

esély

2001/3

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

A tartalomból

A tartalomból

*Georg Vobruba: Szembenezés drasztikus társadalmi változásokkal –
amerikai és európai összehasonlításban*

Ligeti György: Hasadékok: valóság és jogszerűség a középiskolákban

Kozma Judit: Szociális diagnózis

KOZMA JUDIT

Szociális diagnózis

Jelen tanulmány a szociális diagnózisról szól. A *diagnózis fogalmán* – szűkebb értelemben – az esetekben fellelhető jellegzetességekről szóló azon megállapításokat értem, melyeket az eset kezdetén zajló feltárás alapján formulázunk meg, és amelyek kijelölik a beavatkozás (kezelés) irányát. A diagnózis tágabb fogalmába pedig besorolom a segítő kapcsolat kezdő szakaszának mindhárom fázisát: a feltárást/anamnézist, a problémák megfogalmazását (diagnózist) és a kezdeti fázist lezáró kezelési tervet (mely megalapozza a segítő kapcsolat középső szakaszának kezdő lépését, a szerződés-kötést). A következőkben olyan axiómákat írok le, melyek a szakszerű szociális munkás esetkezelését általában megalapozzák, némi rövid értelmezést, illetve megfontolásra érdemes felvetéseket fűzök hozzájuk, és esettanulmányokkal igyekszem őket illusztrálni. Az eseteket a fenti struktúra mentén (feltárás/anamnézis – diagnózis – kezelési terv) elemzem, és igyekszem bemutatni azokat az elméleteket is, melyeken a diagnózis alapul.

I. Bevezető

A tanulmány címét Mary Richmondtól kölcsönöztem, és nem véletlenül. Ő volt az első, aki leírta a szociális munka folyamatát, s ezzel lehetővé tette, hogy a századelő szociális munkásai szakszerűen dolgozzanak. A kompetencia ugyanis többek között abból ismerhető fel, hogy a szakember tevékenysége egy általános (minden egyes szociális munkás gyakorlatban fellelhető), szisztematikus elméleten alapuló struktúrát mutat. Mary Richmondnak még nem voltak szisztematikus elméletei, ezek később épültek be a gyakorlatba, de világosan látta, hogy a szakszerű gyakorlatnak vannak általános és közös jellegzetességei, amelyek megkülönböztetik a dilettáns tevékenységtől. Ma már vannak elméleteink, igaz, ezek cseppet sem összefüggőek, hiszen egyrészt több tudományból kölcsönözzük őket, másrészt a szociális munka saját elméleti bázisa meglehetősen szűkös. Talán emiatt kínlódunk

ma is ugyanazzal a problémával, amivel annak idején a szakma alapítói: hogy ugyanis a gyakorlati helyzeteket vizsgálva gyakran nem látunk rendszert és struktúrát abban, amit a szociális munkások, de még inkább a megfelelő képzés nélkül szociális munkát végzők csinálnak. Ez az élmény indította a dolgozat megírására. Ugyanis a struktúrát nélkülöző tevékenység alapvetően nem érvényesíti a szakma történetileg kialakult, hivatásbeli követelményeit, tehát nem segít, és még jó, ha nem okoz kárt. Megnyugtató, el szoktam mondani a károkozás lehetőségétől félő hallgatóknak, hogy általában nem okoznak túl nagy kárt, mert a szakszerűtlen gyakorlat eredményeképpen a kliens „csak” azt kapja, amit általában kap, tehát ha például általában el szokták utasítani a többiek, beleértve az intézmények képviselőit is, akkor azt az elutasítást kapja a hivatásos segítőktől is, amit a többiektől. De azt azért minden felelős szakember tudja, hogy cseppet sem megnyugtató, és nem is tisztességes, ha a kliens egy szakembertől sem remélhet megfelelő segítséget. Arról már nem is beszélve, hogy ilyen esetekben bizony a kliensek is joggal kérdezhetik: miért is kapjuk a fizetésünket?

Ez a tanulmány tehát erről a bizonyos, minden szakszerű gyakorlat mögött fellelhető, szisztematikus elméleten alapuló struktúráról szól. Az ilyesféle gyakorlat ma is ugyanúgy épül fel, ahogy azt Mary Richmond leírta: 1. az első lépésben a szociális munkások feltárják az eset jellegzetességeit, 2. a másodikban olyan megállapításokat tesznek, amelyek kijelölik a beavatkozási irányokat, azaz megfogalmazzák a problémákat, 3. a harmadik lépés ezek után a beavatkozási irányok meghatározása, 4. ezek után következik maga a beavatkozás. Az 1-2-3. lépést nevezem összefoglalóan Mary Richmond és sokan mások nyomán *szociális diagnózisnak*.

Hogy az eljárásnak ez a leírása kötődik a szociális munka medikális modelljéhez, az már a szóhasználatból is nyilvánvaló. Az eset jellegzetességeinek feltárását nevezhetjük anamnézisnek vagy vizsgálatnak, a beavatkozási irányokat meghatározó probléma-megfogalmazást – szűkebb értelemben vett – diagnózisnak, és a beavatkozás irányainak leírását kezelési tervnek. Azon lehet vitatkozni, hogy célszerű-e ezeknek a kifejezéseknek a megtartása, vagy sem, hogy jó-e a szociális munkás-gyakorlatra medikális kifejezéseket használni, holott ez nagymértékben eltér az orvoslástól. (Hogy mennyire és mennyiben tér el, azt a tanulmány későbbi részében pontosan látni fogja az olvasó.) Kérdés lehet, hogy vajon vissza kell-e térni a szakma kiselejtezett fogalmaihoz, amelyeket éppen azért selejtezték ki elődeink, mert egyrészt a segítő állította a gyakorlat középpontjába (mint fő problémamegoldót), másrészt túlzottan a hiányokra tette a hangsúlyt, és ez nem felelt meg a modern szociális munka alapelveinek. Szabad-e ilyen nagyképű kifejezéseket használni abban a tevékenységben, melyről a mai közgondolkodás is gyakran úgy vélekedik, hogy inkább „nagy szív” kell hozzá, semmint „nagy ész”? A kérdéseket szaporíthatnánk. Csak néhány érvet hadd említsek e kifejezések és az állítólagos „nagy-

képesség" védelmében. Először is nyugati kollégáink akkor selejtezték ki ezeket a fogalmakat, amikor az ezek által jelzett eljárás már minden gyakorló szociális munkásnak a vérévé vált. Ez nálunk még cseppet sincs így. Másodszor: a szociális diagnózis felállítása a klienssel együtt és vele egyetértésben történik, és abban az erősségeken kell lennie a hangsúlynak, s ez olyan axióma, amit mindig szem előtt kell tartanunk a diagnózis felállításánál. Továbbá: a szakma továbbfejlődésének egyik alapfeltétele, hogy növeljük a szakszerűséget a szociális munkában (ezzel remélhetőleg sikerül a közgondolkodást is megváltoztatnunk). És ráadásul nemcsak a mi érdekünk a szolgáltatások szakszerűségének javítása, hanem a klienseinké is, akik éppúgy megérdemlik a felkészült segítő munkát, mint más segítő szakmák – például az orvosok, az ápolók, a pszichológusok vagy a pedagógusok – kliensei. A bevezetés zárásaként, vállalva a demagógia vádját, megkérek mindenkit, aki olvassa ezt a cikket, hogy nézzen a saját lelkébe, és kérdezze meg magától, hogy kihez fordulna inkább segítségért súlyos bajaiban: egy hozzáértő, nagyképű profihoz-e, vagy egy jó szándékú dilettánshoz. Nem hinném, hogy csak az én élményem, hogy a pokolba vezető út is jó szándékkal van kikövezve.¹ Ha mégis volna olyan olvasója ennek a cikknek, aki nem ért egyet a szakszerűség emelésének feltétlen szükségességével, intsek őt mérsékletre a dolgozatban foglalt esetek, hiszen mindegyik példája annak, hogy a szakszerűtlen (hogy azt ne mondjuk, dilettáns) problémamegoldási törekvések nem a probléma megoldásának, hanem a problémának válnak a részévé, tehát növelik a bajt, ahelyett, hogy enyhítenék.

Jelen tanulmány tehát a szociális diagnózisról szól. A *diagnózis fogalmán* – szűkebb értelemben – az esetekben fellelhető jellegzetességekről szóló azon megállapításokat értem, melyeket az eset kezdetén végzett feltárás alapján formulázunk meg, és melyek kijelölik a beavatkozás (kezelés) irányait. A diagnózis tágabb fogalmába pedig besorolom a segítő kapcsolat kezdő szakaszának mindhárom fázisát: a feltárást (anamnézist), a problémák megfogalmazását (diagnózist) és a kezdeti fázist lezáró kezelési tervet (amely megalapozza a segítő kapcsolat középső szakaszának kezdő lépését, a szerződészkötést). A következőkben olyan axiómákat írok le, amelyek a szakszerű szociális munkás esetkezelést általában megalapozzák, némi rövid értelmezést, illetve megfontolásra érdemes felvetéseket fűzök hozzájuk, és esettanulmányokkal igyekszem ezeket illusztrálni. Az eseteket a fenti struktúra mentén (feltárás/anamnézis – diagnózis – kezelési terv) elemzem, és igyekszem bemutatni azokat az elméleteket is, melyeken a diagnózis alapul. Ezek az elméletek nem mindig azonosak a korábban, a szakirodalomban tárgyalt elméletekkel. Már ismert elméletek híján gyakran alkotunk magunk is elméleteket sok eset megfigyelése alapján. Erre is láthat példát az olvasó a dolgozat következő részében.

¹ Itt természetesen nem a baráti segítség leértékelésére törekszem. Mindössze annyit akarok mondani, hogy vannak olyan problémák, melyeknek megoldásához szakmai segítség kell, és nem elegendő – bár nagyon fontos – a jószándékú, laikus melléállás.

Bár az itt közölt eseteket szupervizorként vagy tanárként ismertem meg, mégis azért érzem indokoltnak itt említeni ezeket, mert a tárgyalta eseteket mindig a szociális munkás szemszögéből vizsgáltam, sőt, az olyan esetekben, amikor az intézményben nem dolgozott szociális munkás, szociális munkásként jártam el, csak egy sajátos felállásban. Ilyen az első eset, ugyanis az abban szereplő idősoththonban nem dolgozott szociális munkás (kivéve a vezetőt, aki viszont a menedzsmentügyekkel volt elfoglalva), a gondozónők mind az egészségügyi személyzethez tartoztak. Ha lenne az intézményben szociális munkás, neki ugyanezt kellett volna tennie.

Még egy megjegyzést kell tennem az esetek kapcsán. Az esetleírások, melyek a feltárás cím alatt szerepelnek, már nem fedik teljesen azt, ami a beszélgetésekben elhangzott, vagy amit esettanulmány cím alatt tanítványaim leírtak. Lényegesen tömörebbek az élőbeszéd vagy az esettanulmány szövegénél. A hely szűkössége miatt sok részletet elhagyok, sokszor csak a diagnosztikus pontokat írom le. Mindig szem előtt kell tehát tartanunk azt a tényt, hogy a tényleges feltárásnál rengeteg információ birtokába jutunk, és az esettel dolgozó szociális munkásnak kell az adathalmazból fókuszálással a klienssel együtt kibányásznia azokat a pontokat, melyek a diagnózis kiindulási alapjaként szolgálhatnak.

A fókuszálás az egyike a legnehezebb feladatoknak a segítő beszélgetés folyamán. Hogy milyen fókuszpontokat talál a segítő, azt nagymértékben meghatározza elméleti felkészültsége. Ez rám is jellemző. Én is csak azon elméletek alapján tudok dolgozni, melyekkel szakmai pályafutásom során megismerkedtem. Ezért elképzelhető, hogy az adott esetben más segítők más fókuszpontokat találtak volna. Az emberi helyzetek igen bonyolultak, sok jellemzőjükből kiindulva lehet hatékony kezelést kidolgozni. Ez természetes.

Még egy megjegyzés kívánczik a dolgozat elejére: Nagyon sok eset alapján alakítottam ki ezeket az axiómákat, de egyáltalán nem gondolom azt, hogy teljes a sor. Biztos, hogy én is találok még továbbiakat az elkövetkező években. Ha kollégáim más axiómákat tartanak mérvadónak a szociális esetmunkában, biztosan kész rá az Esély, hogy azokat is közölje.

II. Axiómák és esetek

1. A szociális diagnózis mindig a kliens és a környezet közötti kölcsönhatásra vonatkozik. A szociális diagnózisban ezért mindig külön diagnózist állítunk fel, és párhuzamosan avatkozunk be a kliens (kliensrendszer) és a környezet vonatkozásában. Ez igen gyakran egy nagyon bonyolult, sokszereplős összefüggésrendszer feltárását és változtatását jelenti.

Ez az axióma arról a sajátosságáról szól, amely elkülöníti a szociális munkások által felállított diagnózist minden másféle (orvosi, ápolói, pedagógiai, pszichológiai, ügyvédi stb.) diagnózistól. A diagnózis felállításakor minden esetben elemeznünk kell a *segítő(-k)* és a *kliens*, valamint a *mindkettőjükre ható társadalmi környezet kapcsolatát*. A segítő kapcsolat a kliens–segítő–társadalmi környezet háromszög kontextusában zajlik, ezért a háromszög egyes alkotóelemei közötti viszonyról szóló megállapítások a diagnózis szerves részét képezik.

A szociális munka mint segítő szakma sajátossága – amely elkülöníti más szakmáktól – az, hogy hangsúlyozza a kliens és a segítő partneri viszonyát, és a társadalmi környezetet is a beavatkozás tárgyának tekinti. A következő esettanulmány arra is világos példát mutat, hogy amennyiben a klienst nem tekintjük partnernek, harc vagy játszma alakul ki a kliens és a segítő(k) között. A partnerség fogalma tartalmazza a méltányosság mozzanatát, amelyet a legkiszolgáltatottabb helyzetben lévő – a következő esetben például mozgásképtelen – embertársunk is joggal elvárhat tőlünk, hiszen ezt szakmai etikánk világosan előírja.

Hogy a szociális diagnózis eltér minden más segítő szakma diagnózisától, annak egyáltalán nem mond ellent, hogy a diagnózis felállításakor használjuk a társtudományok ismeretanyagát a magunkéi mellett. Minden gyakorlati hivatás ezt teszi. A konkrét esetek mindig sokértelműek és többretegűek. A szociális munkások képzésében a sokféle tudásanyag pontosan a helyes diagnózis felállításában segít minket. A sokféle tudás teszi lehetővé, hogy az esetnek megfelelően más szakmák képviselőit is be tudjuk vonni a problémák megoldásába, vagy együtt tudjunk működni más szakmák képviselőivel azokon a helyeken, ahol „vendégként” vagyunk jelen, mint például az egészségügyben, az igazságügy területén vagy az oktatási intézményekben.²

A következő esetben például a diagnózis felállításakor értelmezési keretként Eric Berne játszmaelméletét (Berne, 1984) használtam, azzal a szociálismunkás-elmélettel együtt, hogy a szociális munka kiindulási pontját a kliens kielégítetlen szükségletei jelentik. A problémarendszer minden szintjéről (kliens, személyzet, kezelési rezsím) tettem diagnosztikus megállapításokat, és mindegyik szinten javasoltam kezelési lehetőséget.

² A szociális munkások szerepe (a szakma hivatásából következő integrációs szerep), holisztikus szakmai szemlélete, felkészítésük sajátosságai (a sok társtudományból származó ismeretanyag), a szerepnek nem megfelelő (nagyon alacsony) presztízs és a szolgáltatási rendszer súlyos hiányai tartják életben a szakmában a kompetenciahatárok kérdését. A kompetenciahatárok kérdése szerintem viszont sokkal könnyebben megoldható annak meghatározásával, hogy mi a szociális munkások szerepe, mint annak meghatározásával, hogy mit nem szabad csinálniuk.

1. esettanulmány

A következő esetet egy szociális szolgáltatóközpont vezetőiből alakult csoport egyik tagja, az idősothton főnővére hozta a szupervíziós ülésre. Az eset megbeszélésével szeretne volna elérni, hogy jobban tudja irányítani a beosztott gondozónőket, azok ugyanis már képtelenek voltak valóban humánusan gondozni azt a lakót, aki az esetben szerepel.

FELTÁRÁS (ANAMNÉZIS)

A gondozott 46 éves nő, aki sclerosis multiplexben szenved, ezért tíz éve ágyhoz kötött, azóta az otthon lakója. Családi kapcsolatai meglazultak, időnként a fia látogatja, aki még 10 éves volt, amikor anyja az otthonba került, és akit később a rokonok neveltek. A kliensnek a többi gondozottal nem sok kapcsolata van, egyedül lakik egy szobában, két lakót lehet megkérni néha, hogy meglátogassák, egyébként tévét néz, vagy nem csinál semmit, illetve ahogyan a főnővér mondta: „a gondozónőket egzecírozgatja és panaszkodik”. A gondozónőnek nyilvánvalóan ez az „egzecírozgatás” jelentette a fő problémát. A jelenet mindig ugyanúgy zajlott le: a kliens becsengette az ügyeletes gondozónőt azzal a panasszal, hogy fájdalmai vannak, „kényelmetlenül áll a keze”. Ekkor hosszadalmas műveletbe kezdtek, hogy a béma kéz „kényelmes helyzetbe kerüljön”. Olykor egy-egy órát is igénybe vett, amíg a gondozott megnyugodott, és a gondozónő elmehetett, hogy ellássa a többieket. Mivel egy kéz hosszadalmas, milliméterről milliméterre történő mozgása egyébként is idegőrlő feladat, és a gondozónőnek másik tizenkilenc ágyban fekvő gondozottról is gondoskodnia kellett, nyilvánvalóan egyre idegesebben és türelmetlenebbül igazgatott, és ha felhangzott a csengő, inkább már menekült volna, semmint hogy odaszaladjon. A gondozott ráadásul állandóan panaszkodott a vezetőnek, hogy nem bánnak vele rendesen, gyakran hosszú ideig kell csöngetnie, míg jön valaki. Ezt a vezető is látta, és utasította a gondozónőket, hogy menjenek be a gondozotthoz. Azok azonban ettől kétségbeestek, és a vezetőtől kérdezték, hogy mi lesz akkor a többi ágyban fekvővel. Ingerült jelenetek is lezajlottak, amikor például a gondozónő megtagadta az utasítás végrehajtását, elsorolva, hogy éppen mi mindent kell csinálnia. Gyakran végül a főnővér ment be, hallgatta meg a panaszokat és „igazgatta” a gondozott kezét.

DIAGNÓZIS

a) A gondozott sajátos viselkedése két alapvető szükségletet elégít ki: egyrészt a béma gondozottnak valóban mozgásra van szüksége, és ezt csak úgy érheti el, ha mozgatja a környezetét, illetve ha arra bírja őket, hogy mozgassák őt; másrészt szüksége van a társaságra, és a sajátos viselkedéssel úgy oldja fel magányát, hogy ennek tartalmát és időtartamát ő maga határozza meg. A szükséglet érthető, sőt elmond-

hatjuk, hogy a kliensnek joga van mozogni, és joga van a társasághoz is. A problémát nem a szükséglet jelenti, hanem a kielégítés módja. Ugyanis a kliens csak úgy tudja kielégíteni jogos szükségletét, ha a fenti módon harcol érte. Ez a mód nyilvánvalóan megfelelő kielégülést nyújt számára (ha nem így volna, más stratégiát választana), de állandó feszültséget tart fenn a gondozói munkacsoportban.

b) A környezetet vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a munkacsoport problémája az, hogy a klienst pusztán „a betegnek” tekinti, és nem egyenrangú félnek, akivel tárgyalni kellene a jogos szükséglet kielégítésének módjáról. Ha segítenek, számalomból és a békesség megőrzése végett segítenek, ezzel viszont áldozatává válnak a rituális időtöltő játzmának (a béna kéz igazgatása és a panaszok hallgatása). Kívülről nézve az esetet, a segítők egy része számára még az is sértő lehet, hogy játzmáról beszélünk, illetve ennek áldozataként aposztrofáljuk a segítőt. Ha viszont elfogadjuk, hogy a kliens autonómiával rendelkező felnőtt ember, aki súlyos problémával küzd, és úgy jut szükségletei kielégítéséhez, ahogy a környezet és a saját lehetőségei – ezen belül problémamegoldó repertoárja – megengedik, akkor lehetővé válik, hogy felnőtt embernek tekintve tárgyaljunk vele a szükséglet kielégítésének mindenki számára elfogadható módjairól. Ehhez viszont a gondozóknak is el kell fogadniuk, hogy a játzma lehetőségét maguk alakították ki azzal, hogy a kliens szerepét a sajátjukkal együtt az ápoló-ápolat felállásban határozták meg, persze a kezelési rezsim sajátosságaival összefüggésben.³ Egyébként a gondozók igen elkötelezettek a munkájuk és klienseik iránt, ami az egyik legfontosabb pozitív diagnosztikus pont az esetben.

c) Ha a *tágabb összefüggésrendszert* vizsgáljuk, akkor a következőket tapasztaljuk: Miközben a kollegiális csoporttal azokat a módokat soroltuk, ahogyan mindenki számára elfogadhatóan lehetne kielégíteni a kliens jogos szükségleteit, azt is elmondták, hogy a szolgáltatási térítések bevezetésével és jövedelemarányossá tételével a gondozottak és gondozók viszonya feszültebbé vált. Ugyanis a kliensek azóta sokkal „követelőzőbbek”. Vagyis a gondozottak szeretnének beleszólni abba, hogy milyen gondozást kapnak a pénzükért. Ezt szintén jogos igénynek tekinthetjük. Megvizsgálva az intézményben működő kezelési rezsimet, megállapíthatjuk, hogy az a materiális ellátás (étkeztetés, ruházat, mosás, berendezés és takarítás, ápolás) szempontjából túlgondozó, mert a személyzet – akár erején felül is – igyekszik mindenben kiszolgálni a gondozottakat, és ugyanakkor minden egyéb, magasabb rendű szükséglet szempontjából *elhanyagoló*, mert nem kezeli a lakókat autonóm, felnőtt emberekként, nem kínál valódi döntési le-

³ A szociális munkában minden kliens-segítő játzma ugyanígy alakul ki. Gondoljunk például a segítségkérő kliensek azon manipulációira, melyekkel „érdemes szegénynek” igyekeznek magukat feltüntetni. Ugyanis pontosan tudják, hogy legbiztosabban „a körülmények ártatlan áldozatai”, a „tisztos, igyekvő szegények” jutnak hozzá azokhoz az erőforrásokhoz, melyek felett a szociális munkások rendelkeznek. A játzma lehetősége már a konkrét segítő kapcsolatok létrejötte előtt fennáll, és a szociális munkások minden egyes szelektív szakmai eljárása megerősíti ezt a lehetőséget.

hetőségeket a számukra. Ez a helyzet a lakóknak az autonómia egyetlen területét hagyja meg, ugyanis azt, hogy elutasíthatják az otthon által felkínált szolgáltatásokat és programokat, és ez egyébként tovább ronthatja a helyzetüket, amennyiben fokozza izolációjukat, és hozzájárul az életkészségeik leépüléséhez.

BEAVATKOZÁSI TERV

a) A klienssel tárgyalni kell a helyzetről, elismerve a jogos szükségleteket (mozgás, az izoláció megszűnése), és ezen belül tisztázni kell, hogy az intézmény mit tud ajánlani a jogos szükséglet kielégítéséhez, és mi az, ami túlnő a személyzet beavatkozási lehetőségein (valóban nem maradhat ellátatlan a másik 19 ágyban fekvő beteg, mert ezzel az eggyel kell hosszan foglalkoznia a személyzetnek). Ugyanakkor tisztázni kell azt is, hogy a gondozott mit hajlandó vállalni a saját szükségleteinek a kielégítéséért. Vizsgálni kell azt is, hogy a kliens mi akadályozza meg abban, hogy a szükségletei kielégítésére más – a személyzet számára elfogadhatóbb – módot válasszon.⁴ Mivel a gondozott a szükségleteit ki tudja elégíteni ezen a sajátos módon, és ez a játszma már hosszabb ideje fennáll a gondozott és a személyzet között, fel kell készülni arra, hogy a gondozott védeni fogja a státus quót. A helyzet megoldásában segítségünkre lehet, hogy a személyzet rendkívül elkötelezett, és igyekszik maximálisan humánusan dolgozni a kliensekkel. Ez az erősségük megalapozhatja azt, hogy kitartóan és sokféle módon próbálkozzanak a helyzet megoldásával és ne „írják le” a klienszt.

b) A szűkebb és tágabb környezet problémáinak megoldására a konkrét helyzetben ugyanaz az eljárás javasolható, mint a klienssel folytatott munkában. A bekerüléskor minden egyes gondozottal tárgyalni kell arról, hogy miképp képzei el az otthonban az életét (külső és belső kapcsolatok ápolása, tevékenységek, mellyekkel hasznára lehet magának és másoknak). Fel kell mérni, hogy milyen sajátos szükségletek kielégítését várja az intézménytől, tisztázni kell, hogy ezeknek a szükségleteknek a kielégítését hogyan tudja az intézmény elősegíteni, és mit tud még ajánlani a tartalmasabb élet (jobb életminőség) kialakításához. Ez lenne a tartalma a minden egyes lakóval kötött szerződésnek, ennek része a gondozási terv, mely azt tartalmazza, hogy mit vállal az intézmény a lakók sajátos – egészségügyi, szociális, stb. – szükségleteinek kielégítésére. A lakókkal kötött szerződéseket természetesen időnként felül kell vizsgálni, hiszen a helyzetek változnak.

⁴ Ezt egyébként vizsgáltuk az esetben, mert rákérdeztem, hogy miért nem akar a kliens kimenni a többiek közé. A főnővér elmondta, hogy erre két indoka volt: egyrészt mert hamar elfárad, másrészt, mert csúnyának tartja magát. Az első akadály elhárítására nagyon kézenfekvő mód, ha megígérjük, hogy azonnal visszavisszük a szobájába, mihelyt érzi, hogy elfáradt. A második akadály leküzdése is rendkívül egyszerű, ugyanis egy rákérdezés elég volt ahhoz, hogy a gondozónők visszautasítsák ezt a felvetést. A gondozónők egyáltalában nem látták csúnyának a gondozottat, sőt, sorolni kezdték, hogy mi minden szép rajta. Az érdekes csak az ebben, hogy eszükbe sem jutott a kliens kijelentését az elhangzás után azonnal visszautasítani, holott az nem volt igaz.

2. A diagnózis felállítása során mindig előtérbe kell kerülniük a pozitívumoknak, mert ezek jelentik a beavatkozás legfontosabb kiindulási pontjait, változtatni ugyanis csak az ép területekről, az erősségekből kiindulva lehet.

Egy pusztán a hiányokat soroló diagnózisból nem következhet megfelelő beavatkozás. Ha minden igyekezetünk ellenére sem sikerül pozitív diagnosztikus pontokat találnunk egy eset feltárása során, akkor a segítő kapcsolat lehetetlenné válik, mert a helyzetet reménytelennek ítéljük, nem látjuk képesnek a kliensünket a (ha korlátozottan is) felelősségteljes életvitelre. El kell ismernem, hogy vannak ilyen helyzetek – elsősorban a hajléktalanokat ellátó szolgálatokban dolgozó kollégáim számoltak be ilyenekről. De be kell vallanom azt is, hogy mindig vannak kétségeim az ilyen esetekkel kapcsolatban. Tapasztalatból tudom, hogy a helyzetek változnak, és olyan esetekben is elkövetkezhet a változásra kedvező alkalom, amely esetekben jelenleg nem látunk lehetőséget a javulásra. Inkább a sok kudarcot követő rezignáció (a magunké és a kliensé) okoz számunkra gondot a segítő munkában.⁵ Ezekben az esetekben egyébként a probléma vagy egy másik rendszer (például az igazságügyi, egészségügyi) kompetenciakörébe kerül, vagy a szociális szolgálatok a problémának és nem a probléma megoldásának keretévé válnak.

Másrészt a problémamegoldás sikere azon múlik, hogy a kliens aktívan keresse a helyzetek javításának lehetőségeit, erre azonban csak jó önértékeléssel rendelkező, autonóm emberek képesek. Ezért a segítő kapcsolatban elsődleges a kliens autonómiájának fejlesztése, önértékelésének javítása, önbizalmának növelése. Ennek legfontosabb módszere pedig a kliens erősségeinek és a helyzet pozitívumainak kiemelése és hangsúlyozása.

Itt azt is meg kell jegyeznünk, hogy az emberi életben vannak olyan, az egyes ember számára komoly szenvedést és nehézséget okozó helyzetek, amelyeket nem nevezhetünk problémának. Problémának ugyanis csak azt nevezhetjük, amit meg lehet oldani. Amit nem lehet megoldani, az nem probléma, hanem adott helyzet. Ha nagyon nagy szenvedést és nehézséget, esetleg krízist okoz kliensünknek, célszerűbb az ilyen esetekben a katasztrófa vagy a sorscsapás kifejezést használni. A segítő kapcsolat alapkérdése ilyen esetekben az, hogy miképp lehet ezt a helyzetet túlélni, sőt, ha egy mód van rá, a korábbinál magasabb szinten helyreállítani a személyiség integritását, az élet alakításának képességét (Szabó, 1994). Bár a katasztrófák vagy sorscsapások maguk nem problémák, hanem helyzetek, az ezek által

⁵ Terápiás értelmezésként a reménytelen helyzetekre a jobb látó példázatát szoktam ajánlani tanítványaimnak és szupervízandjaimnak (Lukács evangéliuma, 23:37-43), azzal a kérdéssel, hogy ha a jobb látóknak elég volt három emberi mondat az üdvözüléshez, akkor vajon mennyi kell egy öreg, demens, alkoholistá hajléktalannak. Az értelmezés persze arról is szól, hogy a reménytelenség érzését gyakran a megváltási fantáziáink óhatatlan kudarca okozza.

kiváltott krízisállapottal viszont összefüggenek olyan problémák és feladatok, amiknek a megfelelő megoldása a túlélés mellett hordozza a személyiségfejlődés lehetőségét is. Az ilyen helyzetekben a magasabb szintű megbirkózási stratégiák kidolgozásában segíthetjük a kliensünket. A problémák és nem problémák ilyesféle elkülönítése megvédheti a szociális munkásokat a mindenhatósági fantáziáktól, a túlzott felelősségvállalástól és a tehetetlenség érzetétől.

Az axiómával kapcsolatos negyedik megfontolás, amit szeretnék az olvasó figyelmébe ajánlani, az az, hogy gyakran a környezet által legproblematisabbnak ítélt viselkedés jelenti a helyzetben a pozitív diagnosztikus pontot. Ilyen például az 5. esettanulmány egyik momentumuma: az önkormányzati tisztviselők szeretnék elérni, hogy a szociális munkás intézetbe vigye az önkényes lakásfoglaló házaspár gyermekeit, hogy azután nyugodtan kilakoltathassák a családot. Ez azt mutatja, hogy az önkormányzati tisztviselőknek komoly fenntartásaik vannak azzal kapcsolatban, hogy kilakoltassanak egy gyermekes családot. Tehát a legkézenfekvőbb intervenció, ha tovább nehezítjük a döntési helyzetet számukra, mert ez adja az egyetlen esélyt arra, hogy végül egy szociális szempontból kielégítőbb döntésre jussanak a családdal kapcsolatos teendőket illetően. A környezet által legnegatívabbnak ítélt momentum pozitív diagnosztikus értelmezésének másik példája volt egy itt nem közölt eset: az intézetben nevelkedő egyik kamaszlány agresszív viselkedése (végigrohant a házon, és tört-zúzott) szolgáltatta az intervenció kiindulási pontját. Ő ugyanis az ismétlődő őrlöngés közben azt kiabálta, hogy „Velem nem fognak kib...ni! Engem nem fognak a sárba taposni!”, ami – a segítő értelmezése szerint – azt az én-erőt demonstrálta, amit a közösen kitűzött pozitív célok szolgálatába lehetett állítani. Ez az eset is azt mutatja, hogy a siker kulcsa gyakran az, hogy aktívan keressük a pozitív pontokat, adott esetben a negatív jelenségek pozitív momentumait.⁶ Egyébként az utóbbi esetben a siker kulcsát jelentette az is, hogy a segítő volt az első ember a kliens életében, aki meghallotta, hogy mit mond a lány, és azt úgy is értelmezte, ahogy azt a kliens mondani akarta.

3. Az a jó diagnózis, ami az evidencia erejével következik a feltárt adatokból, és amiből az evidencia erejével következik a beavatkozás.

Ez az axióma a feltárás–diagnózis–kezelés összefüggésére és minőségének a megállapítására vonatkozik. Le kell szögezni, hogy a kezdeti diagnózis sokat módosulhat a segítő munka folyamán. Az első diagnózis egyfajta hipotézisnek tekinthető, amelyet vagy megerősít a későbbi közös munka a klienssel, vagy nem. A diagnosztikus munka a segítő kapcsolat egész tartama alatt folyik, hiszen minden új helyzet

⁶ Ehhez hasonló a Watzlawick, Weakland és Fisch Változás című kötetében leírt átalakítási technika (1990, 126–144. o.)

újabb értelmezést követel, és a kezdeti helyes diagnózis is sok tekintetben változik – specifikusabbá és mélyebbé válik – a klienssel végzett közös munka során.

Az axióma azt a szabályt is tartalmazza, hogy mindig a legkézenfekvőbb magyarázattal kell kísérleteznünk először a helyzet kezelésére tett erőfeszítéseink megalapozásakor. Csak akkor érdemes kísérleteznünk a bonyolultabb, kevésbé kézenfekvő értelmezéssel, amikor a kezdeti, kézenfekvőbbnek látszó diagnózis alapján választott intervenció a munka során nem vezet eredményre. Ez egyébként szintén nemcsak a szociális munka sajátossága. Az összes segítő szakma (sőt, minden tudományos kutatás) diagnosztikus, értelmezési eljárásaira érvényes ez a szabály. Minden diagnózis magába foglalja a próbaszerencse (try and error) momentumát.

2. esettanulmány

Az esetet végzős szociális munkás hallgató írta le. Ő volt az, aki a nappali szanatóriumba került tanulmányainak utolsó évében szociális munkásnak.

FELTÁRÁS

A 35 éves nőbeteg üldöztetési téves eszmék miatt a háziorvos utalta be a pszichiátriai osztályra. Az anamnézisből kiderült, hogy az asszony csaknem egy éve települt át Erdélyből Magyarországra férjével és két gyermekével (8 és 10 évesek). Szállást a férj nagynénjénél kaptak. A férfi hamarosan elhelyezkedett, a gyerekeket iskolába írtatták. Az asszony helyzetét viszont két tényező nagymértékben nehezítette: egyrészt román anyanyelvű lévén nem tudott annyira magyarul, hogy dolgozhasson, másrészt nem értett egyet férje döntésével, az áttelepüléssel kapcsolatban. A helyzetet ideiglenesnek tekintette, és igyekezett férjét rávenni a visszaköltözésre. Erre azonban egyre kevesebb volt a remény, ahogy a férfi és a gyermekek beilleszkedtek a magyarországi életbe. A beteg férjének elbeszéléséből kiderült, hogy az asszony egyedül semmiképpen sem akart hazamenni, mert ragaszkodott a családjához. Az asszony két kő között őrlődött: a helyzet – a családtagok beilleszkedésének – stabilabbá válásával egyre kevésbé volt lehetséges, hogy mindkét vágyának – a hazatérésnek és a családjával való együtt maradásnak – egyszerre tegyen eleget. Egyedül maradt, nap mint nap otthon ült a nagynéni lakásában, és nem ment sehová. Az idővel kialakuló téves eszmék arra vonatkoztak, hogy a nagynéni megmérgezi őt. Rövid kórházi (gyógyszeres) kezelés után „tünetmentesen” elbocsátották a kórházból, majd két hét múlva a mentő ismét visszahozta, mert megmérgezte magát. Ismételt kórházi (gyógyszeres) kezelés következett. A kezelés végeztével felajánlották neki, hogy bekapcsolódhat a nappali szanatóriumban zajló foglalko-

zásokba. Amikor az új szociális munkás a nappali szanatóriumban megkezdte működését, az asszony az erős nyugtatók hatása alatt nap-hosszat ott gubbasztott egy sarokban, senkivel nem beszélt, ha csak nem szólt valaki éppen hozzá. Magyarul továbbra sem igen tudott, ezért nehéz is volt vele beszélni.

DIAGNÓZIS

a) Az asszony téves eszméinek van egy nagyon kézenfekvő szociális magyarázata⁷, hogy ugyanis a pszichiátriai tünetek az izolációval függtek össze. Az izoláció körülményei között nemcsak menekültek-nél, hanem például egyedül maradt, idős embereknél is megfigyeltek téveszméket, melyek az izoláció megszűntével gyorsan eltűntek. Az izoláció ebben az esetben sokkal kézenfekvőbb magyarázata a pszichiátriai tüneteknek, mint bármilyen másféle magyarázat. Ha a szociális diagnózis érvényes, akkor a csupán pszichiátriai (gyógyszeres) kezelés mellett a kliensnek esélye sem volt meggyógyulni, sőt az erős nyugtatók hatása blokkolta a még esetleg meglévő, saját problémamegoldó kapacitását.

b) Az izoláció megszüntetése tipikusan a szociális munka kompetenciakörébe tartozó probléma. Az eset arra is rávilágít, hogy a mai magyar gyakorlatban olyan problémák is gyakran az orvosi ellátás kompetenciakörében definiálódnak, melyeket abban nem lehet megoldani.

KEZELÉSI TERV

a) Ez esetben a kezelési alternatíva valóban oly mértékben evidens, hogy csak a rend kedvéért írom ide. A kliens férjével és magával a klienssel – beavatott, ha lehetséges laikus segítőnek megnyert tolmács segítségével! – tisztázni kell a helyzetet. Mindezek után a szokott problémamegoldó megközelítés alkalmazásával a klienssel és férjével fel kell vázolni a problémák lehetséges megoldásait. Ezek után a klienst az általa választott megoldás kivitelezésében kell segítenünk. Például amennyiben a család közös hazatérésére nincs lehetőség, és a kliens ragaszkodik a családjával való együtt maradáshoz, román anyanyelvű, a magyarországi életbe jól beilleszkedő laikus segítő kell találnunk, aki érti és barátként segítheti a klienst a további életében.

b) Az egészségügyi ellátás területén dolgozó szociális munkások tapasztalatai és a szakirodalom (lásd például: Göncz, 1994) alapján a tágabb környezetbe való beavatkozás valószínűleg nagyobb nehézséget és hosszabb, körütekintő munkát igényel. A pszichiátria erősen

⁷ Nem volt módom az esetet tovább követni a szociális munkás intervenciói utánig, úgyhogy csak óvatosan fogalmazhatok több – főleg idősgondozási – eset és a szakirodalom ismeretében. Így csak annyit írhatok, hogy amennyiben az eset kezdetén már jelen van szociális munkás – természetesen pszichiáter bevonásával vagy vele együttműködve –, érdemes a hasonló esetek kezelését ennek a nagyon kézenfekvő diagnózisnak az alapján kezdeni.

hierarchikus, orvosközpontú rendszerében hosszú és kitartó munkát igényelhet az, hogy a szociális munkás felépítse a saját praxisát, és elfogadtassa magát sajátos kompetenciával bíró, az egészségügyi személyzettel egyenrangú munkatársként. A helyzet a fent leírt esetben azért nem látszik igazán nehéznek, mert a pszichiátriai kórház vezetői láthatóan hajlandóak újító – elsődlegesen szociális – szolgáltatási formákat megszervezni. Ezért hozták létre a nappali szanatóriumot, és ezért alkalmaznak szociális munkást.

4. Az emberi viselkedésnek célja van: valamilyen szükségletet szeretne kielégíteni ezzel az egyén. Ez a cél mindig valamely emberi kapcsolatban kielégíthető szükségletre vonatkozik (a következő esetben ezek a státus-önértékelés, az érzelmek-intimitás és a korrekció).

5. A helytelenül kiválasztott intervenció „a probléma részévé válik”, azaz hozzájárul annak fennmaradásához, sőt rögzüléséhez. Ezért ha hosszabban fennálló, sőt, az intervenciók ellenére rögzülő, esetleg eskalálódó problémát látunk, akkor vizsgálnunk kell azt is, hogy az alkalmazott intervenciók hogyan járultak hozzá a probléma fennmaradásához, rögzüléséhez, esetleg eskalálódásához.

3. esettanulmány

Az esetet nevelőszülő-tanácsadó hozta szupervízióba.

FELTÁRÁS

Az esetben szereplő gyermek egy nyolcéves fiú, aki hatéves öccsével került gondozásba, mivel édesapja fajtalankodásra kényszerítette. Hivatásos nevelőszülőhöz helyezték el. A gyerek a hivatásos nevelőszülőnél nevelkedő gyerekek között a legidősebb volt. Rövid, visszahúzó periódus után a nevelőszülő rémülten vette észre, hogy a gyerek fajtalankodásra próbálja rávenni a családban nevelkedő kisebb gyerekeket. Először a tiltással próbálkozott, vagyis azt mondta a kisfiúnak, hogy ezt nem szabad, majd amikor ez nem változtatott a viselkedésén, büntetni kezdte, végül elkülönítette a többi gyermektől. Amikor a kisfiú végül a kutyával is „megpróbálkozott”, a nevelőszülő a tanácsadóval abban egyezett meg, hogy a gyereket egy lakásotthonban helyezik el. Rövid idő múlva a gyerek öccse kezdte el ugyanazt a viselkedést, amit korábban a bátyja tanúsított.

DIAGNÓZIS

a) A gyermek viselkedésének megértéséhez több elméleti megállapítást használhatunk fel:

– Az első értelmezési keretet a tanuláselmélet jelenti. Ennek alapján a gyermek a vérszerinti családban tapasztaltak alapján azt tanulta

meg, hogy a „nagyobb” státushoz hozzátartozik a szexuális viselkedés. A magasabb státusúak így szoktak viselkedni.

– A második értelmezési keretet a pszichoszexuális fejlődés psichoanalitikus elmélete kínálja. Ferenczy Sándor művéből (1971) tudjuk, hogy a gyermekeknél a felnőtt által tévesen szexuálisnak vélt viselkedés a gyöngédségigényt fejezi ki.

– A harmadik értelmezési lehetőség a pszichoterápiás irodalomból származik, eszerint a traumatikus viselkedés ismétlése egyfajta öngyógyítási törekvést jelent, a gyermek így próbálja a „hibás” történetét átalakítani, korrigálni, hogy „jó vége” legyen.

– A negyedik értelmezési lehetőséget a kríziselmélet ajánlja. Ez esetben azt kellene vizsgálnunk, hogy mit jelentett a gyermek számára a vérszerinti családban elszenvedett trauma mellett az a dráma, melynek során ő kikerült a családjából, az ellene bűncselekményt elkövető szülő pedig bűnvádi eljárás alá került. A problémás viselkedés ez esetben értelmezhető sajátos, másodlagos probléma-feldolgozási mód alapján a súlyos stresszhelyzet kezelésére alkalmazott (neurotikus) megbirkózási stratégiaként.

b) A környezetet diagnosztizálva a következőket állapíthatjuk meg: Az esetben a hivatásos nevelőszülő és a tanácsadó által választott intervenciók kudarcra voltak ítélve, mert nem vetettek számot a problémás viselkedés mögött meghúzódó gyermeki szükségletekkel. A büntetés, az izoláció és végül a gyermek eltávolítása nem a viselkedészavar megszüntetését, hanem fennmaradását, sőt rögzülését hozta magával, mivel pontosan az indokolt szükséglet kielégítésének megvonásával igyekeztek a problémás viselkedést megszüntetni. Hogy a kisebbik testvér követte bátyja példáját, annak okai között már valószínűleg az is szerepelt, hogy szeretett volna a bátyjával egy helyre kerülni. A kisebb gyermek deviáns viselkedése pozitív (az erősségeket mutató) diagnosztikus pont, ugyanis azt mutatja, hogy a két testvér között szoros szeretet-kapcsolat van, amit fel tudunk használni a rehabilitációban.

c) A tágabb környezetről a következőket tudtam meg: A nevelőszülő tanácsadó olyan példát is tudott mondani a praxisából, amikor a nevelőszülő viselkedése terápiás hatással volt a sérült gyermekekre. Ebben a másik esetben a nevelt gyermek egy kislány volt, aki ugyancsak szexuális bántalmazás áldozata volt a vérszerinti családjában. A bántalmazás következtében rettegett a férfiaktól. Ha felnőtt férfit látott, pánikba esett. A nevelőszülő család férfi tagja a helyzet megoldására a következő módszert választotta: Amikor a kislány már ágyban volt, minden este elköszönt tőle. Először a félig nyitott ajtóban állt meg, szólt pár kedves szót, majd távozott. Minden este egy kicsivel több időt töltött a nyitott ajtóban, míg tapasztalta, hogy a gyerek már elengedett, nem fél. Ekkor kicsit jobban kinyitotta az ajtót, és kedves hangon beszélgetett a kislánnyal, míg érzékelte, hogy már így sem fél. Több havi munkájába került, míg a kislány már attól sem félt, ha az ágya szélére ült. A nevelőapa anélkül, hogy hallott volna a mód-

szerről, a behavior-technika deszenzitizálási módszerét (Howe, 1994) alkalmazta. Kétségtelen, hogy itt a sérült gyerek viselkedési zavara kevésbé járt együtt devianciával, mint az előző esetben. De rendkívül fontos diagnosztikus pont, hogy a nevelőszülő-családok esetében gyakran rendelkezésre áll az a természetes terápiás kapacitás, amely oly nagyon fontos a sérült gyermekek szakszerű neveléséhez.

BEAVATKOZÁSI TERV

a) A gyermek esetében a különböző diagnosztikus megállapításokból különböző kezelési alternatívák következnek. Feltételezhetjük, hogy az intervenciónk akkor lesz a leghatékonyabb, ha többféle intervencióval kísérletezünk. Így ugyan nem fogjuk megtudni, hogy az esetleges siker melyik diagnózis helyességét igazolja, viszont több ponton támadjuk a hibás viselkedést, ami megnöveli a siker valószínűségét.⁸

– Az első diagnózis alapján hibás tanulásról beszélhetünk. Egy státushoz hibás attribútumok kapcsolódtak. Ebből kiindulva a gyermeknek a státusának megfelelő helyet kell biztosítani a nevelőcsaládban, és azt olyan attribútumokkal kell ellátni, amelyek megfelelnek a helyes viselkedésnek. Egyébként is pedagógiai alapelv, hogy nem lehet a gyermektől elvenni valamit úgy, hogy nem adunk helyette valami olyasmit, ami megfelel a cselekvést kiváltó szükséglet kielégítésére. Ha ezt a diagnózist választjuk, akkor a gyermeknek a testvérsorban elfoglalt legidősebb státusához megfelelően kapcsolódó feladatokat kell adnunk, hangsúlyozva érettségét.

– A második értelmezésből az következik, hogy a viselkedési zavar a gyermek gyöngédség iránti vágyát fejezi ki. Ez esetben ki kell elégeztetnünk a gyermek gyöngédségigényét, de olyan viselkedéssel, amely elfogadható. Ezzel tanítjuk is a gyermeket arra, hogy miképp lehet legitim módon kielégíteni a gyöngédségigényt. Persze itt felmerül a nevelőszülő alkalmasságának kérdése is, ugyanis a „gyöngédségigény kielégítését” csak akkor várhatjuk el tőle, ha képes szeretni a gyermeket akkor is, ha ilyen súlyos problémákkal küzd, és akkor is, ha nehezen fogja feladni a viselkedési zavart.

– A harmadik és negyedik értelmezésből az következik, hogy a gyermeknek módot kell adni a gyógyulásra. Ezt csak pszichoterápia (játékterápia) képes biztosítani. Kisebb sérülés esetén elképzelhető lenne, hogy ha (mint az adott esetben is történt) nem áll rendelkezésre pszichológiai segítség, terápiás játékot kezdeményezünk a gyermekkel, vagy egyszerűen beszélgetünk vele, betartva a segítő beszélgetés

⁸ A gyermekvédelmi munkával ismerkedő egyetemi hallgatóimmal vizsgáltam az utóbbi időben olyan volt intézetben nevelkedett fiatalok élettörténetét, akik a hátrányos indulás ellenére sikerrel vették az akadályokat, sikeresek a társadalmi beilleszkedésben (társas kapcsolataikban és a munkamegosztásban megfelelő pozíció kivívásában). A teljesség igénye nélkül (hiszen a kutatás még nem zárult le) felsorolnék olyan momentumokat, melyek ezt lehetővé tették. Ilyenek: 1. a saját élettörténet pozitív formálása (a „sikersiztori”), 2. a gyermekcsoportban elfoglalt jó pozíció, 3. valamilyen kiemelkedő képesség, 4. a gondozók megbecsülése, 5. korrekív élmények intenzív keresése és találása (apa- és/vagy anya-helyettesek). Az esetben választott intervenciók ezeknek a megfigyeléseknek is megfelelnek.

alapelveit (az értékelést kizáró, csak a gyermek szükségleteire figyelő, kötetlen beszélgetés). Ebben a súlyos esetben viszont ez nem lehetséges, a gyermeknek szakszerű terápiára van szüksége.

b) Meg kell állapítanunk, hogy a gyermek elhelyezésénél a döntéshozók nem számoltak a gyermek speciális szükségleteivel, és nem vizsgálták azt sem, hogy a nevelőszülő képes-e megfelelni a speciális helyzet támasztotta követelményeknek.⁹ Az eset tanulságait fel kell használni az elhelyezési munkacsoport, a nevelőszülők, illetve nevelőszülő-tanácsadók munkájának fejlesztésében. A környezeti diagnózisból következő, megfelelő intervenciók egyikét egyébként már abból látjuk, hogy az esetet a nevelőszülő-tanácsadó szupervízióba hozta. A szociális munka szakszerű végzéséhez szükséges tudást ugyanis nem lehet pontosan körülhatárolni, mert rendkívül sokfélék a problémák, melyekkel foglalkozunk. A szociális munkásoknak hivatásbeli kötelességük tudásuk állandó fejlesztése (az orvosok is mindig fellepozzák a szakirodalmat, vagy konzultálnak, ha egy olyan esettel találkoznak, melyet még nem ismernek). A tudás bővítésének minden módját ki kell használnunk, a más szakemberekkel való konzultációt éppúgy, mint a szakirodalom nyújtotta lehetőségeket.

c) A tágabb környezet hatásrendszerének feltárásakor egy igen fontos, pozitív pontot találtunk, melyet fel kell használnunk a további munkában. Itt természetesen a nevelőszülőkkel folytatott csoportos esetmegbeszélésre gondolok, amely egyként lehet a sérült gyermekekkel foglalkozó nevelőszülők számára a tudás és a támogatás forrása. Harmadrészt lehetővé teszi a szakemberek számára a nevelőcsaládok kapacitásának felmérését, ami szakszerűbbé teheti a gyermekek elhelyezését.

6. A nagyon nehéz sorsú, marginális helyzetben élő kliensek „deviánsnak”, „immorálisnak”, „irracionalisnak”, „taszítónak” minősített viselkedései – ha az egyén és környezete közötti kölcsönhatás dinamikájának kontextusában vizsgáljuk ezeket – általában hatékony megbirkozási-túlélési stratégiának bizonyulnak, azaz megfelelő alkalmazkodást jelentenek azokban a sajátos élethelyzetekben, amikben az emberek a társadalmi integráció kötelekeiből való kihullás következtében találják magukat.

A következőkben nem egy esetet mutatok be, hanem egy ad hoc elméletet, melyet sok eset megfigyeléséből, szakirodalmi leírások és ismeretek felhasználásával hoztam létre. Olyan esetek megfigyelése indított erre, melyeket nagyon szegény, Castell (1993) kifejezését használva a „kiilleszkedési zónában” élő kliensekkel dolgozó (gyermek-

⁹ A speciális problémák a nevelőszülőtől specális eljárásokat követeltek volna. A kezelési tervben felvázolt intervenciók messzemenően eltérnek a hétköznapi megoldásoktól. A nevelőszülő által választott akciók teljes mértékben megegyeznek mindazokkal a problémakezelő módszerekkel, melyeket egy nem szakember választana egy ilyen helyzetben. Ezek a gyermekek viszont egyáltalán nem segítettek, sőt rontották a helyzetét.

védelmi és hajléktalangondozó) szociális munkások elbeszéléséből ismertem meg. A problémát az általuk elmondott esetekben az jelentette, hogy a kiilleszkedési zónában élők olyan életmód- és viselkedési mintákat mutatnak, melyek idegenek a beilleszkedettétől. Ilyenek az átlagosnál nagyobb családnagyság, az atipikus családi struktúra, a családi kapcsolatok labilitása, a sodródó és élőködő életvitel, az alkoholizmus, az agresszív és deviáns viselkedés (Kerezsi, 1995). Mindezekhez tegyük még hozzá a szociális munkások mindennapi tapasztalatai alapján: az előrelátás és a felelősségvállalás hiányát, a szociális szolgálatok manipulációját, a krízis-szcénát¹⁰, a segítő félrevezetését és megfélemlítését, a megállapodások be nem tartását, a játszmákat. Ezeket az életmód- és viselkedési mintákat tekinthetjük irracionálisnak, de ezzel még mindig nem találtunk magyarázatot arra, hogy miért is alakulnak ki sok hasonló helyzetű ember esetében, és így nem találhatunk megfelelő eszközöket sem a beavatkozásra.

Nézzük meg először, hogy a szakirodalom milyen fogódzókat kínál a helyzet megértéséhez.

a) A tömegesség miatt fel kell tételeznünk, hogy a sajátos viselkedés csak a beilleszkedett életforma szempontjából tűnik irracionálisnak, egyébként hatékony alkalmazkodást jelent egy sajátos, a megszokottól eltérő helyzethez. Ehhez a megállapításhoz elméleti alapot is találunk például Bruno Bettelheimnél (1988, 5–98. o.), aki a koncentrációs táborok lakóinak viselkedését vizsgálta, és elemzésével bebizonyította, hogy abnormális helyzetekben az abnormális viselkedés jelent csak hatékony alkalmazkodást (némileg paradox módon azt mondhatjuk, hogy abnormális helyzetekben az abnormális viselkedés a normális). Az értelmezéshez tehát azt fogom vizsgálni, hogy a beilleszkedett életforma szempontjából irracionálisnak vagy deviánsnak értékelt viselkedés hogyan szolgálja a kiilleszkedett életformában a *hatékony alkalmazkodást*.

b) A problémák vonatkozásában megvilágító információkat nyerhetünk, ha a problémahordozók különböző csoportjait vizsgáljuk. A problémás viselkedést egyként megtaláljuk olyan családoknál vagy

¹⁰ Krízis-szcénának nevezem azokat a helyzeteket, amikor a kliens rendszeresen úgy jelenik meg a szolgálatnál, hogy hangosan és agresszíven kinyilvánítja saját tehetetlenségét, élete problémáinak megoldásában, megfélemlíti és megzsarolja a szociális munkásokat, például öngyilkossággal és/vagy a gyerekeinek megölésével, elhagyásával fenyegetőzik, ha nem kap azonnal és mindenki előtt segítséget, és/vagy hangosan tudatja, hogy minden katasztróféért a szociális munkások felelnek, mert nem végzik el a munkájukat, nem segítenek neki, és így tovább. A valódi krízistől ezeket a helyzeteket az különbözteti el, hogy nem egyszer és nem kétszer fordulnak ugyanabban az esetben elő. Nincs olyan krízis, ami minden hónapban ugyanakkor tör ki. Itt rögzült viselkedési mintáról van szó általában valóban nagyon nehéz helyzetű kliensek esetében, akik csak így képesek segítő akciókra bírni a szociális munkásokat. Azok ugyanis rendszerint gyorsan, valamilyen átmeneti segítséget nyújtva „lerázzák” a klienst, és nem teszik fel nagyon komolyan a kérdést maguknak és a kliensnek, hogy miképp is lehetne elkerülni az ilyen események további megismétlődését. Nagy valószínűséggel azért nem teszik ezt, mert maguk is kilátástalannak ítélik a helyzetet. A segítők gyakran azzal sem vetnek számot, hogy például egy anya nagyon komoly veszélynek teszi ki kiskorú gyermekeit azzal, hogy ezt az akciót minden hónapban egyszer véghezviszi a kicsik szeme láttára.

társadalmi csoportoknál, amelyek mindig is a társadalom perifériáján éltek (például a cigányság egyes családjainál vagy csoportjainál), és olyan egyéneknél, illetve csoportoknál is, amelyek nem egész életükben alkalmazták ezeket, hanem csak egy bizonyos (krízis-) helyzetbe kerülés után vették fel a viselkedési repertoárjukba (ilyenek például a hajléktalanok). Több tanulmány foglalkozik a hajléktalanok élettörténetével, illetve ennek az élettörténetnek a tipikus momentumaival (Castel 1993; Breitner, 1999; Ágostonné, 1998), de nem érintik azt a kérdést, hogy milyen átalakulások zajlanak abban az emberben, aki átmegy ezeken a stációkon, s hogy milyen módon kell valakinek megváltoznia, ha sikerrel akar megbirkózni azokkal a helyzetekkel, melyekkel a kiilleszkedése során szembekerül. Ezek a helyzetek gyökeresen különböznek mindattól, amit a beilleszkedett életformában élők tapasztalnak. A kiilleszkedési folyamat vizsgálata kulcsot jelenthet a folyamatosan a kiilleszkedési zónában élő kliensek viselkedésének megértéséhez is.¹¹

A kiilleszkedési folyamat során történtek megértéséhez felhasználhatjuk a deviáns karrier fogalmát, mely szintén egy az élet során kialakult identitásváltozás magyarázatára született. Eszerint feltételezhetjük, hogy a hajléktalanná válás folyamatában is másodlagos szocializáció megy végbe, melynek során olyan új személyiségvonások alakulnak ki, olyan új tudásokat, készségeket sajátít el az ember, melyek segítik az új helyzethez való sikeres alkalmazkodást. Ezt a jelenséget *kiilleszkedési karriernek* neveztem el.

c) A másik fogalom, amit az értelmezésben felhasználtam, a *túlélés*. Ezt a fogalmat az angolszász szakirodalom használja előszeretettel. Azért foglaltam bele a jelenség értelmezésébe, mert igen kifejezően beszél arról, hogy miért is kell a folyamat áldozatának okvetlenül változnia – hogy ugyanis túléljen olyan helyzeteket, melyek korábbi (beilleszkedett) életformájától alapvetően idegenek.

Az elméleti alapvetés után nézzük meg, hogy a szakemberek tapasztalatai és a szakirodalom alapján mit tudunk a kiilleszkedési folyamatról. A hajléktalanok többsége esetében a „munka-nélkül-lét együtt jár a a szociális elszigeteléssel” (Castel, 1993, 10. o.). A szociális munkások mindennapi tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a hajléktalanok történetében általában felfedezhető egy olyan pont, amikor „beindul a kiilleszkedési karrier”. Ez a kezdőpont általában a munkahely elvesztése. A munkanélkülivé válás és a sikertelen munkahelykeresési próbálkozások súlyos stresszt jelentenek, ami megterheli a kapcsolati hálót is. A környezet nem képes támaszt nyújtani, vagy legalábbis csak időlegesen képes erre. A stressz szorongást kelt, amit mindenképpen csökkenteni kell. A stresszt csökkentő min-

11 Ez a kérdésfelvetés lehetővé teszi annak elkülönítését is, hogy egy adott társadalmi csoport esetében milyen viselkedés következik a társadalmi helyzetből és milyen viselkedés a sajátos – például etnikai – kultúrából. Az etnikai és a szegénységből fakadó kulturális elemek elkülönítését tűzi ki célul Szuhay Péter A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája (1999) című könyve is.

dennapi technikák (dependencia, stresszt csökkentő szerek – pl. alkohol, a szorongás keltette agresszió kiélése, melynek áldozata elsősorban a munkanélküli családja) tovább rontják a helyzetet, újabb problémát jelentenek.

A problémával küzdő ember helyzetét tovább nehezíti, hogy a mindennapi gondolkodás oktulajdonítási stratégiája az egyénre hárítja a felelősséget a sorscsapásért („Ha ilyen helyzetbe került, biztosan nem tett meg mindent azért, hogy talpon maradjon.”). A mindennapi élet és gondolkodás több sajátossága járul hozzá ennek az illúzióhoz¹² a kialakulásához és fennmaradásához: 1. Ez egyszerűen a leggazdagosabb, és általában a leghatékonyabb módszer. Ugyanis egyedül az egyén viselkedése a megváltoztatható (a körülmények, például a munkaerőpiaci helyzet megváltoztatásának lehetősége túlmegy az egyének cselekvési lehetőségeinek határain). 2. A felelősségnek az egyénre hárítása fenntartja azt az illúziót, hogy az ember képes irányítani a saját sorsát, ezzel csökkenti a mindennapi élet bizonytalanságaiból származó szorongást és reményt, továbbá motivációt ad az erőfeszítések továbbfolytatásához, sőt fokozásához. A mindennapi gondolkodásnak ez a jellegzetessége viszont egy határon túl csökkenti a kapcsolatokban megnyilvánuló szolidaritást (ami egyébként sem korlátlan).

A segítőik tapasztalata szerint a családok általában azt élik át, hogy munkanélkülivé vált tagjuk képtelen eddigi szerepeit ellátni, viszont problémái erősen megterhelik a családtagok teherbíró képességét. Ezen a ponton kezdődik az izoláció: Először a kapcsolati háló épül le. A tapasztalatok szerint legtöbbször ekkor még nem a hajléktalanszállón jelenik meg a válással magányossá vált ember, mert még rendszerint képes valamilyen lakóhelyet találni szívésségi lakáshasználóként, például a nagyvárosok vonzáskörzetébe tartozó kistelepülések üdülőövezeteiben (a hajléktalanszállón megjelenő hajléktalanok csak a jéghegy csúcsát jelentik).

A helyzet legszembetűnőbb és legjelentősebb vonása a *szélsőséges bizonytalanság*. Ebben a helyzetben a túlélés jelenti a központi kérdést. A *túlélésre való berendezkedés* viszont sajátos életformát diktál. *Le kell épülniük az érett felnőtt életformát megalapozó személyiségvonásoknak és készségeknek is*, egyrészt, mivel szükségtelenek, másrészt mivel akadályozzák a túlélést. A túlélés alapfeltétele ugyanis, hogy csökkenjen a bizonytalan helyzetből és az elszigetelődésből származó szorongás. Ezért az előrelátás és tervezés lehetetlen, hiszen nem lehet tudni, hogy mit hoz a holnap, és a holnapra gondolás azért sem célszerű, mert szorongást kelt. A gondolkodás tehát belatpad az itt és most-ba. Szorongáscsökkentőként az alkohol áll rendelkezésre, amely nemcsak fe-

¹² Nyilvánvalóan illúzióról van szó, hiszen cseppet sem biztos, hogy aki mindent megtesz a talpon maradásért, az tényleg talpon is marad. Statisztikai tények bizonyítják, hogy több tényező nehezíti a munkanélkülivé váltak ismételt elhelyezkedését. Ilyenek például a képzetlenség vagy a képzettség „piacképtelensége”, a 35 év fölötti életkor, a hosszabb munka nélkül töltött idő (ide értem a betegség miatti munkából kimaradást is) stb.

szültségoldó, hanem kikapcsolja a fájdalom és fázás érzését is, a későbbiekben pedig a közös ivás megerősíti a sorstársakkal a szolidaritás-kapcsolatokat. De le kell épülnie az önértékezésnek is, ugyanis a túlélés érdekében olyan tevékenységeket is el kell végezni (prostitúció, bűncselekmény, nagyon alacsony rendű és gyakran undorító munkák, például a kukázás, lejmolás, koldulás), amit jó önértékelésű ember nem tenne.

A szociális szolgálatok – főleg, ha nem tudnak munkát és lakást adni – szintén csak a túlélést szolgálják, és ezért ezekkel szemben a kiszolgáltatott ember azokat a módszereket keresi, amelyekkel „megfejdhetők”. Innen erednek a szociális munkásokat leginkább zavaró viselkedési stratégiák, mint amilyen a szélsőséges dependencia, az agresszió és a manipuláció.

A folyamat végpontja, amikor a magára maradott ember megjelenik a hajléktalanszállón. Ez egyrészt a helyzet minősítését jelenti, másrészt új (szolidaritás!) kapcsolatokat a hasonló helyzetűekkel. Az integrációs hálóból kiesettek nagy része ekkor kerül kapcsolatba először a szociális ellátórendszerrel, amely a rehabilitáció elősegítését ajánlja. A szociális munkások tehát általában a folyamatnak már igen előrehaladott szakaszában kerülnek kapcsolatba a hajléktalannal. Ebben a helyzetben már nehéz elkülöníteni az okokat a következményektől (a közben kialakult kudarc-identitás és a hétköznapi gondolkodás fent leírt sajátosságai sem teszik ezt könnyűvé). A rehabilitációhoz viszont pontosan azok a készségek és személyiségvonások kellenének, melyek leépülnek a szélsőségesen bizonytalan helyzetben. A hajléktalanellátás szegregált intézményrendszere sem teremti meg az optimális helyzetet a rehabilitációhoz. Így a szociális intézmények egyrészt védelmet jelentenek, másrészt keretet nyújtanak a kiilleszkedési karrierhez.

Még néhány, megfontolásra érdemes gondolatot szeretnék az olvasó figyelmébe ajánlani azokról az egyégekről és családokról, akik folyamatosan a kiilleszkedési zónában élnek. Mindenekelőtt jellemző, hogy a túlélésre berendezkedett életformában minden dolog, amit tőkeként lehet felhasználni, tőkévé válik. (Itt most Bourdieu tőke-fogalmát használom, 1978.) A szegény vagy elszegényedő családok szempontjából ez forrásfelhasználási problémát jelent. Az esetek egy részében valamilyen hasznosítható jószág áll rendelkezésre, például a háztáji gazdaság, egy kiadható lakásrész, kapcsolatok vagy tudás, amelyek lehetővé teszik a fekete munkát stb. Ha más lehetőségek (anyagi, tudás- vagy kapcsolati tőke) nem állnak rendelkezésre, akkor csak az illegális vagy a közgondolkodás által elítélt lehetőségekkel lehet élni.

Mindezekben a helyzetekben annak a szociálpolitikai problémának a mindennapi életben tapasztalható vetületével találkozunk, hogy bizonyos társadalmi rétegek számára csak olyan *túlélési stratégiák* állnak rendelkezésre, melyek elfogadhatatlanok a többség számára. Ez viszont azt jelenti, hogy bizonyos rétegektől a társadalom megvonta az élethez, de legalábbis a törvénytisztelő élethez való jogot. Ezen a ren-

delkezésre álló támogatások (segélyek) léte nem változtat, ugyanis egyszerű számolási műveletekkel kiderül, hogy a segélyekből megélni nem lehet. De az is tény, hogy a legszegényebb társadalmi csoportok számára a szociális szolgálatok is – ez esetben önhibájukon kívül – a túlélés pusztá eszközévé váltak ahelyett, hogy a nehéz helyzetekből való kikerülés eszközei lennének. A szociális szolgálatok illetően csapdahelyzete (hogy ugyanis a probléma megoldásának eszköze helyett a probléma keretévé váltak) világjelenség, melyen a szociális szakma egymaga nem tud változtatni, mert az egyetlen lehetséges változtatási stratégia a munkahelyteremtésre alapozott társadalompolitika lenne (ahogy azt a skandináv szociálpolitikai rendszerben is látjuk).

Itt mindenképpen ki kell emelnem, hogy a szegénység nemcsak az anyagi javak hiányát jelenti. Ennek illusztrálására álljon itt egy konkrét esettanulmány.

4. esettanulmány

Az esetet egy gyermekjóléti szolgálat szociális munkása hozta a szupervízióba, mert megoldhatatlannak értékelte az esetben leírt problémát, és a gyerekek (ismételt) intézeti elhelyezését fontolgatta.

FELTÁRÁS

Az esetben szereplő cigánycsalád helyzete több mint tíz évvel ezelőtt vált közügygé, amikor a gyámhatóság a fiatal házaspár első gyermekét a család nagy szegénysége miatt veszélyeztetettnek minősítette.¹³ A család ekkor a város határában egy rozoga putriban lakott. A szülők csak alkalmi munkát végeztek, állandó jövedelmük nem volt. Egymás után születtek a gyerekek, és kerültek védelembe, majd a harmadik gyermek születése után a gyámhatóság az intézeti elhelyezésük mellett döntött. A szülők rendszeresen látogatták őket az intézetben. Közben újabb testvérek születtek, akiket viszont a közben életbe lépett gyermekvédelmi törvény miatt már nem emeltek ki a családból. Sőt, tíz év után szóba került az intézetben nevelkedő gyermekek gondozásának a megszüntetése is, hiszen a törvény értelmében pusztán anyagi okból nem lehet gyermekeket a családból kiemelni (ebben az esetben kiemelve tartani). Ebből az alapelvből kiindulva a gyámhivatal végül megszüntette a három gyermek intézeti nevelését, az időközben összegyűlt családi pótlékot pedig a helyi gyermekjóléti szolgálat közreműködését előírva a család rendelkezésére bocsátotta, hogy abból a gyermekek felneveléséhez megfelelő házat vásároljanak. Áron alul sikerült megvásárolniuk egy igen jó állapotú, háromszobás, komfortos házat a cigánytelep szélén. Ezt egy gazdagodó vállalkozó

¹³ Az eset feltárása nem terjedt ki arra a momentumra, hogy már maguk az akkor szülővé vált házaspár tagjai is nagy valószínűséggel korábban a gyámhatóság kliensei voltak. Ezt azonban joggal feltételezhetjük.

cigánycsalád adta el, mivel a város szívében építették új házukat. A ház berendezését adományokból sikerült biztosítani. Úgy látszott, hogy a történet csodálatos véget ér. Nem így történt. Három hónap múlva a WC eldugult, a házaspár férfitagja panaszkodni kezdett, hogy milyen rossz házat vásárolt nekik a gyermekjóléti szolgálat szociális munkása. Majd jött az ősz, és néhány cserép elcsúszott a tetőn, amitől a ház beázott. A berendezés egyre lepusztultabbá, a lakás egyre piszkosabbá vált (behordták az udvarról a sarat). A szociális munkás (egy középkorú hölgy) kétségbeesetten konstataulta a pusztulást. Minden héten meglátogatta a családot. A látogatás kezdő mondata mindig ugyanaz volt: „Hát hogy lehet így élni?“, majd következtek az utasítások, hogy mit is kell csinálni. Aztán következett a fenyegetés. A házaspár mindent megígért, majd egyetlen megállapodást sem tartott be.

DIAGNÓZIS

a) A szegénység – mint már az eset felvezetésében említettem – nemcsak az anyagi javak hiányát jelenti. A házaspár esetében a jó lakásba kerülés sem jelentette azt, hogy megtanultak másként élni, mint ahogyan a putriban éltek. Ennek következtében a jó lakás gyorsan elkezdett putrivá alakulni. Hogy ez ne következzen be, ahhoz olyan szokásokat és készségeket kellett volna a házaspárnak elsajátítania, amelyek a többségi társadalom tagjainak életformájához tartoznak.

b) A szociális munkás ezt az összefüggést nem látta meg. Ez egy tipikus vakfolt: a szociális munkás azért nem látta megfelelően a kliens helyzetét, mert saját személyes mintáit tekintette természetesnek, s föl sem merült benne, hogy ezek mások számára nem természetesek. Csak akkor döbönt rá, hogy hol volt a hiba a gondolkodásában, amikor megkérdeztem, hogy ő és a férje hogyan tartják rendben a házukat. Nem úgy van-e, hogy egy „rendes férj és apa” minden héten legalább egyszer szemrevételezi a tetőt, nem csúszott-e el egy cserép? Nem úgy van-e, hogy kicsi korától úgy szoktatták őt magát, és ő is úgy szoktatta a gyerekeit, hogy nem megyünk be sáros cipőben a lakásba, hanem cipőt váltunk a verandán? A kliens házaspár viszont korábban putriban élt, ahogyan ott éltek szüleik és nagyszüleik is. Emiatt egészen más elképzeléseik lehetnek arról, hogy milyen egy jó férj és apa, illetve hogy milyen egy jó feleség és anya. Valójában az önismeret hiánya akadályozta meg a szociális munkást abban, hogy kezelni tudja kliensei kompetenciahiányát.

c) A fenti probléma cseppet sem egyedi. Több eset megfigyelése alapján is állíthatom, hogy ha a kolléga nem hozza szupervízióba ezt az esetet, akkor szinte bizonyos, hogy a gyerekek visszakerülnek az intézetbe. Indoklásul az szerepelt volna, hogy a lakókörnyezet tönkremenése a gyerekek vétkes elhanyagolásának jele. Azt is valószínűsíthetjük, hogy a kliensek a szociális munkás állandó számonkérését egy idő után zaklatásnak érezték volna, ami a segítő kapcsolat ellehetetlenülését vonja maga után.

KEZELÉSI TERV

a) A kompetenciahiányt természetesen a szokások elsajátításának módszereivel kezeljük. Pontos listát kell készítenünk a kliensekkel együtt arról, hogy miféle kompetenciák (életkészségek) hiányoznak a házaspár életvitelében. Ezután ki kell dolgozni azt a módot, amellyel ezek elsajátíthatóak. Természetesen a szociális munkásnak jeleznie kell azt is, hogy igen jogosnak tartaná, ha a házaspár zaklatásnak érezné a gyakori (heti) látogatást, és tisztázni kell, hogy miért látja ennek szükségét, és milyen feltételek mellett vetne véget a látogatásnak. A következő, 7. axiómával áll szoros kapcsolatban, de már itt ki kell emelnem annak rendkívüli fontosságát, hogy a közös munkára világos, egyértelmű szerződést kössünk a klienssel. A szerződésben jól körülhatárolt céloknak kell szerepelniük (ez esetben a kompetenciahiányok megszüntetésének), hogy világosan tudjuk, mi és a kliens is, mikor ér véget a közös munka. E nélkül joggal érzik zaklatásnak (folyamatos tárgy nélküli ellenőrzésnek) a gyakori látogatást.¹⁴

b) A szociális munkás problémáját természetesen a szakszerű szupervízió segítheti a megoldáshoz.

c) Az általánosabb probléma megoldásáért egyrészt a szociális intézmények menedzserei, másrészt a szakmai felülvizsgálat, harmadrészt a továbbképzések tehetnek sokat.

7. A mindennapi életben nem ideális állapotok, hanem „kielégítő egyensúlyi helyzetek”¹⁵ vannak. A kielégítő egyensúlyi helyzetet maguk a kliensek is keresik, igyekeznek a problémamegoldási repertoárjuk legjobbnak tűnő elemeit felhasználni helyzetük javítására. Ebben támogatnunk kell őket.

8. Az intervenciók kiválasztásának alapelve, hogy a kliens ne jusson rosszabb helyzetbe az intervenció következtében, mint amilyenben anélkül lenne.

Mindkét alapelv a munka során kitűzhető célok korlátozottságáról szól. Az első alapelvből az következik, hogy ideális helyzetek elérését célként kitűzni hiba, és nincs értelmük a túl tág célmeghatározásoknak sem. A kitűzött céloknak mindig konkrétaknak kell lenniük, és meg kell felelniük a munkánk háttérét jelentő szolgálat előírásainak, valamint a kliens elvárásainak. Ezek a célok határozzák meg a klienssel folytatott munka kereteit, és ez teszi lehetővé, hogy mind a szolgálat, mind a kliens, mind pedig önmagunk számára értékeljük a munkánkat. El kell fogadnunk azt is, hogy mi csak epizód szereplők vagyunk a klienseink életében, feladatunk csak addig terjed, amíg

¹⁴ Sok esetben látom, hogy a szociális munkások nem képesek egyenrangú félként meg tárgyalni klienseikkel a fenntartásaikat, elvárásaikat, helyzetértelmezéseiket. Sokféle érzem bűvik meg általában az ilyen problémák mögött. Ezek a szupervízió kérdései, úgyhogy itt nem térek ki erre bővebben.

¹⁵ A fogalmat Lafore tanulmányából (1993) kölcsönöztem kifejező értéke miatt.

meg nem oldódik az a probléma, amiért létrejött a segítő kapcsolat. A következő két esetben például csak annyi a dolgunk, hogy megvizsgáljuk: az esetben szereplő gyerekek veszélyeztetettek-e vagy sem, és hogy mit tudunk tenni a veszélyeztetettség elhárításaért. Amennyiben viszont nem tudjuk elérni azt az ideális helyzetet, amelyben a gyerekek egyáltalán nem veszélyeztetettek, mert ez már túlmegegy mindannyiunk cselekvési lehetőségei terén, akkor vizsgálnunk kell, hogy mi a kisebbik rossz a gyerekek számára. Miután az ideális helyzetek nagyon ritkák az emberi életben, a döntéseket csaknem mindig úgy hozzuk, hogy két rossz közül választjuk a kevésbé rosszat. Erre vonatkozik a második alapelv: csak akkor szabad beavatkozni, ha ez nem hozza rosszabb helyzetbe a kliensünket, mint amilyenben az intervenció elmaradása esetén lenne.¹⁶

Az „ideális kergetése” nemcsak a kliensekkel kapcsolatban jelenthet gondot, hanem saját magunkkal szemben is. Emiatt van az, hogy gyakran azt a segítséget sem értékeljük eléggé, amit a kliensnek adhatunk (sokszor a kliensek sokkal jobbnak értékelik a szociális munkások produkcióját, mint ők maguk), mert mi magunk nem találjuk kielégítőnek azt, amit segítségül adni tudunk (nem tudunk például lakást, állást, jó gyerekeket és/vagy házastársat adni annak a kliensnek, aki értékelésünk szerint nagyon is megérdemelné ezeket).

Az „ideális kergetésének” legsúlyosabb következménye az lehet, amikor a segítő a kínált segítség elégtelensége miatti szorongását úgy igyekszik kezelni, hogy a helyzetért viselt felelősséget teljes egészében a kliensre hárítja.¹⁷ Ez az áldozat vádolásának esete. Nagyon gyakran az áldozat vádolása okozza a kliens és a szociális munkás kapcsolatának ellehetetlenülését, s ez minden olyan esetben hátrányos helyzetbe hozza a klienst, amikor a szociális munkás hatalommal (források és szankciók feletti rendelkezési lehetőséggel) felruházva lép a segítő kapcsolatba. Ilyen például a gyermekvédelem, ahol a segítő kapcsolat ellehetetlenülése magával hozza a gyerek vagy gyerekek kiemelését a családból. Az „ideális kergetése”, az adott helyzetben elérhetetlen célmeghatározás vezet a leggyakrabban oda, hogy olyan intervenciót kell alkalmaznunk, melynek következtében a kliens rosszabb helyzetbe kerül, mint amilyenben anélkül lenne. Főleg a szankciókkal való fenyegetés indíthatja el azt a hibás kört, melynek vége a segítő-kliens kapcsolat, az együttműködés ellehetetlenülése, ami egyenesen vezet a fenyegetésben szereplő intervenció bekövetkezéséhez. Ugyanakkor egyként óvakodnunk kell a túlzott pesszimizmustól és a túlzott optimizmustól a kliensekkel folytatott munkában.

¹⁶ Ez az alapelv egyébként azonos a Hegyesi Gábor által leírt beavatkozási dilemma egyik esetével (Hegyesi 1998, 11–12. o.).

¹⁷ Ez egy „dupla vagy semmi” játszma. Míg korábban a szociális munkás helytelenül a kliens problémájának megoldásáért az egész felelősséget vállalta, ez esetben a felelősség egészét elutasítja, hogy meneküljön a túl nagy felelősség terhe alól. Minden jó szándék ellenére a szociális munkás viselkedése így azt sugallja, hogy amennyiben a kliens problémái megoldódnak, az teljes mértékben az ő érdeme, amennyiben viszont nem oldódnak meg, az a kliens bűne.

Annyira közhely, hogy szinte már le sem mertem írni axiómaként, hogy magáról gondoskodni nem tudó klienst – embert – súlyos veszélyben hagyni nemcsak megbocsáthatatlan szakmai hiba, hanem egészen egyszerűen bűn. Pedig erre is van példa szép számmal az általam ismert esetek között. Az ilyesféle kötelességszegés viszont általában a felkészületlenséggel, a hozzá nem értéssel függ össze, ezért okkal nem térek külön ki az ilyen esetekre, mert ezek nem az esetkezelés módszertanának, hanem a vezetői ellenőrzésnek a kérdései.

5. esettanulmány

Az eset egy kistelepülés gyermekjóléti szolgálatától származik. A családra a gyámhatóság hívta fel a szolgálat figyelmét, és kérte annak megállapítását, hogy védelembe kell-e venni a családba tartozó két gyermeket, a családot ugyanis önkényes lakásfoglalóként az önkormányzat szeretné kilakoltatni, az önkényesen elfoglalt, kicsiny épületet le akarja bontatni, és a telket hasznosítani akarja. Az önkormányzati alkalmazott azt is a szolgálat vezetőjének tudomására hozta, hogy az önkormányzat vezetői szeretnék, ha a gyermekeket intézeti gondozásba utalnák, mielőtt a családot kilakoltatják az önkényesen elfoglalt házból.

FELTÁRÁS

A szolgálat szociális munkása meglátogatta a családot és a következőket tapasztalta: Az esetben szereplő cigány család négy főből áll. A házaspár férfitagja 24 éves, az asszony 20. Két kisgyermekük van, egy kislány és egy kisfiú, 5 és 3 évesek. Az apa csak időnként dolgozik, mert csak alkalmilag kap munkát, építkezéseken. Ugyanígy az anya is csak akkor dolgozik, amikor a környékbeli gazdák elhívják napszámosnak. A beszélgetés során kiderült, hogy a családban a kilakoltatás fenyegetése mellett más problémák is vannak, ugyanis az anyát a bíróság rablás büntette miatt végrehajtandó szabadságvesztésre ítélte, a büntetés végrehajtását a kiskorú gyermekek miatt elhalasztották, de azt előbb-utóbb meg kell kezdenie. Emiatt a gyerekek anyá nélkül maradhatnak. A család nagy szegénységben él. A ház rossz állapotban van. A villanyáramot lopják, a csupasz drót kiáll a falból, veszélyezteti a lakók testi épségét. A vizet az utca végén lévő kútról hozzák, a fűtést egy kicsi szeneskályha biztosítja, azon is főznek. A gyerekek enyhén alultápláltak, de minden egyéb szempontból megfelelően gondozzák őket. Ruhájuk szegényes, de tiszta. A házaspár láthatóan szeretettel neveli őket, és ragaszkodik hozzájuk. Ezt a megállapítást az óvoda is megerősítette, ahová a szülők rendszeresen járatják a kicsiket. A család egy közeli településről költözött jelenlegi lakóhelyére. A kisméretű, dúlendező házat megvették az előző lakótól, aki szintén önkényes lakásfoglaló volt. Az előző lakó a fiatal házaspárral nem

tisztázta a ház tulajdoni viszonyait, a pénz zsebből zsebbe vándorolt, írás nem született róla, az előző lakónak még a nevét sem tudják. Korábbi lakóhelyükre visszaköltözni nem tudnak, mert ott egy szintén kicsiny házban nagyon sokan élnek, nem lenne még négy főnek helye.

A szociális munkásnak a legnagyobb gondot az önkormányzat elvárása jelentette: megfelelő érvrendszerrel támassza alá a gyermekek családból való kiemelését, hogy ezek után a szülőket minden további nélkül kilakoltathassák. Ezért a feltárás nem volt teljes, leginkább a lakáshelyzet megoldhatóságára vonatkozott, és nem tartalmazott adatokat például a bűncselekményre vonatkozóan. A segítő feltételezte, hogy az asszony megélhetési célból rabolt, hiszen láthatóan szegénységben élnek. Azért volt dilemmában, mert a szülők szeretik a gyermekeket, rendesen nevelik őket, kiemelésüket a családból ezért nem tartotta jó megoldásnak a gyermekek szempontjából. A tudomására jutott bűncselekményt szívesen elfelejtette volna, mert úgy vélte, ha felhívja erre az önkormányzatiak figyelmét, egy újabb érvet ad a kezükbe a gyermekek kiemelése mellett. Az anyát nem látta „igazi bűnözőnek”, ugyanis gyermekes anya lévén maga is mindent megtenne gyermekei jólétéért, ahogy mondta, ha más lehetőség nem adódna, lopna is. Viszont félt attól, hogy harcba keveredve az önkormányzat tisztviselőivel, elveszítheti az állását.

DIAGNÓZIS

a) A szolgálat előírásai értelmében a *gyerekek vonatkozásában* a szociális munkásnak mindenekelőtt döntést kell hoznia arra vonatkozóan, hogy mennyire és milyen szempontból veszélyeztetettek. Az első lépésben ezt kell tisztázni, mert innen indulhat a közös munka, melynek alapvető célja a veszélyeztetettség elhárítása. Nyilvánvalóan veszélyezteti a gyerekeket, hogy szüleik folyamatosan illegális eszközökkel gondoskodnak a család megélhetéséről (önkéntes lakásfoglalás, áramlopás, bűncselekmények). Veszélyezteti őket a bizonytalan helyzet is, hiszen nem lehet tudni, hogy holnap lesz-e mit enni, és hogy mikor jönnek őket kilakoltatni. Mindemellett viszont a gyerekek szerető, gondoskodó szülők mellett élnek, akik az eddigiekben képesek voltak őket a helyzethez mértén megfelelően ellátni, nevelni. Ez a legfontosabb pozitív diagnosztikus pont az esetben.

b) A szociális munkás egy lojalitáskonfliktus csapdájába került. Az önkényesen elfoglalt ház kérdésében mindkét félnek igaza van, ugyanis a szegény sorsú családnak éppúgy joga van segítséget kapni ahhoz, hogy fedél legyen a feje felett, és nevelhesse a gyermekeit¹⁸, mint ahogyan az önkormányzatnak is joga van ahhoz, hogy hasznosítsa a tulajdonát. A segítő mélyen becsülte a szülők elkötelezettségét

¹⁸ Ez a megállapítás ellentmond az Alkotmánybíróság legutóbbi, a lakhatáshoz való joggal kapcsolatos döntésének (42/2000. (XI. 8.) AB-határozat). Viszont szakmai értékeink alapján nekünk akkor is ezt kell gondolnunk, ha a hazai szociálpolitikai döntések ellentmondanak ennek az elvnek. Nem ez az egyetlen olyan eset, amikor a működő szociálpolitikai rezsím döntései ellentmondanak a szakmánk alapértékeinek.

a gyermekeik mellett, ugyanakkor félt az önkormányzatiaktól, nem bízott abban, hogy képes őket a szerinte legjobb megoldás irányában befolyásolni. A szociális munkás kliensei iránti mély elkötelezettsége és megbecsülése a másik fontos pozitív diagnosztikus pont az esetben.

c) Az önkormányzatiak problémáját az jelenti, hogy szeretnék hasznosítani a tulajdonukat, de gondot okoz számukra, hogy egy gyermekes családot kellene kilakoltatni. Ezért szeretnék inkább a gyerekeket intézetben elhelyezni, erre viszont csak akkor van törvényes felhatalmazásuk, ha a szülők hibája miatt nincsenek biztosítva a gyermekek megfelelő fejlődéséhez a feltételek. Ez a momentum a szociális munkás félelmének ellentmond, és minden negatív felhangja ellenére fontos pozitív diagnosztikus pont az esetben. Azt mutatja, hogy az önkormányzat döntéshozóinak vannak skrupulusaik azzal kapcsolatban, hogy utcára tegyenek egy gyermekes családot.

KEZELÉSI TERV

a) A *szülőkkel* tisztázni kell, hogy milyen momentumok veszélyeztetik a gyermekeket, mi szólna adott esetben a hatósági intézkedés mellett: létbizonytalanság, bűnelkövetés, rossz lakáskörülmények. Ugyanakkor el kell mondani azt is, hogy milyen tényezők szólnak a hatósági intézkedés ellen: a szülők felelős viselkedése a gyermekek ellátásában, gondozásában, nevelésében. Ez utóbbi jelenti a beavatkozás kiindulópontját. Ezekből kiindulva lehet megnyerni a szülők együttműködési készségét. A legkönnyebben elhárítható veszélyeztető tényezőket ki kell iktatni: le kell szigetelni a falból kiálló vezetéket, nehogy valakit megrázzon az áram; tisztázni kell, hogy minden támogatást megkapnak-e, amire jogosultak, és amit nem kapnak, azt igényelni kell; minden szükséges, a gyermekjóléti szolgálat rendelkezésére álló segítséget meg kell adni (ruhanemű, bútor, élelmiszer, lakásfelszerelési tárgyak, játékok stb.). A szülőkkel azt is tudatni kell, hogy az együttműködés megtagadásának súlyos következményei lehetnek. Tisztázni kell az önkényes lakásfoglalással kapcsolatos önkormányzati álláspontot. El kell fogadni, hogy ez az álláspont jogos. Az önkormányzat jogosan szeretné hasznosítani a tulajdonát. Ebből az is következik, hogy a helyzet változatlan fenntartását (tovább élnek az önkényesen elfoglalt lakásban) nem lehet célként kitűzni. Mindezek után alternatív terveket kell kidolgozni arra vonatkozóan, hogy mit lehet tenni a problémák megoldására: 1. Miképp lehet befolyásolni az önkormányzatiak döntését? Abból a pozitív megfigyelésből kell kiindulni, hogy az önkormányzati tisztségviselők nem szívesen lakoltatnának ki egy gyermekes családot, ezért azt kell bizonyítani, hogy a hatósági intézkedés nagyobb kárt okozna a gyermekeknek, mint az, ha a támogató-gondoskodó, a szülői viselkedés változtatását célul kitűző intézkedések mellett a gyerekek a családban maradhatnak. Lehetőségek: kérelem beadása, hogy az önkormányzat szociális lakás kiutalásával segítsen a lakáshelyzet megoldásában, alátámasztva az óvoda vezetőjének, a

védőnőnek, netán a gyermekorvosnak, esetleg az elérhető nevelési tanácsadónak és a szociális munkásnak a véleményével; személyes meghallgatás kérése a gyámhatóság vezetőjétől, a jegyzőtől és a polgármestertől a szükséges stratégia előzetes kialakításával; a cigányönkormányzat megkeresése, támogatás kérése; állandó munka vagy legalább a munkanélkülieknek szóló továbbképzés keresése stb. 2. Mi legyen akkor, ha az önkormányzatiak mégis a szociális lakás biztosítása nélküli kilakoltatás mellett döntenének? Ki tudja befogadni a családot (rokonok, albérlet, szívdességi lakáshasználat, anyaoththon stb.)? Ha senki sem tudja őket befogadni, milyen lehetőségek vannak a gyermekek elhelyezésére? (Beleértve az átmeneti intézeti vagy helyettes-szülő-nevelőszülői elhelyezést is.) A szociális munkásnak egy ilyen intervenció megtervezése esetén természetesen számot kell vetnie az- zal, hogy – bár kliensei egyébként az adott körülmények között sikeresen érték el a számukra „kielégítő egyensúlyi helyzetet”¹⁹ – nem rendelkeznek azzal a tárgyalási és problémamegoldási készséggel, ami egy ilyen akció végrehajtásához szükséges. Emiatt számítania kell a kliensek haragjára, kétségbeesésére, manipulációs kísérleteire stb. Ezek a reakciók természetesek, ha figyelembe vesszük, hogy bárki így reagálna egy olyan krízishelyzetre, amely csaknem egész addigi életformájának csődjét jelenti. 3. Arra az esetre is stratégiát kell kidolgozni, ha az anyának be kell vonulnia a börtönbe, letölteni a büntetését. A kliensekkel kapcsolatos intervenció legfontosabb eleme tehát a problémamegoldó és együttműködési képességük erősítése, az állampolgári és szülői kompetencia növelése. Ezt tudja a szociális munkás számukra ajánlani, és ez nem kevés.

b) A szociális munkásnak végig kell gondolnia a következőket:

– Ebben a helyzetben országos problémákkal (például a munkanélküliséggel, a szociális problémák kezelésére rendelkezésre álló eszközök elégtelenségével, a szociális lakások hiányával, a cigányokat érintő diszkriminációval és így tovább) és ezek következményeivel (illegális életstratégiák) van dolga. Az ilyen helyzetek – bár súlyos nehézséget jelentenek az őket elszenvedők számára – nem problémák, mert ott, az adott helyzetben ezeket nem lehet megoldani. Ezek adottságok. (Vagy inkább katasztrófák.)

– Az ilyen nehézségekkel mindenkinek meg kell küzdenie az életben. A szülőpár eddig is gondoskodott a gyerekekről, láthatóan felelősen járnak el a gyermekek ügyeiben, eddig is találtak kivezető utakat. Semmi sem utal a helyzetükben arra, hogy elveszítették volna eddigi problémamegoldó kapacitásukat. Ezért nem látszik olyan ok, amely indokolná, hogy átvegye a gyerekek iránti felelősséget. A szo-

¹⁹ Ez a „kielégítő egyensúlyi helyzet”, melyet az esetben szereplő család csak illegális eszközökkel tudott elérni, nyilvánvalóan a szociális munkás szempontjából nem „kielégítő”. De tudomásul kell vennünk, hogy a jelen gazdasági-társadalmi viszonyai között a népesség nagy része (és főleg az észak-kelet-magyarországi kistelepülések cigánylakossága, melyhez az esetben szereplő család is tartozik) csak ilyen eszközökkel képes ezt biztosítani önmaga számára. Ez a magyar szociálpolitikai rezsím és nem az esetben szereplő szociális munkás és önkormányzat problémája.

ciális munkás – a kliensek iránt érzett megbecsüléséből kiindulva – bízhat abban, hogy ezzel a nehéz helyzettel is sikerrel fog megbirkózni a család. Segítségre lesz szükségük ebben, ezt tudja felajánlani. Ha nem vállal olyan felelősséget, amely nem az övé, akkor azonnal meg fogja találni a helyét a helyzetben.²⁰

c) Az önkormányzati hivatalnokokkal kapcsolatos intervenció kézenfekvő, bár nem könnyű. A szociális munkásnak minden körülmények között ragaszkodnia kell ahhoz, ami a szolgálat előírásaiban szerepel: azt vizsgálja, hogy milyen vonatkozásban és mennyire súlyosan veszélyeztetettek a gyermekek, és milyen lehetőségek vannak a veszélyhelyzet elhárítására. Nem szabad harcba bocsátkoznia (kilátástalan lenne, és őt magát is veszélybe sodorhatná), és nem szabad átvennie a döntés felelősségét az önkormányzat képviselőitől. Viszont minden rendelkezésre álló eszközzel befolyásolnia kell az önkormányzati döntését, szakmai missziójából kiindulva elsődlegesen a gyerekek érdekében hivatkozva. Nyilvánvalóan a siker egyik elengedhetetlen feltétele, hogy a szociális munkás jól támassza alá álláspontját (szakvélemények az ügyben szereplő más szakemberektől). Az alternatív megoldásokat magának is aktívan kell keresnie, és ezeket is össze kell foglalnia az esetről szóló beszámolóban, melyet személyesen ismertet és írásban eljuttat az érdekelteknek.²¹

Az intervenció leírásában egyébként felfedezhető egy szakmai fogás, amit szívből ajánlhatok mindazoknak, akik éppen kilátástalan harc elkezdését fontolgatják, náluk nagyobb hatalmú személyekkel. A szociális munkásnak ugyanis „félre kell értenie” az önkormányzati felkérését. Ezt teljes joggal megteheti, hiszen az őt alkalmazó szolgálat előírásai szerint neki azt kell vizsgálnia, hogy a gyerekek mennyire és milyen vonatkozásban veszélyeztetettek, és azt hogyan lehet elhárítani. Seholy sincs leírva, hogy segédkeznie kell az önkormányzat kiköltöztetési akciójában. Ha ezt nehezményezik, akkor „nagyon csodálkozhat”, és „őszintén nem értheti” a helyzetet. Itt egy ellenjátszmáról van szó, amit a „naivitásjátszmának” nevezhetünk. Ha ügyesen csináljuk, a játszma partner nem ellenségnek, hanem legrosszabb esetben gyenge értelműnek fog minket tekinteni. Ez pedig jobb, mint ha elfogadnánk a számunkra kiosztott szerepet, vagy ha belemennénk egy eleve kilátástalan harcba, melyből csak vesztesként kerülhetünk ki a kliensünkkel együtt.

²⁰ Egyébként, ha át kellene vennie a szülőktől a gyermekekért viselt felelősséget, ez lenne a legbiztosabb jele annak, hogy a gyermekeket valóban ki kell emelni a családból.

²¹ Hangsúlyozni kell, hogy a szociális munkás szakvéleményt ad, a döntés nem az ő kezében van. A döntési kompetenciákat minden esetben tiszteltetben kell tartania, már csak az önkormányzati tisztviselőkkel való jövőbeni jó kapcsolat megtartása érdekében is. Ezért több gyakori hibától tartózkodnia kell: nem oktathatja ki az önkormányzat képviselőit, nem tehet úgy, mintha ő lenne az egyedüli letéteményese a gyermekvédelmi törvényben leírt humánus alapelveknek, és nem utolsósorban a szakvéleményt úgy kell megírnia, hogy azt a másik fél értse és méltányolni tudja (nem írhat például túl hosszan és zavarosan).

6. esettanulmány

Az esetet egy végzős szociálpolitikus hallgató hozta szupervízióba. A hallgató egy gyermekjóléti szolgálatnál teljesítette gyakorlatát. Nagy lelkesedéssel és a gyermekek ügye melletti elkötelezettséggel indult a gyakorlatba. Ezt a lelkesedést és elkötelezettséget kérdőjelezte meg a következő helyzet.

FELTÁRÁS

A hallgató a nagyváros egyik külterületi részén látogatott meg egy családot, mivel az önkormányzattól a szolgálat egy feljegyzést kapott, miszerint ebben a családban van egy olyan hétéves iskolaköteles gyermek, akit nem íratnak be az iskolába, és egy ötéves, akinek iskolaelőkészítőbe kellene járnia. A látogatás során a hallgató a következőket tapasztalta: A család egy két helyiségből álló, földpadlós házban lakik. Ebben a kicsiny házban nyolc fő él. Az önkormányzati feljegyzésben szereplő két gyermeknek még két testvére van (3 és 1,5 évesek), őket gyakorlatilag 22 éves édesanyjuk egyedül neveli, ugyanis nem sok segítséget kap élettársától, a gyermekek apjától, aki igen keveset van otthon, rendszerint kora reggeltől késő estig dolgozik (egy vállalkozó kőműves mellett segítő, bejelentés nélkül). A házban még két fő él, az apa édesanyja és annak élettársa. Mindketten rokkantnyugdíjasok és erős dohányosok, napi 100-150 cigarettát szívnak el az amúgy is zsúfolt házban. Az anya nem sok segítséget kap az anyósától, aki a segítőnek hangosan elmagyarázza, hogy ő is nevelt gyerekeket, most már nem az ő dolga az unokáit nevelni. Az anya minimális nevelői készségekkel rendelkezik. Láthatóan képtelen úrrá lenni a négy gyerek okozta káoszon. A gyerekek kiabálnak, szaladgálnak, anyjuk figyelméért versengenek. Az anya pedig hol az egyiket kapja fel, hol a másikat, annak megfelelően, hogy melyik a lehangosabb.

A segítő a fent leírt körülmények között meglehetősen nehezen tisztázta, hogy miért is jött. Próbálta rábeszélni az anyát, hogy jöjjön be beszélgetni a szolgálathoz, mert világosan látta, hogy ilyen körülmények között még beszélni sem tud vele. Az anya mindent megígért, de nem jelent meg a szolgálatnál. A segítő ismét meglátogatta őt, bizonygatta, hogy csak segíteni akar, és ismét igyekezett rábeszélni, hogy jöjjön be az irodába. Megígérte, hogy ha együttműködik, keresnek rendes ruhát a gyerekeknek. Ez sem vezetett eredményre. Ekkor hozta az esetet a szupervízióba. Az eset elmondása után hozzátette: „Miért nem jön be? Hiszen az ő érdeke, hogy megoldódjanak a problémái!” Ez a mondat volt az esetmegbeszélés kiindulópontja.

DIAGNÓZIS

a) Először is tisztáztuk, hogy mi az esetben szereplő fiatal anya érdeke. Ez ugyanis az, hogy hagyják békén. A szociális munkás megjelelése újabb terhet, újabb elvárásokat jelent számára. De más okai is

lehetnek annak, hogy az anya igyekszik elkerülni a szociális munkással a kapcsolatot. Egyrészt a szociális szolgálat idegen terület a szegények számára, olyan terület, ahol nem értik a nyelvet, nem ismerik a szabályokat, ahol kiszolgáltatottak. Azt is hiába bizonygatja a szociális munkás, hogy ő csak segíteni akar, ugyanis az ilyen helyzetben élő klienseknek vannak már korábbi tapasztalataik a hivatal „segítő-készségével” kapcsolatban. Az adott helyzetre érvényes, általánosan ismert mítosz úgy hangzik, hogy ha a hivataltól a gyerekek miatt jön egy jólöltözött asszony, akkor biztos, hogy hamarosan az autó jön a gyerekeket beszállítani az intézetbe. A szegény családok emiatt joggal bizalmatlanok a hivataltól érkezett segítőkkel szemben.

b) Ebben az esetben nem az anyának, hanem a szociális munkásnak és az őt munkafeladattal ellátó hivatalnak van problémája: a nagyobb gyermekek nem járnak iskolába, illetve iskolaelőkészítőbe, pedig erre törvény kötelezi a családot. A szociális munkás problémája az, hogy valahogyan rá kell vennie a szülőket, hogy ennek a kötelezettségnek eleget tegyenek. Az anya passzív elenállása miatt a szociális munkás került bajba, mert egyre közelebb került ahhoz, hogy hatósági intézkedést kelljen kérnie, hiszen a családot nem tudta együttműködésre bírni.

KEZELÉSI TERV ÉS AZ ESETKEZELÉS FOLYAMATA

a) A bizalom kialakítása ilyen helyzetben nagy türelmet és sok időt igénylő feladat, a bizalom viszont elengedhetetlen alapja a segítő kapcsolatnak. A bizalom kialakításának alapfeltétele, hogy a szociális munkás a klienst legközvetlenebbül érintő problémára adjon választ. Ebben az esetben a kliens azt érezte alapvető érdekének, hogy a szociális munkás tűnjön el a láthatárról. Az esetben az volt a megoldás, hogy a segítő ezt ígérte meg, de ennek feltételeként kikötötte, hogy a gyerekek iskoláztatási ügye rendeződjön. Ezzel egyrészt válaszolt az anya ki nem mondott gondolatára, másrészt egyértelmű, az anya számára átlátható helyzetet teremtett. A helyzet pontos tisztázása, és az ebből fakadó bizalom viszont lehetővé tette a későbbiekben, hogy a fiatal anya feladja a passzív ellenállást. A gyerekek iskolába, illetve iskolaelőkészítőbe járása enyhítette nevelői terheit, és így lehetővé vált a segítő kapcsolat mélyítése és a további problémák megoldására szóló szerződés megkötése.

A kényszerítő eszközök alkalmazása (hatósági intézkedés) vagy az azzal való fenyegetés túlzott – bár sajnos a gyermekvédelemben a szokásos eljárásoknak megfelelő – intervenció lett volna az esetben. Ez annak ellenére így van, hogy a gyerekek helyzete valóban nem volt megnyugtató, tekintettel a lakáskörülményekre, a gyerekek közvetlen környezetében elszívott, töménytelen cigarettára, az anya elégtelen nevelői kompetenciájára és magára maradottságára. A hatósági intézkedés vagy a fenyegetőzés tovább erősítette volna az anya veszélyérzetét és passzív ellenállását, nagy valószínűséggel beindította

volna a szakemberek által jól ismert eszkalációs spirált: minél súlyosabban fenyegeti a hatóság a családot, az annál inkább ellenáll, és annál inkább lehetetlenné válik az együttműködés, míg végül valóban nem marad más lehetőség, mint a gyerekek kiemelése a családból.

b) A hallgató számára kényelmetlen volt az a helyzet, melyben igen nagy hatalommal felruházva jelent meg egy családban (tényleg „elvitethette” volna a gyerekeket). A kontrolleszközök alkalmazása nehézséget jelent a segítség mellett elkötelezett szociális munkások számára. A kontrolleszközökkel kapcsolatos dilemma – a saját kényelmetlenségérzetünk – az egyik oldalon lehetővé teszi, hogy valóban csak végső esetben használjunk ilyen eszközöket. A másik oldalon viszont értenünk kell, hogy miért vannak a szociális munkások ilyen eszközökkel felruházva. Hogy ezt az adott helyzetben a hallgató megértse, csak hivatkoznom kellett az iskola jelentőségére a szegénységi csapda elkerülésében. A kötelességek teljesítését adott esetben ki kell kényszerítenünk, erre szolgálnak a szociális munkások rendelkezésére álló szankciók, melyekkel a kötelességmulasztást a hatósági jogkörrel felruházottak büntetik.

A beavatkozás minimális célját az esetben a gyámhatóság felkérése biztosította, hiszen abban a gyerekek iskoláztatásának ügyéről volt szó. Hogy lehet-e további célokat kitűzni a segítő kapcsolat során, az a kliens együttműködési készségén múlik. Természetesen teljességgel más lett volna a helyzet, ha a gyerekeken a súlyos elhanyagolás vagy bántalmazás tüneteit ismerte volna fel a szociális munkás. Ugyanis ebben az esetben mindent meg kellett volna tennie a veszélyeztetettség elhárításáért, és nem lett volna módja a hatósági intézkedést elkerülni.

III. Záró megjegyzések

1. *A kudarcokról.* A fenti esetek némelyike (és főleg a sok hasonló eset tapasztalatai alapján jogos borúlátásunk) mutatja, hogy be kell kalkulálnunk azt a lehetőséget is, hogy a legszakszerűbb és legátgondoltabb intervenciókkal sem mindig tudunk kielégítő eredményt elérni. A szociális munkások legalább annyira foglyai a társadalmi-gazdasági helyzet, a szűkkeblű és átgondolatlan szociálpolitika és a hiányos ellátórendszer következtében előállt helyzeteknek, mint a klienseik. Ráadásul a sikertelenség nemcsak a külső körülmények következménye lehet, klienseink sem mindig akarják a változást. A siker fogalma is meglehetősen nehezen meghatározható, hiszen – nem utolsósorban a gyermekvédelmi törvényből kiindulva – azt is sikernek gondolhatjuk, ha a veszélyeztetett gyerekeket minden áron a családjukban tartjuk, de ezzel a szemlélettel mit sem tudunk kezdeni a megkínzott, elhagyott, elutasított gyermekekkel kapcsolatban, akiket semmiképpen sem hagyhatunk veszélyben.

Miközben tudomásul kell vennünk, hogy nem minden klienst tudunk olyan élethez segíteni, amely megfelelne a szakmai értékeinknek, ennek a ténynek az elfogadása nem mentesít minket a felelősség alól, hogy a lehető legszakszerűbben és maximális erőbevetéssel igyekezzünk klienseink segítségére lenni. Nem jó leírni, de bizony vannak olyan helyzetek, amelyekben a szociális szolgálatok valóban csak a legszűkebb túlélés egyik eszközeként használhatóak, például megvédi a megfagyástól a hajléktalanokat, pusztán fedelet, tiszta ruhát, ennivalót és egészségügyi ellátást nyújtanak a krónikus pszichiátriai betegeknek, akiket jól elrejtettek a hajdani döntéshozók a köz szeme elől a megközelíthetetlen intézetekben, és így tovább. Az ilyen helyzetekben is tény viszont, hogy a szociális szolgálatok munkásainak etikai kódexük előírja, hogy a közösség szolidaritását mutassák be a szívtelen társadalmi viszonyok áldozatainak, még akkor is, ha nem lehetnek elégedettek e közösségi szolidaritás mértékével.

2. *A diagnosztikus készség tanításáról.* A diagnosztikus készség nem egy készség, hanem egy nagyon bonyolult készségrendszer, amit ugyan megalapoz az elméleti tudás készlete, de az semmiképpen sem elegendő (bár nélkülözhetetlen) ahhoz, hogy valaki jó diagnoszta legyen. Azt gondolom, hogy ehhez csak a gyakorlás segít hozzá. Nem véletlen, hogy a már gyakorlatban dolgozó és közben tanulmányaikat végző szociális munkások az esetmegbeszélő konzultációt és a szupervíziót tartják a leghasznosabb oktatási formának.

Hivatkozások

- Ágostonné Alpár Vera (1998): Törési és kitörési pontok keresése hajléktalanoknál. *Esély*, 1998, 4.sz., 75–85. o.
- Berne, Eric (1984): *Emberi játszma*. Bp. Háttér Kiadó.
- Bettelheim, Bruno (1988): *A végső határ*. Bp. Európa Kiadó.
- Bourdieu, Pierre (1978): *A társadalmi egyenlőtlenségek újratemelődése*. Bp., Gondolat.
- Breitner Péter (1999): A hajléktalanná válás lépcsőfokai. *Esély*, 1999, 1. sz., 84–108. o.
- Castel, Robert (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig – a „kiilleszkedés” pokoljárása. *Esély*, 1993, 3. sz., 3–23. o.
- Ferenczy Sándor: Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In: Buda Béla (szerk.): *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Bp. Gondolat, 1971, 215–228. o.
- Göncz Kinga: Szociális munka az egészségügy különféle területein. In: *Szociális munka és egészségügy*. SZMME, 1994, 64–65. o.
- Hegyesi Gábor (1998): Az általános szociális munka szakmai koncepciója. In: Kozma Judit (szerk.): *Kézikönyv szociális munkásoknak*. Bp., Szociális Szakmai Szövetség.
- Howe, David (1994): Behaviorista szociális munka. In: Tánzos Éva (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata*. 2. kötet. Szociális munka egyénekkel és családokkal – esetmunka. Bp., Semmelweis Kiadó, 33–47. o.
- Kerezsi Klára (1995): *A védtelen gyermek*. Bp. KJK.
- Lafore, Robert (1993): Az RMI – hármas kihívás. *Esély*, 1993, 3. sz., 24–49. o.
- Szabó Lajos (1994): Krízisintervenció a szociális esetmunkában – A krízisintervenció alapelvei. In: Tánzos Éva (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata*. 2.