

ÖNSEGÍTÉS ÉS KÖLCSONÖS SORSTÁRTÁMOGATÁS SEGÍTŐKNEK NEHÉZ HELYZETEBEN ÉS VESZÉLYES MUNKAHELYEKEN⁸

SELF-HELP AND MUTUAL PEER SUPPORT FOR HELPERS IN DIFFICULT
SITUATIONS AND STRESSFUL WORK ENVIRONMENTS

BARÁTH ÁRPÁD
BRETTNER ZSUZSANNA
MUCSI GEORGINA

Összefoglaló

A szerzők áttekintik a segítő tevékenységek mentálhigiénés kockázatait a sürgősségi ellátásokban dolgozó, valamint a stresszteli, megterhelő munkát végző önkéntes és professzionális segítők mentális épségének veszélyeztetettségére összpontosítva. Ajánlásokat tesznek olyan preventív önsegítő és kölcsönös sorstárs-támogató technikák alkalmazására a hétköznapi gyakorlatban, amelyek – a szakmai szupervízió kivételével – korábban csak elvétve kerültek említésre a hazai szakirodalomban, s még kevésbé honosodtak meg a szociális munka képzési követelményei között és a gyakorlatban.

Kulcsszavak: munkahelyi stressz – kiégés – helper-szindróma – önsegítés – sorstárs-támogatás – szociális munka

Abstract

The article provides a comprehensive overview of the most important risk factors threatening the mental health and personal integrity of both the voluntary and professional helpers working in emergency services and/or in permanently stressful work environments. The authors describe and make recommendations for effective use of certain self-help and mutual aid techniques in the everyday practice of helping. These techniques, with the exception of supervision, have rarely if ever been addressed in the domestic scientific literature; and even less often have been referred to as standards in the base-line training of social workers and other professional helpers.

Keywords: job stress – burn-out – helper-syndrome – self-help – peers support – social work

⁸ A cikk egy korábbi (bővebb) változata oktatói modulként szerepel a PTE ÁOK „Migrációs Egészségügy” c. MA szintű szakképzések oktatási anyagában (Projekt EIA/2007/3.3.2.5.), amely az Európai Unió Európai Integrációs Alap támogatásával jött létre, 2009-ben.

Bevezetés

Ismert, hogy a humán szolgáltatásokban dolgozó önkéntesek és professzionális segítők általában magasan motivált személyek, többnyire idealisták, és pályaválasztáskor készek rendkívüli helyzetekben, kockázatos körülmények között is dolgozni. Kimagaslóan erős késztetésük van arra, hogy gondoskodjanak másokról, ugyanakkor sokan közülük megfedkeznek saját magukról, és háttérbe szorítják személyes szükségleteiket. Kiválóan ismerik és alkalmazzák a segítség legkülönbözőbb technikáit, eljárásait, ugyanakkor közülük sokaknak nehézségeket okoz a hétköznapi munkában és magánéletben egymásba torlódó stressz-helyzetek azonosítása, tudatosítása, különösen pedig konstruktív kezelése. E stresszek halmozódása az évek során komolyan veszélyezteti, végső soron teljesen kimerítheti a személyiség testi, lelki és erkölcsi erőforrásait. A kutatások és klinikai megfigyelések két, egymással szorosan összefüggő kockázati tényezőre hívják fel a figyelmet: Ezeknek egyike a *kiégés (burn out)* veszélye, a másik pedig a *helfer-szindróma* néven ismert lelki károsodás a segítő szakmákban.

A szakmai kiégés (burn out) fenomenológiája

Egy fokozatos, több éven át lappangó testi-lelki kimerülésről van szó, amelyre a kutatók nem is olyan régen, a 70-es években lettek figyelmesek (Freudenberger 1974). A jelenségnek manapság már számos leírása és formális definíciója van, röviden a következőképpen határozhatjuk meg: „A szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” (Fekete 1991; Mándi, Fekete, 2009) A szindróma önmagában egy igen komplex tünetegyüttes, amelynek szubjektív észlelése és ok-tulajdonítása személyenként, társadalmi csoportonként, kultúránként, foglalkozásonként változhat (Kovács 2006). Szubjektív észlelési szinten a következő tünetek (panaszok) a leggyakoribbak a folyamat előrehaladottabb szakaszaiban:

- Krónikus testi-szellemi kimerültség jelei. Megfelelő mennyiségű többletpihenéssel, például délutáni alvással sem szűnnek meg
- Bizonyítási kényszer a munkában. Önfeláldozó életmód.
- Saját lelki-fizikai szükségleteinek háttérbe szorítása, elhanyagolása
- Fokozott stressz-érzékenység (általános ingerlékenység, feszültség)
- Az egyén saját „belső világával” való kapcsolat elvesztésének érzése
- Depresszió, belső üresség érzése
- Szélsőséges esetben a „végső kiszállás” vágya (pl. pályaelhagyás)
- Személyközi kapcsolatokban negatív, cinikus, rosszindulatú kommunikációs stílus
- Általános közömbösség (apátia), visszahúzódás, fásultság, vagy ellenkezőleg, védekező viselkedés

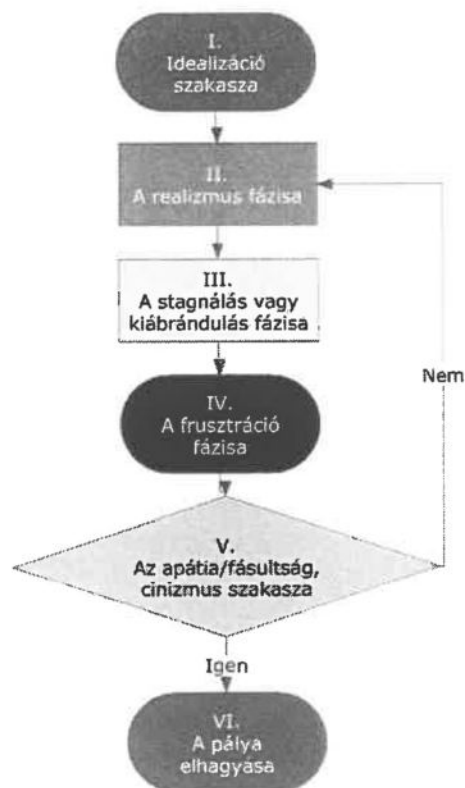
A folyamat lényege egy kezdetben lelkesedő, törekvő „hivatás-személyiség” (Allport 1961) fokozatosan erősödő szakmai *identitásváltása*, a személyes hatékonyság csökkenése, amely jellegzetesen több fázison keresztül bontakozik ki, és a folyamat nem mindig lineáris (egyirányú) regresszió, hanem egyes szakaszok ciklikusan ismétlődhetnek. Különböző szerzők különböző számú szakaszt tartanak számon (ld. „Lelki titkaink” 2009). A szociális segítők esetében többen is kulcsfontosságúnak tartják a kiégés következő három szakaszát

(Soós 2005):

1. *szakasz*: Az első szakaszt a segítő megdöbbenése jellemzi, amely általában abból adódik, hogy a rendszerint középosztálybeli pályakezdő segítő ekkor kerül szemtől-szembe hátrányos helyzetű, kiszolgáltatott, gyakran embertelen viszonyok között élő emberekkel.
2. *szakasz*: A szakmai küldetés megélése, empátia és elkötelezettség kialakulása. Az emberi nyomor és a megaláztatások megismerése arra motiválhatja a segítőt, hogy ő legyen az, aki segít a „rábizott” embereken, s túlzott lelkesedése, hivatástudata irreális reményeket kelthet saját szakmai tevékenységével kapcsolatban. Ezt hatványozhatják a kliensek irreális elvárásai (tájékozatlansága), akik közül sokan úgy gondolják és érzik, hogy „Ő” az, aki nélkülük is meg fogja oldani problémáikat.
3. *szakasz*: Erre a szakaszra jellemző a személyesen megélt szakmai kudarcokkal való szembesülés (személyes tehetetlenség érzése), amelyből általában düh, cinizmus, általános testi-lelki kimerülés és illúzióvesztés következik. Ezeknek összegződő hatásából eredhet a korai szakmai kiégés folyamata, kiváltva a lelkes, de tapasztalatlan pályakezdő fiatalok és egyedül dolgozó segítőik esetében.

Az alábbi ábrával szemléltetjük némi részletesebb felosztásban a kiégési folyamat szakaszait.

1 ábra: A kiégési folyamatának szakaszai és cirkularitása (elméleti modell)



Az ábrán igyekeztünk feltüntetni azt a tényt is, hogy a szakmai kiégés korántsem egy eleve hivatás-romboló (fatális) folyamat. Időleges visszatéréssel az ábrán megjelölt második fázisra (kritikus valóságészlelés) az a kulcsfontosságú tényező bontakozhat ki, amely a szakmai tapasztalatszerzés, a szakmai bölcsesség és konstruktív önreflexiók forrása lehet (Kelemen 2006).

Helfer-szindróma

A jelenség feltárása, megnevezése és fogalmi pontosítása eredetileg Wolfgang Schmidbauer nevéhez fűződik, aki felfedi azt a tényt, hogy a „hivatásos” segítők személyes erőforrásai igen gyengék, törékenyek, és az én-központú megküzdési stratégiák széles spektrumát jelenítik meg a közéletben, valamint az általuk képviselt közszolgáltatások kommunikációs kultúrájában (Schmidbauer 1977).

1. A „foglalkozás áldozatai”, akik a magánéletben, privát társas kapcsolataikban is a „segítő” szerepet folytatják.
2. „Hasítás” a magánélet és hivatás kényszeres szakmai elkötelezettsége között, ahol a segítő a munkahelyen önmagát szigorúan „ellenőrző” személy, otthon pedig „gyenge, sértett” kisgyermek; akiről valakinek gondoskodni kellene.
3. A *perfekcionista* a szakmai normákat átviszi a magánéletbe, nem bocsájtja meg magának a magánéleti kudarcokat, ezek saját szakmaiságában való kételkedéshez vezetnek.
4. A *kalóz típusú* segítő saját belső érzelmi ürességével küszködik, szegényes kapcsolatrendszerét igyekszik pótolni a szakmai tevékenységgel.

Mindkét elméleti modell arra figyelmeztet, hogy a segítő foglalkozások pályaválasztása és pályaeépítése korántsem kockázatmentes vállalkozás. Ez a kockázatvállalás halmozottan jelen van mindazok életében, akik más, a saját kultúrájuktól eltérő kultúrájú személyeket, családokat és közösségeket gondoznak.

Egy menekültekkel dolgozó szociális munkás esete

Példaként az alábbi szövegdobozban egy szociális munkás esetét mutatjuk be röviden, amelynek részletes elemzését, továbbgondolását az olvasóra bizzuk:

N. B.-vel a délszláv háborúk kezdetén ismerkedtem meg (1992-ben). Csinos, fiatal hölgy volt, jól képzett szociális munkás (MA fokozattal), hajadon. Akkor már javában dúlt a délszláv háború, és a felállított menekült táborok egyre telítődtek a volt Jugoszlávia békésebb térségeiben, így Szlovéniában is. N. B. egy szlovéniai menekült táborban dolgozott, mint a táborfelelős. A tábor lakóinak többsége bosnyák menekült volt, korösszetételben igen heterogén nagycsoport (kb. 450 fő összesen), többnyire gyermekek, tizenévesek, nők, időskorúak. Egész iskolaközösségek találtak menedéket a táborban, kisebb bosnyák falusi iskolákból, tanítóikkal/tanáraikkal együtt. B.-vel és helyi asszisztenseivel egy szakmai meghívás kapcsán ismerkedtem meg. Akkori asszisztenseimmel közösen vállaltuk fel azt a kihívást (UNICEF misszió), hogy megszervezzünk és megvalósítunk egy olyan komplex művészeti terápiás programot, amellyel a táborban élő iskoláskorú gyermekeknek és pedagógusoknak a segítségre lehetünk, hogy traumatikus élményeiket és veszteségeiket feldolgozzák, megosszák egymás között, és közös alkotómunkával enyhítsenek lelki

fájdalmaikon. A projektet elsődlegesen három hónapra terveztük, de a résztvevők kérésére folytatódott, így teljességében öt évet töltöttünk együtt, kezdetben kétszeri, majd később havi egyszeri találkozással. A tevékenységek sokrétű tematikus műhelyfoglalkozások voltak (képzőművészeti műhelyek, szociodráma csoportok, zeneterápiás műhelyek stb.). A helyi kisvárosban B. a műhelyek megszervezésében, technikai kellékek beszerzésében, a gyerekrajzok kiállításainak szervezésében oroszánrészt vállalt. Mindezekon túl a táborlakók jónéhány csoportjának fáradhatatlan segítőjévé és lelki támogatójává vált. Születésnapokat rendezett, osztozott a gyerekek iskolai fellépéseinek szerény sikereiben, személyes védelmébe vette a bántalmazottakat, intézkedett menekültügyben, álláskeresésben; együtt sírt és szenvedett a súlyos veszteségeket átélt családokkal, gondoskodott az idősekről stb. Röviden, közel „egyszemélyes” önfeláldozó segítője és támogatója volt több száz szerencsétlenül járt embernek. Amint múltak a hónapok és évek, B. egyre inkább megváltozott, „más” kezdett lenni, mint megismerkedésünk alkalmával volt. Jóllehet külsejét soha nem hanyagolta el, mindig csinosan öltözködött, testsúlya gyarapodott. Egyre fáradtabbnak látszott, s gyakrabban kezdett panaszkodni, hogy időközben a táborból egyre nagyobb számban távozó „gyerekei” (védencei), úgy távoznak, hogy vissza sem jelzik neki, hol vannak, mi történik velük... Utolsó találkozásunk alkalmával, B. sírva mondta, hogy „... így nem bírom sokáig.”

Forrás: Baráth Á. *Magánjegyzetek a délszláv háborúból*, 1991-1995.

N.B. esetének több tanulsága van. Az egyik, nyilván a legevidensebb tanulság, hogy B. a túlfeszített segítőkézségében nem külső megjelenését, hanem belső lelki világát hanyagolta el, amibe végül is emocionálisan belerokkant. B. abbahagyta a háború előtt megkezdett egyetemi tanulmányait (doktori képzés), és azóta sem kezdte újra. Nem vette figyelembe az esetleges kiegészítő kockázatait, és amikor feltételezhetően annak veszélyét már érezhette, nem fordult szakmai segítségért, ami egyébként „tipikus” magatartás a szociális munkások és más segítők soraiban (személyes szakmai „presztízs” védelme?). A másik tanulság, hogy B. olyannyira „túlgondozta” a menekülttábor lakóit, főként a 7-8 éves gyerekeket, hogy azok időközben felcseperedve, elhagyták a tábor és „megfeledkeztek” B.-nek még csak köszönetet is mondani mindazért, amit értük tett. B. a többéves együttélés és együttérzés során szociális munkás létére megfeledkezett arról, hogy a szakmai segítség más, mint az emberbaráti szeretet és egyirányú jótekonyság. A professzionizált segítség lényege a társas kapcsolati hálók építése, az erőforrások gazdagítása, a kliens képessé tétele önálló életének kiteljesítésére. B. személyesen többet vállalt magára, mint amit lelkileg elbírt. Ugyanakkor, egy olyan rendkívüli helyzetbe került (háborús menekültek segítése), amelyre egyetemi tanulmányai során nem készítették fel kellőképpen, de nem is készíthették fel, hiszen az oktatók jó része életében először szembesült egy háborús helyzettel, amely a menekültek és otthonatlanok százecreit sodorta a segítő szakmák humán erőforrásai felé. (*Utólagos*: B. élettörténete a továbbiakban jóra fordult. Az emocionális krízis esetében átmeneti volt, és manapság B. szülővárosának egyik kiemelkedő, tekintélyes közéleti személyisége, számos országos és nemzetközi elismerés kitüntetését.)

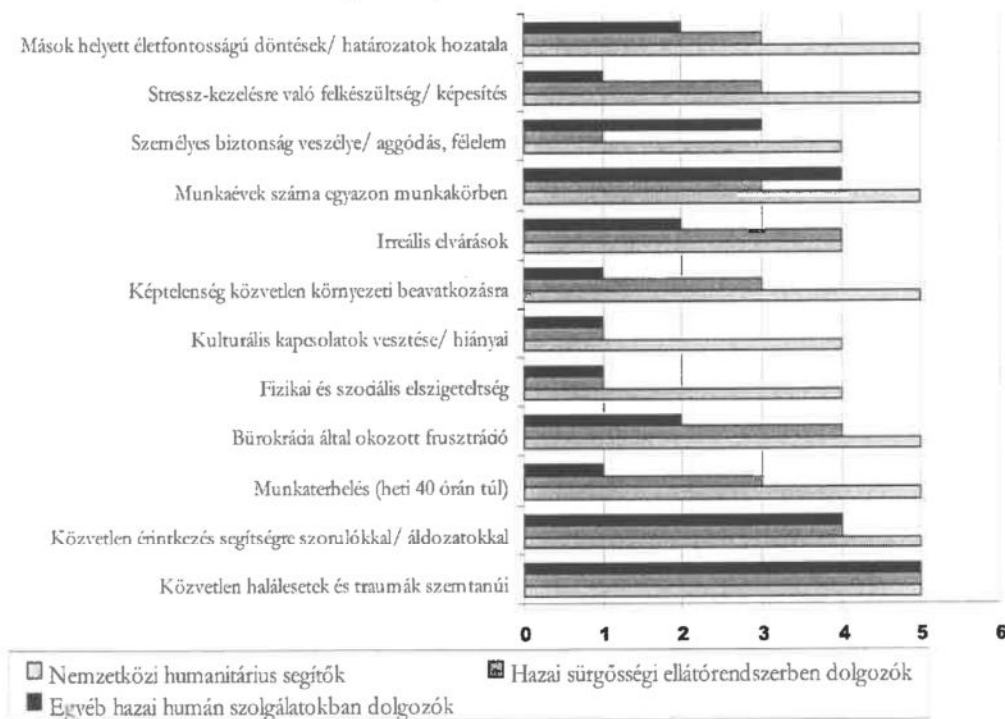
A veszélyeztetettség munkaköri etiológiája

A fent említett két tünetcsoport egyike sem minősíthető „mentális betegségnek” annak ellenére sem, hogy a „burn-out” szindróma legújabbban ott olvasható a mentális zavarok

nemzetközi nomenklatúrájában, mint klinikai entitás, az ICD Z73.0 kód alatt (Wikipedia 2009). A leginkább érintett foglalkozások a következők: ápolók (főleg haldokló vagy súlyos betegeket, idős embereket ellátó kezelő osztályokon dolgozók), orvosok (leggyakrabban háziorvosok), pszichiáterek, pedagógusok/oktatók, pszichológusok, lelkészek, szociális munkások, könyvtárosok (olvasószolgálatban dolgozók), rendőrök, rendszergazdák – informatikusok, programozók, felsővezetői munkakörökben dolgozók, pénzügyi tanácsadók. Átfogó nemzetközi felmérések a szakmai kiégés kapcsán még váratnak magukra, ám az alábbi tényfeltáró tanulmányok is igen tanulságosak.

Susan MacGregor, a nemzetközi humanitárius segélyszervezetek világhálójában több évig (1997-2005) dolgozó önkéntes, mintegy 2 évi tevékenység után Kongóban egy szakmai tanulmányának bevezetőjében bevallja: „kiégtem” (MacGregor 2008). E személyes tapasztalatból kiindulva, a szerző kutatni kezdett, hogy feltárja a különböző segélyszolgálatokban dolgozók szakmai kiégésének kockázatait. Három különböző típusú intézményben dolgozó segítők kiégési veszélyeztetettségét vizsgálta és hasonlította össze 12 olyan kockázati tényező mentén, amelyek a legújabb kutatások homlokterében állnak. Az intézmények következő három típusa képezte az összehasonlító vizsgálat tárgyát: (1) nemzetközi humanitárius segélyszervezetek, (2) országos sürgősségi szolgálatok, (3) szokványos egészségügyi és szociális ellátó intézmények. Az alábbi ábrával szemléltetjük a vizsgálat főbb eredményeit (becslési értékelések Likert-féle skálán, 0-5 között, ahol 0 => nincs 5 => maximális veszélyeztetettség).

2. ábra: A segítői kiégés (burn out) oki tényezői és azok jelenlétének differenciált valószínűsége három munkakörben (becslés)



Forrás: MacGregor (2003: 17) után

A segítők mindhárom vizsgálati csoportjánál azt látjuk, hogy a halálesetek és a megrázó események szemtanúsága kulcsszerepet játszik a munkaköri kiégés etiológiájában. Azt is látjuk, hogy a segítők akut stressz helyzetekre és azok kezelésére való felkészültsége szintén jelentős szerepet játszik (minél gyengébb a felkészültség, annál nagyobb a kockázat). Végezetül, a tanulmány egyértelművé teszi, hogy a különböző adminisztrációs kötelezettségek, és a bürokrácia okozta frusztrációk olyan tényezők, amelyeknek összegződő hatása a személyes segítői erőforrások kiégését eredményezi: emocionális kimerülést, deperszonalizációt, és a személyes hatékonyság csökkenését.

A stressz-kezelésről röviden

Az első kiégéssel kapcsolatos kutatásokkal párhuzamosan kezdődtek meg azok a mentálhigiénés kutatások, amelyek a munkaköri stressz okozta zavarok megelőzését szorgalmazták, elsőként a katasztrófavédelemben és mentőszolgálatoknál dolgozóknál (Lystad 1985). A segítségre szoruló emberekkel való érintkezés szélsőséges gyakorisága bosszúságot, tartós feszültséget, szorongást, frusztrációt, félelmet és kétségbeesést okoz – állapítja meg C. Maslach, a kiégési szindróma kutatások egyik úttörője (Maslach 1978).

Az elmúlt negyven évben a stressz-kezelés számos technikája jött létre a legkülönbözőbb mentális és pszichoszomatikus zavarok orvoslására. Az alábbi két táblázatban összegeztük a leggyakrabban alkalmazott eljárásokat és azok különböző tünetcsoportok szerinti differenciált hatékonyságát (differential symptoms effectiveness).

1. táblázat. Stressz-kezelő eljárások a segítői gyakorlatban

A. Progresszív relaxáció	I. Megküzdési készségfejlesztés
B. Légzési technikák	J. Önhatékonyság tréning
C. Meditáció	K. Idő-menedzsment
D. Vizualizáció	L. Globális munkaköri stressz-kezelés
E. Autohipnózis	M. Rövid eklektikus technikák
F. Autogén tréning	N. Biofeedback
G. Gondolati blokk-módszer	O. Étkezés
H. Irracionális gondolat-kontroll	P. Testmozgás

Forrás: Davis et al. (1990)

2. táblázat. A stressz-kezelő eljárások differenciált tünet-hatékonysága

Tünetek, panaszok	Eljárások*															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
Helyzet-szorongás	X	X	x	x	x		X	x	X		x					
Szociális szorongás	X	X			x					X						
Általános szorongás	X	X	X	x		x	x	X	x	X				X		x
Depresszió	x	x	X				X	X		X					x	x
Ellenségeskedés		X	x			x	X	X						x	x	x
Fóbiák, félelmek	X						X		X					x		
Torzult gondolkodás		x	X				X									
Izomfeszültség	X	X		x	x	X							x	X		X
Magas vérnyomás	X		x			X							x	X	X	x
Fejfájás, derékfájás	X			X	X	x								X	x	X
Emésztési zavarok	X				X	X							x	x	X	x
Izomgörcsök/	X			x	x									X		x
Krónikus fáradtság	x	X			X	x					X				x	x
Álmatlanság	X				x	x	X							x	x	x
Túlsúlyosság															x	X
Fizikai gyengeség																X
Munkaköri stressz										x	x	X	X			

Forrás: Davis et al. (1990)

*Megjegyzés: A technikák betűjelei megegyeznek az előző (1. sz.) táblázatban feltüntetett betűjelekkel (A-P). A cellákban bejelölt nagybetűs „X” = a technika ajánlott; kisbetűs „x” = a technika lehetséges alkalmazása (körültekintően alkalmazható); üres cellák = a technika alkalmazása nem ajánlott.

A fenti kereszt táblázat (2. táblázat) rámutat arra, hogy a stressz-kezelési technikák egyike sem panacea, mindenható gyógyír a testi-lelki egészségkárosodásokra. Sőt, egyes stresszoldó technikáknak káros hatásai is lehetnek éppúgy, mint a gyógyszeres kezelés bármely „biotechnológiájának”. (Például, fóbiákat aligha ajánlatos meditációs technikákkal kezelni.)

A felsoroltak közül elsősorban a *munkaköri stressz* (job stress) kérdéseit tárgyaljuk. Mentálhigiénés megközelítésben a munkaköri stressz a dolgozók fizikai, pszichés és szociális károsoda legösszetettebb oki tényezőinek egyike. A munkaköri stressz kumulatív, lappangó, komplexitása eleve kizárja az izolált tünetkezelés kezdeményezését. A fenti tünet-hatékonysági táblázatban is látjuk, hogy mindössze két elsődlegesen ajánlott („X”), és két feltételesen ajánlott („x”) stressz-kezelő eljárás jöhet számításba. E kettő közül hatékonyabb a *komplex munkaköri stressz-kezelés*, a másik lehetőség a *rövid eklektikus* (kombinált) eljárások alkalmazása. Kevésbé hatásosak az *önhatékonyság* (self-efficacy) *tréning* és az *idő-menedzment*. Az alábbi szövegdobozban jó néhány olyan gyakorlati tanács olvasható a munkaköri stressz ellensúlyozására, amelyeket, mint önségítő praktikákat bárki, akinek szándékában áll önmagával törődni, egyedül is elvégezhet.

Szövegdoboz 2.

1. Figyeld saját természetes életritmusodra. Keresd azt az állapotot, amikor a legnehezebb feladatok elvégzésére is erőt és kedvet érzel magadban, ekkor adj ezeknek prioritást.
2. Próbáld napi teendőidet olyan sorrendben végezni, hogy váltakozzanak a kellemes (élvezetes) és kellemetlen (nehezebb) feladatok. Miután valamilyen nehéz munkát elvégeztél, tegyél olyasmit, amit élvezel.
3. Iktass be feladatmentes időszakokba (pl. ebédszünetekbe) olyan tevékenységeket, amelyek számodra élvezetesebbek, akkor is, ha különösebb hasznod nincs belőlük. Ismételd e tevékenységeket gyakran, különösen akkor, amikor úgy érzed, hogy „sietned kell” valahová, valamivel.
4. Használd ki a kávé- és ebédszüneteket arra, hogy valami olyasmit tégy, ami megnyugtat. Például vonulj vissza egy csendes, zajmentes helyre és gyakorolj egy egyszerű relaxációs technikát (pl. légzésgyakorlatokat). Egy 10 perces séta éppen olyan hatékony lehet, mint egy csésze kávé. Könnyed, kötetlen csevegés a kollegáiddal oldja a feszültséget, és talán éppen eközben jut eszedbe valamilyen kreatív megoldás egy-egy nehéz problémára.
5. Ha elég szerencsés vagy, és rugalmas munkabeosztásod van, engedj meg magadnak hosszabb szüneteket napközben aerobic gyakorlatra, lazító tevékenységre, vagy egyszerű sétára.
6. Szabj magadnak rövidebb szüneteket, hogy csökkentsd, vagy előzd meg a feszültség és a stressz tüneteit. E szünetek tartsanak néhány percig. Hasznosak azért is, mert erősítik a mentális éberséget és hatékonyságot.
7. Az alábbiakból válassz ki magadnak olyan szabadidős tevékenységeket, amelyekkel egyensúlyban tarthatod a munkaköri terhelést. Gondold át a következő lehetőségeket:

<i>Ha munkád olyan, hogy...</i>	<i>Akkor ellensúlyozd a következőkkel...</i>
• Sokat ülsz, vagy szellemileg terhelő feladatokat végzel	→ Végezz aerobic gyakorlatokat
• Értelmetlen rutinmunka	→ Válassz számodra vonzó hobbikat
• Szigorúan ellenőrzött munkakör	→ Barangolj a természetben, kalandozz
• Unalmas munka, nincs elismerés	→ Válassz versengő, sikerdús foglalkozásokat
• Állandóan mások utasításait kell követni	→ Válassz egyedi tevékenységeket
• Konfliktusokkal kell szembesülni	→ Csendes, békés szabadidős foglalkozások
• Magányos munka	→ Társasjátékok, közéleti bevonódás

8. Figyelmesen tervezd évi szabadságaidat, és válassz magadnak és társaidnak olyan tevékenységeket, amelyek maximálisan frissítően hatnak rád.

Forrás: Davis et al.(1991)

Önfeltárás és sorstárstámogatás

A lelki öngondoskodásnak nincs formális definíciója, sem rögzített szabványai, amiként a másokról való gondoskodásnak sem lehetnek „előírásai”, ellentétben a gondozással. Talán a legközelebb álló fogalom az *önismeret*, amely egyben elválaszthatatlan tartozéka az emberismeretnek, világismeretnek és világnézetnek (Balogh, Dúl, Popper 2004). A szakmai segítség kontextusában ez a segítő személyiség olyan képessége, amelyben az önreflexió, a személyesség, a racionalitás és a módszertani felkészültség kiegyensúlyozott ötvözetét találjuk (Varsányi 1996). Mások ezt a sajátos szakmai kompetenciát egyszerűen *reflexív gondolkodásként* nevesítik. (Kelemen 2006).

Jean Gilbert (2006), tanácsadó klinikai pszichológus a humán szolgáltatásokban dolgozók lelki egészségvédelmének alapjait az önreflexív *belső beszéd* fontosságában látja. A szerző szakmai tanácsait a következőkben fogalmazza meg:

„Ha nem vagy tudatában annak, hogy lelkileg mi történik veled, érzelmeidet nagy valószínűséggel másokra fogod hárítani. Például, ha nem vagy képes magadnak bevallani, vagy egyáltalán tudatosítani, hogy mérges és frusztrált vagy, nagy valószínűséggel ezeket az érzéseket másokra fogod kiorbitani, valószínűleg ingerlékeny és követelő leszel, s az is lehet, hogy nehéz helyzetben meggondolatlan döntéseket hozol és rosszul cselekszel.”

Forrás: Gilbert (2006)

A szerző a következő hét pontban foglalja össze a legfontosabb pszichológiai tanácsokat, hogyan és miként lehetséges kiépíteni, fenntartani és folyamatosan gyakorolni a lelki önségítést:

1. *Lelki „háztartás” – fontos, hogy szakíts magadnak időt a belső reflexiókra. Nem számít, hogy mennyire vagy elfoglalta, nem számít, hogy mennyire vagy leterhelve, tűzzél ki magadnak egy napot, órát és helyet, ahol és amikor rendszeresen „leltározod” saját érzéseidet.*
2. *Használj bármilyen eszközt személyes jegyzetelésre, amely segíti ezt a folyamatot – pl. naplővezetés, vizuális gondolatértékelés, amely emlékeztetőül szolgál, és segít áttekinteni saját gondolataidat, érzéseidet adott helyzetekben.*
3. *Fogadd el, hogy lesznek olyan érzelmeid is, amelyek egymással ütköznek.*
4. *Valld be, hogy gyakran félsz. Ismerd el, hogy félsz még saját érzelmeidről is. Fedezd fel magadban a bátorságot is.*
5. *Emlékezz, hogy a félelmek normális válaszok abnormalis helyzetekre, eseményekre. Ezek a félelmetes események többnyire váratlanul történnek és megrázóak.*
6. *Beszélgess önmagaddal barátságosan, segítőkészen, éppen úgy, amiként egy jóbarátot támogatnál.*
7. *Keress valakit, akivel szükség esetén bizalmasan elbeszélgethetsz. Ne várd meg, hogy az összeomlás közelébe kerülj.*

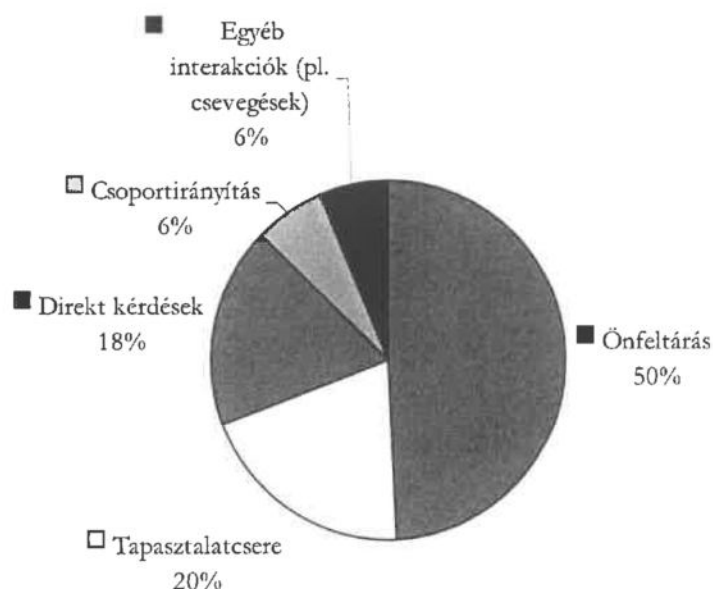
A kölcsönös támogatás a közvetlen személyközi kommunikációban, a *bizalmas (hiteles) beszélő viszonyok* hálózataiban jön létre, ott alakul ki spontán, formái ott változnak, és ott is foszlanak szét (Buda 2003). E viszonyok megteremtésének egyik kulcseleme az *önfeltárás*, azaz a belső élmények, érzelmek, gondolatok, személyes titkok közlése önmagunkról olyan bizalmi közelségben érzett mások felé, akiktől elvárjuk ugyanezt, vagy legalább azt, hogy megértéssel hallgassanak meg bennünket és megőrizzék titkainkat. James W. Pennebaker (1991) nevezetes

könyvében (*A nyitás / Opening Up*), az önfeltárással való készséget és képességet a bizalmas mások felé „gyógyító erőnek” minősíti, és ennek ellenkezőjét, az önfeltárással elfojtását a lelki és testi egészségkárosodások egyik legalattomosabb kórokozójának tartja.

Az önfeltárással ősi gyökerei kétségtelenül a vallási rítusokban, így például a *gyónás* (confessio) hittörténeti örökségében és annak spirituális gyógyító hatásában keresendők. Ide származtathatók vissza többek között a „gyógyító beszélgetések”, azaz a modern pszichoterápiák módszerei és eljárásai is, kiváltképpen a kliens-központú (humanisztikus) terápiák fő irányelvei és módszerei (Buda 1981). A *narratív pszichológiában* például az önfeltárással korántsem úgy jelenik meg, mint a „gyónás”, hanem élettörténetek elbeszélése, megírása, amelyben egyrészt a szubjektíven megélt és értelmezett *társadalmi valóság* térképeződik fel, másrészt az *én-identitás* körvonalazódik, és mindkettőnek gyógyító hatása van (László 2005).

Az önségítő (self-help) csoportok gyógyító ereje az önfeltárással bátorságára, bátorítására épül egy bizalmi, többnyire zárt kiscsoportban olyan személyek részvételével, akiket sorsközösség jellemez. Egy-egy csoporttalálkozáson a résztvevők arra bátorítják egymást, hogy meséljenek magukról: mondják el egymásnak mi történt/történik velük egy-egy találkozó közötti időszakban, minek örülnek, miért sírtak, miért és kiért aggódnak. Az önfeltárással pedig úgy történik, hogy a beszélőt a résztvevők közül senki nem szakítja félbe, nem minősíti, csakis bátorítja; senki senkit nem „elemez”, és kérdések sem igen hangzanak el. Az alábbi ábrán egy korábbi kutatásunk fő eredményeit szemléltetjük, amelyen jól látható, hogy a vizsgált önségítő csoportok (összesen 40 amerikai csoport) kommunikációs tartományában a segítő-gyógyító beszélgetések két kategóriája dominál: az egyik az *önfeltárással* a másik pedig a *tapasztalatcsere* (érzelmi és információs támogatás).

3. ábra. Önségítő csoport-találkozások kommunikációs tartománya



Forrás: Baráth (1992)

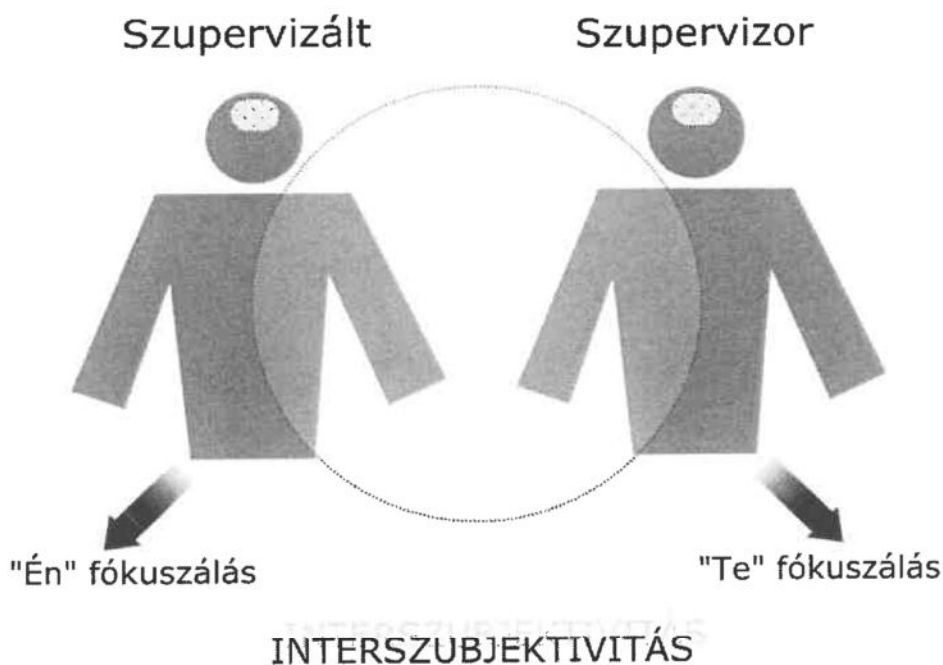
Szupervízió

A szupervízió eredeti értelemben felügyelet, ellenőrzés, szemle, felülvizsgálat. Jelentése a segítő szakmákban azonban teljesen más, és vajmi kevés köze van bármi formális külső szakmai, bürokratikus ellenőrzéshez.

A szupervízió a szociális munka szakmává válásának kontextusában jött létre, több mint száz éve Amerikában, 1870-1910 között. Ennek a kezdeményezésnek a hagyománya ma is úgy szerepel a szakirodalomban, mint a szupervízió *amerikai modellje*. Eredetileg a jótékonyági szervezetek működésének belső minőségellenőrzését jelentette, többek között a „baráti látogatók” (önkéntes segítő) szakmai támogatása volt a fő cél. Kezdetben a hangsúly a *szakmaiság* biztosításán volt, és csak a későbbiekben került be a formális szakképzések követelményrendszerébe (Bányai 2006).

Az utóbbi években, kb. 1975 óta, a pszichoterápia és a szociális munka gyakorlatán kívül a szupervízió számos formáját láthatjuk más területeken is, így például vezető és menedzserképzések kontextusában, pedagógusképzésben stb. (Boreen és mtsai. 2000). Szélesebb értelmezésben a szupervízió manapság a *mentori* tevékenységek egy sajátos formája, és nem szükségképpen kötődik sem a pszichoterápia tanulásához (módszer-specifikus szupervízió), sem a szociális munka szakképesítési rendszeréhez (Kessel, Sárvári 1996). Az alábbi egyszerű ábrával szemléltetjük a szupervízió főbb általános összetevőit és dinamikáját.

4. ábra. A szupervízió, mint interszubjektív diskurzus



Összegzésként elmondhatjuk, hogy a szupervízió egy olyan szakmai támogató kapcsolatteremtés, amely korántsem egyirányú tanácsadás, hanem kiegészítő látásmód a segítő szakmai kompetencia fejlesztésére. Tapasztalatok szólnak arról, hogy bizonyos korlátozó körülmények között (pl. nagy térbeli távolság), létrehozhatóak virtuális térben működő szupervíziós rendszerek is (Nickson 2008), hasonlóan ahhoz, ahogyan ma számos

önsegítő csoport és szervezet is működik „online” (Madara 1999).

Debriefing (trauma prevenció)

A „debriefing” egy sajátos trauma-prevenció eljárás. Lényege egy tematikus beszélgetés lefolytatása a traumatikus esemény révén érintett segítői teammal (legfeljebb 10-15 fővel), optimálisan az eseményt követő első 24 órán belül, biztonságos helyen, szakmailag erre képzett szakember irányításával. A megbeszélés célja, hogy az érintett csoport tagjai közösen dolgozzák fel személyes élményeiket, felülvizsgálják saját reakcióikat és állapotukat. Ebben az értelmezésben tehát a „debriefing” szakmailag irányított *pszichológiai elsősegélynyújtás*. Az angol szakirodalomban az eljárásnak még számos más megnevezése is van, így pl. *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), vagy *Critical Incident Stress Management* (CISM).

A debriefing eljárást számos országban már évtizedek óta alkalmazzák azoknak a professzionális segítőik mentális és pszichoszociális védelmére, akik hivatásuknál fogva katasztrófhelyzetekben, akut krízishelyzetekben, erőszak áldozatainak mentésében, közlekedési tömegszerencsétlenségek helyszínén teljesítenek szolgálatot. Az Egyesült Államokban az első debriefing programok a 70-es években születtek. Olyan tömegszerencsétlenségek és katasztrófák tették szükségsszerűvé az eljárás kidolgozását, amilyen pl. 1978-ban San Diego-ban a Pacific Southwest Airlines légi katasztrófája, 1981-ben Kansas City-ben a Hyatt Regency Hotel összeomlása, 1982-ben az Air Florida Airlines gépének lezuhanása Washingtonban (Mitchel 1984).

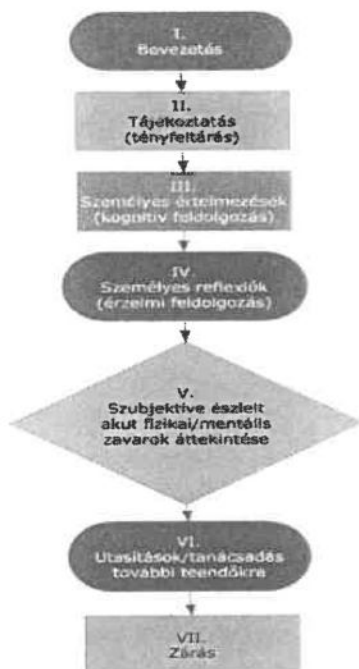
Időközben az eljárás számos forgatókönyve született meg, különböző típusú katasztrófák túlélőinek megsegítésére, különböző segítő csoportok részére, többek között háborús helyzetekben dolgozó szociális munkások, orvosok, pedagógusok és önkéntesek támogatására (Baráth és mtsai., 1993). Általában a következő célcsoportok szerepelnek leggyakrabban a debriefing eljárások listáin, amely korántsem teljes:

- katasztrófa-elhárításban dolgozók (tűzoltók stb.)
- nemzetközi humanitárius szervezetekben dolgozó önkéntesek, professzionális segítőik, küldöttek
- sürgősségi orvosi mentőszolgálatokban dolgozók (orvosok, ápolók, betegszállítók)
- SOS sürgősségi szolgálatokban dolgozók (pl. 0-24 órás telefon SOS szolgálatok)
- rendészeti alkalmazottak (rendőrök, határőrök)
- büntető eljárásokban/ szolgálatokban dolgozók (pl. kommandósok)
- menekülttáborokban, befogadó állomásokon dolgozók
- szociális munkások és gondozók
- menekültügyekben, menedékességi kérdésekben dolgozó ügyvédek, ügyészek, bírák
- pszichológusok, pszichoterapeuták, családterapeuták
- pedagógusok, szülők
- serdülők és fiatalok kortárscsoportjai
- önsegítő csoportok tagjai és vezetői
- vendéglátásban/ turizmusban dolgozók

Minden debriefing eljárás közös módszertana a folyamat tematikai strukturáltsága (lépcsőzetessége). Leggyakrabban 7 lépcsős csoportbeszélgetés a jellemző, de vannak

rövidebb, pl. 3-4 lépcsős programok is. Az alábbi ábrával szemléltetjük a szokványos 7-lépcsős programok felépítését.

5. ábra. A debriefing tartalmi tervezése és folyamata



Ahol:

- I. *Bevezetés:* a segítő (csoportvezető) felvázolja a beavatkozás célját és a debriefing alapszabályait.
- II. *Tájékoztatás:* a vezető tájékoztatja a csoportot az előállt helyzetről a számára ismert tények alapján.
- III. *Személyes értelmezések:* a csoport tagjait bátorítják, hogy mondják el, mire gondoltak, mit észleltek, mire emlékeznek az esemény alatt és közvetlenül azt követően (egészen a jelen pillanatig).
- IV. *Emocionális reflexiók:* hasonlóképpen, a résztvevőket arra bátorítják, hogy fejezzék ki, mit éreztek, nevezzék meg, írják körül mindazon érzéseket, amelyeket az esemény és maga a helyszín kiváltott bennük (gyermekkel sokszor rajzokat készítettünk, felnőtteknek a fontosabb érzelmek listáját adjuk kézbe stb.).
- V. *Viselkedési reakciók és tünetek feltárása:* az akut stresszreakciók magatartási megnyilvánulásainak feltárása, pszichoszomatikus és/vagy akut mentális zavarok feltárása (pl. tünetlisták segítségével).
- VI. *Utasítások, információs támogatás:* a segítő elmagyarázza, hogy a stresszreakciók normális válaszok abnormalis helyzetekre, és többnyire átmeneti jellegűek.
- VII. *Zárás:* a vezető összefoglalja az elhangzottakat, kérdésekre válaszol, esetleges további teendőkre hívja fel a csoport figyelmét (pl. szükség esetén további találkozásokat beszél meg a csoporttal, vagy személyekkel).

Összegzés

A múlt század második felében kezdődtek azok a mentálhigiénés kutatások, amelyek arra figyelmeztettek, hogy a segítő szakmákban dolgozók olyan munkaköri kockázatnak vannak kitéve, amely testi és lelki épségüket fenyegetve a későbbiekben *kiégési (burn out) folyamat* néven került be a szakirodalomba. Ugyanakkor egy másik kockázati tényezőre is fény derült, amely *helfer szindróma* néven vált közzismertté. Mindkét tünetcsoport lényege egyrészt a munka- és életkedv csökkenése, másrészt emocionális eltompulás, a mások szükségletei iránti szociális érzékenység elvesztése (elszemélytelenedés). Kutatási eredmények szerint a folyamat kiemelten veszélyezteti a rendkívüli (pl. sürgősségi) ellátásban dolgozó egészségügyi és szociális munkásokat, de legalább ennyire azokat is, akik a nemzetközi migráció humán ellátórendszerében vállalnak szolgálatot (nemzetközi humanitárius szervezetekben, menekülttáborokban, menedékesekkel). Az utóbbi években számos stratégia és gyakorlati eljárás született a kiemelten kockázatos munkakörökben dolgozó segítőik megsegítésére és támogatására. Ezek között számos olyan önszegítő eljárás is akad, amelyeket az érintettek önállóan, illetve kölcsönös sorstársi támogatással könnyen elsajátíthatnak és alkalmazhatnak a hétköznapi életben (pl. relaxációs technikák). Két másik segítői eljárás feltétlenül tapasztalt szakmai vezetést igényel. Az egyik a szakmai (módszertani) szupervízió, a másik pedig a kritikus eseményt követő, optimálisan 24 órán belül megrendezett, tematikusan szigorúan strukturált és szakmailag irányított lelki elsősegélynyújtás (debriefing). Ez utóbbinak kevésbé strukturált változata az esemény helyszínén rögtönzött team megbeszélés (informális debriefing, azaz *defusing*), amely az eseményben közvetlenül résztvevőknek hivatott segíteni abban, hogy mielőbb megkönnyebbüljenek a megrázó események és látványok nyomasztó hatásától.

Irodalomjegyzék

- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Balogh B., Dúl A., Popper P. (2004) *Önismeret, emberismeret, világismeret*. Budapest: Saxum Kiadó.
- Bányai E. (2006). A szociális munka szupervíziója történeti megközelítésben. *Esély* 2006/4: 86-100.
- Baráth Á. (1992). *Patterns of helping and social support in American self-help groups: Cross-cultural perspectives*. Baltimore (MD): The Johns Hopkins University Institute of Policy Studies. (Unpublished Research Report)
- Baráth Á., Matulić, V., Miharija, Ž., Leko (1993). *Psihološka-pedagoška pomoć učenicima stradalim u ratu*. Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu – Ured UNICEF u Zagrebu.
- Boreen, J., Johnosn, M.K., Niday, D., Potts, J. (2000). *Mentoring beginning teachers: guiding, reflecting, coaching*. York, Maine: Stenhouse Publishers.
- Buda B. (1981). *Pszihoterápia*. Budapest: Gondolat.
- Buda B. (2003). A személyiségfejlődés és a személyiségfejlesztést szolgáló csoportmódszerek. (Nemzetközi szakirodalmi helyzetkép és perspektíva). In: Buda B. (szerk.). *A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. 126-154.
- Davis, M., Eshelman, E., McKay, M. (1991). *The relaxation & stress reduction workbook*. (3rd

- ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Fekete S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*. 1: 17-29.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1): 159-165.
- Gilbert, J. (2006). *Psychological self care for humanitarian workers*. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine. (unpublished manuscript)
- Kelemen G. (2006). Reflexív gondolkodás a szociális munkában. *Esély* 2006/1/89-92.
- Kessel, L., Sárvári Gy. (1996) (szerk.). *Tanulmányok a szupervízió köréből*. Budapest: Supervisio Hungarica.
- Kovács M. (2006). A kiegészítés jelensége a kutatási jelenségek tükrében. *LAM – Tudomány/ Lege Artis Medicinae*, 16 (11) 981-987. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_kieges_jelensege_akutatasi_eredmenyek_tukreben_527.pdf
- László J. (2005). *A történetek tudománya. Bevezetés a narratív pszichológiába*. Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Lystad, M. (1985). *Role stressors and supports for emergency workers*. Rockville, Maryland: Center for Mental Health Studies.
- MacGregor, S. (2008). *Burnout: Why do people suffer, and why do international relief workers suffer more than domestic response workers and first responders?* <http://www.peopleinaid.org/pool/files/publications/burnout-susan-macgreagor-april-2008.pdf>
- Madara, E. J. (1999). From church basements to worldwide websites. The growth of self-help support groups online. *International Journal of Self-Help & Self-Care*, 1999-2000, 1(1): 37-48.
- Mándi, N., Fekete, S. (2009). A segítő krízise. In (szerk.) Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P., Árkovits, A., *Mindennapi kríziseink*. Budapest: Oriold. 249-278.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34(4): 111-120.
- Mitchel, J.T. (1984). Healing the helper. In: *Role Stressors and Supports for Emergency Workers. Proceedings from a 1984 Workshop Sponsored by the National Institute for Mental Health and the Federal Emergency Management Agency*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- Nickson, A. (2008). *Findings on research on peer supervision in rural and remote Australia using technology*. <http://univ.iriss.org.uk/pepe2008/files/632.ppt>
- Pennebaker, J.W. (1991). *Opening up. The healing power of confiding in others*. New York: Avon Books.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die Hilflosen Helfer*. Hamburg: Rowohlt
- Soós Zs. (2005) *A szociális munka alapjai*. Pécs: Comenius Bt.
- Varsányi E. (1996). Önreflexió, személyesség, és racionalitás a segítés gyakorlatában. *Esély* 1996/1/117-128.
- A kiegészítés (burnout) fázisai*. http://www.lelkititkaink.hu/burnout_kieges_fazisai.html (2009)
- Wikipedia, the free encyclopedia (2009). *Burnout (psychology)*. [http://en.wikipedia.org/Burnout_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/Burnout_(psychology))