

KISS BERNADETT

A MENTÁLHIGIÉNÉS SEGÍTŐ MUNKA SZEREPE A ROSSZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÚ HAJLÉKTALAN SZEMÉLYEK KÖRÉBEN

A tanulmányban a rossz egészségi állapotuk miatt egy speciális hajléktalan-ellátó intézményben tartózkodó hajléktalan férfiakkal folytatott mentálhigiénés segítő munka tapasztalatait kívánom bemutatni. A hajléktalanokkal foglalkozó szociális szakemberek nagy segítséget nyújtanak az ilyen kliensek számára a továbbgondozási munka során, azonban a betegségük és a kiszolgáltatottságuk miatt többszörösen sérülékeny hajléktalanoknak az egyéni segítő beszélgetés vagy a támogató csoportok is olyan erőforrást jelenthetnek, amelyek előmozdíthatják a felépülésüket és a reintegrációjukat. A mentálhigiénés segítő szakemberek a munkájuk során a klienskapcsolatban kialakított és fenntartott, feltétel nélküli elfogadással, és különösen a rogersi nondirektív módszer alkalmazásával nagyban hozzájárulhatnak a hajléktalanokkal végzett szociális munka eredményességéhez.

A támogató környezet jelentősége a hajléktalanná válás folyamatában

Minden társadalomban találhatunk olyan kisebb-nagyobb társadalmi csoportot, amely magatartásával kivívja a többség rosszallását, ezért életvitele miatt rendszeti fellépésre vagy szociális és segítő szakmai aktivitásra ösztönöz. Különösen így van ez akkor, ha a „rendetlenség” olyan, közterületen, nagy nyilvánosság által észlelhető megnyilvánulásáról van szó, mint a hajléktalanság, amelyet rendszerint a normakövető állampolgárok viselkedésétől drasztikusan eltérő, deviáns magatartásnak tartanak. Az ún. labelling-elmélet szerint azonban azt is érdemes átgondolnunk, hogy nem feltétlenül maga a viselkedés, hanem a külső környezet minősít deviánsnak valakit, és mivel folyamatosan változik a társadalom értékrendje, a címkézést nem maga a társadalom végzi el, hanem annak intézményei. A stigmatizáltaknak tehát nincs minden esetben lehetőségük arra, hogy befolyásolják a róluk alkotott képet, és gyakori, hogy a környezet is megerősíti a bélyeget, így az elítélt csoport azonosul a neki „szánt” szereppel. Ahogy Atkinson megállapítja:

„Az emberi tudat többnyire sémaalkotással dolgozik, ha valamilyen ismeretlen jelenséggel kerül szembe, az egyéni és a társadalmi kategorizáció is szívesen él a sztereotípiák átvételének lehetőségével, ami szintén az előítéletek gerjesztésének kedvez. Bizonyos csoportokhoz így jellegzetes érzelmek, tényezők, netán félelmek társulnak, és a problémásnak tartott csoporttal kapcsolatos döntéshozatal során is gyakran támaszkodnak a döntéshozók az átvett vagy készen kapott sztereotípiákra.” (Atkinson–Hilgard 2005: 237)

Ez a tipizálásra törekvő társadalmi magatartásforma és észlelési mód kiválóan megfigyelhető a hajléktalanokkal kapcsolatos kommunikációs sémák és a velük kapcsolatos többségi társadalmi attitűdök esetében is. Bár a hajléktalan személyek a rossz érdekérvényesítő képességük és az esetleges elesett állapotuk miatt fokozottan igénylik a segítő foglalkozású szakemberek figyelmét, az őket gondozó szociális munkások és egészségügyi szakemberek nem minden esetben megfelelő felkészültségűek ahhoz, hogy az ügyfelek mentálhigiénés jellegű segítségkérésére adekvát módon válaszoljanak. Tanulmányomban ezért arra teszek kísérletet, hogy a hajléktalansággal kapcsolatos sztereotípiákat a hajléktalanellátásban tevékenykedő mentálhigiénés segítő szakemberek eszköztárában fellelhető, a segítő kapcsolat kialakítása során kulcsfontosságú háttér-információkkal egészítsem ki, amelyek abban is segítségünkre lehetnek, hogy e rendkívül sérülékeny társadalmi csoport valós mentálhigiénés szükségleteit átgondolhassuk. Az összefoglaló alapját azok az egyéni segítő beszélgetések képezték, amelyeket önkéntes mentálhigiénés segítő szakemberként folytattam a Magyar Máltai Szeretetszolgálat egyik, lábadozóként funkcionáló bentlakásos intézményének lakójával, aki a daganatos betegségével való megküzdéséhez igényelte a mentálhigiénés jellegű támogatást.

A klienskapcsolatnak teret adó, a budapesti hajléktalanellátásban egyedülálló, teljes körűen akadálymentesített lábadozó holisztikus és egyénre szabott ellátást nyújt a lakók számára. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy olyan ügyfelek ellátását is meg tudják oldani, akiket valamely betegségük miatt hosszabb ideig kórházban kezeltek, és a felépülésük további szakaszában is szakszerű ápolásra szorulnak; ezért utcára és ún. fapados éjjeli menedékhelyre nem bocsáthatók, mivel hosszabb rehabilitációra van szükségük. Az intézmény lakóit tekintve a speciális ellátást igénylő kórképek közül az emésztőrendszeri, neurológiai, pszichiátriai és onkológiai megbetegedések előfordulási aránya igen magas, ezen belül is kiemelkedő az alkoholfüggőséggel és az emésztőrendszeri daganatos folyamatokkal kapcsolatos megbetegedések száma.

A gyakorlatilag kórházi feladatokat ellátó intézményben élő 40 férfi betegnek lehetősége nyílik vendégek fogadására, a napi háromszori étkezésen felüli vagy azt kiegészítendő ételmelegítésre, pihenésképpen minikönyvtárat és tévésobát, valamint számítógépeket vehetnek igénybe internet-hozzáféréssel. Az intézmény munkatársai törekednek arra, hogy rendszeresen kulturális programokat szervezzenek a lakók számára, de a szociális szakma „szokványos” feladatainak ellátásán

túl – az ellátotti kör speciális igényeire tekintettel – a szálló minden lakója számára biztosítják a nyugodt gyógyuláshoz szükséges körülményeket. Ugyanakkor az önkéntes munkám megkezdése előtt az intézményben nem dolgozott mentálhigiénés szakember, ezért a szociális munkások próbálták – erejükön, képzettségükön és munkaidejükön felül – ellátni a kliensek mentálhigiénés jellegű gondozását is.

Kliensem, Ábel, akit segítve megismerkedtem a hajléktalanellátásban élők mentálhigiénés kísérése során felmerülő szakmai kihívásokkal, a fenti intézmény lakója volt. Nem voltak hozzátartozói, és a kapcsolati hálója is rendkívül hiányos volt, ezért ritkán hagyta el a lábadozót. Személyes szféráját egy ötágas szoba viszonylag védett, ablak melletti ágya és a hozzá tartozó éjjeliszekrény jelentette. A szobán belül a szobatársak között nagyon ritkán szövődött beszélgetés, a közös sors – a családost, dolgozó férfiból hajléktalanná válás – és a valamennyiüket érintő egészségügyi problémák nem kovácsoltak közösséget belőlük, hanem amennyire lehet, kerülték azokat a kommunikációs helyzeteket, amelyekben – egymás történeteit hallva – ráismerhettek volna a saját múltjukat leginkább meghatározó negatív történésekre.

Ez a kommunikációs zárkózottság nem ismeretlen a hajléktalanság – és általában a szegénység – mentálhigiénés vonatkozásait kutatók számára, és összefüggést mutat a kapcsolati háló kiterjedtségével, illetve ennek gyengülésével (Kozma 2003: 15–30). Amint azt Castel is hangsúlyozza, a társadalmi hovatartozást az egyének szempontjából leginkább a munkavállaláson, a kapcsolati hálón, valamint a kultúrán keresztül lehet definiálni, és az állampolgárok ezen tényezőkhöz fűződő kapcsolataik erőssége alapján sorolhatók be az ún. integrációs zóna (ahol az egyéneknek és közösségeiknek is biztos helyük van a kapcsolati térben és a munka szervezetében is), az ún. sebezhetőségi zóna (ahol a beilleszkedés valamelyik tengelye hiányzik) és a „kiilleszkedési zóna” lakói közé (Castel 1993: 3–23). Az utóbbi zónába sorolják a társadalomtudósok azokat a személyeket, akik munkanélküliek és egyúttal kapcsolat nélküliek is – tehát a hajléktalanok többsége a kiilleszkedés folyamatában éli a mindennapjait. Az egyének és közösségek ebben az életszakaszukban sajátos életmód- és viselkedési mintákat mutathatnak, így például jellemző az ún. kirekesztettek vagy kiilleszkedett személyekre az atipikus családi struktúra, a családi kapcsolatok labilitása, a sodródó életvitel, amelyhez szenvedélybetegségek és olykor a kiskorú vagy rászoruló családtagok sérelmére tanúsított agresszív viselkedés is társul. A szociális szakemberek abban is egyetértenek, hogy a kirekesztettség olyan szélsőséges helyzet mentálhigiénés szempontból is, amely hatással van a személyiség formálódására, mivel a szélsőséges élethelyzetek sajátos megküzdési stratégiák alkalmazását kívánják meg az érintettektől.

A hajléktalanná válás akár évekig is elhúzódó folyamata alatt az egyének olyan élethelyzetekkel kénytelenek megbirkózni, amelyek gyökeresen különböznek valamennyi, a „normalitás” szabályai szerint működő többségi közösségben tapasztalható situációktól. Azt feltételezik tehát, hogy a hajléktalanná válás során ún. másodlagos szocializáció megy végbe, ami azt jelenti, hogy az érintettek olyan új

készségeket, tudást sajátítanak el, amelyek az új helyzetben a túlélésüket segítik. A kiilleszkedési folyamat során azonban az érintetteknek nemcsak az információhiány, hanem a szélsőséges bizonytalanság is megterhelést okoz mentálhigiénés szempontból, ugyanis a hajléktalanok többsége számára a munkanélkülivé válás szociális elszigetelődést is jelent. A szociális szakmában dolgozó segítő szakemberek – így az általam látogatott lábadozó munkatársai is – gyakran találkozhatnak azzal a jelenséggel, hogy a fedél nélkülivé vált lakók élettörténetében felfedezhető egy olyan töréspont, amely elindítja az ún. „kiilleszkedési karriert.” Általában a munkahely elvesztése jelenti a férfi hajléktalanok életében ezt a töréspontot, amely a további, sikertelen munkahely-keresési próbálkozások miatt olyan elviselhetetlen mértékű stresszt vált ki, amely a kapcsolati hálót is megterheli, a támogató környezet gyengülése vagy elvesztése pedig az érintettek számára további szorongással jár. Ennek elkerülése érdekében rendszerint olyan technikákat próbálnak alkalmazni, amelyek újabb problémák forrásaivá válhatnak (pl. dependencia, agresszivitás a családtagokkal stb.).

Ezt a folyamatot tetézi az, ha a környezete az őt ért sorscsapásért az egyénre hárítja a teljes felelősséget, vagyis ha a család munkanélkülivé vált tagja – jellemzően a családfő férfi – képtelen az eddigi szerepeit betölteni, erősen megterheli a család és a családtagok teherbíró képességét. Rövid időn belül megindul a kapcsolati háló leépülése, és szinte törvényszerűen sor kerül a válásra is. A válás után magányossá és lakástalanná vált férfiak számára általában még nem a hajléktalan-ellátó intézmények férőhelyei jelentik a következő stációt, ugyanis a magyarországi településszerkezeti sajátosságok miatt ebben az életszakaszban általában még van lehetőségük valamilyen lakhatási lehetőséget találni például szívésségi lakáshasználóként, nagyvárosok vonzáskörzetébe tartozó üdülőövezetekben. Ugyanakkor már ez a fázis is azzal jár a korábban aktív – döntően középkorú férfi – érintettek számára, hogy a túlélést akadályozó viselkedési formák, személyiségvonások és készségek többé-kevésbé tudatosan leépülnek, így az érett felnőtt életformához szükséges személyiségjegyek helyét az „itt és most”-ban élés, a szükségletek azonnali kielégítésére való törekvés veszi át. A tervezhetetlen holnap okozta szorongás csökkentésére általában az alkoholfogyasztás kínál alternatívát, ami az önértékelés kényszerű leépülése ellen is „alkalmas” elhárító eszköznek bizonyulhat.

A bentlakásos hajléktalanellátó intézményben férőhelyhez jutó személy a fenti „életút” végpontján válik láthatóvá a szociális szakma és a mentálhigiénés segítő ágazat számára. Az intézményi elhelyezés ugyanakkor lehetőség is: új kapcsolatok kiépítésének lehetőségét kínálja fel – még utoljára – a hajléktalanná vált személyeknek a szociális ellátórendszerrel és a hasonló helyzetűekkel. A hajléktalanellátás szegregált intézményrendszere ugyanakkor nem minden esetben optimális keret a rehabilitációhoz, mivel ehhez azokra a készségekre és személyiségvonásokra lenne szükség, amelyek a szélsőségesen bizonytalan létformában töltött évek alatt leépülnek. Gyakran a kliensek egészségi állapota sem teszi már lehetővé, hogy sikeres rehabilitációs vagy kitagolási folyamat vegye kezdetét az intézményi jogviszony létesítését követően.

A hajléktalanság mentálhigiénés szempontból

A hajléktalanná válás feldolgozása a nemzetközi kutatások szerint az egyén lelki alkatától függően különböző mértékben okozhat pszichés megterhelést (Bakos 2006: 4), ami az első időkben alvászavart, nyugtalanságot vált ki, de súlyosabb állapothoz is vezethet. Bár a hajléktalanná válás folyamatának legsúlyosabb következménye, hogy az egyén elveszti a társadalmi „kapcsolati tőkéjét” (Breitner 1999: 41), a látványos, közvetlen okok, mint a munkanélküliség, a válás, többnyire csak akkor visznek zsákutcába, ha az egyén nem érett személyiség. A hajléktalanná válás folyamatát vizsgálva azt is megállapíthatjuk ugyanakkor, hogy a személyiség az emberi életen keresztül – az eriksoni fejlődési szakaszokra is tekintettel – folyamatosan változik. A legtöbb hajléktalanná vált személy esetében azonban ez a fejlődés a szocializációs folyamat korai szakaszaiban – tipikusan gyermekkorban és fiatal felnőttkorban – hiányos volt, és a biztonságérzetet nyújtó személyközi kapcsolatok, valamint az önállóság lehetőségének a hiánya a későbbiekben hátrányosan befolyásolta a megküzdési képességük fejlődését. Magyarországon az ún. „kiülleszkedettek” megjelenése nem folyamatként bontakozott ki, hanem *„robbanásszerűen szakadt ránk a rendszerváltozáskor”* (Breitner 1999: 44). Bár fedél nélkül élő koldusok, csavargók, alkalmi munkából magukat fenntartó, állandó lakóhellyel nem rendelkező társadalmi csoportok korábban is voltak, de ekkor vált láthatóvá és tömegessé a hajléktalanság mint jelenség.

A bemutatott kliensem, Ábel és a Máltai Szeretetszolgálat lábadozójának általam megismert lakói az életkoruk alapján többnyire az ún. érett vagy időskor szakaszában vannak, abban az életszakaszban, amikor Erikson szerint az integritás és az elfogadás képességét kell megtanulnia az embernek. Ebben a korban, amely az egyén haláláig tart, az ember a megelőző hét fejlődési szakasz megpróbáltatásaitól megerősödve szert tehet az ún. posztnarcisztikus szeretet képességére, amely által higgadtan tudja szemlélni a körülötte levő világ történéseit, és képes arra is, hogy elfogulatlan számvetést készítsen a saját életéről, és végül – ideális esetben – eljusson a félelem nélküli halál elfogadásához. Bár a lábadozó lakóinak többsége középkorú vagy afölötti, a hajléktalanok között általában kevés az idős ember.

„Nagyon ritka, hogy valaki öregkorára válik hajléktalanná, aki pedig fiatalabban válik azzá, az csak ritkán ér el magas kort. A hajléktalanság megöli a lelket és a testet egyaránt (...) ha nagyon kevés szállal, vagy egyáltalán nem kötődik a világhoz, akkor eltorzul a személyisége és csak a legalapvetőbb biológiai szükségleteit kielégítő vegetatív lényre degradálódik. A megaláztatások, az eltaszítottság, az undorodó pillantások a test és a lélek elsorvadásához vezetnek. Mikor az utolsó szál is elpattan, ami még a világhoz köti, a hajléktalan a hozzátartozók minden embernek kijáró gyászában sem részesülhet.” (Breitner 1999: 44)

Ábel, aki az első egyéni segítő beszélgetést igénylő lakója volt a lábadozónak, találkozásunkkor hatvanéves volt. A szociális munkások jelezték számomra, hogy előreláthatólag segítő beszélgetésre lesz szüksége, mivel kiújult a korábban eredményesen kezelt húgyhólyagrákja, és ezúttal áttétek is jelentkeztek. Azért kérték a figyelmemet, mert nagyon zárkózott, távolságtartó lakóként ismerték őt, és nem volt ismeretük azzal kapcsolatban, hogy mennyire viseli meg a betegség tudata, továbbá hogy mivel segíthetnék őt ebben az élethelyzetben.

Találkozásunkkor arra számítottam, hogy kliensem az élettörténete feldolgozásához, áttekintéséhez és a betegség miatti szorongása csökkentéséhez igényelne támogatást, és kész voltam ebben a rendelkezésére állni, mivel korábbi segítő kapcsolataimban is úgy tapasztaltam, hogy gyakran felszabadító hatású lehet egy-egy múltbeli dolgok összefoglalására lehetőséget adó beszélgetés. Egyetértettem azzal az állásponttal is, miszerint *„...az aktuálisan feldolgozandó életkrízis, nehézség, elakadás hátterében minden esetben egy komplex élettörténet, eddig megtett életút áll, s ezt a lelkigondozó nem hagyhatja figyelmen kívül”* (Siba-Rohn–Siba 2013: 280). Arra kívántam törekedni, hogy amennyiben a kliens kéri, a közös munka során eljussunk oda, hogy *„minden részletével együtt megvizsgálja az élettörténetét, s végül elfogadja és megbecsülje”* (uo.).

Az első beszélgetésünk alkalmával Ábel kezét csókolt, és hellyel kínált az ágyán maga mellett. Ezeket a gesztusait modorosnak és nem az intézményhez illőnek tartottam, de ez nem tanácsstalanságot, hanem inkább érdeklődést ébresztett bennem. Szerettem volna megtudni, hogy egyáltalán igényel-e segítő beszélgetést, ezért röviden bemutatkoztam, amire válaszul Ábel nyitottnak mutatkozott a segítő kapcsolatra, sőt a betegségét és az ezzel kapcsolatos szorongását is megemlítette az első mondataiban. A kliens azzal, hogy az ágyára mutatott, megkönnyítette a helyzetemet, mivel az önkéntességem kezdetén még bizonytalan voltam abban, hogy egy hajléktalan férfiaknak otthont adó betegszoba, ahol több fekvőbeteg is tartózkodik, mennyire lehet alkalmas helyszíne egy segítő beszélgetésnek. A későbbiekben nyilvánvalóvá vált, hogy a lábadozón folytatott egyéni beszélgetések során nem ragaszkodhatom a klasszikus szakirodalomokban javasolt beszélgetési körülményekhez, tekintve, hogy egy hajléktalanellátó intézményről van szó, ahol a lakóknak az ágy, az éjjeliszekrény és a körülötte levő néhány holmi az egyetlen személyes terük, tulajdonuk.

További szakmai dilemmát hordozott magában az a szituáció is, amikor a beszélgetésünk egy későbbi szakaszában Ábel elém tette a leletet, amelyben az állt, hogy valószínűsítik az áttétét a korábbi húgyhólyagdaganatnak, és a lelet értelmezésében szeretne volna a segítségemet kérni. Ez a helyzet – vagyis egészségügyi és más, jellemzően szociális jogosultságokkal kapcsolatos hatósági dokumentumok bemutatása és a lakóink próbálkozása arra, hogy véleményt kérjenek tőlem a papírok tartalmáról – a mentálhigiénés segítő munkám során többször is megismétlődött a későbbiekben, más kliensek esetében is. Úgy tapasztaltam, hogy ilyen esetekben a kliensek elfogadták, amikor egyértelműen közöltem, hogy nem vagyok illetékes arra, hogy az elém tett egészségügyi vagy szakhatósági iratokat

megcáfoljam vagy azok tartalmát megerősítsem, és álláspontom szerint ez a magatartásuk gyakran valójában csak egy kapcsolatteremtési kísérlet: nem az érdemi ügyintézésben várták a segítségemet, hanem a figyelmemet igényelve beszélgetést szerettek volna kezdeményezni.

Mivel a találkozásunk időpontjában Ábel volt az első olyan hajléktalan kliensem, aki kórházba készült, nem volt információm arról sem, hogy ha valaki a lábadozó lakói közül kórházba kerül, milyen támogatásra számíthat a környezetétől: látogatja-e valaki, vagy magányosan kell majd töltenie a kezelése idejét. Azt sem tudtam, hogy vannak-e olyan személyes kapcsolatai, akik ebben a nehéz életszakaszában támaszt nyújthatnak neki, ezért megpróbáltam feltérképezni, hogy van-e bármiféle támogató háttere. Kliensem mindezeket figyelembe véve, amíg az egészségi állapotával kapcsolatos szorongása fennállt – egy négy hónapos időszak alatt –, hetente egy-egy órással egyéni beszélgetést igényelt. Később, ahogy az onkológiai kezelések elkezdődtek, és az eredményei javultak, a találkozások gyakorisága és hossza ritkult.

Krízisek és megküzdési lehetőségek

A segítő kapcsolat kezdetén a kliensem kettős krízisben volt: egyrészt az életszakasz-váltásai során őt ért sorozatos kudarcai, másrészt a betegsége progressziója miatt.

Az életszakasz-váltások fontosságáról szóló fejlődéslélektani elmélet kidolgozója, Erikson szerint az egyes szakaszokban új szerepeket, új konfliktusmegoldó technikákat kell(ene) elsajátítania az egyénnek, ám ha az egyes életszakaszok „feladataival” nem sikerül megbirkózni, a korlátozottabb mentális terhelhetőség miatt könnyebben alakulhat ki krízishelyzet. A krízishelyzetekkel való megküzdés egyik eszköze lehet az ún. énvédő vagy elhárító mechanizmusok alkalmazása, ami azt jelenti, hogy az elviselhetetlen történéseket és impulzusokat különböző módon – például tagadással, elfojtással, projekcióval vagy szublimációval stb. – távol tartjuk a tudatunktól. Ezzel segíthetünk a belső stabilitás megőrzésében, de az is megtörténhet, hogy a stresszhelyzet elmúltával fizikai és egészségügyi tünetek jelentkeznek, amelyek látszólag előzmény nélküliek, de egészségügyi ellátást igényelnek (Hajduska 2012: 15–28). A krízishelyzetekkel – legyenek azok akcidentális krízisek, mint kliensem betegsége, vagy fejlődési krízisek, mint az időskorba lépése – való eredményes szembenézéshez ezért az ún. megküzdés (coping) jelent valódi segítséget. A megküzdés különösen eredményes lehet a külvilág fenyegető történései ellen, ha azok trauma, veszélyhelyzet vagy nagymértékű stressz formájában jelentkeznek, mivel minden olyan megoldási stratégia pozitív lehet, amely a stressz csökkentését, a frusztráló helyzet megoldását segíti elő. Az, hogy problémaközpontú, netán érzelempözpontú megküzdési móddal próbálunk-e úrrá lenni a nehézségeken, egyéntől függ, az azonban általánosan megállapítható, hogy az alapvető konfliktusmegoldási stílusok, stresszcsökkentési

módszerek és a kontrollfunkciók elsajátítása a szocializáció folyamata során megy végbe, és ezen folyamatban elsősorban a szülői modell a meghatározó (Hajduska 2012: 29). A sikeres megküzdési módszerrel uralt konfliktushelyzet vagy krízishelyzet után az alkalmazott és bevált coping technikák bekerülhetnek az egyén megküzdési eszköztárába, azonban a kudarcok emléke is megmarad.

Ábel krízishelyzetére utalt az is, hogy már az első találkozásunkkor erősen érzelemközpontú beszélgetést zajlott köztünk: zaklatott volt, indulatai és figyelme kizárólag a számára szorongató helyzetre irányultak. Ugyanakkor – a krízishelyzetben levő személyekre jellemző módon – saját maga is kereste a segítő beszélgetés lehetőségét, és a beszélgetés végén többször is kifejezte, hogy megkönnyebbülést hozott számára az együtt töltött idő. A búcsúzáskor tett kijelentései („...*várni fogom, jöjjön csak hozzánk! Jó volt magával beszélgetni!*”) valós érzelmeket tükröztek, és nem csupán azért vette igénybe a segítő beszélgetés lehetőségét, mert a szociális munkások felhívták rá a figyelmét, hanem belső szüksége volt arra, hogy az érzéseiről, gondolatairól beszéljen, és ezáltal – időlegesen – megkönnyebbüljön.

A beszélgetések során az empatis meg hallgatással lehetővé vált, hogy Ábel beszélhessen az őt szorongató gondolatairól és a számára fontos, egészségügyi állapotát meghatározó történekekről. Az, hogy elmondása szerint családi tragédiák következtében elvesztette valamennyi közeli hozzátartozóját, fokozott felelősségérzéssel töltött el, mivel úgy láttam, hogy a kliensem élete minden területén magára maradt: a krízis nemcsak az egészségét, hanem az emberi kapcsolatait és a múltját is érintette. Az is felkeltette a figyelmemet, hogy az általa a múltban sikeresen alkalmazott problémamegoldó technikái felsorolása helyett számos kudarcról és veszteségélményről számolt be, amelyek a sikeresnek induló szakemberi, házastársi, családapai életútját szegélyezték. Mivel évek óta egyedül próbált megküzdenni a rá szakadt szociális, gazdasági, családi és egészségügyi nehézségekkel, az általa megélt helyzetben az is előrelépés volt, hogy segítséget kért, és az első beszélgetésünk után többszöri találkozást igényelt.

A feldolgozásra váró veszteségélmények sorát Ábel esetében kiegészítette az a tény, hogy hatvanévesen nem egy békés öregkor várományosa volt, hanem egy olyan intézmény lakója, ahol a döntéshozó, felnőtt férfi szerepét csak nagyon korlátozottan gyakorolhatta. Az időskorba lépés számára szorongató is lehetett az elmúlás gondolatának egyre gyakoribb felidézése és a fizikai hanyatlás jeleivel való szembesülés miatt. Ábelnek az első krízisét a válása okozta, amely – mint később megtudtam – papíron nem történt meg. Az igazi nagy veszteségélményt mégis a munkaerőpiacról való kiesés jelentette a számára, amely a rendszerváltást követően érte, negyvenes éveinek végén, abban az életkorban, amikor a hagyományos modell szerint az értékes férfi sikeres és befolyásos mind a szakmájában, mind a magánéletében. A munkája elvesztése az esetében nem járt együtt azzal, hogy nyugdíjasként vagy eltartott családtagként egy családi háló védelmében védelmezhesse át az anyagilag szorongató éveket, így a társadalmi aktivitás elvesztésével nemcsak a jövedelme, a hasznosságérzése, hanem a társas kapcsolatai is megfogyatkoztak.

Amint azt egy későbbi beszélgetés során részletesen elmondta, fiát is elvesztette, ráadásul nem a „megszokott” leválási folyamat során, hanem sorozatos tragikus döntések és a fiú drogfüggőségből következő betegsége miatt. Mindez azt jelentette Ábel számára, hogy a gazdasági változások követése hiányában szakmai szerepében vált inkompetenssé, gyermeke kábítószer-használat következtében bekövetkező halála miatt pedig a szülői inkompetenciája is felmerülhetett. A lábadozó ingerszegény mindennapjai – a kényszerű pihenő, ami éles ellentétben áll a korábbi, hangsúlyozottan aktív életmódjával – szintén nem kedvezett az önértékelésének. Végezetül a biológiai öregedés szemmel láthatóvá váló jegyei – hajlott hát, bütykös kezek, ráncok, szemüvegviselés, őszülő haj –, valamint a kialakuló és súlyosbodó gyógyíthatatlan betegsége szintén olyan krízisállapotot idézett elő a számára, amellyel szemben eszköztelen volt. A lábadozón tanúsított visszahúzó magatartása – ami a felületes szemlélők számára akár depressziónak is tűnhetett – szintén az életszakaszváltásból eredő szorongás következménye volt. A bentlakásos intézmény kötöttségei miatt óhatatlanul is megélt kiszolgáltatottság, az onkológiai vizsgálatokkal együtt járó testi és lelki kiszolgáltatottság – hiszen a kliensemnek először a nemi szervét vizsgálták és műtötték, majd a tüdejét operálták – tovább növelhette azt az elkeseredettséget és reménytelenséget, amelyet a magányosság és a hajléktalanná válás miatt meg kellett élnie.

Ábel számára a naphosszat az ölében tartott, ágyán fekvéssel használt kis piros laptopja jelentett menekülési utat az elől, hogy konfrontálódjon a saját romló fizikumával, vagy éppen a lábadozó jobb egészségi állapotú lakóival. Az önkéntes izoláció, mint az idősebbek krízisére adott megoldási próbálkozás, sem tette azonban lehetővé azt, hogy elkerülhesse a saját elmúlásával való szembenézést, hiszen a lábadozón töltött hónapok alatt több lakótársa is elhunyt. Az izoláció és a betegség következtében megjelent nála a korai előregedés jeleként is értelmezhető beszűkült gondolkodás, amely minden beszélgetésünkön érzékelhető volt valamilyen mértékben. Mindezeket úgy értelmeztem, hogy Ábel kerülni próbálta a helyzetével való konfrontálódást, és a szaporodó orvosi diagnózisai miatt gyakoribbá váló orvoslátogatás mintegy társadalmilag bevett igazolásként is szolgált az inaktivitásához.

Az életet veszélyeztető súlyos betegség természetesen nem kizárólag a rossz szociális helyzetben levők számára fenyegető jelenség. A rossz prognózisú, gyógyíthatatlan betegségekkel azonban – tapasztalataim szerint – a lábadozó hajléktalan lakói is a többségi, középosztályhoz tartozó személyekhez hasonló módon próbálnak megküzdeni. Az egyértelmű diagnózis megismerését követően Ábel számára nyitva állt annak a lehetősége, hogy a tagadást vagy a tünetekre, panaszokra irányuló gyakorlatorientált problémamegoldási lehetőségeket választja. Esetében a diagnózis közlésekor az orvosi kommunikáció nem volt félreértésre

okot adó, bár partnernek sem tekintették őt a klinikán,¹ de viszonylag hosszú volt a várakozási idő, amelyet a kezelés megtervezése miatt kényszerű tehetetlenségben kellett töltenie. Kliensem, bár ismerte a betegségét – önvédelemből – a tagadással próbálkozott, annak érdekében, hogy feldolgozhassa a helyzetet, majd alternatív gyógymódokhoz fordult: az interneten keringő információkat felhasználva vegyszerekkel és természetgyógyászati készítményekkel próbálta meg „kúrálni” magát.

Ahogy közeledett a műtét időpontja, a kliensem többször is kizökkent az addigi hangsúlyozottan udvarias, modoros stílusából, mivel beszélgetéseink közben több alkalommal is véletlenszerűen tegeződésre váltott, és többször is megérintette a vállamat a kezével, tehát láthatóan kereste a személyes kontaktust, figyelmet. Ezekkel a nem tudatosan alkalmazott gesztusaival a szorongását próbálta csökkenteni, és a későbbi – műtétet követő – találkozásaink során sem a tegeződés, sem az érintés nem fordult többet elő.

Mindezeket együtt úgy értelmeztem, hogy Ábelben a reménykedés és a düh vagy agresszió munkált nagyon intenzíven váltakozva. A műtét idejére a kliensem azonban végigjárta a veszteségfeldolgozási folyamat első fázisait: a tagadás fázisában elzárkózott a környezetétől, és kommunikációja a szokásosnál is szűkebb közlésekre szorítkozott, ám az egyértelmű és viszonylag gyors orvosi diagnózis nem tette lehetővé számára azt, hogy hosszabb ideig elhárítsa magától a betegséggel kapcsolatos információkat.

Figyelemfelkeltő volt ugyanakkor az, hogy a műtét előtti napokban a szobatársai panaszkodni kezdtek Ábelre a háta mögött, mert számukra idegesítő módon ismételtetett egyes témákat, és azért is, mert úgy tapasztalták, hogy csak akkor tisztálkodik, amikor orvoshoz készül. Ez az információ azért volt fontos, mert Ábel rendszerint kényesen ügyelt arra, hogy jó minőségű ruhadarabjaival, kifinomult gesztusaival, gondosan válogatott szavaival és hanghordozásával konszolidált úr benyomását keltse. A fokozódó elhanyagoltsága, a visszahúzóással és a beszűkültségre utaló, visszatérő témái depresszióról árulkodtak, amely a súlyos betegség kiváltotta krízis gyakori velejárója. A depresszió azért is valószínűsíthető volt az esetben, mert viszonylag hosszú ideig volt bizonytalanságban a diagnózis megszületése és a rá váró kezelések miatt, vagyis Ábel olyan életszakaszban volt, amikor *„a depresszió, a halmozódott veszteségélmények miatti visszahúzóds, az aktivitás, az erőfeszítések megtorpanása, az egészségesek hangos, boldog világától való távolmaradás lép előtérbe, a harc háttérbe szorul”* (Hajduska 2012: 160). Ábel tehát ebben a helyzetben a távolságtartással és a számára megerősítést jelentő témák újra és újra felidézésével próbált védekezni a kiszolgáltatottságával való szembe-süléstől, a depressziója pajzsot jelentett számára a veszteségek szaporodása ellen.

¹ A hajléktalanság ténye az egészségügyi ellátás során a páciens dokumentációjából rendszerint egyértelműen kitűnik, mivel a tb-jogviszony lekérdésezésekor a hajléktalanság, mint a jogviszonyt megalapozó körülmény, szerepel az OEP nyilvántartásában. Tapasztalataim alapján orvos- és intézményfüggő, hogy a hajléktalanellátásban éri-e hátrányos megkülönböztetés, esetleg megalázó bánásmód (nem megfelelő kommunikációs és vizsgálati módszerek alkalmazása) az érintetteket.

A beszűkült gondolkodásmód a testi-lelki sérthetetlenség elvesztésével egy időben jelentkezett a kliensemnél. Amint azt a hasonló krízishelyzetekkel kapcsolatban a szakértők is megállapítják, a kliensem esetében nem tekinthető rendkívülinek, hogy beszűkültek az emberi kapcsolatai, ő maga is beszűkült – a kommunikációját tekintve – a panaszokra, a betegségekre, a kezelésekre és a mindennaposság vált szorongást a passzivitás és az örömtelenség kísérette (Hajduska 2012).

A szakirodalomban ismert tény az (Buda 1994), hogy a súlyos betegekre jellemző sajátos nehézség a közelgő vég lehetőségével – vagy ismeretével – való szembenézés, ami esetenként akár kommunikációs zárlatban is megnyilvánulhat. Ez a haldoklás vagy vesztésgfeldolgozás első fázisával rokonítható lélektani jelenség a tagadás mechanizmusához hasonlóan érvényesül: a súlyos beteg személyek az aggasztó fizikai tünetek észlelését szeretnék ily módon semmissé tenni.

A beszűkülés oka, hogy az érintetteket a saját belső küzdelmük – érthetően – megterheli, és nem képesek megfelelően figyelni a külvilágra, valamint az emberi kapcsolataikra, mivel többnyire szeretnék a környezetük elől eltitkolni a sérülékenységüket. A kommunikációs zárlat első szintje megnyilvánulhat az orvosok kerülésében, az egészségügyi teendőkötől való szorongásban, azonban felszabadító hatású lehet, ha ebben a fázisban mégis sikerül valakivel megosztani a félelmet. A beszűkülést ugyanakkor a kliensem esetében nemcsak a betegsége, hanem az időződés is előidézte (Buda 1994: 253), így ezek a körülmények együttesen erősítették a sztereotípiákra és érzelmi beszűkülésre való – meglevő – hajlamát. A merevség és a sztereotípiák a kliensnél idejét múlt szociális viselkedésformákban (kézcsók, szertartásos üdvözlés, pipázás stb.), valamint meghatározott reakciók és kifejezések (gyógyszerlobbival kapcsolatos gondolatok) ismétlődésében nyilvánultak meg. A kliensnél jelentkező depresszió is értelmezhető mind a betegséggel való szembenézés, mind az időződés velejárójaként, mivel az esetlegesen kialakuló *„krónikus betegség az idők között szinte törvényszerűen fokozza az érdeklődés befelé fordulását és a beszűkülést (...) nagyon gyakran maga a krónikus betegség a vesztésgérzés forrása”* (Buda 1994: 253). Mindezek miatt – és különösen a saját kommunikációs rugalmasságának elvesztése után – a lelki egyensúlya fenntartásának fontos eszköze volt a kliensem számára a segítő kapcsolatunk, vagyis az, hogy olyan kommunikáció részese lehetett, amelyben empátiával fordultak hozzá. A kliensem esetében nemcsak a verbális kommunikációnak, hanem az empátiás jelenlétnek is nagy jelentősége volt, ezért találkozásaink során tudatosan igyekeztem alkalmazni a látható ráhangolódás nem verbális jelzéseit,² és fokozottan figyeltem a kliensem nonverbális kommunikációjára (sóhajtasok, görnyedt tartás ülés közben, a szemkontaktus időszakos kerülése, a pipázás módja stb.).

² Lehetőség szerint odafordulva, nyílt testtartással hallgattam, igyekeztem folyamatos szemkontaktust tartani vele stb.

A krízishelyzet feldolgozása és speciális jellemzői

A témával foglalkozó szakirodalmak alapján megállapítható, hogy a férfiak – a nyugat-európai kultúrkörben – öt tipikusnak számító megküzdési módot alkalmaznak a veszteségek feldolgozására. Az első esetben a fájdalmukat nem hozzák a környezetük tudomására, kommunikációjukban sem utalnak az őket ért veszteségre, mivel a sebezhetőségük látszatát csak így képesek fenntartani saját maguk és mások szemében. Ennek a megküzdési stratégiának a „továbbfejlesztése” az, amikor – másokat kímélve – mintegy rejtetten, az egyedüllétet fokozottan igényelve, visszahúzódva élnek a veszteséget jelentő esemény bekövetkezése után. Ez a magatartás feltűnő figyelmességgel párosulhat, amely a környezet számára esetenként meglepő lehet vagy modorosnak tűnhet. A további megküzdési módok között tartják számon azt, amikor a férfi fokozott aktivitásba kezd annak érdekében, hogy a veszteségérzése felett kontrollt nyerjen, illetve azt is, amikor ez az aktivitás olyan mértéket ölt, hogy az érintett minden percét betölti valamely tevékenységgel, mintegy arra törekedve, hogy ne adjon időt magának a veszteség megélésére – végső esetben a fájdalom elnyomására a függőségekbe menekülést is alkalmazhatják. A jelen segítő kapcsolatban a kliensem által választott megküzdési technika miatt kiemelt fontossága volt a csendnek, a visszafogottságnak és a sürgetésmentes kommunikációnak, vagyis az aktív hallgatásnak, amelyet Carl Rogers is hangsúlyozott a kliensközpontú elméletében. A rogersi megközelítés szerint ugyanis a segítő kapcsolatban az elfogadás, az empátikus megértés és az ún. kongruencia megléte szükséges ahhoz, hogy a kliens biztonságban érezze magát, és ezek azok a feltételek is, amelyek a segítő és a kliens közti megértést megalapozzák. Amennyiben a segítő képes önmagát elfogadva nyitni a kliens felé, a kliens ezt megérzi, és képes lesz elfogadni magát a beszélgetés folyamán feltáruló egyre mélyebb rétegekben is (Rogers 2014: 87–90).

Rogers álláspontja szerint ebben a folyamatban a nondirektivitás is nélkülözhetetlen. A direktivitas ugyanis blokkolhatja a klienst, ha az a kérdésben, továbbá a kliens és a segítő közti kommunikációban erősen megnyilvánul (pl. a kérdésben, a vélemény kinyilvánításában, az erkölcs emlegetésével stb.). A nondirektivitas segítségével viszont a kliens a segítő biztonságot sugárzó jelenlétében, de külső kényszertől mentesen, a saját teherbírása szerint járhatja be a saját belső világa útjait, *„Azt látja meg, azt tárja fel, ami amúgy is benne van, csak nagyon mélyen. Önmagához kerül közelebb egy felajánlott, biztonságos, elfogadó és nem irányító közegben”* (uo.: 75).

Az értő figyelem különösen nagy hatású lehet a gyógyíthatatlan betegséggel együtt élő kliensek – így Ábel számára is. Ez a megértés, az empátiával és a kongruenciával párosulva a feltétlen bizalom lehetőségét kínálja a kliensnek – találkozásaink során jól nyomon lehetett követni, ahogy a kezdetben modoros és a végletekig tartózkodó férfi az általa választott szerepek álarcából kibújva felvállalta

a fizikai szenvedés miatti félelmeit, és a segítő kapcsolat segítségével megpróbálta feltérképezni a saját magában és környezetében található erőforrásait.³

A kliensem esetében a hozzátartozói elvesztése és a saját gyógyíthatatlan betegsége okozta veszteségekkel való megküzdési mód a tapintatossággal párosuló visszahúzódás volt. A fizikai aktivitás fokozására az életkörülményei miatt nem volt lehetősége – ugyanakkor az egész napját betöltő internetezését tekinthetjük egyfajta szellemi elfoglaltságra törekvésnek, amivel szintén lehetőséget próbált magának adni arra, hogy ne kelljen szembesülni a realitással. Esetében a függőségbe menekülés szintén nem volt elérhető megoldási mód, mivel az anyagi helyzete nem tette lehetővé számára, hogy rendszeresen alkohollal vagy – a korábban általa rekreációs céllal használt – marihuánával éljen.

A kialakított segítő kapcsolat során a gyakorlatban is megismerhettem, hogy a férfiak milyen sajátos megküzdési eszközök alkalmazásával próbálnak úrrá lenni azokon a veszteségeiken, amelyek kapcsán a hagyományok és a sztereotípiák miatt nem lenne illendő – férfiként – kimutatni az érzéseiket még a legszűkebb környezetük előtt sem. Éppen ezért a klienssel folytatott beszélgetéseink egy részében – a jegyzőkönyvekből nem feltétlenül érzékelhető módon – nagy szerepe volt a testbeszéddel is kifejezett „értő hallgatásnak.” Ez azt jelentette, hogy több alkalommal is elég volt egy-egy tekintet, egy-egy váraozásteli „csendszünet” ahhoz, hogy kliensem mintegy kérdés nélkül feltárja az őt leginkább nyomasztó problémáit. A ráhangolódásban az is segítségemre volt, hogy a beszélgetéseket vagy a kliens betegágyánál ülve, vagy a lábadozó udvarán, a kihelyezett székeken, dohányzás közben folytattuk, tehát a kis tér keltette közelség kedvezett annak, hogy a kliens biztonságban érezze magát.

Mindezek alapján végül a kliensem elfogadta azt a lehetőséget, hogy a segítő kapcsolatunk keretei között szerepjátszás és szégyenkezés nélkül megbeszélheti velem az aktuális kétségeit és a félelmeit. Ez a folyamat hozzájárult ahhoz is, hogy megpróbálta megtalálni és kiépíteni a számára elérhető megküzdési eszközöket, így megszervezte, hogy a kórházban meglátogassa egy számára fontos személy (a „keresztlánya”), és azt is elérte, hogy megnyugtatóan kielégítse a betegségével kapcsolatos személyes fizikai szükségleteit – vagyis csak annyit tartózkodjon a kórházban, amennyi feltétlenül indokolt volt. Végül ahogya a kontrollvizsgálatok eredményei javultak, csökkent a beszélgetéseink gyakorisága és időtartama is, és a személyes közlendőket a semleges témákat érintő gondolatai váltották fel.

Az általam felkínált segítő kapcsolat azért is erőforrást jelenthetett a kliensem számára, mert daganatos beteg volt, azonban betegségéről a lábadozóban senkivel sem tudott és valójában nem is kívánt párbeszédet kezdeményezni. Ennek oka

³ A kliens részéről kialakuló bizalom legbeszédesebb jelének tartom, amikor például a beszélgetésünk során többször is tegezésre váltott, amelyet azonnal, szabadkozva, korrigált, továbbá ezzel egy időben meg-megérintette a vállamat, ami miatt szintén elnézést kért. Mindezek csupán egy alkalommal fordultak elő, az ezt követő találkozásokon viszont a betegsége legkínzóbb fizikai tüneteiről is beszélni kezdett Ábel.

az volt, hogy az egészséges emberek többségének a rák és a halál tabu fogalmak. Ahogy Buda Béla megfogalmazta:

„...tabu témák akkor is léteznek egy társadalomban, ha nem vallás vagy ideológia írja elő, miről nem szabad beszélni. Maga a közvélemény, a közhangulat is kialakít rejtett tilalmakat. Ilyenkor általában az énvédő mechanizmusok tágulnak ki társadalmi méretűvé, olyasmiről illik ilyenkor hallgatni, ami az átlagembert szorongással töltené el, ami benne félelmet keltene, mert eszébe juttatná, hogy ilyesmi vele is megtörténhet.” (Buda 1994)

Kliensem számára ezért valódi segítséget jelentett, hogy a találkozásaink alkalmával olyan elfogadó közeget teremtettünk a lábadozó kevésbé otthonos falai között is, ahol félretehetette a szégyenérzetét, vagy teret engedhetett a veszteségei, kudarcai miatti fájdalmának. A segítő beszélgetések tehát alapvetően hozzájárultak ahhoz, hogy Ábel át tudta tekinteni élete fontosabb fordulópontjait, és szembe tudott nézni az előtte álló időszak megpróbáltatásaival.

Összegzésként megállapítható, hogy a mentálhigiénés segítő tevékenység, a segítő beszélgetések felkínálása lehetőséget nyújtanak a betegek számára, hogy ne kizárólag az állapotukkal járó fizikai szenvedés elviseléséhez keressenek segítséget, hanem a lelki gondjaikról is beszámolhassanak. A támogató kapcsolatokkal nem, vagy kismértékben rendelkező, rossz egészségi állapotú hajléktalanok esetében a mentálhigiénés kísérésnek kulcsfontosságú szerepe lehet az érintettek gyógyulásában és a rehabilitációjukban. Az egyéni segítő folyamatok során a szakemberek az elfogadó attitűdjük és a hiteles jelenlétük által olyan biztonságos közeget teremthetnek a krízishelyzetben levő kliens számára, amely ösztönözheti őt arra, hogy felmérje – és szükség esetén újra előhívja – a saját belső erőforrásait, aktívan kapcsolódva ezzel a hajléktalanellátásban, és különösen a lábadozóknak vagy egészségügyi intézményekben dolgozó szociális munkások által végzett gondozási tevékenységhez.

Irodalom⁴

- Atkinson, Richard C. – Hilgard, Ernest: *Pszichológia*, Osiris, Budapest.
- Bakos Péter (összeáll.) (2006): *Az egészséghez való emberi jog: az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon*. FEANTSA. http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_document&arg=1199&cle=b879839a426adebe68f0067ee4241a7006d9cb34&file=pdf%2Fhun_health_report-2.pdf.

⁴ Az elérhető internetes hivatkozások utolsó letöltésének dátuma a kézirat lezárásának időpontja: 2015. 10. 09.

- Breitner Péter (1999): A hajléktalanná válás lépcsőfokai. *Esély*, (10), 1, 84–108. http://www.esely.org/kiadvanyok/1999_1/hajlektan.pdf
- Buda Béla (1994): A haldoklás és a halál mentálhigiénés aspektusai In uő: *Mentálhigiéné*. Budapest: Animula, 470–506. <http://www.budabela.hu/dokumentumok/onallokotetek/mentalhigienetext.pdf>
- Castel, Robert (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig – a kiilleszkedés pokoljárása. *Esély*, (10), 3, 3–23. http://www.esely.org/kiadvanyok/1993_3/anelkulozestol.pdf
- Hajduska Marianna (2012): *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kozma Judit (2003): A szegénység pszichológiai vonatkozásai. *Esély*, (14), 2, 15–30. http://www.esely.org/kiadvanyok/2003_2/KOZMA.pdf
- Rogers, Carl (2014): *Valakivé válni*. A személyiség születése. Budapest: Edge 2000 Kft.
- Siba-Rohn Hilda – Siba Balázs (2013): Élettörténetek találkozása. *Embertárs*, 3, 275–289. http://ujember.hu/wp-content/uploads/2015/05/14_Siba_Siba.pdf