

## **Szervezeti sajátosságok vizsgálata: vezetői interjúk és a SEEQ kérdőív**

*Organizational characteristics: leaders' perspectives and the SEEQ*

B. ERDŐS MÁRTA, MADÁCSY JÓZSEF, BRETTNER ZSUZSANNA & SZIJJÁRTÓ LINDA

### **Összefoglalás**

*A szerzők három terápiás közösség vezetőjével vették fel a SHEU International független értékelő kutatásoknál használatos nyitó kérdőívét, amelyet a kontextushoz adaptáltak. Ezt a kérdőívet a Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ) használatával egészítették ki, amely a terápiás közösségek alapvető sajátosságait, az ezeknek való megfelelést vizsgálja. A válaszadók a szakmai autonómiát hangsúlyozták, és a felépülést úgy határozták meg, mint a kliens értékrendjében, attitűdjében bekövetkező változásokat.*

*Kulcsszavak: értékelő kutatás – kezdeti elvárások – TC-működésmód*

### **Abstract**

*Authors explore three therapeutic communities using an initial questionnaire for independent evaluation by Social and Health Evaluation Unit, adapted for the context, to determine basic directions of independent evaluation. The questionnaire is complemented by Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ), which focuses on key features of therapeutic communities. Respondents have highlighted professional autonomy and conceived recovery as a change in clients' value system and attitudes.*

*Keywords: evaluation – initial expectations – TC-mode*

A vezetői nézőpont és tapasztalatok megismerése fontos lépése az értékelő kutatásnak. A *Social and Health Evaluation Unit* nyitó kérdéssorának (Ellis & Hogard, 2006) célja az alapvető tájékozódáson túl a kutatásban kialakítandó kapcsolat meghatározása. Az eredeti kérdéssorból két olyan kérdést hagytunk ki, amely ebben a kontextusban nem volt

értelmezhető, megválaszolható.<sup>1</sup> Úgy döntöttünk, hogy a független értékelő kutatások viszonylagos ismeretlensége miatt célszerűbb interjút készíteni, mint az egyébként szokásos módon a kérdéssort online megküldeni. Így saját szerepünk meghatározására is könnyebben sort keríthettünk: eszerint külső értékelőként lépünk kapcsolatba a szervezetekkel. Felfogásunkban a programot az ismerheti a legteljesebben, aki a munkát végzi, aki a tevékenységekkel azonosul, és a terápiás közösség értékrendje szerint él. Fontos feladatunknak tartottuk azonban, hogy a szakmai reflexiók kialakulását segítsük, a tudásokat felszínre hozzuk, megvitathatóvá tegyük.

### **Vezetői interjúk**

Az interjúkat három helyszínen – egy egyházi fenntartású, egy nem egyházi fenntartású, de „atmoszféráját” tekintve keresztyén szellemiséggel áthatott és egy Minnesota-modell szerint működő rehabilitációs intézményben – személyesen vettük fel (az interjúvázlatot ld. az 1. mellékletben), egy határon túli magyar, ugyancsak keresztyén lelkeséggel működő intézménynél pedig a Skype segítségével történt a beszélgetés. (Az utóbbi interjút külön, ugyanebben a lapszámban közöljük.)

Az értékeléssel kapcsolatos előzetes elvárások, elképzelések terén a vezetők a következőket fogalmazták meg:

- Alakuljon ki egy olyan elképzelés, amelynek alapján egyértelműen meghatározható, mit tekintünk Magyarországon eredményes szakmai munkának a bentlakásos drogrehabilitációs intézetekben.
- A kutatás legyen elfogulatlan, és fontos, hogy a vizsgálatba minél több érintettet sikerüljön bevonni.
- Megfogalmazódtak félelmek, kételyek: Vajon milyen következményei lehetnek a kutatásnak, miképpen kerülhetnek felhasználásra az eredmények? Segítenek-e eldönteni, hogy a különböző potenciális kliensek milyen ellátási formát vegyenek igénybe? Alapjául szolgálnak-e szakmai pályázatoknak? Hatással lehetnek-e szakmapolitikai döntésekre?

---

<sup>1</sup> Tartalmi változtatások: a program és egyéb hasonló célú/típusú programok költségeinek összehasonlítása; a korábbi és új programok eredményességének összehasonlítása. Nem érhetőek el ilyen adatok.

Az egyik vezető szerint az eredmény a kezdeti állapot és a terápia befejezésekor meghatározható állapot különbsége, fontos tehát, hogy ki kerül be az intézetbe. Megfelelő indikátornak tekinthető a rehabilitációs intézetből kikerülő személy értékrendjének változása. Az egyik legfontosabb eredménynek ebben az intézményben az agresszivitás csökkentését illetve megszüntetését tartják. Egy másik válaszadó szintén az értékrend változását, az értékváltás igényét emelte ki, hozzátéve, hogy ez a változás kiindulópontja, maga a folyamat a terápia zárását követően tovább zajlik. Véleménye szerint sok esetben nem működik a teljes absztinencia. Minőségi változásnak tekinthető azonban, ha a rossz fizikai és mentális állapot javuló tendenciát mutat, különösen fontos ez utóbbi a designer drogokat használó személyek esetében. A befejezett terápia célja egyfajta közös társadalmi norma működtetése: munkavállalás, tanulás, a családi kapcsolatok normalizálódása, párkapcsolat kialakítása és a szabadidő konstruktív eltöltése, valamint a szermentesség.

Egy másik intézményben mindezt egy fogalomba sűrítve, mint *józanágot* emelik ki. Lényegesnek tartják, hogy a kliensek elsajátítsák a pozitív gondolkodást, a problémákhoz való konstruktív hozzáállást, a működőképes társas mintákat. A józanág tartalma, fontosabb, mérhető indikátorai – az absztinencia mellett – a fejlődésre való képesség, a stabil párkapcsolat vagy családi élet, a munkahely megléte és tartóssága, az önfenntartás, a szabadidős vagy közösségi-társadalmi tevékenységek végzése és az elégedettség, a produktív életstílus, a pozitív kapcsolatok, továbbá az, hogy a személy a józanágot segítő egészségügyi vagy szociális ellátásokkal tartja a kapcsolatot. Mivel magas a rehabilitációba valós motiváció nélkül érkező kliensek száma, gyakran már a józanágra való sikeres motiválás is eredményként értékelhető. További szempont, hogy a kliens szociális-jogi helyzete is rendezésre kerülhet.

A válaszadók szerint az olyan ellátási formák, mint a nappali vagy közösségi ellátás, amelyekben a józanág nem alapkritérium, alkalmatlanok a rehabilitációs intézményekkel való összehasonlításra, a kórházi programok, az egyéni pszichoterápia egyes formái, és az önszorgító csoportokban zajló munka részben lehetővé teszik az összehasonlítást.

A kliensek utánkövetése egyelőre mindenütt inkább informális csatornákon keresztül történik: kliensi visszajelzéseken, a korábbi kliensek számára szervezett intézményi találkozókön beszerezett információkon alapul. További visszajelzéseket adhat az NA és más önszorgító közösségek, és információkat nyújt a Facebook is. Az intézményvezetők tervezik a szervezettebb utánkövetést, ám a kapacitáshiány és a felépülő, de különösen a visszaeső csoportok nehézkes elérhetősége problémát jelent.

A terápia sajátos vonásának tekintik az egyik egyházi intézményben a keresztény szemléletet és a szereteten alapuló hozzáállást. A szeretet mellett nagy hangsúlyt kap az elfogadás, mint érték. Az intézmény munkatársai kerülni igyekeznek a konfrontációt és a tekintélyelvű viszonyt a lakókkal. A durvaságot elutasító atmoszférában az agresszivitást kizárással büntetik, ez egyaránt érinti az agresszivitást alkalmazó és elszenvedő személyt is. Ebben az intézet vezetősége következetes. Bár ritkán van rá precedens, hogy ilyen intézkedést kelljen hozni, ha megtörténik, igyekeznek szeretetben elbúcsúzni a lakóktól. Lényeges még, hogy segíteni nem erővel, hanem a gyengeséggel lehet, vagyis azzal, ha a segítők megmutatják, felfedik saját gyengeségeiket a lakók előtt.

Egy másik intézménynél a hitet, a vallás gyakorlását nem tekintik a program elemének. A keresztyén szellemiség hozzájárul a terápia hangulatához, atmoszférájához, de hangsúlyozzák, hogy a szakmai program nem ezen alapul. A józanodás folyamata nincs a hitbeli folyamatokra ráépítve, azzal összekapcsolva, a kettő párhuzamosan zajlik. Specialitásuk a szenvedélybetegség széleskörű horizontális kezelése. Míg a 12-lépéses programok a függőséget kezelik, és a betegségtudatot viszik mélyebbre, addig itt a szociális és egyéb készségfejlesztésre, jogi tanácsadásra, munkahelykeresési ismeretekre esik a nagyobb hangsúly. Markáns terápiás elem a kliensek erősségeire való fókuszálás, a megoldásközpontúság, a problémamegoldó képességek fejlesztése. Ezekkel szemben elutasítják a hibakereső fókuszot, a megoldás nélküli konfrontációt. Nem a múltbeli hibák megismétlődésének kivédésére törekkenek, hanem az új célok, és az azokhoz való alkalmazkodás az, amit meg kívánnak valósítani. A családokkal végzett havi rendszerességű munka is jelentős, különösen az intézmény szemléletének, értékeinek átadása a szülők felé. E szintéren is kerülik a megbélyegzést, például nem használják a kodependencia kifejezést. Lényeges terápiás elvnek tartják, hogy a kliens nőjön fel a döntésképes, önmagáért felelős életvitelhez. Nincs azonban „vezetett vonal”, ami előre megmondja, hogy a kliensnek mit kell, és mit nem kell tennie.

A vizsgálatba bevont harmadik rehabilitációs intézet vezetője szerint őket a progresszivitás különbözteti meg az ország többi rehabilitációs intézetétől, valamint az, hogy érzékenyen reagálnak az ellátottak igényeire. Fontos továbbá a stáb összetétele: a kollégák józan tapasztalati szakértőként (felépülő függőként) és szakemberként működnek együtt a lakókkal. Az elmúlt évek során számos újítással próbálkoztak, saját modelljük e folyamatos tapasztalati tanulás eredménye.

Az eredeti kérdőívben szereplő kérdést („Melyek a program eddigi tanulságai?”) kiegészítettük, hogy konkretizáljuk a válaszokat, és kiemeljük a saját tapasztalatok fontosságát. (Milyen tanácsokat adna egy hasonló program kezdeményezőinek?) Elhangzik, hogy a tolerancia túlértékelése nem vezet sehová, mert a tolerancia nem mindenható. A túl nagy szabadság, ha nincsenek értékek, és az azokat védő korlátok, akadályozhatja a fejlődést. Az egyensúly értő megvalósításához azonban nagyfokú rugalmasságra van szükség a segítők részéről. Elhangzik még, hogy számos különböző, jól működő modell van, ám a kezdeti lépéseket követően a kiválasztott modellt a gyakorlat alakítja. Ugyanakkor a vezetőnek nagy szabadsága van az intézmény működtetésének irányításában.

Másutt kiemelik a csoportfolyamatokat, annak fontosságát, hogy közösséget hozzanak létre, illetve tisztázzák az egyéni terápia és a közösségi terápia viszonyát. Alapvetően a csoportfolyamatok dominálnak, ezt a segítőknek is szem előtt kell tartani, mert gyakran hajlamosak az egyénre fókuszálni. Lényeges a segítő személyiségének háttérbe szorítása: tudjon programban, elvekben is gondolkodni. A segítő egyéni képességei, rutinja nem elegendő, a csoportfolyamatok jelentik a terápiás hatás alapját. Különösen lényeges a megfelelő struktúra és az egymásra épülő folyamatok kiépítése. „Az, hogy egy kliens a terápia első napjától hova akarunk eljuttatni, ez átlátható, világos legyen, a kliens számára is érthető legyen, értékelésekkel. Mindebben megvan a struktúra napra, hétre, hónapra, fázisra, évre lebontva. Tehát a kliens nem egy véletlenben van, nem egy csodavárásban van...” Fontos, hogy az előrelépést mindig valamilyen teljesítmény előzze meg. Ez az elv érvényesüljön minden rendszerben, a kliens és a munkatárs esetében egyaránt, hogy a folyamatok minél átláthatóbbak, objektívebbek, kiszámíthatóbbak legyenek. Ennek a terápiás programban kidolgozott protokollja van (teljesítési kritériumok, azok értékelése, az egész közösség számára átlátható és követhető módon).

Fontos korábbi *újításként* az egyik intézményben egyértelműen a Portage-modell több mint tíz évvel ezelőtti bevezetését említik. A modellt pár nap alatt adaptálták, minden különösebb nehézség nélkül. Nagy különbséget jelentett, hogy sok olyan feladatot kellett átadni a klienseknek, ami korábban a segítőkhöz volt rendelve – ehhez nagyon nagy bizalom kellett. Jelenleg is a Portage-modellt követik, de a „saját képükre formálva”. Minden évben van továbbá három hét, amely a sportprogramokról szól. Ez közös utazást, kirándulást jelent; a szabadidő

konstruktív eltöltésére tanító programokon az intézmény lakói és a segítők közösen vesznek részt.

Egy másik intézmény korábbi újítása, hogy kétévente felülvizsgálják a programot. Négy évvel ezelőtt minden kliens-előmeneteli fázishoz követelményrendszert rendeltek, meghatározták a kompetenciákat, az elvárásokat, és az ezekhez vezető terápiás eszközrendszert. Két éve a munkahelyi, munkatársi előmeneteli rendszer kidolgozása történt meg. 2015-ben a megnövekedett klienslétszám és a csoportok kezelése jelentett kihívást: hogyan tudnak hatékony csoportmunkát végezni bővített klienslétszámmal?

A program közvetett kockázatviselőinek körét tágan határozzák meg: a hozzátartozókon kívül a munkáltatók, a társintézmények, az önszolgáltató csoportok és más, kapcsolódó problémára szerveződő szakellátások (pl. pártfogó felügyelet) képviselői tartozhatnak e csoportokhoz.

### **A terápiás működés lényegi elemei: a SEEQ**

A vezetőkkal készített első interjúval egyidejűleg került sor három intézménynél a SEEQ (*Survey of Essential Elements Questionnaire*) (Melnick & De Leon, 1999) kérdőív rövidített változatának felvételére. E kérdőív a terápiás közösségek (TC) működésének alapelvei szerinti működést és az egyes terápiás tényezők súlyozását méri – a kérdőív felvételét azért tartottuk szükségesnek, mert a kezdeti beszélgetésekben az egyik intézményvezető megjegyezte, hogy bár a hazai bentlakásos drogterápiás intézmények mindegyike terápiás közösségként azonosítja magát, a valóságban ez nincs így. Maga a SEEQ – az egyes kérdéscsoportokhoz tartozó itemekkel – a 7. mellékletben található, itt csak a főbb témákat említjük:

- I. TC-nézőpont
- II. A közösség mint terápiás tényező
- III. Az intézmény: a kezelés megközelítésmódja, struktúrája
- IV. Oktatás, nevelés és munka
- V. Formális terápiás elemek
- VI. Folyamat

Az eredmények alapján e kérdőív részben alkalmas a hazai intézmények vizsgálatára. A válaszok összességében a TC-működéssel való

összhangot erősítették meg (az adott programelemek, folyamatok fontosságának megítélése a maximumhoz képest 84%, 92% és 96%). A TC-nézőpont következetes érvényre juttatása tekintetében nincs számottevő különbség az intézmények között, ezt mindannyian lényegesnek tekintik. Változatosabb a kép a közösség mint terápiás tényező megítélésben, ahol a legnagyobb eltérés a két egyházi fenntartású intézmény között mutatkozik. E különbség adódhat a kérdés eltérő értelmezéséből is (az egyházi intézményeknél a spiritualitás szerepe igen jelentős, ám erre vonatkozó kérdés a kérdőívben nem szerepel). A megközelítésmódok, struktúrák tekintetében nagyobb különbség ismét a két egyházi fenntartású intézmény között jelent meg. Az oktatás, nevelés és munka mindenütt fontos, de az egyes területek hangsúlya eltér. A formális terápiás elemek fontosságának megítélése is hasonló. Az egyes kezelési fázisok céljának és fontosságának tekintetében nem volt különbség az egyes intézmények között. Egyéb eredményeinkkel összevetve, a SEEQ rövidített formája hasznos, az önértékelést segítő eszköz, de önmagában kevés a működés modellezéséhez.

## Irodalom

- Ellis, R. & Hogard, E. (2006). The Trident: A three-pronged method for evaluating clinical, social and educational innovations. *Evaluation*, 12(3), 372–383.
- Melnick, G. & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 301–313.