

A gyógyító seb

A lelki egészség megőrzésének és fejlesztésének kérdései a segítők körében

Jelen tanulmányunkban a *gyógyító seb* metaforájának alkalmazása révén a segítők lelki egészségét illető kérdések feltárására és elemzésére vállalkozunk. A sokunk számára talán meglepő cím egy sokdimenziós oximoront rejt: a gyógyító seb paradoxonát. Tulajdonképpen kiindulópontunk szerint egy lehetséges sajátos nézőpontból leginkább azért és azáltal válhatunk *elég jó* segítővé, mert a sebek, amelyek valaha életünk során érték bennünket, személyes és szakmai növekedésünk jelentéssel teli, funkcióval bíró tárgyává válnak. Ennek a folyamatnak az alapkérdéseit és dinamikai sajátosságait kívánjuk körüljárni, különféle professzionális és tudományos elméletek segítségével.

A gyógyító seb oximoronja számunkra öt dimenziót rejt. Az első az a kérdés, az a belső hajtóerő bennünk, amely arra ösztökél, hogy segítőt professziót válasszunk hivatásul. A fiatalokkal folytatott pályaszocializációs beszélgetések központi tematikai elemeként jelennek meg az altruizmus és a humanisztikus beállítottság, az emberbarátság témakörei. Általában nem kerül szóba az a valódi, mély motiváció, hogy tele vannak „megoldásra váró kérdésekkel” – azaz problémákkal! –, és olyan reményekkel, amelyek szerint „alapos” tanulmányaik során választ kapunk majd ezekre a kérdésekre. Elvégzünk egy három-, öt-, hatéves képzést, szociális munkások, pszichológusok leszünk, elmegyünk doktori képzésre, terapeutaképzésre, szakirányú továbbképzésekre, szupervizorok leszünk, járjuk a szakmaspecifikáció lépcsőit, módszerspecifikus szakemberekké válunk, egy-egy elmélet, illetve módszertan „hívóív”, elkötelezett praktizálóivá. Ekkortájt jövünk rá arra, hogy a valódi, mély válaszok a kérdéseinkre mégsem feltétlenül ezekben a tanulmányokban rejlenek-rejlettek.

Szakmai személyiségünk és önazonosságunk struktúráit, tematikáit szintén elsősorban „sebeink” keletkezésének és gyógyulásának élménye alapozhatja meg. Így a személyiség fejlődésébe ágyazott magánélet és a professzionalizáció egymásba fonódva rétegződve alakítja ki azt a sajátos, egyedi szövetet, amely minden korábbi személyes élményünk hordozója.

*

Sebeink harmadik hasznosítási lehetősége, ahogyan előbb-utóbb eljuttat bennünket végül saját gyógyítóinkhoz. Olyan potenciális hatásrendszert köszönhetünk nekik, amelyekben az optimálisnak tekinthető impulzusok révén korrekatív, illetve fejlesztő kontextusokba kerülhetünk. Gyógyítóink lehetnek professzionális, illetve paraprofesszionális segítők, akik révén saját önismeretünk mélyítésével, önnön belső lélektani kérdéseinkkel, azok megosztásával mélyebb megértésre tudunk jutni.

A negyedik dimenziót akkor tapasztalhatjuk, amikor a seb reflexiós ponttá válik. Minden magunkban hordozott kérdés, a gyógyulás, majd a fejlődés folyamata is viszonyítási

pontot képeznek bennünk. Amikor mások életének fejlesztését vagy gyógyítását végzük, közreműködünk ebben, akkor fontos és erőteljes sugallatot vagy intuitív képességet fog megalapozni bennünk ez a seb.

A határok kifejezésével, illetve kijelölésével az egészséges–beteg, sérült–gyógyult vagy a gyógyíthatóság–gyógyíthatatlanság képi metaforájává válhatnak sebeink. Az ötödik dimenzió tehát arról szól, hogy a gyógyító seb milyen képi metaforává lényegülhet bennünk, s az hogyan táplálhatja azt a hitet, amelynek révén a gyógyulás, a gyógyítás folyamatában részt vevő szereplők világában megjelenik. Ennek segítségével válik lehetővé az, hogy képessé válunk a közvetítésre, a mély elkötelezettség és hit közvetítésére. A negatív élethelyzetben, a lélektani krízisben vagy súlyos mentális megbetegedésben is van lehetőség a felépülésre és az élet folytatására, akár egy magasabb szinten is, a krízis, a trauma átélését követően.

Kézdi Balázs¹ a mentálhigiéné történetileg tagolódó paradigmái leírásának kidolgozója. Ez egy nagyon összetett, ugyanakkor jól strukturált elmélet. A múlt század közepén, amikor a prevencióról a promócióra, tehát a betegségek megelőzéséről az egészség fejlesztésre helyeződött a hangsúly, a lelki egészség kiemelten fontos témakörre vált. A mentálhigiéné fokozatosan kikerült a „pszichiátria szolgálóleánya” státuszából, s egy sokkal komplexebb területté vált, mégpedig a szociológia, a szociálpolitika, a pszichológiatudomány és egyéb tudományágak révén növekedett interdiszciplináris beágyazottsága. Amiért ez szignifikáns tudománytörténeti motívum, az annak a szemléleti megközelítésnek a térhódítása, amely szerint nincs lehetőség minden esetben a megelőzésre. Sőt az a gondolat is teret kapott, amely azt állította, hogy a megelőzés valójában a lehetőség elvétele a személyiségtől, olyan kihívást jelentő, potenciálisan fejlődést hozó élet események interpretációjának és hasznosíthatóságának korlátozása, amelyek valójában belső, lélektanilag fejlődést hozó megelégekhez és megértésekhez juttathatnának el bennünket, s amelyek révén tulajdonképpen saját személyiségünk érhet, növekedhet. Elsősorban a krízis promotív aspektusáról beszélünk, ami azt jelenti, hogy a krízis hatására a személyiség magasabb szinten integrálódik, azaz a krízis által megbontott személyiség fejlettebb-érettebb állapotba jut.

A második világháború után elinduló folyamat végül a WHO chartájával² a nyolcvanas évek közepén válik deklarálttá, és erősíti azt a megközelítést, miszerint az emberek saját életük kovácsai, és közvetlenül, tehát nem csupán passzív elszenvedőként vehetnek részt saját lelki egészségük fejlesztésében. Az egészségpromóció e dokumentum tükrében egyének és közösségek tanulási folyamata, amelynek megvalósulásához információkra, innovációra, készségekre és erőforrásokra van szükség.

Ugyanezt a megközelítést hangsúlyozza Kelemen Gábor³ is, aki az egészségtanulás fogalmát vezeti be a lelki egészség kérdéséről zajló tudományos diszkusszióba. Korábban az egészségnevelés fogalma és koncepciója volt a pedagógia, a szociológia és a pszichológia által művelt terület, ami aztán az egészségpszichológiában, egészségpszichológiában

1 KÉZDI B.: A mentálhigiéné paradigmáiról, in BAGDY E. (szerk.): *Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás*. Animula, Budapest, 1999. ■ 2 Az ottawai nemzetközi egészségfejlesztési konferencia (1986. november 17–21.) adta közre a *Lépés egy újfajta népegészségügy irányába* című chartáját. ■ 3 KELEMEN G.: *Egészségtanulás és rehabilitáció*. LAM, 2007/3., 250–253.



manifesztálódott. Kelemen egészségtanulás-fogalma szakmai tapasztalatokon, külföldi modelleken és módszertani eredményeken nyugszik; szerinte a régi egészségnevelés emberképéből szinte hiányzott az önbizalommal, önértékeléssel és az önmagával törődés képességével rendelkező személy képe. Az egészségtanulás azonban az ön- és kölcsönös segítséget a szakértői munka egyenrangú alternatívájának tekinti. Eme új, dinamikus egészségfogalom szemléletében az ember egészségét nem adottságként, hanem kölcsönösséget, kritikussá gondolkodást igénylő, szociális fejlődési és tanulási folyamat által elért és fenntartott képességként határozza meg, amely alapvetően különbözik az egyirányú és oktató típusú egészségneveléstől.

Az említett egészségtanulási koncepcióból két fontos elemet emelnénk ki. Az egyik az önmagunkkal törődés foucault-i definíciója, amelynek hazai szakmai interpretációja szintén Kelemen professzor munkásságához köthető. Szupervíziós csoportokon megélt egyik fontos tapasztalatunk, hogy az önmagunkkal törődés aktusán keresztül tudunk olyan élményekhez, belátásokhoz és megértésekhez jutni, amelyekkel lényegében a kiégés megelőzésén, a berozsdásodás csökkentésén vagy megszüntetésén túl a saját személyes lelki fejlődésünket is tudjuk támogatni. Ezen a ponton emelnénk ki azt az evidenciának tűnő gondolatot is, hogy nagyon fontos: ne kizárólag a kliensünk, a munkánkban érintett szereplők, hozzátartozók számára legyen hasznos az, amit csinálunk, hanem a magunk számára is. Ebben az előadásból készült tanulmányban számunkra a feladat nem csak az, hogy a hallgatóknak vagy az olvasóknak adjunk valamit, ami talán érdemes arra, hogy meghallgassák, befogadják, végiggondolják, inspirálódjanak általa, új szempontot kapjanak, megértésre jussanak tőle, vagy olyan hatás érje őket, amelynek révén mélyebben tudják értelmezni a témakör kulcskérdéseit. Az is fontos, hogy én személyesen jól érzem magam. Jól érzem magam abban a pillanatban, amikor készülök az előadásra, vagy akkor, amikor azt előadom, illetve tanulmányba próbálom önteni. Megélni, jelen lenni igyekszem, s nem azt a pillanatot várom, amikor mindezen túl leszek. Természetesen mindannyian ismerjük a „bárcsak túl lennék rajta” állapotát, ám ez nem támogatja azt, hogy az adott helyzetben való megélésünk minél teljesebb legyen. Kelemen egészségtanulás-koncepciójából a szalutogenetikus megközelítés írja le találóan az eddigieket. Eredetileg Aaron Antonovsky⁴ nevéhez fűződik ez a kiváló, az egészség eredetével foglalkozó egészségpszichológiai megközelítés. E koncepció szerint gondolkodva elsősorban nem arra vagyunk kíváncsiak, mitől leszünk betegek, hanem arra, hogy mitől maradunk egészségesek. Hétköznapi analógiát keresve ez éppen olyan, mint amikor ugyanattól az apától és anyától születő három gyermek is teljesen különböző személyiséggé válik, holott a társadalmi, gazdasági, pszichoszociális, környezeti, az elsődleges szocializációs hatások, nevelési elvek és így tovább majdnem azonosak mindhármójuk esetében. Érdemes végiggondolni, vajon mi az, ami segít engem abban, hogy erős, egészséges, jól működő személyiség legyek. Ez az alternatíva eredetileg medicinális megközelítés, ami az egészséggel és a jóllét tényezőivel, azok növelésének lehetőségeivel foglalkozik. Az Antonovsky-féle kutatások – amelyek aztán azóta folytatódtak – területi, társadalmi,

4 A. ANTONOVSKY: *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-being.* Jossey-Bass, San Francisco, 1979.

kulturális, nemzeti-etnikai különbözőségeket is próbáltak azonosítani. A kutatások kulcsfontosságúnak tartják a koherencia érzését, a jelentőségteliség (*meaningfulness*), a kezelhetőség (*manageability*) és a megérthetőség (*comprehensibility*) fogalmait és jelenségeit, amelyek a koherenciaérzésben, a jóllét legfontosabb tényezőjében szerepet játszanak. Összegezve tehát a szalutogenezis olyan alternatív medicinális koncepció, amely nem a betegség okaival, hanem a jóllét (*well-being*) növelésének tényezőivel foglalkozik, s azt vizsgálja, miképpen lehetséges, hogy a stressznek és megpróbáltatásoknak kitett emberek egy része nem roppan bele a stresszhatású eseményekbe, hanem egészséges marad. (Ezt a jelenséget a pszichológiatudomány a reziliencia témakörében vizsgálja, e tekintetben érdemes mélyebben megismerni Kiss Enikő Csilla kutatásait.) Hasonló kérdésekre épül Marie Jahoda⁵ modellje a pozitív egészség koncepciójáról, amely lényegében a szalutogenetikus megközelítés egyik előfutára. Jahoda a megfelelő önképet, a fejlődésre való készséget, az érzelmi érettséget, a konfliktus kezelésének képességét és a külső-belső világ közötti egyensúlyt tartja kulcsfontosságúnak az egészség fejlesztésében, fenntartásában, megőrzésében és a betegségek csökkentésében.

A terapeuta mint segítő szakember feladatairól szól Buda Béla⁶ több kiváló írása. A terapeutai funkciókat a következőkben foglalja össze: figyelő, törődő, érzelmi és gyakorlati támaszt nyújtó emberi találkozások szolgálója, hiteles, empatikus, modell és referenciaszemély, partner, akivel az emberi kapcsolatok problémái újraélhetőek és feldolgozhatóak, és a szeretet tárgya. A hitelesség témakörét emeljük ki, mégpedig azért, mert véleményünk szerint a legfontosabb nem specifikus hatótényező a terápiás munkában az, hogy mennyire vagyok hiteles, mennyire érzékelnek engem hitelesnek, amikor bármilyen szakmai tevékenységet végzek. Ennek a hitelességnek különböző dimenziói azonosíthatók: a legfontosabb az, hogy képesek legyünk összhangba hozni azt, amit gondolunk, amit érzünk, amit mondunk, és ha ez a három képes kiegészülni azzal, amit teszünk, akkor ez a négy dimenzió együttesen eredményes nem specifikus terápiás hatótényezőként tud funkcionálni. Fontosabb ugyanis, hogy a terápiás munkában hiteles legyek, mint hogy bármilyen tanfolyamot, iskolát, fokozatot vagy új módszert, könyvet, külföldi továbbképzést, kvalifikációt abszolváljak. Kisebb, illetve alacsonyabb elméleti felkészültségű szakember eredményesebben tud működni, ha ezt hitelesen teszi, mert összhangba tudja hozni a belső és külső valóságot alkotó tényezőket.

Nagyon hasznos Virginia Satir⁷ világhírű családterapeuta hitelességkonceptiója. A szerző szerint három szintje van a hitelességnek. Az első, amikor én magam elfogadom saját érzelmeimet, és ezeket képes vagyok kimutatni, kifejezni, megosztani másokkal, ugyanakkor képes vagyok arra is, hogy valamelyest kontrolláljam őket. A második szint, amikor az egész lényemmel harmonikus kapcsolatba kerülök, ebbe beleértve a fogatékosságaimat, a hiányaimat, a vakfoltjaimat, az értékeimet, az erőforrásaimat,

5 *Current Concepts of Positive Mental Health – Report to the Joint Commission of Mental Health and Illness*, NY Basic Books, New York, 1958. ■ 6 BUDA B.: *Keretek, stratégiák, műveletek a lelki segítségben – A tanácsadás és a pszichoterápia struktúrái és feltételei*, Kézirat. UÓ: *A lelki segítség alapkérdései*, in KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*, ELTE, Eötvös Kiadó, Budapest, 2009. ■ 7 V. SATIR – J. BANMEN – J. GERBER – M. GÖMÖRI: *A Satir-modell – Családterápia és ami azon túl van*, Ursus Libris, Budapest, 2007.

a tartalékaimat, azokat is, amelyekről nem hiszem el, hogy léteznek. Az önmagammal való kiegyensúlyozott viszony, az önmagammal való harmónia másokkal és a világgal való kiegyensúlyozott viszonyt eredményez. A harmadik dimenzió beemeli a diskurzusba az univerzumot, a spiritualitást és a transzcendenciát. A hitelesség harmadik szintje tehát az, amikor az univerzummal és a bennünk lévő transzcendens életerővel is harmonikus kapcsolatba kerülünk. Nagyon fontos az a gondolat, hogy „ennek előfeltétele a lét, a szellem hatalmának tisztelete”.

A kongruencia az összhang megteremtésén és az integráció/összerendezettség állapotának elérésén kívül felerősíti és találkozássá, valódi *encounter*-élménnyé formálja a terápiás szituációt. A modellhatás révén egy önreflektív viszonyt mutat-valósít meg. Előfordulhat velünk az, hogy terapeutaként színházat játszunk. Léteznek olyan terapeuták, aki kiváló, eredményesek, sikeresek, népszerűek, de manírosak. Amellett, hogy minden tiszteletünk az övék, úgy véljük, a külső kellékek, amelyeket egy terapeuta, egy segítő, egy szociális munkás, egy orvos használhat a munkájában, sosem lehetnek fontosabbak annál az összhangnál, amelyet saját magában képes (vagy éppen nem képes) megvalósítani. Az önreflexió által tehát képessé válunk a különböző kognitív és emocionális tartalmak összehangolására és kommunikációjára.

*Carl R. Rogers*⁸ szerint a pszichoterápia szükséges és elégséges feltételei körében az egyik legfontosabb, hogy a terapeuta összhangban van, vagy legalábbis tud arról, ha éppen nincs összhangban. Legfontosabb fogalmai az önismeret, önfogadás, önfejlesztés, szelfaktualizáció és a parrézia,⁹ amely őszinteségben, bátorságban és szabadságban nyilvánul meg.

A *Wolfgang Schmidbauer*¹⁰ által leírt Helfer-szindróma szintén fontos elméleti háttér tematikánk szempontjából. A szerző által megfogalmazott tipológiában a „kalóz” típusú segítő a következőkkel jellemezhető: elmagányosodott, kiüresedett, szomorú, saját nemi identitásában, párkapcsolataiban sérült, rendezetlen, feldolgozatlan viszonyokkal-problémákkal, a kilátásokat messzemenően nélkülözi. E tipikus működési módban az érintettek mások életén keresztül élik meg saját hiányait, elégitik ki deficitesek intimitásszükségletüket. Az így megrajzolt jellem működése terápiás szempontból kifejezetten káros: olyan értékrendet és életszemléletet közvetít, amely nem válik a kliens hasznára. Rendkívül fontos figyelni önmagunkra és kollégáinkra, s próbáljunk tenni a kezelés érdekében. Szupervizorként talán könnyebb dolgunk van, mert akár vállalhatjuk is ezt a típusú nehéz és kényes konfrontációt, egyéni helyzetben, vagy egy team-, illetve csoportos szupervízió alkalmával. A segítővel folyó munkában az egyik legnagyobb kihívás, hogy miközben alapvetően mások lelkével, életével foglalkoznak – ahogyan erre Schmidbauer rámutat –, gyakorta viszolyognak saját problémáiktól és a saját személyiségükkel folytatott lélektani munkától.

Bagdy Emőke,¹¹ a témakör jeles hazai kutatója a szindrómás segítő tünetei közül a rejtett narcisztikus szükségletek megjelenését tartja dominánsnak. Ebben az esetben

8 C. ROGERS: *Valakivé válni – A személyiség születése*, Edge 2000 KFT., Budapest, 2014. ■ 9 A parrézia témaköréről bővebben: KELEMEN G.: *Átlendülés*, Animula, Budapest, 2011. ■ 10 W. SCHMIDBAUER: *Die hilflosen Helfer*, Rowohlt, 1977. ■ 11 BAGDY E.: Altruizmus, segítő hivatás, személyiség, in KÁLLAI J. – GÁL B. (szerk.): *Az első találkozás jelenségyvilága a segítő kapcsolatban*, Janus–Osiris, Budapest, 1999.

a segítő számára fontos az elismerés, a működésképeség birtoklásának tudata. Ilyenkor a segítő általában olyan keretet, kontextust hoz létre, amelyben a saját rejtett narcisztikus szükségleteit tudja realizálni. A második ilyen típus a „szorongó” segítő, aki gyakran érzi magát tehetetlennek és elégtelennek, önértékelése labilis, éppen ezért kell általában „fölül” lennie ahhoz, hogy el bírja viselni saját lelki működésének instabilitását, és ezzel tudja csökkenteni a benne folyamatosan jelen lévő relatíve magas szorongás-szintet. Az „imposztor”-szindróma konstrukciója azon a tapasztalaton, megfigyelésen alapszik, hogy a gyesről munkába visszatérő kismamák igen hamar feladják munkájukat. Szakemberek, szociálpszichológusok magyarázatai szerint a társadalom által hasznosnak és értékesnek ítélt munkavégzéstől való távolmaradás azt eredményezheti, hogy ilyenkor értéktelennek, elavult tudásúnak érezzük magunkat, egyfajta „imposztorként” nézünk önmagunkra. Ez az érzés sokszor eredője a fokozott szorongásnak, valamint a gyakorta elviselhetetlennek tűnő stressznek. Eme jelenség a segítőfoglalkozásuk körében is gyakorta azonosítható. Miközben a saját életében felmerülő kérdésekkel nem hajlandó, illetve nem képes érdemben foglalkozni – mert az viszolygást vált ki, és tehetlenségérzést okoz számára –, kénytelen vagy éppen kényelmesebb a „külső mások” problémáival, nehézségeivel törődni, ezzel pedig meg tudja őrizni vagy létre tudja hozni önértékelése stabilnak hitt alapjait. A Bagdy-féle tipológia negyedik pontja arról szól, amikor a segítő nem képes „lent” lenni, nem tud segítséget kérni, ugyanakkor az omnipotencia és az értéktelenség érzéseinek szélsőségei közt vergődik. Akár önkárosító mértékig túlhajszolja magát munkájában, végül intimitásnehézségeit és kommunikációs problémáit a szakma perfekcionista művelési igyekezete leplezi le. Ilyen esetben a saját érzéseimet a mások életében élem, s ezáltal mások narratíváin keresztül kerülök bele a világba, amelyekben meg tudom valósítani meg nem élt vágyaimat, késztetéseimet. Az önismereti munka azonban létrehozhat olyan találkozási kontextust a segítő szakemberek számára, aminek révén már nem lesz annyira ijesztő a mások életével való találkozás, illetve az abban való közvetett részvétel. Napjainkban már akár huszonegy évesen a munkaerőpiacra kerülhetnek fiatal segítőik, akik elméleti felkészültségükben kompetensek abban, hogy tanácsadási, esetkezelési, csoportvezetői, családkonzultációs munkát végezzenek. Ez nagyon ijesztően hangzik, ha kívülről nézem, bár mi magunk is valahol ott és akkor kezdünk.

A burnout-szindróma *Herbert Freudenberger*¹² nevéhez fűződő definíciója szerint a kiegészítő állapotát a fizikai, emocionális, mentális kimerülés, a reménytelenség és az inkompetencia érzése, a saját személyre, munkára vonatkozó negatív attitűdök és interperszonális distressz jellemzik. A *Wegscheider–Cruz-féle*¹³ tipológia a szakember kiegészítésének dimenzióit mutatja be: az érzelmi, a szociális, a testi, a mentális, a spirituális és az akarati dimenziók azok, amelyek együttesen és dinamikusan létrehozzák a kiegészítő folyamatát, mely négy lépcsőből áll: a lelkesedés, a stagnálás, a frusztráció és a visszavonulás állomásaiból. Azok a kihívások, amiket a szociális és az egészségügyi intézményi környezet létrehoz – az elégtelen jogszabályi környezet, a korlátozott pénzügyi

12 H. FREUDENBERGER – G. RICHELSON: *Burn Out – The High Cost of High Achievement – What it is and How to Survive It*, Bantam Books, 1980. ■ 13 S. WEGSCHEIDER–CRUZ: *Learning to Love Yourself – Finding Your Self Worth*, HCI, 1991.

megoldások, a forráshiányok –, a szakemberek számára frusztrációt és tehetetlenségérzést okoznak. Nagyon nehéz ebben a frusztrációban megtartani segítőt, nem véletlenül óriási a szakmát érintő fluktuáció.

A rendszer struktúrája, dinamikája szintén sok belső ellentmondást és feszültséget provokál, időben el kell kezdeni ezekkel a kihívást jelentő tényezőkkel érdemben dolgozni. Egy kutatás,¹⁴ amely egy onkológiai betegeket kezelő személyzet magatartását vizsgálta, rövid összefoglalást nyújt arról, hogy milyen módon hat a segítők az ilyen szélsőségesen nehéz helyzetű populációval való foglalkozás. A következő dimenziók jelentek meg a kutatás alapján: a felmerülő probléma figyelmen kívül hagyása, a kliens jelzéseinek elhárítása, arra hivatkozva, hogy ez más szakember kompetenciakörébe tartozik. Majd a páciens gondjainak trivializálása, vagy éppen a túl korán, a tényleges változás bekövetkezését megelőzően adott megerősítés. A megerősítés aktsa általában tökéletes hatást tud nyújtani, de amikor a páciens még nem tart a megfelelő szinten, és nem a megfelelő időben erősítjük meg, az akár az előző eredményeket is negligálhatja, visszavetheti, s nagyobb kárt is okozhatunk vele. A felelősség elhárítása, a túl gyors és felületes problémamegoldás, és ennek legszélsőségesebb megjelenési formája, a kliens elkerülése szintén a tünetek között jelentkeztek. A kimerülés és berozsdásodás jelensége is fontos tényező: a túlterhelt, túlstimulált segítő szakemberek is hajlamosak a kiégésre. A kimerülés ugyanakkor természetes és szükségszerű része az emberekkel folytatott munkának, hiszen folyamatosan használjuk a lelkünket, a gondolkodásunkat, figyelniünk, koncentrálnunk kell, és folyamatban gondolkodni: nemcsak az adott pillanatra koncentrálni, hanem a terápiás-esetkezelési tudatosság megvalósítása érdekében folyamatban, megelőző és elkövetkező lépésekben, cél-, feladat- és eredményorientáltan gondolkodni, és eközben képesnek lenni az aktuális feladatokhoz illeszkedő reziliens szerepműködésre. A nagy kérdés az, hogy mi történik akkor, amikor tényleg kimerülünk, hogy van akkor a család, a hétvégi ház és a bennünket körülvevő életvilág. Az ellenpólus, a berozsdásodás, azaz az alulstimulált munkatársak esetében jellemző állapot szintén jelentős szakmai intervenciót igényel. S meg kell említenünk, hogy vannak olyan segítők közöttünk, akik nem hívók, agnosztikusok, ateisták vagy nem nyitottak másféle alternatív, ezoterikus, spirituális, transzcendens, komplementer medicinális megoldásra, családjuk nincs, vagy kevésbé jól funkcionál, és sportolni sem szeretnek. Nagy kihívást jelenthet számukra eme természetes-spirituális támogató rendszerek nélkülözése, amely további kérdéseket vet fel a szupervízió nézőpontjából is.

*Maslach*¹⁵ kiégéskérdőíve olyan fogalmakat mér, mint a kimerültség, a deperszonalizáció, csak hogy a legfontosabbakat említsük. A deperszonalizáció az a jelenség, amikor az az érzésem van, hogy elveszítettem a kliensek egyediségével való kapcsolatot, lényegében – *Jeffrey M. Prottas*¹⁶ (1979) kifejezésével élve – „emberfeldolgozás” történik. A kiégés témakörét vizsgáló kutatások kiemelt jelentőséget tulajdonítanak a folyamatos támogató kontextus meglétének a segítő körül, így egy szakmai

14 BAGDY E. (szerk.): *Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás*, i. m. ■ 15 C. MASLACH – S. E. JACKSON – M. P. LEITER: *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1996. ■ 16 J. PROTAS: *People Processing – The Street-Level Bureaucrat in Public Bureaucracies*, Lexington Press, 1979.

közösségnek, a teamnek, amiben dolgozunk, az intézményi környezet vagy az interprofesszionális szakmai együttműködés hálózatának.

Több pszichopreventív lehetőség létezik a segítő személyiségének egészsége megőrzése, a kimerülés, kiegész megelőzése érdekében, amelyek Bagdy Emőke¹⁷ szintézisében a következőkben foglalhatók össze: a jól funkcionáló személyekkel való barátkozás, az elkötelezett kollégákkal való kapcsolat keresése, az észszerű elkötelezettség valamely segítő paradigma mellett, a stresszt csökkentő segítő technikák alkalmazása, a környezeti stressztényezők megváltoztatása, az önértékelés egyensúlya. Fontos a személyes önismereti, önfejlesztő és terápiás út vállalása, a szabadidő és a magáncélú idő tartalékolása, a kliensekkel való kapcsolat szabályozása, a reménység gondozása, valamint a szakmai tevékenység és személyiség időszakos szupervíziós támogatása.

A szerzők:

Mándi Nikoletta főiskolai docens (Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Vác)

Csürke József fejlesztő, tanácsadó, szupervizor (Metanoia Consulting Kft., Pécs)

17 <http://art.pte.hu/muveszetterapia/download/bagdy/segito-kapcsolat-pszichologiaja.doc>. Utolsó letöltés: 2015. 08. 31.

