

# Krizisintervenció a szociális esettanmunkában A krízisintervenció alapelvei

Szabó Lajos

*In Fortibus, in Unitate. Barcsi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanszékpárti Főiskola (Budapest)  
Szociális Szervező Tanszék*

A mentálhigiéné különböző területein dolgozó szociális szervezők munkájuk során gyakran kerülnek szembe krízishelyzeteikkel, illetve olyan krízisszerű életvezetési nehézségekkel, amelyek megoldásához a bajban lévő családnak hatékony segítségre van szüksége.

A pszichátriai hálózaton, krízisintervenció intézményeken kívül a család-segítő központok munkájában, a nevelési tanácsadói család gondozásában, de a szociális munka számos más területén is számolniuk kell azzal, hogy a szociális szervezőnek, család gondozóknak önállóan, módszerintézet felkészülten kell megbirkóznia krízisellátási feladatokkal. Ehhez a munkához kívánunk egy alapelveiben világos és a mindennapi gyakorlatba jól áthelyezhető „problémaorientált” modellt nyújtani.

E modell Aguilera és Messick (1982), valamint Puryear (1979) krízisintervencióval kapcsolatos munkáira támaszkodik, de sokat merítettünk a rövid, stratégikus, interaktív pszichoterápia irodalmából is — elsősorban Fisch, Weakland és Segal (1983) munkája nyomán.

Mindentajta segítő tevékenység — így a krízisintervenció is — az elméleti ismereteken túl rendszeres esemegebeszéléseket és szakmai szupervíziót igényel. Ugyanakkor azt is hangsúlyozniuk kell, hogy módszerintézet átgondolt, jól tanítható és jól tanulható alapeljárásokra az egyéni tapasztalat és gyakorlat nyomán sokrétű, árnyalt, a segítő személyiséghez illeszkedő segítő tevékenység építhető. Az alábbiakban egy ilyen alapeljárást szeretnénk bemutatni.

## A krízishelyzet és a krízisállapot kialakulása

Az egyén vagy a család átlagellenőleg kerülhet olyan helyzetbe, amelyben belső egyensúlya megbomlik, feszültségek keletkeznek és nincs lehetőség a feszültségek gyors ellensúlyozására, illetve az egyensúly helyreállítására, mert az egyén vagy a család nem rendelkezik megfelelő problémafeldolgozási módokkal,

nincs megfelelő támogató szociális hálózat, és rendszerint a probléma észlelése sem megfelelő. Ilyen esetben a kontrollterfeszítések csödétt mondanak, a feszültség tovább növekszik és krízisállapot alakul ki.

Krízisállapotban a nagy belső feszültség szorongáshoz vezethet, a viselkedés fellazulhat, kiboruló indulati reakciók jelenhetnek meg vagy az egyén lehangolt, passzív, tehetetlen, támasznélkülinek éri magát és helyzetét reménytelennek érkeket. Ebben a helyzetben rendszerint a figyelem és a gondolkodás is beszűkül, elveszik a mérlegelő képesség, csökken az egyén hatékonysága, megoldási kísérletei pedig irreálisakká válnak.

Ez a nagy feszültség csak körülhatárolt ideig — rendszerint pár hétig — viselhető el. Ezt követően valamiféle új egyensúly alakul ki, legtöbbször az alkalmazkodás egy alacsonyabb szintjén (pl. az egyén tartós betegsereppel csökkenti a feszültséget és nyer valamiféle egyensúlyt).

Bár a krízishelyzet az élet kritikus mozzanata, sikeres megoldása nyomán növekedhet az önértékelés, javulhat a problémamegoldó készség, és ennek nyomán az egyén vagy a család a későbbi krízishelyzeteikkel sikeresen bírkozhat meg. Ebből a szempontból nézve a krízishelyzet pozitív fejlődési lehetőségét is hordoz. A krízishelyzetben szerepet játszik az adott problémamegoldási módok hiánya és gyakran a támogató szociális hálózat hiánya is.

Különösen jelentős tényező a problémafeldolgozási módok elégtelensége. Az egyensúly fenntartásának az egyén illetve család élete során kialakult, bevált módokkal ebben a helyzetben hatástalanul válhatnak, gyakran azért, mert a probléma méretében túl nagy ahhoz, hogy a szokásos módon megbirkózhassunk vele (pl. egy családdal halála), vagy az adott probléma akkor merül fel, amikor az egyén vagy a család sebezhetőbb (pl. egy család városa költözik, a régi kapcsolatok elvesznek, újak még nem alakultak ki, és ebben a helyzetben nincs megfelelő támogató szociális hálózat). Gyakran a probléma akkor adódik, amikor a szokásos megoldási módok alkalmazása akadályozott, vagy a helyzet új, váratlan és az egyének illetve családnak nincs még kialakult problémafeldolgozási módja az adott helyzetre (pl. serdülő problémái a családban).

Amikor a szokásos feldolgozási módok csödétt mondanak, és a feszültség növekszik, az egyén, illetve a család újabb erőfeszítéseket tehet korábban még nem használt vagy csak ritkán használt megoldási kísérletek (másodlagos feldolgozási módok) alkalmazására. Ha ezek a kísérletek sikeresek, akkor az egyén illetve a család egy új tapasztalattal gazdagodva kerülhet ki a krízishelyzetből és fejlődik a problémamegoldó készsége. Ha viszont kudarcot vall, akkor a krízisállapot mélyül.

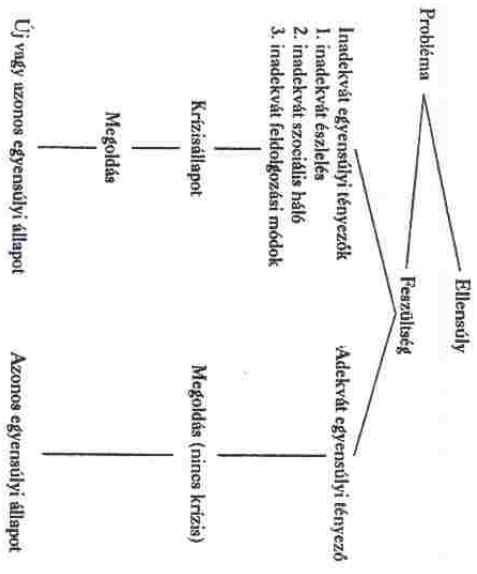
Krízisállapotot tehát akkor beszélhetünk, amikor az egyén, illetve a család egyensúlyi állapota megbomlik és az adott helyzetben a szokásos vagy másodlagos feldolgozási módok hatástalanok az egyensúly helyreállításában.

A gyakorlati munka során lényeges megkülönböztetnünk a krízishelyzetet és a sürgősségi helyzetet, amely életveszélyt vagy károsodási lehetőségeit felvető — azonnali beavatkozási igényű — helyzet (pl. gyakori sürgősségi helyzet az,

amikor az alkoholos, garázda bánatmazzza családját. Ezekben a családokban rendszertn krónikus zavar áll fenn, aminek rendezéséhez nem a krízisinterven-  
ció a megfelelő eljárás, ugyanakkor az adott helyzet sürgősségi ellátást igényel).

Azokban a krízishelyzetekben, ahol a nagy feszültség nyomán öngyilkossági veszély lép fel, előtérbe kerül a sürgősségi ellátás szilksességége. A krízishely-  
zetek értékelése során mindig mértegelniünk kell a helyzetet sürgősségi ellátás szempontjából is. Visszatérve a krízishelyzet kialakulásában szerepet játszó tényezőkre, Augliera és Messick (1982) munkája nyomán az alábbi modell segítségével e tényezők szerepét áttekinthetően mutathatjuk be. Ez a modell azt mutatja, hogy egy problémahelyzet akkor vezet krízishöz, ha az egyensúlyi tényezők közül egy vagy több nem megfelelő, így:

1. *inadekvát a probléma észlelése* — ahogy az egyén, illetve a család a problémát látja (pl. a családban a serdülő önállósulási törekvései lázadásnak, az életkori csoportjával való azonosulását pedig veszélyes, „csavarogó” magatartásnak értékelik);
2. *inadekvát a támogató szociális hálózat* — az a közeg, amely a krízis-  
helyzetben támaszt nyújthatna az egyénnek, illetve a családnak (pl. roko-  
nok, barátok, munkatársak, hivatalos szervek, intézmények), így probléma  
esetén nincs hova fordulni, nincs kiől segítséget kérni;
3. *inadekvátak a problémafeldolgozási módok* — az egyén, illetve a család  
nem rendelkezik az adott helyzetre jól alkalmazható megoldási mintákkal  
és az új helyzetben az arra nem alkalmazható, régi megoldási módokkal  
próbál boldogulni (pl. kisebb gyerekekre alkalmazható nevelési elveket  
„próbái a család a serdülővel szemben alkalmazni).



Ez a fajta krízismodell jól használható nemcsak krízishelyzetek esetén,  
hanem a prekriszisek, krízisszerű helyzetek esetében is (számtalan olyan élet-  
helyzet adódik, ahol nem alakul ki krízislappot, de a meglapadó feszültség  
nyomán az egyén, illetve család átmeneti segítségre szorul — különösen fontos  
hangsúlyoznunk ezt a szempontot a mentálhigiénés preventív munkában).

Nézzünk meg egyszer példát a krízismodell alkalmazására:

Egy idősebb memókházaspár két segítséget 15 éves fiuk magatartási prob-  
lémája kapcsán. A szülők elmondták, hogy ez az egyetlen gyermekük, aki  
korábban csendes, szorgalmas, jól alkalmazkodó gyermek volt. Gimnázium  
első osztályába kerülve visszahúzódná vált, zárkózott, és otthon is egyre  
nehézben boldogult a korban tölje távol lévő, merve, szigorú szülőkkel, akik  
egyszerű körtülmények között, puritán módon nevelik. A fiú egy iskolai szünet-  
ben kivette padlára táskájából annak zsebszámológépet és elvitte. Otthon a  
lopás kiderült, és az apa utasítására másnap az osztályban nyilvánosan kellett  
visszaadnia tulajdonosának a zsebszámológépet. Ezt követően a fiú depresszív lett,  
a szülők tanácsalanná váltak és kétségbeesve kérték nevelési tanácsot.

Az explorációs támpontok alapján a krízishelyzet az alábbi módon írható le:  
**Egyensúlyi helyzet:** keményen dolgozó szülők, jól beilleszkedő, probléma-  
mentes gyermek.

**Problémahelyzet:** lopás az iskolában  
**Feszültség**

**Inadekvát egyensúlyi tényezők:**

1. *Inadekvát észlelés:* a történeteket a szülők úgy fogják fel, hogy a lopás a  
fiúnál korábban fel nem fedezett jellemhibájából fakad, és fennáll a bűntö-  
zvé vállás veszélye. A fiú a történeteket nagy büntudattal éli meg, és úgy  
érzi, hogy helyzete az osztályban helyrehozhatatlan.
2. *Inadekvát szociális hálózat:* a fiú új közösségbe került, ahol nem alakul-  
tak ki megfelelő kapcsolatai, magányos, izolált, és ebben a helyzetben  
szüleiére sem tud támaszkodni, mert ők elutasítóak, indulatosak, érzéseiről  
nem lehet velük beszélni.
3. *Inadekvát feldolgozási módok:* a szülőknek nincs előzetes tapasztalata  
arra, hogy hogyan kell boldogulni a serdülő vártalan magatartási problé-  
máival. A fiú nem tudja, hogyan állíthatná helyre kapcsolatai szüleiével és  
társaival.

**Kriszislappot** (a meglapadó feszültség krízisszerűen felduzzad, a fiú egyre  
feszültebb, depresszívebb, visszahúzódná).

A szülők által elmondottakból és a fiú explorációja során láthattuk, hogy a  
fiú szülőkkel való kapcsolata már a lopást megelőzően is problémás volt. Egy  
nevelési tanácsadóban dolgozó pszichológus ez felhívta arra ósziózná,  
hogy hosszabb, non-direktív jellegű pszichoterápiában segítse az érzelmek  
kifejezését, a feszültségek ventillációját, illetve családterápiában foglalkozzon  
a fiú és szülei közötti problémákkal, kapcsolatai nehézségekkel. A feszültség  
krízisszerű felduzzadása — a fiú válságos helyzete szüleiével és a közösségben

— ezzel szemben arra ösztönzött minket, hogy lényegesen aktívabb beavatkozáásra törekedjünk, rövidebb időre tervezzük. Ennek lehetőségét arra alapoztuk, hogy a fil korábbi szociális alkalmazkodása jó volt, és a felmerülő problémáinkba fejlődési krízisként értékeltük és nem súlyosabb személyiségproblémaként.

Az értékelő ülés követően további három ülésben foglalkoztunk a problémával. Elsőször ismét találkoztunk a szülőfőkel, kiemelten foglalkozva a történelkhez kapcsolódó inadekvát észlelés problémáival, az adolezcens kor fejlődési jellemzőivel és az ehhez kapcsolódó nevelési kérdésekkel. Az ezzel kapcsolatos ismereteket igyekeztünk a családban ismerős nevelési problémákhoz kötni. A szülők közvetítésével segítséget kértünk az osztályfőnöktől is a közösség támogató mobilizálása céljából.

A második ülésen egyénileg foglalkoztunk a fiúval, teret adva az érzelmi ventilációnak és az inadekvát észlelés problémájának. Közben az osztályközösség segítő gesztusokat tett, így fokozottabban támaszkodhatunk a megváltozott szociális hálózatra.

A harmadik — együttes családi — ülésen a szülők a fiú számára várhatóan úgy döntöttek, hogy vásárolnak egy zsebszámológépet. Ez a lépés egy új, átértékelt kapcsolatot nyitánya volt, és az ülés során az autoriter szülő-gyermek kapcsolatot fokozatosan a kölcsönösség váltotta fel. A negyedik ülésre két héttel később került sor, ekkorra a család egysége helyreállt, a páciens feszültsége csökkent, és mind a közösségben, mind pedig a családban helyzete lényegesen javult. Egyetlen feladatunk maradt: a krízisintervenció lezárása. Az ezt követő négy évben a páciens nehézségeit nélkül elvégezte a középiskolát.

A *krízisintervenció alapelvet*: krízishelyzetben az egyén rendszerint nagy feszültség alatt van, és aktuálisan veszélyben is lehet. Ennek megfellelően a *krízisintervenció első feladata a feszültségcsökkentés és katasztrófaelhárítás (pl. suicid veszély)*. Azí is láthatjuk, hogy amikor a család egységében van mint rendszer, mindig mutat bizonyos mértékű ellenállást a változásokkal szemben. Krízishelyzetben ez az ellenállás felalul, és egy körülhatárolt idejű lehetőség nyílik a pozitív irányú változásra, fejlődésre. Mindet figyelmebe véve a krízisintervenció egyik legfontosabb alapelvétént a *közvetlen beavatkozás* elvét emelhetjük ki. Ez az elv már az időponti adksánál is érvényesül, mert krízishelyzet esetén igyekeztünk minél közelebbi időpontot adni a páciensnek (mindenképpen 24 órán belül). Az első találkozás legfontosabb feladata annak megfellelő, hogy krízissel állunk-e szemben, és ha igen, akkor mennyire sürgető a helyzet (suicid veszély mértelgelése). Feladatunk a megfellelő kapcsolati kialakítása és a feszültségcsökkentés is. Virginia Satir (1964) nyomatán azt is mondhatjuk, hogy az első ülés legfontosabb célja az, hogy a páciens eljijjön a következő ülésre.

A krízisintervenció másik lényeges alapelve az *akcióirányultság*. A pszichoterápia legtöbb formájában a hangsdly rendszerint a páciensben zajló belső történések megfellelően van, és az exploráció ezen belső történések kifejezését

segíti. A krízisintervenció során ezzel szemben az első lépés az, hogy a nagy feszültség nyomán bémul, lehetetlen páciens, „célfirányos mozgás”-ba hozzuk. Ilyenkor a hosszú élettörténeli exploráció, a tesztvizsgálatok, úrlapok vagy kérdőívek kiöltése, vagy későbbi időpontokra visszarendelés inadekvát. Az exploráció célja krízishelyzetben a probléma megfellelőéhez szükséges támogatok megszerzése és a probléma világos megfogalmazása, — ennek során a pácienssel aktívan együtt dolgozunk. Fontos felismernünk azt is, hogy a krízisintervenció céljai körülhatároltak: elsősorban a korábbi egysége helyreállítására irányul, minimális célja pedig a katasztrófaelhárítás. Nem célunk a személyiség megváltoztatása, vagy egy család struktúrájának megváltoztatása. Ebben az értelemben a krízisintervenció nem pszichoterápia. Az inadekvát, pszichoterápiás léptékdű célok kitélezhetik a krízist, hatástalaníthatják a segítségnyújtást, ugyanakkor — a krízisintervenció mértékelt célkitűzése ellenére — gyakran láthatunk krízisintervenció nyomán a korábbi adaptációs szintet meghaladó fejlődést, mivel a krízishelyzettel való küzdelem során gazdagodhatnak a páciens, illetve a család megoldási módjai, javulhat önértékelésük, javulhat a családi kommunikáció, kiterjedtebbé válhat a család szociális hálózata, és ezek a változások további változásokhoz vezethetnek a jövőben. A krízisintervencióban különösen fontos szerepe van a remény fenntartásának. A krízisben lévő páciens reményvesztett, demoralizált, és rendszerint már csak valamiféle mágiikus, külső beavatkozástól vár megoldást. Ebben a helyzetben feladatunk a remény realizálhatóságát fenntartása. Ezt a problémamegoldó attitűdünkkel alakíthatjuk ki, és azzal, hogy aktívan építünk kapcsolatot, gyorsan vonjuk be a páciens problémája vizsgálataiba és a megoldáshoz vezető akciók tervezésébe. Ez a problémamegoldó magatartás azt impilkálja, hogy a krízis megoldását várjuk az intervenciótól. Ez a fajta attitűd hatékonyabb a pusztán verbális megfellelőtséneli és támogatásnál. Mindazonáltal a támogatás fontos eleme a krízisintervenciónak.

Kezdetben arra törekedtünk, hogy támogatásunkat minden körülmények között biztosítsuk, de amint a páciens helyzete egy kicsit megszilárdul, fokozatosan csökkentenjük a személyes támogatást, és szélesítjük, erősítjük a támogatás szociális hálózatot (rokonok, barátok, munkatársak, szociális háttérintézmények stb.). A támogatást meghatározóit, konkrét feladatok mentén igyekeztünk összeegyeztetni, elkerülve azt, hogy a páciens környezeteben lévő embereket homályos, diffúz támogatásnyújtó szerepekbe kényszerítsük.

A krízisintervenció abból a feltételezésből indul ki, hogy a krízis kialakulásához vezető probléma megoldása megoldja magát a krízisállapotot is. E feltevés alapján a krízisintervenció problémára fókuszáltan tervezünk. A problémától kezdve lehetőséget nyújt arra, hogy a páciens számára világosan definiáljuk segítségünk természetét és azt is, hogy mi a szerepünk a segítség során. Előny az is, hogy személytelenebb, lehetőséget nyújt az indulatok elkerülésére, és célirányos cselekvésre mobilizál (attitűdünk az, hogy találjuk meg, mi a probléma és lássuk, hogy hogyan lehet azt megoldani). Puryear (1979) kifejezésével élve a

segítő nem az, aki tudja, hogy hogyan kellene a problémákat megoldani, hanem — mint a problémamegoldási folyamat szakértője — az, akinek abban van jártassága, hogy másoknak segítsen a problémáikkal való foglalkozásban. Ezt a fajta megközelítést problémamegoldási stílusnak implikálja a páciens számára (először arra törekszünk, hogy definiáljuk a problémát, majd aktív probléma-feldolgozásra ösztönözzük a páciens, miközben fókuszban tartjuk a közösen kialakított megoldási tervet). Ebben a munkában az érzelmekkel, azok ventilációjával csak annyit foglalkozunk, amennyire az szükséges.

Mindig arra törekszünk, hogy az érzések és a probléma kapcsolatát fogalmazzuk meg, és ígykszünk az érzéseket, azok kifejezését ebben a fókuszban körülhatárolni (pl. amikor a krízisben lévő családon belül növekszik a feszültség, megjelennek a kölcsönös vádaskodások, a bűnbakkeresés, az érzésektől aktívan és gyorsan a problémamegoldás felé mozgunk). A problémamegoldó munkában kiemelt szerepet játszik a feladatadás. Ennek során figyelembe kell vennünk azt, hogy a krízisben lévő páciens önértékelése alacsony, így kezdetől feladatunk ennek erősítése (először azzal, hogy respektussal, elfogadóan kezeljük), és az exploráció során gondosan mérlegeljük a problémahelyzet kommentálását, majd azzal, hogy értéklődési mutatunk életének problémamentes aspektusait írni is). Kezdetben csak olyan feladatokat adunk, amelyeket a páciens biztosan teljesíteni tud. Végig azt kell sugallnunk, hogy véleményünk szerint a páciens képes boldogulni, csak most egy különösen nehéz élethelyzetben átmenetileg bajba került, de kis segítséggel el fog jutni a megfelelő megoldáshoz; olyan valaki, aki korábban a mindennapi élet sok problémájával sikeresen boldogult (ezzel azt várjuk tőle, hogy most is legyen erőfeszítéssel a probléma megoldására).

A krízisintervenció technikája: a krízisintervenció technikák jó része ismert a pszichoterápiák gyakorlatából, de e technikák alkalmazása során hangsúlyosan érvényesülnek a krízisintervenció már megfogalmazott alapelvei. Krízisintervencióban különösen jól használhatók a rövid stratégikus interaktív pszichoterápia keretében kidolgozott eljárások (ld. Fisch, Weakland és Segal, 1983.). A krízisintervenciót az alábbiakban a jobb áttekinthetőség végett gyakorlati lépésekre bontva mutatjuk be:

### 1. A kapcsolat kialakítása

Az explorációs stílus a különféle pszichoterápiákban igen elterjedt. Szemben a dinamikus pszichoterápiák passzív, felháró — a páciens által mondottakat mögöttes tartalmára koncentráció — explorációs stílusával vagy a személyközpontú (rogersi) pszichoterápia érzelmi-tartalmi visszatükrözésre irányuló, hasonlóan passzív módszerével, a krízisintervencióban olyan aktív explorációs légkört kell megteremtünk, amelyben a páciens úgy érezheti, hogy itt aktív, gyors segítségnyújtás folyik. Már az első ülésen azt kell éreznie a páciensnek, hogy valami

hasznos történik vele, azt kell várnia az ülés végén, hogy a következő ülésen is valami hasonló fog történni.

Az első ülésen a megfelelő kapcsolat és kommunikáció biztosítása érdekében kontrollált kereteket és megfelelő atmoszférát kell kialakítanunk, és törekednünk kell a feszültség, szorongás figyelemmel kísérése.

A krízisintervencióban a kontrollált kereteket azt jelentik, hogy az ülés irányítása a miénk (stílusunk egyértelművé teszi ezt: mi invitáljuk be a páciens, mi kínáljuk helyet, mi kezdünk beszélni, mi definiáljuk az ülés célját stb. — egész magatartásunk azt fejezi ki, hogy tudjuk mit teszünk és mit akarunk). Mi alakítjuk a kommunikáció szabályait is (pl. hogy a családból egyszerre egy beszéljen, hogy mindenki csak „magáért” beszélhet — a mások észéivel, gondolataival kapcsolatossá felleveéseket nem engedjük kibontani, pontos diszkrét cikkeket tesszünk a gondolatok és érzések, valamint a tények és vélemények között, a homályos általánosítások felől a konkrét megfogalmazás felé terelünk, véleménykülönbségek esetén törekszünk az álláspontok megvilágítására és elhárítására, mindenkinek alkalmat biztosítunk mondanivalóját kifejezésére stb.).

A kereteket kontrollálása, a kompetenciánk eleve feszültségcsökkentéshez vezet. Ezt még segíthetjük azzal, hogy nyitó kérdéseink nem provokatívak. Alkalmat biztosítunk a helyzet megvilágítására és az ahhoz fűződő érzelmeink, indulatok ventilációjára is (ekkor igen fontos a feszültségi szint figyelemmel kísérése és a páciens megfelelő támogatása). Amikor a feszültség növekszik, az explorációt az emocionálisan kevésbé telített témára visszük át — pl. amikor a szülők adolescens gyermekek lustaságáról, rendellenességéről panaszkodva egyre dühösebben fakadnak ki, megkérdézzük, hogy milyen házimunkába szertették bevonni, vagy kiegészítő információkat kezdünk kérni az iskolai elfoglaltságáról stb. Családokkal való foglalkozás során felhasználhatjuk a családterápiák gyakorlatából átvett egyes technikákat is — pl. megváltoztathatjuk az ülésrendet, kommunikációs miniat, szünetet tartunk, erőfíjűk az egyes családi ahendszerek hátráit (ld. Minuchin, 1979).

Az ülésnek atmoszférájának kialakításában fontos egy nem személytelen, de konvencionális, udvarias viselkedésmintát fenntartása. Magatartásunk a problémamegoldási szakember, konzultáns pozícióját sugallja, aki felelős az ülésért és irányítja azokat, de nem vállalja a problémamegoldás felelősségét a páciens helyett.

Külön figyelemmel kell fordítanunk a pozitív kapcsolat fenntartására, a negatív indulatáttétellel ellentétben, hosszútávú elkerülésére. Ennek érdekében az exploráció során a pozitív emberi vonásokra fókuszálunk, és elkerüljük a motivációk változ feladását. Olyan „naiv pszichológiát” alkalmazunk, amely során pozitív motivációt léteztünk fel, így alitúdunk azt hangsúlyozza, hogy az emberek alapvetően jóra törekednek és cselekedeteiknek altruisztikus motivációja van (pozitívra átfordítás mint kapcsolátpótló technika). A pozitívra átfordítás egyik formája az „díjancimkézés” (a krónikus alkoholistát keményen dolgozó férat)

férjnek, a kötődő feleséget aggódó anyának, a mindenbe beleavakozó anyóstit magányos özvegynek címkézhajtuk át).

Az ellenállás csökkentésére sokféle technikai alkalmazhatunk még — pl. a „lényeghez kapcsolás” manőverét (mondunk valami lényegeset, de a mondati-  
valóink végén mátra fókuszálunk: „A feleség aggódik a maga ivása miatt, és úgy érzem, hogy időnként Ön is aggódik ezért, de azt hiszem, hogy a házasságuk kapcsolatán van egy csomó olyan dolog, amivel mindketten elégedettek és amiben jól boldogulnak egymással”), vagy pl. az „igen” manővert — pl. anya: „Ez a kölyök iszonyúan rossz — bár a legtöbb fűt rossz és csavarog” Terapeuta: „Igen, és olykor nagyon kedvesek meg értelmeseek, ugyanakkor csibészek is tudnak lenni”. Gyakran alkalmazhatunk paradox manővereket — pl. fordított kommentárt (az ellen kezdünk érvelni, amit szeretnénk, hogy a páciens megtegyen — pl. „Van itt a gyerekekkel egy sor probléma, amit tisztázni kellene, de tudom, hogy nagyon elfoglalt, és azt is, hogy nagyon szeretne segíteni, de biztos, hogy nehéz lenne a munkájából elszabadulni, kellemtelen elkéredzkedni, este meg már biztos nagyon fáradt az egész napi munka után, — túl sok lenne még ezeket a gondolatok is a nyakába vennie”). Az ilyen paradox manőver segítségével meg-  
birkózhattunk azzal a dilemmával, hogy olyan pozícióból akarunk dolgokat elérni, kontrollálni, amely pozícióban reálisan nincs hatalmunk (a kliens bármikor visszautasíthat minket, ha akar, és ha presszionáljuk, akkor növeljük az ellenállás valószínűségét; így — ha mégsem jön el a következő ülésre — legalább azt elérjük, hogy ne legyen a hozzáállása destruktív, ne szabotálja erőfeszítéseinket, ami nagyon gyakran akkor, amikor az egyik házastárs segítséget keres, ugyanakkor a másik elutasítja az együttműködést, vagy kihújik előle).

Fish és munkatársai (1983) már idézett munkájában számtalan példát találhatunk a stratégikus betegvezetés és az ellenállás elkerülésének technikájára. Túl a technikán, manővereken, krízisintervencióban alapvetőként fogalmazható meg az, hogy amikor ellenállást észlelünk, nem erőltetjük tovább álláspontunkat, hanem új irányba próbálunk mozdulni.

## 2. A probléma, segítő források és a páciens érejelének vizsgálata

A krízisintervenció második fázisában továbbra is fontos a pozitív kapcsolat fenntartása, de figyelünk fókuszra a probléma vizsgálatára kezd irányulni. Három dolgot kell tisztáznunk: a közvetlen helyzetet, amelyben az egyén vagy a család jelenleg van (felmérve a helyzet észlelését, a látnogató szociális háttérrel és megoldási módokkal), a krízis folyamatait — azt az eseményláncot, amely a krízishez vezetett, és azt a kiinduló problémát, amelyhez az események láncolata kapcsolódik.

A legelső feladatunk annak mérlegelése, hogy amivel szembekerültünk, krízishelyzetnek vagy krízisnek tekinthető-e, milyen mértékben sürgősségi

helyzet, valamint annak mérlegelése, hogy kiket lehet, illetve kiket célszerű az intervenció során bevonunk. Amikor családdal dolgozunk, fontos a családi rendszer belső viszonyainak gyors áttekintése is (ez nyilván vázlatosabb, mint a családterápia során).

A kurrens helyzet áttekintése után a közelmúlti kerill fókuszba. A célunk ekkor a krízishez vezető eseménylánc kibontása és a korábbi megoldási erőfeszítések feltérképezése. Ennek explórációja során igyekszünk realitás- és viselkedésifényulásiágatuk maradni. A motivációval csak olyan mértékben foglalkozunk, amennyire az szükséges és hasonlóan viszonyulunk az érzelmek, indulatok ventiliációjához is. Az események láncolatának kibontása során a páciens számára is lassan, lépésről-lépésre logikailag is követhetővé válik a krízis kialakulásának folyamata. Ez a kognitív strukturálás csökkenti a feszültséget, a látnasznetikilitizség érzését, a páciens büntudatát, önvádait, és gondolkodásra serkent; arra indítja a páciens, hogy tényeket mérlegeljen, és a probléma megoldása felé forduljon. Ebben az „adatgyűjtési folyamatban” támpontokat igyekszünk nyerni az egyén vagy család korábbi megoldási kísérleteiről, arról, hogy mit próbáltak tenni, és az hogy vált be, illetve miért nem (a korábbi próbálkozások ismerete nélkül naivan olyan tippket adhatunk, amelyeket a páciens vagy a család már megpróbált, és kudarcot vallottak, így módon a reménytelenség érzését erősíthetjük).

A krízishez vezető eseménylánc kibontása nyomán eljutunk ahhoz a kiinduló problémához, amely a krízishelyzet kialakulásának kulcsmozzanata. A krízisintervenció során ezzel a megoldatlan problémával kell foglalkoznunk a pácienssel közösen, így a probléma vizsgálatának lényeges mozzanata a probléma definíciója a páciens és magunk számára.

A problémadefiníciónak olyannak kell lennie, amely nem fenyeget az érintettek egyikét sem, ugyanakkor fedi valamennyiünk tapasztalatait és értelem van számunkra. (Purycar egy példája szerint hibás megközelítés lenne egy olasz családban problémaként definiálni azt, hogy túl szoros a család kapcsolata a nagypapával vagy egy virgíniai farmernek azt, hogy többet kellene segítenie a háziállatában, vagy nem célszerű pl. egy alkoholtól és családjára krízishelyzetben az alkoholizmust definiálni problémaként, mert az a definíció fenyegető a páciens számára, és már kiinduláskor ellenállást szül.) Mindig mérlegelnünk kell, hogy mi az, ami az egyén vagy a család akceptálható, megérteti tud, és amivel képes dolgozni, mi az, ami fenyegető, túl elvont, vagy idegen gondolkodásúktól. A problémadefiníció közös munka, amelyben az egyén, illetve a család aktívan vesz részt, és lehetőleg nem mi fogalmazzuk meg kész, explicit formában.

A probléma vizsgálatának fázisa nem különül el élesen a tervezés és mobilizálás fázisától, az egyén vagy család erejének vizsgálata fontos átkötés ebben. Az egyén, illetve család erejének felmérése a tervezéshez azért fontos, mert minél inkább az egyén vagy család kapacitását használjuk fel, minél inkább

erősítjük önértékelését, annál inkább képes az egyén, illetve a család a tervet követni, mobilizálódni.

Ahol a páciens vagy család éneje nem kielégítő, ott hangsúlyosan kell szupporitív, támogató erőfeszítéseket tennünk, felhasználva azokat a korábbi élettörténeli mozzanatok, amelyek az életnehézségekkel szembeni sikeres, hatékony erőfeszítést ilkőzik. Ekkor kiemelten kell foglalkoznunk a lehetséges segítő forrásokkal is.

### 3. A megoldási terv kialakítása, mobilizálás és feladatadás

Alapvetően fogalmazható meg, hogy minél inkább az egyén vagy a család kapacitását használjuk fel a probléma megoldására, és minél kevesebb járulékos feszültséggel terheljük az egyént vagy a családot, intervenciónk annál hatékonyabb lesz. A krízisintervencióban így mindig a pozitív mozzanatokra és az egyéni vagy családi erőre vezetünk. A tervezés középpontjában a megoldási mechanizmusok és támogató szociális hálózat áll (sikeres megoldási módok újrafelhasználása, a már korábban hatékony támogató hálózat mobilizálása, új források keresése). A krízisintervenció során nagyon fontos a feladatadás, mert a feladat teljesítése során a páciens tesz valamit a következő ültésig, és arra koncentrálni, hogy a korábban kaotikus helyzetet rendezze. A feladat azt sugallja a páciensnek vagy a családnak, hogy nem tehetetlen, nem támaszkodhat. A feladat sikeres megoldása pozitívan változtatja a helyzetre vonatkozó észleléseit is. Ebben a szakaszban a fókusz a feszültség csökkentésről a probléma megoldására vált át. A feladat a probléma megoldási folyamatainak fontos lépése. A feladat tervezése során arra kell törekednünk, hogy az a helyzet megbeszéléséből természetesen fakadjon, és világos kapcsolata legyen a problémával, annak megoldásával. Akkor igazán jó a feladat, ha megválasztása egészében vagy részben a páciensről, illetve családjáról származik. Fontos, hogy a páciens vagy a család önmaga végezze el, és hogy kivételként nagy valószínűséggel sikeres legyen (ez különösen fontos az első lépésnél). A feladat célja nagyban nagyobb nehézséget. A feladat lehetőleg konkrét és mérhető legyen. Jó példa erre az adolezcens magatartási problémák krízisintervenció feloldása során a család és az adolezcens közötti „szórdékesítés” technikája. Ilzenkor a „feltek” teljesen szerződést köntek a terapeuta segítségével a kívánt magatartásváltásokra, pontosan definiálva, hogy ki mit vállal a másikkal szemben, és kölcsönösen kidolgozzák a vállalt feladatok „ütemtervét” és teljesítését, valamint ellenőrzési feltételeit. A „szerződés” rásban rögzítjük és szignálják, majd megvalósulását, illetve annak nehézségeit az ültésben feldolgozzák.

A feladat tervezésének lényeges mozzanata az ún. anticiptóros (előrevelt) tervzés, amely során a pácienssel együtt felmérjük az alternatívákat, a lehetséges kudarchokat, akadályokat, és ezek figyelembevételével előre terve-

zünk a lehetséges helyzetekre is. Ez az anticiptóros tervezés hatékony, és a felmerülő nehézségek szerint változó. A páciens, illetve család mobilizálása a feladat köré épül. Ha a páciens nem old meg egy feladatot, akkor először azt tisztázzuk, hogy mi történt (gyakran könnyen rendezhető akadály vagy egyszerűen félreértés játszott szerepet).

Ha a páciens valamilyen kifogással érkezik, azt mindig akceptáljuk, gondosan ellenőrzve az ellenállást. (Fish és munkatársai ilzenkor egy „alul lévő” pozícióból azt fogalmazták meg, hogy ők voltak azok, akik nem tudták megélelni átlátni, méltogolni a páciens nehézségeit, és így aránytalanul nehéz feladatot adtak. Sokszor a „ne legyünk semmi” paradox manővert alkalmazták, pl. „Sajnálom, hogy ilyen elkapkodva erőltetem ezt. Lehet, hogy egy kis nyugalomra lenne most szükség. Az lenne a legjobb, ha a következő három napban nem is gondolna a problémákra, arra, hogy mit is tegyen, legjobb, ha nem törekszik semmire, és ne is beszéljen erről másnak, csak pihenjen. Pénteken találkozunk, és akkor majd megáljuk, hogy mit is kell tenni.”) A probléma vizsgálata, a tervezés és mobilizálás gyakorlatban nem elkülönülő folyamatok. Miután az első egy-két ültésen körvonalazódott a probléma, majd kialakult egy terv, és feladatot adunk a páciensnek, tulajdonképpen nincs sok teendők. Sokszor a feladat sikeres teljesítése után a páciens nem is igényel további segítséget, gyakran viszont lassabban haladunk és kialakul egy „középjátszma”. Ilzen esetekben arra törekszünk, hogy folyamatosan fenntartsuk a tervezett lépések mobilizációját, és célzottan foglalkozunk az egyes lépések kapcsán felmerülő nehézségekkel. Ebben a folyamatban a célokat és terveket újra és újra felülvizsgáljuk, módosítjuk (a probléma körülmények vizsgálata nyomán természetesen az alapvetően nem változik, inkább a részleteken kell módosítani). Az ültések mindig az eredmény értékelésével és a következő feladat megfogalmazásával indulnak. Ennek során fokozatosan csökkentjük támogatásunkat, és növeljük a páciens önállóságát. Az ültések fókuszában végig a feladat marad.

### 4. Lezárás és nyomonkövetés

A krízisintervenció maximum 5-6 ültést igényel. A lezárás előkészítése már az első ültésen megkezdődik azzal, hogy megfogalmazzuk azt a páciensnek, hogy néhány alkalommal fogunk találkozni, és ezalatt megpróbáljuk közösen kitalálni, hogy mit is tehet az adott helyzetben. A zárást azzal indítjuk legegyszerűbben, hogy csökkentjük az ültések gyakoriságát (pl. a heti két ültésről heti egyre, majd kéthetenkéntre) és időtartamát. A záróültsen átkezdjük a pácienssel, hogy hol tart most, és merre fel haladjon. Megérősítjük a pozitív eredményeket, a megnövekedett önértékelést, és az új megoldási készségeket. Átkezdjük a páciens kurrens, és jövőre vonatkozó terveit, felhasználva az anticiptóros tervezést (ezzel előkészítjük arra, hogy az életben a problémák folyamatosan „újatermelődnek”). Végül nyitva hagyjuk az ajtót arra az esetre, ha a páciens a jövőben segítséget igényelne. Jelezzük azt is, hogy pár hónap

műva tájékozódunk helyzetéről, állapotáról — ezt az utolsó ilkét követően 3–6 hét műva levél formájában célszert megennünk. Ilyenkor nem törekszünk arra, hogy foglalkozzunk a páciens problémáival, csak tájékozódunk, és ha nincs különösebb baj, akkor kilépünk a kapcsolatból.

### Akadályok és problémák a krízisintervenció során

A krízisintervenció során leggyakrabban a terapeuta észre sejtő, technikai nehézségeiből, és a páciens helyzetéből adódó akadályok merülnek fel. A terapeuta észesei kapcsolatán gyakran láthatjuk azt, hogy a terapeuta túl nagy feladást akar vállalni, miközben arra kívánja rászorítani a páciens, hogy bizonyos dolgokat megtegyen, és amikor a dolgok nem elvárásai szerint alakulnak, akkor igen gyakran viszoniindulat keletkezik. Ezt a fajta hibát egy tárgyilagos problémamegoldó attitűd kialakításával, és egy érdeklődő, de enyhén tartózkodó magatartás segítségével kerülhetjük el. Igen fontos az érzések, terén kívülről szakemberrel meg tudjuk beszélni. A technikai hibák közül a leggyakoribb az, hogy a krízisintervencióból pszichoterápiába csúszunk át (hosszasan explorálunk, elkezdünk foglalkozni a mögöttes tartalmakkal, érzésekkel, elhárító mechanizmusokkal, vagy — amennyiben családokkal dolgozunk — hangsúlyosan foglalkozunk a család struktúrájának, kommunikációs mintáinak változtatásával). Sosem hibás lehet a probléma definíciója, vagy rossz a tervezés. Gyakran vannak olyan élethelyzetek, amelyekre nem lehet megoldást kidolgozni, ilyenkor szupporatív-ventillatív módszerekkel próbáljuk a páciens a krízisen átségneni. Igen gyakori probléma, hogy elhamarkodottan kérünk intézményes segítséget. A másoktól való segítségkérést gondosan kell mérlegelnünk, mert az ilyen segítség gyakran nem megfelelő (ilyenkor is fontos az antcipátoros tervezés). Ha úgy kérünk intézményes segítséget, hogy nem vizsgáljuk meg megfelelően a problémát, nem ismerjük jól a forrásokat, nem tisztában vagyunk a páciens elvárásaival, érzéseivel az intézményes segítséggel kapcsolatban, és nem tartjuk fenn folyamatosan a támogatást, akkor könnyen kudarcot vallhat az intézményes segítség (ld. későbbi példánk). A páciens oldaláról gyakori nehézségként jelenkezik, hogy krízisintervencióba kezdünk pszudokrizis esetén. Az ilyen esetekben a páciens drámai emóciókkal, suicid fenyegetésekkel lép fel, sokszor jól megragadható manipulatív törekvések mellett. Pl. egy idősebb nyugdíjas nő hívott fel telefonon. A hívás során zaklatott volt, sírt, és azonnal időpontot kért, mert úgy érezte, hogy nem bírja tovább, öngyilkos lesz. Raktérdeszre összeüregesítelenül, nehezen kibonthatóan elmondta, hogy előző este látogatóba érkezett hozzá a fia, akivel összerúgalkozott, az megütötte őt, fojtogatta, majd elrohant. Amikor a páciens megérezte, kiderült, hogy egyedül él, és évek óta próbálja magához könni fiát, aki parazita módon élőskö-

dik rajta egy aszociális-kriminális életvezetés mellett. Évek óta rendszeresen veszekednek és már többször került sor kitlegességre.

A páciens anyagi támogatással, illetve megvonásfenyegetéssel próbálja fiát kézben tartani. Egy éve van a fiának egy élettársa, akit a páciens szenvedélyesen gyűö, és akitől újra meg újra megkísérli elszakítani a fiát. Amikor az előző este megérezte, bejelentette, hogy az élettársa terhes, és össze fognak házasodni. Ekkor a páciens közölte vele, hogy megyon tőle minden támogatást, a lakást sem hagyja rá, hanem elvárta szerződést fog könni valakivel. A gyermek megszületése a határidő, amit a fiának hagyott (megpróbálta rávenni fiát, hogy szakítsa meg élettársával a terhességet). Ezt követően veszték úgy össze, hogy fia megütötte. Most rémült volt attól, hogy fia végleg elszakad tőle, és tanácsot kért, hogy mit tegyen. Az exploráció során világossá vált, hogy évek óta visszatérően vannak ilyen összecúfzések, és ezeket követően mindig pár hétre megszakítják a kapcsolatot, majd ismét helyreállítják, rendszerint úgy, hogy a „bajban lévő, megszorult fiú” anyjától elnézési, és anyagi segítséget kér. Ilyenkor az anya megbocsát és fizet. Ilyen esetekben, ha nem sodródunk emocionálisan, és gondosan megvizsgáljuk a helyzetet, megérve a páciens viselkedésének manipulatív mozzanatait, egy szupporatív-ventillatív segítségnyújtással tesztelhetjük csökkentünk, és időt nyerhetünk. Ennek nyomán a páciens preszisztesztesség nélkül rendezheti sorait, és a helyzet magától is megoldódhat (jelen példánkban ez kevésbé valósult meg, így reálisabb a szupporatív-ventillatív szakasz után azt mérlegelni, hogy milyen pszichoterápiás vállalkozástól várhatunk előrelépést).

Az esetünkben szereplő fiú képviseli a pseudokrizis másik jellegzetes típusát, amikor a páciens egész életvitele krízisre, és a páciens állandóan segítséget ostromolja hozzátartozóit, barátait, és az intézményeket. Mindkét fajta pseudokrizissel nehéz foglalkozni, és ezekre az esetekre nem a krízisintervenció a megfelelő eljárás. Gyakran okoznak nehézséget a dependens páciensek, különösen akkor, ha egy nagyfokú dependenciával kerülünk szembe, ahol a páciens állandó támaszt követel. Szintén nehézséget okoz az a fajta páciens, aki segítséget, tanácsot kér, majd ezekre az „igen, de nem lehetséges, mert...” válaszokkal reagál (ld. Eric Berne könyvében az „igen, de ...” játszmát). Ezekben az esetekben a konfrontatív, vagy paradox technikák alkalmazása a célszert. Végül szembe kell néznünk azzal, hogy gyakran a páciens helyzete jelent megoldatlan nehézséget (bürokratikus intézmények, jogi megkötések, szociális segélyforrások elégtelensége stb.). A krízisintervencióval foglalkozó szakemberek jól kell ismernie a közönségi segélyforrásokat, azok rendszerét, működését, és a rendszeren belüli kulcsberkeket. Ha egy külső akadály miatt nem tudunk előrelépni, akkor újra kell definiálnunk a célokat, vagy tovább kell építenünk a támogató háttérrel. Ehhez hajlékonyságra, ötlelességre van szükség a krízisintervencióban dolgozó szakember részéről.

Általánosan a krízisintervenció alapelveit és technikáit, a következőkben egy esetről rövid bemutatásán keresztül illusztrálom a korábban leírtakat. Olyan esetet

választottam ki, amely tipikus képviselője egy napjainkban jelentkező, és egyre inkább előtérbe kerülő problémának, amelyre nincs megfelelő tapasztalatunk, szociálpolitikai gyakorlatunk és amely a megfelelő szociális adminisztráció és támogató hálózati hiányában, egyre gyakrabban válhat krízishelyzet forrásává. Ez a munkahely elvesztésének esete. Az eset nem az intervenció látványosságára, hanem fogyatékoságai, buktaírói miatti érdekes és tanulságos.

### **Esetbemutató**

A 49 éves férfi betegét körzeti orvosa küldte hozzám pszichológiai vizsgálatra, illetve pszichoterápia céljából. Több mint három hete egész testre kiterjedő remegés, nagy belső feszültség, nyugtalanság, szívtájéki nyomásérzés, fáradékonyság és alvászavar jellemezték állapotát. Explorációja során elmondta, hogy 24 évig dolgozott egy munkahelyen, mint szakoktató. Lakatosként kezdte, majd munkája mellett leérettségizett, technikus minősítő vizsgát tett, végül a műszaki főiskola tanárképző szakát végezte el.

Ettől kezdve szakoktatóként dolgozott a helyi gyárban. Hat hónappal a tünetek kialakulása előtti munkahelyén megszüntették ezt a profilli szakképzést, és így munkaköre megszűnt. Felajánlották, hogy másik gyárba helyezik át, hasonló munkakörbe, de ezt nem tudta elfogadni, mivel olyan távoli volt lakhelyétől, hogy minden reggel fél háromkor kellett volna felkelnie, hogy munkahelyére éjjen. Ezután közeledtél vele, hogy keressem másik munkahelyet magának. A megoldhatatlan helyzetben — miután hasonló munkakört nem tudott találni — egyre zaklatottabb és elkecserelettebb lett. A nagy feszültség nyomán alvászavar lépett fel, és kimerült. E kimerülés nyomán vette a körzeti orvos táppénzre, majd nyugtató és alató gyógyszerre adott. A gyógyszeres kezelést és táppénzállomány állapotán nem változtatott semmit, sőt egyre feszültebb lett, egyre súlyosbodtak tünetei.

A beteg helyzetét az is nehezítette, hogy hosszabb ideje építkeztek, nagy anyagi nehézségek között, és a betegállomány emiatt is súlyosan érintette. Felcségg is türelmetlené vált, egyre inkább sürgette, hogy talájon magának megfelelő munkát, de a beteg képtelen volt ebben az állapotban erőfeszítéseket tenni, egyre apatikusabbá vált. A körzeti orvos nem ismerte fel a krízisállapotot, helyeit elhúzódon gyógykezelté, és pihenésre ösztönözve passzív, láppénzes helyzetben tartotta, és azt várta, hogy a páciens a pihenés nyomán helyrejön „kimerültsédtől”. Amikor a páciens állapota nem változott „exhaustiv neurosis” diagnózissal gondozónkba küldte. Az exploráció során a páciens zaklatott, kétségbeesett volt, helyzetét kiátásatlannak látta, a vele történeteket sértelmésként, nagyvértékű igazságtalanságként élte meg, és „idegösszeomlásáért” egyre inkább egy passzív betegszerepbe húzódtól. Ennek nyomán szomatizációk kerültek előtérbe, és egy rögzült, hangszílyos betegségtudat. A kép megfelelt annak, ahogy egy elhúzódo krízisállapot kezd átmenni egy alacsonyabb szintű

új „egyensúlyként” a krónikus betegszerepbe (az inadekvát orvosi ellátás ezt erősítette, gyorsította). Az exploráció során egyértelművé vált, hogy krízishelyzettel állunk szemben, amely az Aquilera—Messick-féle modellen az alábbiaként írható le:

*Egyensúlyi állapot:* ambíciózus, keményen dolgozó, elismert szakember, kvalifikációjának megfelelő munkakörben.

*Problémahelyzet:* a munkakör elvesztése.

*Inadekvát egyensúlyi tényezők:*

1. *Inadekvát észlelés:* 24 évi kiváló munka után méltányatlanul bántak el vele, nem neki kell tennie valamit, hanem a vállalat köteless gondoskodni róla, és ezt elmulasztják. Semmit sem lehet, minden reménytelen.
2. *Inadekvát szociális hálózat:* A vállalati átszervezési döntés előkészítés nélkül történt, nem dolgoztak ki alternatívákat a különféle kvalifikációjú dolgozók további foglalkoztatásáért, illetve sorsát illetően. Nincs a dolgozók érdekeit védő, őket képviselő, támogató szociális intézmény. A páciens nem tud a családtól sem érzelmi, sem erkölcsi támogatást kapni.
3. *Inadekvát feldolgozási módok:* A páciensnek nincs előzetes tapasztalata arra, hogy hogyan bírkozzon meg az állás elvesztésével. Korábban ritkán változtatott munkahelyet, alapszemélyisége rigid, nehezen változott, és lassan adaptálódott — nagyon nehezes, körülményes alaptermészetű ember, az élet problémáiról egyszerű elképzelései vannak, általában konfliktuskerülő, feszültségi helyzetekre nincsenek adekvát megoldási minái. Passzív és ónállótlan.

### **Krízisállapot:**

Inadekvát megoldás, menekülés egy tartós betegszerep felé.

Amint láthatjuk, a páciens élete derékán a mi kultúránkban szokatlan váltásghelyzetbe kerül az állás elvesztésével. A korábbi évtizedekben a szokás az volt, hogy 50 év körül az emberek stabil pozícióban, változatlan feltételek között általában már egy munkahelyen töltik el a hátralévő aktív időszakukat. A státuszvesztés itt bukásnak, szégyennek könyvelhető el (csak az abszolút alkalmatlanok akarnak megszabadulni). Az állás elvesztéséből keletkezett feszültséget növeli az egzisztenciális terhekből (építkezés anyagi nehézségei) és a támogató szociális hálózati hiányból fakadó feszültség. Az inadekvát orvosi beavatkozás (passzív, táppénzes helyzetben tartás, elhúzódo pihenetés és gyógyszerelés az „idegkimerülés” tühangsúlyozása) gyorsítja a krízishelyzet inadekvát megoldását: a krónikus betegszerepbe menekülést. Az értékelő ülés végén úgy látjuk, hogy bár a páciens egyértelműen krízishelyzetben van, és ennek nyomán nagymértékben feszült, depresszív, suicid veszély nincs és sürgősségi ellátási szempontból nincs teendőnk.

Az első ülésen a pácienssel gyorsan lehetett kapcsolatot építeni. A beteg passzív, dependensnek, támaszkeresőnek láttuk. Tekintettel a nagy feszültségre, az ülés első felében nagyobb teret engedtünk az érzelmi ventilációnak,



majd áttértünk a jelen helyzeti és az ehhez kapcsolódó problémák vizsgálatára. Úgy ítéltük meg, hogy az étizelmi-indulati ventiláció nyomán csökkent a páciens feszültsége, és képes egy megfelelő problémamegoldó attitűdöt elfogadni. Feszültségét, vegetatív tüneteit átmeneletig gyógyszeresen próbáltuk csökkenteni (3x1 24 mg-os Mellenil), és két nappal későbbi időpontra visszarendeltük.

A második ülés első felében hangsúlyosan foglalkoztunk az inadekvát észlelés racionális feldolgozásával egy szupportív, önértékelési erősítő kontextusban (részletesen foglalkoztunk a páciens korábbi tanulmányi sikereivel, teljesítményével, azokkal a mozzanatokkal, amelyek korábbi szakmai sikereit, és azok elismerését tükrözik). Ezt követően közösen újraértékeljük a páciens jelen helyzetét. Ennek nyomán megfogalmazódott a páciensben az, hogy — a szakolatóji levékenyedésen kívül — nagy szakmai tapasztalata révén egy sor más lehetőségre is gondolhat, előnyösebb anyagi feltételek mellett. Ekkor merült fel spontán az a gondolat, hogy korábbi szakmájában, fizikai munkásként kevesebb felelősséggel, kevesebb konfliktussal dolgozhatna úgy, hogy anyagilag is jobban járna. Ekkorra egy határozott, problémamegoldási terv kezdett kibontakozni: a páciens felméri a lehetséges egyéb munkaköröket, és több helyen köztülnéz a lehetőségek után. (A korábban teljesen passzív, „béniult” állapotban lévő páciens lassan „mozgásba hozzuk”: sérelmei helyét fokozatosan a megoldási lehetőségek felé fordul. Mindent az előzetes étizelmi-indulati ventiláció, a szupportív, önértékelést segítő kapcsolat, és az inadekvát észlelés fokozatos korrekciója tette lehetővé.) Az ülés második felében a problémamegoldási terven dolgozunk: lépésről-lépésre áttekinjtük a lehetséges forrásokat felkutatápeze azokat a régi munkatársakat barátokat, akik jelenleg különféle vállalatoknál közpvezetői beosztásban tevékenykednek. A páciens listát állít össze arról, hogy kiker keressen meg, hol próbáljon tájékozódni (szociális támogató hálózat szélesítése). Az ülés végén azzal a feladattal távozik, hogy a hét során „listája” segítségével próbálja meg felkérkezni az elhelyezkedési lehetőségeket.

A harmadik ülésen a páciens lényegesen feszültségmentesebb, annak ellenére, hogy akadályokba ütközött (a környéken lévő gyárakban, üzemekben létszámstopp van). Ezen az ülésen arra törekedtünk, hogy a páciens támogassuk, aktivitását fenntartsuk.

A negyedik ülésre zaklatotlan, feszületlen érkezett. Talált egy kitűnő munkalehetséget, igen kedvező feltételek mellett (műhelyvezető lenne egy MÁV javító üzemben), de amikor alkalmasságvizsgálat kapcsán az üzemorvoshoz küldték, és ott elmondta, hogy ideggyondozóba jár, az orvos nem írta alá az alkalmassági papírt. Ezen az ülésen hosszú, részletes szakvéleményt írtunk az üzemorvosnak, amelyben leírtuk a krízisállapot kialakulásának körülményeit, és azt, hogy a páciens alkalmasság gondoltjuk e feladattól betöltésére.

Altszpontunk ellenére az üzemorvos nem mert dönteni, és a páciens a MÁV felülvizsgáló ideggyógyász főorvosához küldte, aki kijelentette, hogy egy felolós munkakörbe nem alkalmazhatnának ilyen súlyos idegbetéget. Ezt követően a

páciens kétségbeesve, az összeomlás szélén érkezett vissza hozzánk az ötödik ülésre (a történet jól példázta azt, hogy kulcs segítség igénybevétele esetén igen gondosan kell eljárni, és esetünkben az anticipátoros tervezés hiánya, az alternatívák kidolgozásának elégtelensége váltáságos helyzetet teremtett). Az ötödik ülés elsősorban a páciens támogatásának, étizelmi ventilációjának szenteltük, majd az alternatívák újraértékelésével, mérlegelésével foglalkoztunk. Átmeneletig szükségessé vált a gyógyszeres kezelés visszaállítása is a gyors feszültségcsökkentés érdekében. A hatodik ülésre a páciens nyugodtan érkezett. Talált megfelelő állást. Úgy döntöttünk, hogy a következő héttől dolgozni kezd. Két héttel később kontrollon jelentkezett, ekkor már teljesen rendezett volt, vegetatív panaszai is nagymértékben csökkentek. Átbeszéljük az új munkahellyel kapcsolatos tapasztalatokat, megértettük, összefoglaltuk az eddigieket, és azzal zártuk le a kapcsolatot, hogy szükség esetén elérhet minket. Egy hónap múlva kontroll. A beteg a krízisen túljutott, stabil.

#### Irodalom

- D.C. Aguilera, J.M. Messick (1982): Crisis intervention. The C.V. Mosby o. St. Louis.  
Berne, Eric: Emberi játszmák  
R.Fisch, J.H. Weakland, L. Segal (1983): The Tactics of Change. Jossey-Bass Publ., San Francisco.  
S. Minuchin: Families and Family Therapy. Harvard Univ. Press, Cambridge Massachusetts, 1974.  
S. Minuchin, H.C. Fishman: Family Therapy Techniques. Harvard Univ. Press 1981.  
D.A. Puryear (1979): Helping People in Crisis. Jossey-Bass Publ., San Francisco.  
R.Rabin: Strategic Psychotherapy. Basic Books Inc. N.Y. 1977.  
Sauter, V. (1969): Conjoint Family Therapy. Science and Behavior Books, Palo Alto, California.