



Szociális munkások a posztmodern terápiák világában

B. Erdős Márta

B. ERDŐS MÁRTA: Pécsi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Társadalmi Kapcsolatok Intézete, Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék; erdos.marta@pte.hu

ABSZTRAKT A mentális egészség legfontosabb mutatói hosszú ideje aggasztóak hazánkban. Az öngyilkosságok előfordulását tekintve az európai országok közül még mindig az élvonalban vagyunk, az alkoholfogyasztással összefüggő zavarok tekintetében pedig világszerte. A szociális munkások közvetlenül, naponta akár többször is találkoznak olyan helyzetekkel, ahol a klinikai szociális munka eszköztárára lenne szükség a problémák hatékonyabb kezeléséhez. A szociális munka klinikai iránya ugyanakkor nem tudott igazán meghonosodni Magyarországon, annak ellenére, hogy a hiány ennyire nyilvánvaló. A klinikai szociális munkások képzési, továbbképzési és szupervíziós rendszerének kialakítása, az interprofesszionális teammunka keretei között végzett színvonalas klinikai szociális munka rendszerszintű bevezetése sürgető feladattá vált. A szerző a posztmodern irányzatokra összpontosítva, ezen belül a Nyitott Dialógus módszerét ismertetve érvel amellett, hogy ezek az irányzatok teljes összhangban vannak a szociális munka fókuszával, alapelveivel és legfontosabb értékeivel.

Kulcsszavak: klinikai szociális munka, szociális konstrukcionista terápiák, kríziskoncepció, multiprofesszionális teammunka, Nyitott Dialógus

Social workers in the realm of postmodern therapies

ABSTRACT Several key indicators of mental health are critical in Hungary. As for the prevalence of suicide, our position is among the worst ones in Europe and Hungary ranks the first in alcohol-related disorders globally. During their daily work, social workers frequently encounter situations in which they could benefit from the knowledge base and skills of clinical social work to facilitate problem solving. However, clinical social work could not really take root in Hungary, despite the evident need. Establishing intensive education and professional development programmes, and systems of clinical supervision, facilitating the systemic introduction of high-level clinical social work in interprofessional team-settings is an urgent task. The author focuses on postmodern approaches, more specifically, on Open Dialogue as a method, and argues that these approaches are in full accordance with the focus, principles, and key values of social work.

Keywords: clinical social work, social constructionist therapies, crisis theory, multiprofessional teamwork, Open Dialogue



„Amikor elmondom Neked, ki vagyok, elmondom a végzetemet. Ahhoz, hogy a végzetemen változtassak, újra meg kell határoznom önmagam, és át kell alakítanom a saját történetemet” (White 1996: 423)

BEVEZETÉS

A szociális munkások gyakran az első segítő kapcsolatot jelentik a válságos helyzetben lévő személyek, családok életében, akiknek problémáit általában hatékonyabban lehetne megoldani a klinikai szociális munka egyes eszközeinek alkalmazásával. Ez a terület a segítség személyességére, a pszichoszociális dimenziókra, és a kapcsolati munka fontosságára irányítja a figyelmet. Hazánkban ugyanakkor csak részben épült ki az a szakmai feltételrendszer, amelynek keretei között a klinikai szociális munka valóban hatékonyan és biztonságosan végezhető.

Ebben a tanulmányban a szerző röviden áttekinti a klinikai szociális munka fejlődésének fontosabb állomásait, reflektál a területet övező félreértések történeti gyökereire, valamint bemutatja a klinikai munkában rejlő lehetőségeket és korlátokat. A terület fejlődésében fontos szerepet játszott a terápia és tanácsadás posztmodern irányainak megjelenése, ahol a kapcsolathálózatok és a kommunikációs mintázatok elemzése kerül előtérbe. Ezek azok az irányzatok, amelyek a leginkább tükrözik a szociális munka értékrendjét, személy-a-környezetben fókuszát, így neves képviselőik között is szép számban akadtak szociális munkások. A szerző érvelése alátámasztására bemutatja egy hazánkban még kevésbé ismert módszer, a Nyitott Dialógus (Open Dialogue, Razaque 2019, Seikkula et al. 2006) filozófiáját és gyakorlatát, amely a krízisintervenciók alapelvek, valamint a narratív és az erősségekre alapozó megközelítések különleges ötvözete.

A benne rejlő lehetőségek ellenére, a színvonalas klinikai szociális munka szélesebb körű bevezetésének hazánkban ma az egyik akadály a képzési, továbbképzési rendszerek kiforratlansága, és a rendszeres klinikai szupervízió hiánya. A helyzetet ugyanakkor tovább nehezíti a szakemberek és a velük egy teamben tevékenykedő más segítők jelentős túlterheltsége, a forráshiány. Az ebből következő veszteségek azonban nem „csak” a személyes szférában jelentkeznek, hanem a munkahelyeken, az iskolákban, az egészségügyi ellátásban, valamint sok egyéb intézményi vagy informális közösségi szinten is.

A klinikai irány jelentősége Magyarországon

Magyarországon a lelki egészség fontosabb mutatói hosszú ideje mind európai, mind nemzetközi összehasonlításban aggasztóak. Az egyik legáltalánosabban alkalmazott indikátor az öngyilkosságok számának alakulása (Tannenbaum et al. 2009). Bár az öngyilkosságok csökkenése a rendszerváltozást követően számottevő volt, a kedvező trend az utóbbi néhány évben megtorpanni látszik (KSH 2023), és a korábbi csökkenés ellenére az európai régióban változatlanul az elsők között vagyunk. Csupán néhány szovjet utódállam, valamint a hagyományosan szintén magas szuicid prevalenciával jellemezhető Finnország és Svédország előz meg bennünket a sorban (WHO 2019). Kiemelkedő továbbá a szerhasználati zavarok, elsősorban az alkoholfogyasztással összefüggő zavarok előfordulása. A WHO 2018-as adatai alapján ebben világszerte vagyunk. Az adatokból egyenesen következik, hogy ma Magyarországon nincs olyan tágabb



család, munkahelyi vagy lakóhelyi közösség, amelyet valamilyen formában ne érintenének a szerhasználati zavarok, és az ezekkel szövődő, tehát a zavarok létrejöttében is szerepet játszó, ugyanakkor ezek következményeképpen is fellépő súlyos mentális és szociális problémák: a kilátástalan szegénység, a gyermekek, a házastársak, az idősek érzelmi és fizikai bántalmazása, a toxikus munkahelyi és iskolai légkör, a foglalkoztatás és a képzés ellehetetlenülése, a szerhasználati zavarral küzdő személyek közvetlen környezetében élők mentális megbetegedése, vagy a kriminalizáció (Arnold 2023, Bencsik 2023, Csák et al. 2020, Elekes 2023, Kutrovác – Gelencsér 2023, Rácz 2020, Szécsi – Szák 2020).

Fontos megjegyezni, hogy a szerhasználati zavarok létrejöttében, egyéb tényezők mellett, kiemelkedő szerepet játszik a sorozatos traumatizáltság, a marginalizáció és az érzelmi-kapcsolati problémák (Csák et al. 2020, Császár et al. 2024). A szerhasználati zavar félresikerült túlélési-öngyógyítási kísérletnek is tekinthető (Khantzian 2013, Csák et al. 2020). Az utolsó célzott próbálkozás az alkoholprobléma kezelésére a 2006-ban íródott, majd 2009-ben aktualizált, Buda Béla nevével fémjelzett alkoholstratégia volt. A mentálhigiénés ellátás, más egészségügyi és szociális ellátásokhoz hasonlóan, súlyos regionális egyenlőtlenségekkel, valamint szakember- és forráshiánnyal küzd (Borda – Vojtek 2016). A kérdés, hogy szükség van-e hazánkban klinikai szociális munkára, ezek után aligha lehet kérdés – a válasz a tényekből kiolvasható.

A klinikai irány meghonosításának kezdeti lépései röviddel a szociális munka hazai bevezetését követően meg is történtek (Szabó 1996). Bugarszki (2006), Fehér (2010), és Kelemen (2011) korábbi írásaiban a klinikai szociális munka posztmodern irányzataira összpontosított. Ezek az irányzatok szervesen kapcsolódnak a felépülés-szemponitú gondolkodáshoz (Bugarszki 2013, Bulyáki 2021, Endre 2013, Kelemen 2011). A klinikai szociális munka megerősítésére, a továbbképzési és szupervíziós rendszerek kidolgozására, az egyértelmű kompetenciahatárok kijelölésére azonban mindmáig nem került sor. Sőt, a klinikai szociális munka olyannyira az árnyékban maradt, hogy még a szakemberek fejében is nemegyszer összemósódik az egészségügyi (kórházi) és a klinikai szociális munka. Ezt a két különböző területet a tevékenységek színtere kapcsolhatja össze, de a fókusza más: míg az előbbi az egészséggel kapcsolatban tapasztalható minden szociális problémát kezelni hivatott (pl. a krónikus betegek gondozása során, vagy egy járványhelyzet idején fellépő problémákat), addig a klinikai munka a mentális egészségre, a pszichoszociális jóllét kérdéseire összpontosít.

Szabó Lajos 2017-ben ismételtelen rámutatott a klinikai irány szükségességére – ám az alapvető problémák az azóta eltelt években sem változtak, a helyzet nem javult. Az egyik, lassan költői kérdés ezek után az, hogy mi állhat a megoldás útjában, ha a társadalmi szükséglet (itt is) ennyire nyilvánvaló? A másik kérdés, hogy milyen legyen az a klinikai szociális munka, amely összhangban áll a szakterület alapvető értékeivel, fókuszával, elveivel, és munkamódjával? Az első kérdésre összetett, de nem ismeretlen a válasz; a főbb, jelenleg is ható válságtényezők és hiányok (Bugarszki 2014, Meleg 2021) mellett érdemes röviden felidézni a klinikai szociális munka fejlődésének egyes állomásait, a félreértések és az akadályok történeti gyökereit.

A második kérdésre összpontosítva, a szociális munkára jellemző rendszerszemléletű gondolkodás, a személy-a-környezetben fókusz érvényre juttatásához a municiót változatlanul a posztmodern terápiák világában érdemes keresnünk. Ezeknek az irányzatoknak közös jellem-



zője a kliens és segítő közötti partneri viszony, a kliens tapasztalati érvényességének hangsúlyozása, a tudások, élmények sokféleségének, egyediségének elfogadása és hitelesítése.

Az első kérdésről: a történeti tanulságok

A klinikai szociális munka az esetmunka és a pszichoszociális tanácsadói gyakorlat elemeit integrálja. Gyökerei az első világháborút követően jelentek meg, amikor nagyon sokan szorultak valamilyen mentális segítségre. A háború alatt kiderült, hogy amennyiben egy korábban mentálisan egészségesnek tartott személy kerül valamilyen szélsőségesen traumatizáló helyzetbe, akkor – átmenetileg, vagy akár tartósabban – egyes pszichiátriai kórképekre jellemző tünetek jelenhetnek meg nála. Már nem a személyiség „szerkezetének” hibáira, a korai fejlődés zavaraira kerül a hangsúly, mint például a pszichodinamikus vagy a biológiai elméletek esetében, hanem az aktuálisan megbetegítő élethelyzetekre: a veszteségekre, az egyéni és társadalmi válsághelyzetekre, vagy az alapvető szükségletektől való tartós megfosztottságra. Az első klinikai szemléletű szociális munkás képzési program Mary C. Jarrett nevéhez fűződött (Kelemen 2011).

Ennek a gondolatmenetnek a szerves folytatása lett a kríziskoncepció, amely a fenti helyzetekkel együtt járó identitásváltozás minden embert próbára tévő nehézségeire összpontosított (B. Erdős 2018, Caplan 1971, Poal 1990, Szabó 1996). Világossá vált, hogy a kezeletlen válságok előbb-utóbb az emberi élet minden dimenzióját áthatják (Wolinsky – Zusman 1980). Mivel a szociális problémák, valamint a testi és a lelki egészség területei egymáshoz szervesen kapcsolódnak, a negatív hatások ilyenkor egymást erősítve hozzák létre a válsághelyzetek örvénylő dinamikáját. A krízisintervenciók profillal létrejött amerikai Benjamin Rush Center az egyik első olyan intézmény volt, amely terápiás szolgáltatásait a szegények számára is elérhetővé tette. Ezzel megtörtént annak elismerése, hogy a szegények vagy a hajléktalanok nem csupán egy társadalmi kategória arc, élettörténet és személyiség nélküli képviselői, ahogyan a média gyakran ábrázolja őket (Hammer 2006), hanem *személyek*, akiknek szüksége van „hűségese angyalok”¹ intervenciójára, hogy az életük területein jelentkező elakadásokat felszámolhassák, és esélyt kapjanak sorsuk megváltoztatására.

A bio-pszicho-szociális megközelítés, a környezeti tényezők szerepét is hangsúlyozó, és a rendszerszemlélet elveire építő egyik korszerű irány a mentális problémák network-alapú megközelítése. Az elmélet szerint a mentális betegségek kialakulása során a jelentkező tünetek között biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők együttes hatására visszavezethető oksági kapcsolatok állnak fenn, és amennyiben ezek a kapcsolatok elég erősek, a visszacsatolási mechanizmusok egy rendellenes állapotot tartanak fenn, azaz a szimptómák szindrómává fejlődnek, kialakul a betegség. Ha a visszacsatolások gyengék, akkor a reziliencia, a rugalmas alkalmazkodás lesz a jellemző (Borsboom 2017). Ez azt is jelenti, hogy a problémát fenntartó-erősítő visszacsatolások gyengítésével, az értő és mielőbbi beavatkozással megelőzhető egyes mentális betegségek kialakulása. A kialakulóban lévő probléma korai felismerésében, valamint a kompetenciáiknak megfelelő területekre összpontosított intervencióban a jól képzett klinikai szociális munkások sokat tehetnek.

¹ Utalás Specht és Courtney (1995) könyvének címére, amelyet Szabó Lajos (2017) idéz tanulmányában.



A szociális munka irányait, lehetőségeit és fejlődését azonban erősen meghatározza a professziót körülvevő társadalmi környezet. A szociális munka politikai irányoknak való kitettség különösen erős, hiszen a szociális programok politikai kezdeményezéseken alapulnak, és gyakran egyedi szereplők nevéhez kötődnek, így akár politikai karrierük alakulását is befolyásolhatják (Weiss 1993). Kétségtelen, hogy a klinikai szociális munka térhódításának az USA-ban kedvezett a hidegháborús környezet, amelyben a szociális munkás és a „szocialista munkás” (Szoboszlai 2014) közötti különbségeket a korabeli politika ott is előszeretettel mosta össze, ideológiákat kínálva ahelyett, hogy érdemben kezdjen el foglalkozni a súlyos társadalmi problémákkal (Saleebey 2006). Mindez azonban pozitív fejleményeket is hozott: a klinikai orientációnak köszönhetően megerősödött a szakma presztízse, és 1978-ban az Amerikai Egyesült Államokban önálló területként definiálták a klinikai szociális munkát (Cooper – Lesser 2002, NASW é. n.). Ezzel párhuzamosan átlátható és színvonalas képzési rendszer épült ki – egy valóban ösztönző, nem pedig *limitált progresszivitású* életpálya-modellt kínálva a képzések résztvevőinek. A klinikai szociális munkások terápiás tevékenysége ma magas szintű, önálló mesterképzéshez és rendszeresen megújítandó engedélyhez kötött, amelynek szigorú feltétele a folyamatos továbbképzés és a klinikai szupervízió (Cooper – Lesser 2002, NASW é. n.). Ezek a jól képzett klinikai szociális munkások az Egyesült Államokban a mentálhigiénés szolgáltatások nagy részét biztosítják (B. Erdős – Gomory 2020).

Magyarországon ezzel szemben a rendszerváltozás előtt az egészség szociális és mentális aspektusait érintő problémákat – a nyolcvanas években az öngyilkossági mutatókat tekintve is világszerte voltunk – a közbeszédben egyaránt elfedték. Ezek sehogyan sem illettek bele a szocialista vívmányokról vallott pártpolitikai elképzelésekbe, és nem lehetett nyilvánossá tenni a „szocialista embertípus” tökéletesítésére tett kísérletek nagyarányú kudarcát sem. A nyolcvanas években a posztmodern terápiás irányzatok a rendszerváltozással, valamint a szociális munka és a szociálpszichiátria újjászületésével együtt érkeztek meg hazánkba. A rendszeresített megközelítés fontosságát, a kommunikáció és interakció mintáztatának megértését, az újraértelmezés jelentőségét hangsúlyozó családterápiás műhelyek, tanácsadó központok alakultak, és új típusú módszerspecifikus képzések váltak elérhetővé. Ugyanebben a korban vált ismertté hazánkban a kríziskoncepció (Kézdi 1995, Szabó 1996).

Ennek a kreatív és innovatív időszaknak, amely elősegíthette volna a személy-a-környezetben fókusz következőes érvényre juttatását és a szociális munka további erősödését, hamar vége szakadt. A kilencvenes években egy szakmai vita keretei között a mentálhigiénés tanácsadást a szociális munkától elkülönülő területként definiálták (Bagdy 1996). Ugyanebben az időszakban a tanácsadói tevékenység fejlődését is facilitáló pszichoterápiás gyakorlatot, és a szociálpszichiátria rövid életű népszerűségét egyre több területen váltotta fel a biológiai pszichiátria, és vele a farmakoterápia. Ebben a biomedikális keretben a szociális munkások nehezebben találták meg a helyüket, szerepüket. Talán nem véletlen, hogy a további útkereső törekvések egy része az addiktológia területéről indult, ahol a gyógyszeres terápiák nem mindig a várt eredményt hozzák, hanem esetleg a meglévő polidrog-használat terjed ki egy vagy több újabb, legális szerre (Császár et al. 2024).

A klinikai szociális munkások útkeresésének új lendületet adott a felépülési modell meghonosodása és a közösségi ellátások fejlődése (Bugarszki 2006, Bulyáki et al. 2020, Endre 2013). A felépülés-központú gondolkodás nem csupán a „pszichiáter-központú” (Serapioni 2019) ellátási formákat megkérdőjelező reformerek tevékenységében gyökerezik; legfontosabb kép-



viselői maguk a kliensek voltak (Kassai et al. 2015). A felépülés az identitás mélyreható és a kapcsolati térben lezajló változása: „megküzdés a stigmával, az iatrogéniával, a társuló egzisztenciális problémákkal, és az összetört álmok emlékével” (...) „mély emberi tapasztalat, amelyet mások mélyen emberi válaszaik tesznek lehetővé” (Anthony 1993: 15, 18).

A közösségi pszichiátria partneri viszonyra építő, a kliens autonómiájának kiteljesítését szem előtt tartó, az erőssé és képessé tétel alapelveit képviselő praxisban ma már kiemelkedő szerepe van a szociális munkásoknak. A munkájukhoz szükséges ismeretek jó részét azonban csak a gyakorlatban, vagy módszerspecifikus képzések keretei között tudják elsajátítani. Hazánkban ugyanakkor a klinikai képzés és a praxis forrásai szűkösek, a szakemberek pedig túlterheltek. A szociális munkások jövedelme és munkaidő-beosztása aligha teszi lehetővé az alapos és hosszadalmas, tanácsadói, esetleg terápiás képesítést nyújtó képzési és továbbképzési programok elvégzését. A képzési kínálat viszonylag bőséges, de a színvonalas képzések az alulfizetett, túlterhelt szakemberek és a forráshiányos intézmények számára elérhetetlenek. Pedig a szakemberek a klinikai szociális munka eszközeinek jó hasznát vehetnék bármely olyan területen is, ahol az egyik legáltalánosabb, a mentális egészséget leginkább befolyásoló emberi tapasztalattal, a veszteségekkel való megküzdéssel kerülnek szembe – így például a családsegítésben, az idősellátásban és a gyermekvédelemben.

Klinikai szociális munka és posztmodern irányzatok

Még az inspiráló kilencvenes években jelent meg Sheila McNamee és Kenneth Gergen könyve, a *Therapy as Social Construction* (A terápia, mint szociális konstrukció). A szerzők a terápiát közös jelentésalkotó folyamatként értelmezték, eltávolodva attól a hagyománytól, amelynek értelmében a terápia során az „abnormális” működés „kijavitása” zajlik. A diszfunkció ebben a szemléleti keretben nem a személy, hanem a helyzet sajátossága, egy radikálisan kapcsolati (radically relational) jelenség (McNamee et al. 2023). Következésképpen a posztmodern terápiák képviselőire egyáltalán nem jellemző a kategorizáló-címkéző, diagnosztikus látásmód: ehelyett a kapcsolati-kommunikációs mintázatok kerülnek a középpontba.

Mégis, gyakori félreértés, hogy a klinikai szociális munka az áldozatok hibáztatását teszi lehetővé, személyes problémának álcázva egy társadalmi problémát. A klinikai munka etikája ezt kizárja: a szakember felelős azért, hogy a kliens problémáiban szerepet játszó tényezők közül kiválassza azokat a területeket, ahol a beavatkozásra a legnagyobb szükség van (Cooper – Lesser 2002). A tanácsadás, egyéni esetkezelés mellett nagyon gyakran a klinikai munka klienscsoportjainak is szüksége van hatékony érdekvédelemre, az érdeükben megfogalmazott szakpolitikai javaslatokra. Továbbá, a rendszerszemléletű, megoldásközpontú megközelítést hangsúlyozó keretben például nem a családot tekintik diszfunkcionálisnak, hanem inkább *diszfunkcionális helyzetben* lévő családokról beszélnek (Campbell et al. 2001). Az ilyen szemlélettel dolgozó klinikai szociális munkás fontos feladatának tekinti a társadalmi tényezők vizsgálatát – az egyének és családok közvetlen klienskapcsolatban történő segítése mellett: „számos család esetében, akik a segítségünket kérték, a problémák eredete a családon kívül volt (...) munkanélküliség, méltatlan lakáskörülmények, áldozattá válás, vagy az élet maga egy olyan kultúrában, amelynek tagjait a domináns kultúra marginalizálja.” (Campbell et al. 2001: 198). Az empowerment, ez a számos jelentésréteget magában hordozó kifejezés, itt az emberi



lehetőségszféra kitágítására (Kelemen 2011), az emberi problémákra vonatkozó, a stigmát és a marginalizálódást naturalizáló, a személyiség fejlődését megakasztó társadalmi diskurzusok nyomozó árnyékától való szabadulásra vonatkozik.

A klinikai szociális munkások sokkal járultak hozzá a posztmodern terápiás irányzatok kialakulásához és fejlődéséhez. Ezeknek az irányzatoknak a közös jellemzője, hogy szociális konstrukcionista, a közösen kialakított társadalmi valóságra fókuszáló, vagy konstruktivista, a személyes, vagy adott csoportra jellemző élmények, tudások egyediségére összpontosító episztemológiát követnek. A nyelv jelentőségét nem reprezentatív-leíró, hanem jelentés- és identitásváltoztató, generatív szerepében látják, kiemelve, hogy a nyelv használata a társadalmi cselekvés egy fő formája. A kérdés tehát nem az, hogy mi hangzik el a beszélgetés során, hanem az, hogy a kliens által adott leírásnak mik a következményei, milyen alternatívákat nyit meg a narratíva (McNamee et al. 2023, Tarragona 2008). Általában nem a legjobbakat: hiszen ekkor nem lenne szüksége segítségre. A hiteles terápiás-tanácsadói dialógusban feltárhatóak a kliens elnémitott, ebben a szemléleti keretben gyakran inkább elnyomott, mint elfojtott történetei: azok a történetek, amelyeket korábban nem gondolt megoszthatónak, vagy amelyekre egyszerűen a szavakat sem találta (Neimeyer 2006). Egyúttal megkérdőjeleződhet, felbomolhat a nyomozó negatív koherencia, hogy új lehetőségeknek adjon teret (B. Erdős et al. 2021).

A posztmodern terápiák közös elvei nagyon egyszerűek, mégis forradalmasíthatják azt, ahogyan a fejlődésében elakadó személyről gondolkodunk. Mi a mélyebb jelentése és jelentősége, ha hiszünk abban, hogy a probléma a probléma – és nem pedig a személy a probléma? Miért fontos, hogy az el nem mondott történetek egyéni és csoportszinten is hangot kaphassanak? Hogyan változtatja meg a segítség gyakorlatát, ha az elsőként elbeszél, problémákkal teltett történetre egy önkorlátozó, öncenzúrázó változatként tekintünk, amely mögött más lehetséges, a megoldás útjait mutató korábbi és jövőbeni történetek is rejtőznek? Olyan, hazánkban is ismert szerzők munkásságáról beszélünk, mint pl. az ausztrál szociális munkás, Michael White, vagy az amerikai Insoo Kim Berg (pl. Berg – Briggs 2002), és Steve de Shazer. A nagy klasszikusok mellett talán kevésbé ismertek a megoldásközpontú irányzat más fontos képviselői, mint például Dennis Saleebey (2006), a csoport- és közösségi munka területén, valamint a szervezetfejlesztésben is hasznosítható módszereket kínáló Cooperrider és Whitney (1999), vagy a pszichiátriai ellátást a nyitott dialógus bevezetésével demokratizáló finn Seikkula (Seikkula et al. 2006). Fontos hangsúlyozni, hogy a megoldásközpontú gondolkodás egyáltalán nem a problémák tagadását, elfedését jelenti, hanem alkalmas módszert kínál arra, hogy a problémák gyötrő halmazával, a tanult tehetetlenséggel küszködő, a reményt már feladó embereket aktivizáljon.

A Nyitott Dialógus (Open Dialogue)

A következőkben egy hazánkban nagyrészt ismeretlen, bizonyítékokon alapuló módszerről, a Nyitott Dialógusról (B. Erdős et al. 2021, Razaque 2019, Seikkula et al. 2006) esik szó, amelyet egyes országokban évtizedek óta sikeresen alkalmaznak, elsősorban pszichiátriai betegekkel, de a módszer, a szemlélet adaptálhatóan tűnik más problémákra is. Alapelvei jól harmonizálnak a szociális munka rendszerszemléletű, a partneri viszonyt és a kapcsolatok fontosságát hangsúlyozó szemléletmódjával.



A Nyitott Dialógus felépülés-központú, kollaboratív terápiás és gondozási módszer, amelyet a nyolcvanas években a finn Seikkula és munkatársai (2006) fejlesztettek ki. A modellt finnországi bevezetését és első sikereit követően számos európai országban alkalmazni kezdték, elsősorban a skandináv országokban, Németországban, majd az Egyesült Királyságban (Razzaque – Wood 2015, Razzaque 2019). A Nyitott Dialógus interprofesszionális teammunkára épít, két vagy több terapeuta/tanácsadó egyidejűleg van jelen: pszichiáterek, szociális munkások, pszichológusok, diplomás ápolók stb. A biztonság és a figyelem mellett ez a szükséges kompetenciák célzott bevonására is módot ad. A fókusz a kliens kapcsolati hálózatára kerül (l. még Udvari 2011), így fontosnak tartják a kliensekkel törődő, velük kapcsolatban álló személyek részéről történő bevonódást, elköteleződést. A tünetekre úgy tekintenek, mint az egyéni életút fájdalmas, traumatikus tapasztalataira adott értelmes, értelmezhető, és egyben értelmezendő válaszra. Ahogyan Razzaque (2019) érvel, krízisben „a dolgokat ki kell mondani”. Az ember ugyanis nem csupán másokat képes hatékonyan megteveszteni, hanem paradox módon önmagát is. A biztonságos kapcsolati keretek között megélt válság egyedi, ám ritka alkalmat kínál az öncsalástól való szabadulásra.

A kapcsolatfelvételt követően a team azonnal reagál a megkeresésekre, hogy ezt a pillanatot, mint fontos lehetőséget a mélyreható, konstruktív változásra, ne mulasszák el. Az első 24 órában biztosítják a szolgáltatásokat, és gyorsan integrálják ezeket a kliens életébe. Az itt és most a hangsúlyos. Ez minden krízisintervenció általános sajátossága. Nemcsak életmentő lehet, de hatékonyabbá is teszi a beavatkozást, hiszen a kliens motivációja ilyenkor a legerősebb. Ráadásul mind a kliensek, mind pedig segítők megmenekülnek az inadekvát megoldási kísérletek következtében fellépő járulékos problémák hosszadalmas terheitől, az intézményrendszer pedig a „forgóajtó” jelenségtől.

A találkozás színtere leggyakrabban nem valamilyen intézményi környezet, hanem a kliens saját otthona. A kliens dönti el, ki legyen jelen: bárki, aki neki fontos, akit hasznosnak tart bevonni. Ha nincs ilyen személy, akkor egy megfelelő kérdező technika, a cirkuláris kérdés alkalmazása teszi lehetővé a problémában érintett más fontos személyek nézőpontjának megjelenítését (pl. „Mit gondolsz, ő vajon mit mondana, ha itt lenne velünk?”).

A terápiás team figyelmes, de nem kontrolláló. Nem uralja a helyzetet, és nem helyezi magát a mindenható-mindentudó szakértő szerepébe sem: „...volt már olyan, hogy valamelyik családtagod viselkedése meglepett? Olyasvalakié, akit egész életedben ismertél? Volt már olyan, hogy meglepted saját magadat? Ha így van, honnan tudhatod, hogyan fog viselkedni az az ember, akivel még csak pár alkalommal találkoztál?” (Razzaque 2019: 49–50).

Ebből az alapelvből következik, hogy nincs, és nem is lehet „gyorsjavítás”, sem pedig sablonos válasz a kliens életének egyedi problémáira. A receptív válasz általában tiszteletlen, etikátlan, és persze hatástalan is. Ehelyett egy kölcsönös, alapos tanulási folyamat veszi kezdetét, ahol a tanulás tárgya maga a kliens-rendszer. A tanulás során a belső perspektívát a rendszerrel legtöbb információ birtokában lévő kliensek adják, a terápiás team pedig tőlük „tanulja”, azaz segítségükkel ismeri meg ezt a kliens-rendszert. Ez a narratív terápiákból ismert „not knowing” (Anderson 1997), a negatív képesség a gyakorlatban a következőképpen fest: „A tapasztalat, amit most átél, nagyon erős, intenzív érzésekkel jár. Erről Ön sokkal többet tud. Nekem még nem volt ilyen tapasztalatom, ezért nagyon hasznos volna, ha többet is megtudhatnék erről” (Razzaque 2019: 22).



Ez a fajta válasz sokkal hitelesebb lehet, mint – a rogersi alapelvek teljes félreértelmzésével – a kliens szavainak, mondatainak gépies ismétlése, vagy egy hirtelenkedve odavetett, sokatmondónak szánt „értem”². A hiteles kommunikáció és a jó kérdések a dialogikus módszer legfontosabb elemei. Itt azonban nem a szókratészi dialógus előre eltervezett, meghatározott irányokba vezető kérdései, hanem a nézőpontok és jelentések sokféleségének feltárása kerül előtérbe. A dialógus nyitottsága, a szempontok sokasága és érvényessége alternatív kapcsolati valóságot hozhat létre, segíti a pozitív változást. Fontos, hogy a terapeuta nagyon tudatosan alkalmazza az intervenció során feltett kérdéseket. Választhat nyitott, semleges formákat, pl. „Kérem, mondják el, hogyan került sor erre a találkozásra?”. Dönthet úgy, hogy a kliens saját aktivitására helyezi a hangsúlyt, pl. „Miképpen szeretnék a javukra fordítani ezt a találkozást?” (Razzaque 2019: 22, 36.). A kommunikációra történő reflexiók önreflexióra és az érzelmek kifejezésére bátorítanak. A segítők például megkérdezhetik, milyen érzés kimondani egyes gondolatokat, véleményeket: düh, szégyen, bűntudat, szomorúság, csendes belenyugvás, vagy éppen felszabadult öröm kíséri ezeket?

A segítség szokatlan, a partneri-demokratikus viszonyokat erősítő eleme, hogy az ülés záraképpen a segítők átláthatóan, nyíltan, a kliensek jelenlétében és velük együtt beszélnek meg tapasztalataikat, és természetesen azt is lehetővé teszik, hogy a jelenlevők kommentálják az elhangzottakat. A kialakuló beszélgetés a kliens alternatív kultúrájára és kommunikációjára érzékenyen alakul, egyúttal lehetővé válik a kockázatok és felmerülő aggályok gyors kezelése. A problémák és kockázatok nyílt megbeszélése során a családtagokat is be tudják vonni a kockázatkezelésbe. Mindez nagyobb biztonságot teremthet a kliens számára (Razzaque 2019). Ritkán, legfeljebb évente egy-két alkalommal, és csak nagyon alapos indokkal térnek el ettől a gyakorlattól (Razzaque – Wood 2015).

A felajánlott segítség folytonosságának biztosítása nagyon lényeges. Az a team viseli a felelősséget, amelyik először lép kapcsolatba a kliens-rendszerrel – és a folytonosság jegyében minden további segítségnyújtást ez a team koordinál. Amikor a problémát sikeresen megoldották, a terápiás team arra bátorítja a klienseket, hogy nyugodtan keressék fel őket, amennyiben újabb gondjuk akadna. A már kialakult kapcsolat értékeinek tisztelete a hatékonyságot is növeli, hiszen nem kell a bizalom felépítésébe és az alapvető információk megszerzésébe újra meg újra komoly energiákat fektetni. A kliens és segítője közötti kapcsolat a sikeresség, a hatékonyság kulcsstényezője, számos probléma esetében akár fontosabb is, mint maguk az alkalmazott technikák.

A Nyitott Dialógus keretei között a kliens dönt a haladás módjáról és üteméről. Ezeknek a döntéseknek a révén jobban megélheti saját hatékonyságát. Ebben a keretben a gyógyszeres kezelés funkciója a tünetek csökkentése. A gyógyszer azonban nem helyettesítheti a kapcsolati munkát.

A Nyitott Dialógus egalitáriánus és transzparens folyamat, azaz a terápiás team világhosszá, nyílttá teszi, hogy miképpen, és miért éppen így gondolkodnak arról a helyzetről, amelybe a változást váró személyek kerültek. Nem a terápiás team, hanem a kliens-hálózat a megoldások valódi forrása – a team szerepe, hogy ezek felfedezésében aktívan segít. Fontos, hogy a kliensek problémáik kapcsán saját értelmezési keretüket hozzák létre, és ezeket ne kívülről kapják.

² Kézdi Balázs professzortól tanultam annak idején, hogy az ilyen „értem” mögött a saját segítői elhárítások húzódnak meg – ha kimondjuk, érdemes átgondolni, hogy mit nem értünk, vagy mit értünk félre.



A kapcsolat biztonsága és folytonossága folyamatos fejlődést tesz lehetővé (Anderson 2001, B. Erdős et al. 2021, Razaque 2019). Mivel a beavatkozás a kapcsolathálózatra irányul, a kialakuló pozitív szinergiák segítik a változások megszilárdítását és fennmaradását.

ÖSSZEZÉS

A posztmodern irányzatok közös jellemzője, hogy a szociális munka átfogó elvei szerint építkeznek. Képviselői úgy látják, hogy nem annyira a bölcs, kívülről jövő tanácsok, hanem inkább a segítő közreműködésével önmagunknak feltett lényegi kérdések fogják meghatározni fejlődésünk menetét. A segítő szerepe lényeges, de ez a fontosság nem a dominanciában és a kontrollban nyilvánul meg (B. Erdős et al. 2021, Tarragona 2008, White 2000).

Amikor az olyan módszerekről hallunk, mint a Nyitott Dialógus, szinte azonnal felmerül, hogy a túlterhelt hazai ellátórendszerekben mindez kivitelezhetetlen, mert időigényes, emellett számos magasán képzett szakember együttműködését igényli. Kérdés ugyanakkor, hogy olcsóbb-e, ha egy szolgáltatás hiányzik, vagy nem elég jól működik? Szinte bizonyos, hogy a költségek már rövid távon is magasabbak, nem is beszélve a közép- vagy hosszútávú károkról (pl. Rawlings 2001). Egyáltalán, tudjuk-e, hogy ami jelenleg rendelkezésünkre áll, az pontosan mi, és hogyan működik? Értékeljük-e a tanácsadó-esetkezelő beavatkozásokat? Vannak-e az értékelésre megfelelő módszereink, köztük olyanok, amelyeket egyszerűen és gyorsan alkalmazhatunk, és a kliens számára is lehetővé teszik a változásban való együttműködést, felelősségvállalást, és ezzel együtt a növekvő autonómiát (Gomory 2021, Endre 2021)?

Ha a mentálhigiéné szoba kerül, hazánkban még nemegyszer a megöröklött feszültségek árnyéka vetül a beszélgetésre. A szociális munkások – az amerikai tapasztalatokra támaszkodva – féltik a szakmát a személyt stigmatizáló, a társadalmi tényezőket nem eléggé hangsúlyozó megközelítéstől. A társszakmák képviselőit pedig saját szakmai monopóliumaik elvesztése mellett aggasztja, és joggal, a tisztázatlan feltételrendszer és továbbképzési rendszer, amelynek keretei között a szociális munkások által végzett tanácsadás alkalmanként zajlik. Nem minden országban húzzák meg élesen a határokat tanácsadás és terápia között, erre azonban mindenütt szükség van, ahol a képzési, különösen a továbbképzési és szupervíziós rendszerek nem eléggé kiforrottak. A szabályozatlanság és a képzési rendszerek problémái, az e téren (is) jellemző forráshiány miatt olyan önjelölt tanácsadók is a pályára keverednek, akiknek a tevékenysége komoly kívánnivalókat hagy maga után, és akik a kompetenciahatárok megsértésével, szakmai támogató team és szupervízió nélkül tevékenykednek. A klienseket nem segítik, hanem kihasználják, vagy ami még rosszabb, a tudatlan beavatkozással közvetlenül veszélyeztetik. Kedvezőtlen megítélésük árnyékként vetül a szociális munkára. Mindennek legnagyobb vesztese – ahogyan Szabó (2017) is rámutat – maga a kliens, akinek a segítség egyes professzionális tartalmai, szintjei végül elérhetetlenné válnak.

A posztmodern irányzatok filozófiája és technikái jól alkalmazhatóak a tanácsadás keretei között, tehát azokban az esetekben, ahol a problémát valamilyen aktuális változáshoz történő alkalmazkodás, nem pedig pszichiátriai betegség okozza, a közös munka fókuszát azonosítani tudjuk, és a kliens tudatában van annak, hogy problémája van. Amennyiben a klinikai szociális munkás a közösségi pszichiátriai ellátásban vagy addiktológiai területen dolgozik, természetesen mentális betegséggel élő személyeket is segít. Ezekben az esetekben nem önállóan, hanem



egy olyan terápiás team tagjaként dolgozik, amelynek pszichoterapeuta, pszichiáter, klinikai szakpszichológus tagjai is vannak. Saját korábbi tapasztalataim alapján a kliensek és a szakma érdekeit is az szolgálja a legjobban, ha a klinikai szociális munkás minden esetben egy komplementer működést lehetővé tévő interprofesszionális team tagja, ahol felismerik és méltányolják azt a sajátos többletet, amelyet a team tagjaként hozzá tud adni a kezeléshez, és ahol állandó, kötelező klinikai szupervízióban részesülhet.

A munkáltató vagy a fenntartó emellett színvonalas, használható, a saját élményre, önismeretre is kiterjedő továbbképzéseket kínálva segítheti a klinikai szociális munkásokat képességeik kibontakoztatásában. Ahhoz, hogy ennek a felelősségének eleget tudjon tenni, képzési forrásokra, a továbbképzések valós szükségletek alapján történő szervezésére, és következetes, folytonos minőségbiztosítására is szükség van.

Hazánkban jelenleg a klinikai szociális munkások többsége legfeljebb csak a hőstörténektől és meséktől ismert *felismeretlen megérkezés* állapotáig juthat el. A kliensek mellett ennek vesztese maga a szociális munka is, mert a továbbképzésekből és a gyakorlatból hiányozhatnak a segítő beszélgetés, a tanácsadás folyamatosan megújuló keretei és készségei, a legfrissebb tudományos eredményekre építő segítői praxis, és e praxis kutatása. Természetesen az alapokat a szociális munkások megtanulhatják a graduális képzés során, de ez nem elegendő, még az empátiás viszonyulás fenntartásához sem, ugyanis ez a kompetencia állandó fejlesztés híján még egy amúgy optimális munkakörnyezetben is *megfakul* (Moudatsou et al. 2020). A szakemberek hatékony módszereket sajátíthatnak el a gyakorlatban, és más informális, a személyes érdeklődésen alapuló módon is, mindez azonban esetleges. Ráadásul az így lezajló tanulás eredményét jelenleg senki nem validálja.

A szociális munkások számára két további út nyílik: az egyik az erősebb politikai részvétel, a társadalmi tényezőkre való összpontosítás, legyen szó akár a hagyományosabb szociálpolitikai keretek közötti javaslattevésekről, érdekképviseletről, vagy akár a radikális szociális munkáról (Héderné Berta – Kormányos 2022). Mindez ma rendkívül fontos, ha azonban a segítő habitusa vagy feladatköre nem teszi lehetővé ezek gyakorlását, akkor megfelelő eszközök híján esetleg marad számára a másik út, az adminisztráció, a közvetlen klienskapcsolat keretei között végzett reflektálatlan kontrollmunka, vagy a parttalanná váló, emberségesnek szánt, de a laikus szintet alig meghaladó segítés, és az ezt követő kiégés. Míg a makroszintű próbálkozások a szakterület legszebb hagyományait és produktív gyakorlatát testesítik meg, addig a kontrollmunkás intervenciói a klienseknek adott, ám a kliensek által be nem tartott utasításokra szorítkoznak (Bugarszki 2014). Ezeket azután rendszerint (egy rideg „rend” szerinti) további hiábavaló utasítások követik, létrehozva a kliensek és „segítőik” közös, egyben megosztó élményét, a bosszankodást és a neheztelést. Egyenes út ez a kulcsfontosságú szakmai kompetencia, az önhatékonyság (Fábián et al. 2023) elvesztéséhez, a segítő kiégéséhez, és – az elvárt hatékonyság híján – a társadalmi megbecsülés elvesztéséhez, valamint a kliensek, azaz az ilyen módon újratraumatizált áldozatok hibáztatásához. Mindez azonban nem a kontrollmunkára kárhoztatottak elsődleges felelőssége, hanem a praxist és a képzést egyaránt érintő általános problémák, környezeti tényezők következménye.

Ebben a tanulmányban a szerző mellett érvelt, hogy a klinikai szociális munka posztmodern irányzatainak az eddigieknél alaposabb megismerése és beépítése a szakterület gyakorlatába és képzési rendszerébe érdemi módon gyarapíthatná a szociális munkások eszköztárát, és nemcsak a pszichiátria vagy a mentálhigiéné területén dolgozó szociális munkásokét. Mivel



ezek az irányzatok nagy hangsúlyt helyeznek a környezeti tényezőkre, a kulturális és társadalmi közege, a társas hálózatra, a kontextusba ágyazott élettörténetre, a szakemberek nem vesztik szem elől a szociális munka fókuszát, viszont gyakorlatot szereznek a rendszerszemléletű beavatkozásokban, az interprofesszionális teammunkában, a kapcsolatokra és önmagukra történő reflektálásban, valamint saját tevékenységük folytonos értékelésében – ezek a reflektív szakember fontos kompetenciái (Haász 2016, Kelemen 2011). A klinikai munka végzéséhez a megfelelő képzettség szükséges, de nem elégséges feltétel: szükség van az önismeret folytonos mélyítésére, a teammunkára, a folyamatos továbbképzésekre és a klinikai szupervízióra. Fontos továbbá megjegyezni, hogy klinikai orientációt követve is lehetünk hűséges angyalok, ugyanakkor a makroszintű felzárkóztatási projektekben, a közvetlen klienskapcsolattól távol tevékenykedve is válhatunk hűtlenekké. Ez ugyanis nem a szűkebb szakterület, hanem szakmai etika és értékrend kérdése.

IRODALOM

- Anderson, H. (1997): *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anthony, W. A. (1993): Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arnold, P. (2023): Az alkoholos befolyásoltság alatt bekövetkezett munkabalesetek. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 181–205.
- B. Erdős, M. (2018): „...Úgy érzem, mintha kiesnék ebből a világból.” A lélektani krízis átmene-ti tapasztalatának narratív sajátosságai, *Magyar Pszichológiai Szemle* 73(1): 59–81. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.1.5>
- B. Erdős, M. – Gomory, T. (2020): Social workers' professional identity in its social context: A comparative analysis. In: Ellis R. – Hogard E. (eds.): *Professional Identity in the Caring Professions: Meaning, Measurement and Mastery*. Abingdon: Routledge of Taylor and Francis Group, 57–77. <https://doi.org/10.4324/9781003025610-5>
- B. Erdős, M. – Endre, Sz. – Kárpáti, T. – Fedor, A. (2021): *Social Work with Psychiatric Patients*. Debrecen: University of Debrecen.
- Bagdy, E. (1996): A Klinikai Pszichológiai Szakkollégium állásfoglalása a mentálhigiéné, a segítő szakmák és a klinikai pszichológiai és viszonyának kérdésében. *Család, Gyermek, Ifjúság* 4(4): 3–7.
- Bencsik, N. (2023): Gyermekvédelmi adatok. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 207–230.
- Berg, I. K. – Briggs, J. A. (2002): Treating the Person with a Gambling Problem, *Journal of Gambling Issues* 6. <https://cdspress.ca/wp-content/uploads/2022/07/Insoo-Kim-Berg-John-R.-Briggs-.pdf> (Utolsó letöltés: 2024. 04. 17.) <https://doi.org/10.4309/jgi.2002.6.1>



- Borda, V. – Vojtek, É. (2016): Addiktológiai ellátórendszerek. In: Borda V. – Vojtek É. (szerk.): *Addiktológia: Oktatási segédanyag kulturális közösségfejlesztők és médiaszakemberek számára*. Pécs: 4 Dimenzió Társadalomtudományi Egyesület, 32–57.
- Borsboom D. (2017): A network theory of mental disorders. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1): 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bugarszki, Zs. (2014): A magyarországi szociális munka válsága, *Esély*, 25(3): 64–73.
- Bugarszki, Zs. (2006): A közösségi pszichiátriai ellátásról, *Esély*, 17(1): 67–73.
- Bugarszki, Zs. (2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése, *Esély*, 24(1): 68–85.
- Bulyáki, T. – Gallai, I. – Harangozó, J. – Kaszás, J.-né – Szabó, L. (2020): Felépülés a mentális zavarból, *Alkalmazott Pszichológia*, 20(2): 59–76.
- Campbell, W. – Tamasese, K. – Waldegrave, C. (2001): Just therapy. In: Denborough D. (szerk.): *Family Therapy: Exploring the field's past, present and possible futures*. Adelaide: Dulwich Centre Publications, 197–201.
- Caplan, G. (1971): *An approach to community mental health*. New York: Grune and Stratton.
- Cooper, M. G. – Lesser J. G. (2002): *Clinical Social Work Practice – An Integrated Approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Cooperrider, D. L. – Whitney, D. (1999): *Appreciative inquiry*. San Francisco: Berrett-Kohler Communications. Collaborating for Change Series.
- Csák, R. – Szécsi, J. – Kassai, Sz. – Márványkövi, F. – Rác, J. (2020): New psychoactive substance use as a survival strategy in rural marginalised communities in Hungary, *International Journal of Drug Policy* 85. Paper: 102639. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102639>
- Császár, F. – B. Erdos, M. – Javor, R. – Kelemen, G. (2024): Narrative Means to Recovery Ends. Novel Psychoactive Substance Users in Early Recovery, *Journal of Loss and Trauma*, <https://10.1080/15325024.2024.2319745>
- Elekes, Zs. (szerk.) (2023): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések* Budapest: L'Harmattan Kiadó. <https://doi.org/10.56037/978-963-414-934-7>
- Endre, Sz. (2013): Kreatív technikák és terápiák a pszichiátriai betegek közösségi alapú ellátásaiban, *Szociális Szemle*, 6(1–2): 145–150.
- Endre, Sz. (2021): A közösségi alapú ellátások hatékonyságvizsgálata mentális problémával élő emberek körében. In: Fábíán G. – Hegyesi G. – B. Erdős M. – Budai I. – Héderné Berta E. – Kozma J. – Szöllősi G. – Talyigás K. (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata: Tudományos gondolkodás és kutatás a szociális munkában*. Budapest: MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság, 213–229.
- Fábíán, G. – Tóth, A. P. – Szoboszlai, K. – R. Fedor, A. – Mór, M. – Faul, A. C. – Lawson, T. R. (2023): A Szociális Munka Énhatékonyság Skála magyar változatának reliabilitás vizsgálata, *Párbeszéd* 10(2). <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2022.9/1/1>
- Fehér, B. (2010): A narratív segítő beszélgetés, *Esély*, 21(3): 66–88.
- Gomory, T. (2021): Evaluating social work clinical practice in the real world: Feedback informed treatment. *Szociális Szemle*, 14(1): 2–9. <https://doi.org/10.15170/SocRev.2021.14.01.01>



- Hammer, F. (2006): *Közbeszéd és társadalmi igazságosság: A Fókusz szegénységábrázolásának értelmezése*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Héderné Berta, E. – Kormányos, K. (2022): Az empowerment szakmatörténete és lehetséges kutatási irányjai, *Esély* 33(4): 3–18. <https://doi.org/10.48007/esely.2022.4.1>
- Kassai, Sz. – Pintér, J. N. – Rác, J. (2015): Addiktológiai területen dolgozó tapasztalati szakértők: interpretatív fenomenológiai analízisen alapuló kutatás, *Psychiatria Hungarica* 30(4): 372–388. <https://doi.org/10.1556/0406.17.2016.002>
- Kelemen, G. (2011): *Átlendülés. Vázlatok a reflektív klinikai szociális munkához*. Budapest: Anima.
- Kézdi, B. (1995): *A negatív kód*. Pécs: Pro Pannonia.
- Khantzian, E. J. (2013): Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction* 108(4): 668–669. <https://doi.org/10.1111/add.12004>
- Központi Statisztikai Hivatal (2023): 22.1.1.10. *Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint*. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html (Utolsó letöltés: 2023. 03. 20.)
- Kutrovácz, K. – Gelencsér, A. (2023): Ittasan okozott közúti balesetek. In: Elekes Zs. (szerk.): *Alkoholhelyzet Magyarországon: Tények, adatok, elemzések*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 167–180.
- McNamee S. – Rasera E. F. – Martins P. (2023): *Practising Therapy as Social Construction*. London: SAGE Publishing.
- Meleg, S. (2021): Párbeszéd a romok között – reformgondolatok a személyes gondoskodást nyújtó szociális szolgáltatásokról, *Párbeszéd* 8(1): o. n. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2021.8/1/3>
- Moudatsou, M. – Stavropoulou, A. – Philalithis, A. – Koukouli, S. (2020): The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals, *Healthcare*, 8(1): 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- National Association of Social Workers (s.d.): *Clinical Social Work*. <https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work>. (Utolsó letöltés: 2024. 03. 20.)
- Neimeyer, R. A. (2006): Re-Storying Loss: Fostering Growth in the Posttraumatic Narrative. In: Calhoun, L. – Tedeschi, R. (eds.): *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 67–80.
- Poal, P. (1990): Introduction to the Theory and Practice of Crisis Intervention. *Quaderns de Psicologia*, 10: 121–140. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.609>
- Rawlings, B. (2001): Evaluative research in therapeutic communities. In: Rawlings, B. – Yates, R. (eds.): *Therapeutic communities for the treatment of drug users*. London: Jessica Kingsley Publishers, 209–223.
- Razzaque, R. (2019): *Dialogical Psychiatry: A Handbook for the Teaching and Practice of Open Dialogue*. King's Lynn: Omni House Press.
- Razzaque, R. – Wood, L. (2015): Open Dialogue and its Relevance to the NHS: Opinions of NHS Staff and Service Users. *Community Mental Health Journal*, 51: 931–938. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5>



- Rácz, A. (2020): A gyermekvédelmi rendszer szakmaképe, az érintett gyermekek és szülei családképe egy kutatás tükrében, *Családi Jog* 18(1): 16–22.
- Saleebey, D. (2006): *Strengths perspective in social work practice*. Michigan: University of Michigan – Pearson, Allyn & Bacon.
- Seikkula, J. – Aaltonen J. – Alakare, B. – Haarakangas, K. – Keränen, J. – Lehtinen, K. (2006): Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies, *Psychotherapy Research*, 16(2): 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Serapioni, M. (2019): Franco Basaglia: biography of a revolutionary, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(4) https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v26n4/en_0104-5970-hcsm-26-04-1169.pdf. (Utolsó letöltés: 2024.04.17.) <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400008>
- Szabó, L. (1994): Krízisintervenció a szociális esetmunkában. A krízisintervenció alapelvei. In: Tánczos É. (szerk.): *A szociális munka elmélete és gyakorlata, 2. kötet*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 48–65.
- Szabó L. (2017): Szociális munkások a terápiák világában: Gondolatok Fejes Renáta „A művészetterápia szerepe a serdülőkorai depresszió kezelésében” című tanulmánya kapcsán. *Párbeszéd* 4(2): o. n. <https://doi.org/10.29376/parbeszed/2017/4/4>
- Szécsi J. – Szák Zs. (2020): Szenvedélybetegség a családban, *Szociálpedagógia*, 15: 138–157.
- Szoboszlai K. (2014): A szociális munka a változások tükrében: kik vagyunk, hol tartunk és mit kellene tennünk? *Esély* 25(3): 87–94.
- Tannenbaum, C. – Lexchin, J. – Tamblyn, R. – Romans, S. (2009): Indicators for measuring mental health: towards better surveillance, *Healthcare policy = Politiques de sante*, 5(2), e177–e186. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805147/> (Utolsó letöltés: 2024.04.17.) <https://doi.org/10.12927/hcpol.2013.21180>
- Tarragona, M. (2008): Postmodern/Poststructuralist Therapy. In: Lebow J. (ed.): *Twenty-First Century Psychotherapies: Contemporary Approaches to Theory and Practice*. Hoboken: Wiley, 167–205.
- Udvari, K. (2011): Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély*, 22(5): 100–117.
- Weiss, C. H. (1993): Where Politics and Evaluation Research Meet. *Evaluation Practice*, 14(1): 93–106. <https://doi.org/10.1177/109821409301400119>
- White W. L. (1996): *Pathways from the culture of addictions to the culture of recovery*. Center City, MN: Hazelden.
- Wolinsky, F. D. – Zusman, M. E. (1980): Toward Comprehensive Health Status Measures, *The Sociological Quarterly*, 21(4): 607–621. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1980.tb00639.x>
- World Health Organization (2019): *Global status report on alcohol and health 2018*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1> (Utolsó letöltés: 2024.03.20.)
- World Health Organization (2019): *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1> (Utolsó letöltés: 2024.03.20.)