző szakemberek közötti konfliktusok gyakoriak, ami időről időre más szakemberekhez, sőt szolgálatokhoz való átirányításhoz, vagy a segítő kapcsolat megszakadásához vezet.

A kialakuló mítoszok segítenek megérteni, hogy milyen szerepet játszik az intervenció folyamatban a *felelősségelhárítás* (disculpability) és az „igazolt tehetetlenség” (adequate impotence). A felelősségelhárítás azért alakul ki, mert mindkét alrendszer hajlamos a másikat vádolni, ha az intervenció rossz vágányra csúszik. Az igazolt tehetetlenség azért alakul ki, mert mindkét fél úgy érzi, hogy képtelen elősegíteni a jó kapcsolat kialakulását vagy a hatásosságot; igazolt, mert mindkét fél azt gondolja, hogy a kapcsolat javítása vagy a hatásosság nem rajta (hanem a másikon) múlik. Ebben az összefüggésben a jóléti támogatás kérésének és elfogadásának lehet egy lefelé tartó szakasza, amit a „negatív támogatás” fogalmával (Ghate és Hazel, 2000) írhatunk le.

Új mítosz csak a régiekre épülve, azok elemeit felhasználva válhat az intervenció dialógus részévé. Az átalakult mítoszok rendszerint a régiek elemeinek kombinációi, melybe vagy a szakemberek, vagy a családok új elemeket és logikát iktattak be (Parry, 1991). Ahogy több, szakirodalmi műben olvashatjuk (lásd: Ghate és Hazel, 2000; Matos és Sousa, 2004) a szolgáltatásoknak engedniük kell, hogy a családok kontroll-helyzetben érezzék magukat (a családok úgy érzik, hogy a támogatásért nem kellene a saját életük feletti kontroll elvesztésével fizetniük). Fontos, hogy forrásokat nyissunk a családok számára, és képessé tegyük őket a saját problémáik megoldására.

A jelen kutatás fő korlátja a mintavétel: egyrészt a klienseket a szociális munkások nevezték meg, ami ébreszthet kétségeket az eredmények iránt; másrészt a családok kiválasztásának egyetlen kritériuma az volt, hogy sokproblémás szegény családok legyenek, más faktorokat – például a történetüket, vagy az okot, amely miatt kapcsolatba kellett kerülniük a jóléti támogató rendszerrel – nem ismerünk; harmadrészt a szakembereket azért válogattuk be a mintába, mert ők azt mondták, hogy dolgoznak sokproblémás szegény kliensekkel, de nem sok mást tudunk a szerepükről; negyedszer, a családnak csak egy tagját kérdeztük, és így nem tudjuk, egyezik-e a véleménye a család többi tagjával.

Végül a jövőbeni kutatások során figyelembe kellene venni a következő kutatási témákat: 1. A szakemberek és családok közötti mítoszok más problémákat jeleznek (például pszichiátriai zavart, krónikus betegséget, iskolai problémákkal küzdő gyermekeket). 2. Fontos a szakemberek egymásra vonatkozó mítoszainak azonosítása, mivel jól ismert, hogy sok félreértés adódik abból, ha különböző szakemberek dolgoznak ugyanazzal a családdal, és ezek abból is következhetnek, hogy a szakembereknek vannak mítoszaik és sztereotípiáik a különböző szakterületekkel, sőt szolgáltatásokkal kapcsolatban. 3. Az a mód, ahogy a családok és a szakemberek közötti mítoszok befolyásolják a változás folyamatát és a kezelés sikerét, mivel nagyon kevés támpontunk van arra vonatkozóan, hogy milyen kapcsolat van az interakció és az intervenció sikere között.

Fordította: Kozma Judit

Irodalom

- Aponte, H. (1976): Under-Organization in the Poor Family. In: P. Guerin (szerk.): *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press, pp. 432–448.
- Bader, E. és Pearson, P. T. (1988): *In Quest of the Mythical Mate*. New York: Brunner/Mazel.
- Boyd-Franklin, N. (1989): *Black Families in Therapy: A Multisystem Approach*. New York: Guilford Press.
- Byng-Hall, J. (1973): Family Myths Used as Defence in Conjoint Family Therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 46, pp. 239–250.
- Byng-Hall, J. (1988): Scripts and Legends in Families and Family Therapy'. *Family Process* 27(2), 167–179.
- Cancrini, L., Gregorio, F. and Nocerino, S. (1997): Las familias multiproblemáticas. In: M. Coletti and J. Linares (szerk.): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós, pp. 45–82.
- Colapinto, J. (1995): Dilution of Family Process in Social Services. *Family Process*, 34(1), pp. 59–74.
- Doherty, W. és Beaton, J. (2000): Family Therapists, Community and Civic Renewal. *Family Process* 39(2), pp. 149–161.
- Elizur, Y. és Minuchin, S. (1989): *Institutionalizing Madness: Families, Therapy and Society*. New York: Basic Books.
- Eurostat (2000): *European Social Statistics: Income, Poverty and Social Exclusion*. Luxembourg, Eurostat.
- Ferreira, A. (1963): Family Myth and Homeostasis. *Archives of General Psychiatry*, 9(IX), pp. 457–473.
- Flanagan, J. (1954): The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), pp. 327–335.
- Friedlander, M. (1993): Does Complementarity Promote or Hinder Client Change in Brief Therapy? *The Counseling Psychologist*, 21(3), 457–486.
- Friedlander, M. (1995): On the Process of Studying the Process of Change in Family Therapy. In L. Hoshmand és J. Martin (szerk.): *Research Praxis: Lessons from Pragmatic Research in Therapeutic Psychology*. New York: Teachers College Press, pp. 171–197.
- Ghate, D. és Hazel, N. (2000): *Parenting in Poor Environments*. London: Jessica Kingsley.
- Hines, P. (1989): The Family Life Cycle of Poor Black Families. In B. Carter és M. McGoldrick (szerk.): *The Changing Family Life Cycle*. Boston, Allyn and Bacon, pp. 513–544.
- Imber-Black, E. (1988): *Families and Larger Systems*. New York, Guilford Press.
- Lazarus, A. (2003): *Marital Myths Revisited*. California, Impact.
- Leigh, S. (2004): Is the Third Way the Best Way? Social Work Intervention with Children and Families. *Journal of Social Work* 4(3), pp. 245–267.
- Linares, J. (1997): Modelo sistémico y familia multi-problemática. In: M. Coletti és J. Linares (szerk.): *La intervención sistémica en los servicios sociales. ante la familia multi-problemática: La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós, pp. 23–44.
- Madsen, W. (1999): *Therapy with Multi-stressed Families*. London, Guilford.
- Matos, A. és Sousa, L. (2004): How multi-problem Families Try to Find Support in Social Services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), pp. 65–80.
- Miles, M. és Huberman, A. (1984): *Qualitative Data Analysis*. Beverly Hills, CA, Sage.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. és Schumer, F. (1967): *Families of the Slums*. New York: Basic Books.
- Papp, P. és Imber-Black, E. (1996): Family Themes: Transmission and Transformation. *Family Process*, 35(1), pp. 5–20.
- Parry, A. (1991): A Universe of Stories. *Family Process* 30(1), pp. 37–54.
- Seikkula, J., Arnkil, T. és Erikson, E. (2003): Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings. *Family Process*, 42(2), pp. 185–203.

SZOCIÁLIS MUNKA

- Sharlin, S. és Shama, M. (2000): *Therapeutic Intervention with Poor Unorganized Families: From Distress to Hope*. London, Haworth Press.
- Sousa, L. (2005): Building on Personal Networks When Intervening with Multi-problem Poor Families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), pp. 163–79.
- Stalker, K. (2003): Managing Risk and Uncertainty in Social Work: A Literature Review. *Journal of Social Work*, 3(2), pp. 211–233.
- Stierling, H. (1973): Group Fantasies and Family Myths: Some Theoretical and Practical Aspects. *Family Process*, 12(2), pp. 111–25.
- Tripp, D. (1993): *Critical Incidents in Teaching: Developing Professional Judgement*. London, Routledge.