

# STRESSZ



# MENTÁLIS EGÉSZSÉG



# REZILIENCIA

ÉS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGUK  
A SZOCIÁLIS MUNKA TERÜLETÉN



Ez a kézikönyv a „**RESICARE - Resilience building techniques for professionals working with vulnerable groups**” nevű projekt (referencia szám: 2018-1-FR01-KA202-048071) keretein belül készült az Európai Bizottság Erasmus+ Programja támogatásával.

A publikáció tartalma kizárólag a szerzők nézeteit tükrözi, azért az Európai Bizottságot felelőség nem terheli.

A kézikönyvben található minden anyag a „*Nevezd meg! - Ne add el! - Ne változtasd! - Így add tovább!*” Creative Commons Licenc szabályai szerint publikálható, kivéve, ha a szerzők közvetlenül és egyértelműen mást nem engedélyeznek.

---

## RÉSZTVEVŐ PARTNEREK

**KÉPES ALAPÍTVÁNY** (Magyarország)  
[www.kepesalapitvany.hu](http://www.kepesalapitvany.hu)

**ELAN INTERCULTUREL** (Franciaország)  
[www.elaninterculturel.com](http://www.elaninterculturel.com)

**IRTS Paris Ile-de-France** (Franciaország)  
[www.irtsparisidf.asso.fr](http://www.irtsparisidf.asso.fr)

**ANIMACIÓN ESPAÑA** (Spanyolország)  
[www.animacion.org](http://www.animacion.org)



# TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEVEZETÉS</b>	6
<b>1. FEJEZET: STRESSZFORRÁSOK ÉS MOTIVÁCIÓS TÉNYEZŐK A SZOCIÁLIS MUNKÁBAN</b>	7
<b>1.1 A SZOCIÁLIS MUNKÁVAL EGYÜTT JÁRÓ STRESSZFORRÁSOK</b>	8
<b>1.1.2 AZ ÜGYFELEKHEZ KAPCSOLÓDÓ NEHÉZSÉGEK</b>	8
<b>1.1.3 SZERVEZETI PROBLÉMÁK</b>	10
<b>1.1.4 A FELETTESEKSEL KAPCSOLATOS FRUSZTRÁCIÓ</b>	11
<b>1.1.5 AZ ELISMERÉS HIÁNYA</b>	12
<b>1.1.6 EGYÉNI STRESSZFORRÁSOK</b>	13
<b>1.2 KIÉGÉS SZINDRÓMA</b>	15
<b>1.2.1 A KIÉGÉS DEFINÍCIÓJA</b>	15
<b>1.2.2 A KIÉGÉS TÜNETEI</b>	16
<b>1.2.3 A KIÉGÉS FOLYAMATA</b>	16
<b>1.3 MOTIVÁCIÓK A SZOCIÁLIS MUNKÁBAN</b>	18
<b>2. FEJEZET: A MENTÁLIS EGÉSZSÉG/ZAVAR FOGALMA, ÉS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA</b>	20
<b>2.1 A MENTÁLIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA</b>	21
<b>2.1.1 A MENTÁLIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA A WHO SZERINT</b>	21
<b>2.1.2 A WHO DEFINÍCIÓ KRITIKÁJA</b>	22
<b>2.2 A MENTÁLIS ZAVAR MEGHATÁROZÁSA</b>	25
<b>2.2.1 KÜLÖNBÖZŐ DEFINÍCIÓK</b>	25
<b>2.2.2 A DSM ÉS A BNO SZERINTI MEGHATÁROZÁSOK KRITIKÁJA</b>	26
<b>2.2.3 A MENTÁLIS ZAVAR MEGBÉLYEGZÉSE</b>	28

<b>2.3</b>	KULTÚRA ÉS MENTÁLIS EGÉSZSÉG/MENTÁLIS ZAVAR .....	29
<b>2.3.1</b>	A KULTÚRA MEGHATÁROZÁSA .....	29
<b>2.3.2</b>	A KULTÚRA HATÁSA A MENTÁLIS ZAVAROK MEGHATÁROZÁSÁRA .....	30
<b>2.3.3</b>	A KULTÚRA HATÁS A TÜNETEK MEGNYILVÁNULÁSÁRA .....	30
<b>2.3.4</b>	A KULTÚRA HATÁSA A MENTÁLIS ZAVAROK MAGYARÁZATÁRA ÉS KEZELÉSÉRE .....	32
<b>3.</b>	<b>FEJEZET: A REZILIENCIA FOGALMA, ÉS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA</b> .....	34
<b>3.1</b>	A REZILIENCIA FOGALMA .....	35
<b>3.1.1</b>	A FOGALOM TÖRTÉNETE .....	35
<b>3.1.2</b>	A REZILIENCIA JELENLEGI ÉRTELMEZÉSE .....	36
<b>3.1.3</b>	A NEHÉZSÉGEK TÍPUSAI (MEGBIRKÓZNI, DE MIVEL?) .....	38
<b>3.2</b>	VÉDŐFAKTOROK .....	39
<b>3.2.1</b>	AZ EGYÉN ERŐFORRÁSAI .....	39
<b>3.2.2</b>	VÉDŐFAKTOROK A SAJÁT SZEMÉLYES HÁLÓZATAINKBAN .....	40
<b>3.2.3</b>	VÉDŐFAKTOROK A KÖZÖSSÉGBEN/KULTÚRÁBAN .....	41
<b>3.3</b>	A REZILIENCIA MÉRÉSE .....	43
<b>3.4</b>	REZILIENCIA ÉS KULTÚRA .....	45
<b>3.4.1</b>	HOGYAN HAT A KULTÚRA A REZILIENCIA MUTATÓIRA .....	45
<b>3.4.2</b>	HOGYAN HAT A KULTÚRA A VÉDŐFAKTOROKRA .....	46
	<b>IRODALOMJEGYZÉK</b> .....	48
	<b>IMPRESSZUM</b> .....	53

# BEVEZETÉS

A szociális munkások számtalan stresszes helyzettel néznek szembe munkájuk során, ami - ha nem kezelik megfelelően - extrém megterhelést okozhat, és hosszabb távon olyan következményekkel is járhat, mint a csökkenő munkateljesítmény, növekvő hiányzás, kiégés, és végül akár a pálya elhagyása.

Ezzel az írásunkkal az a célunk, hogy

- beazonosítsuk azon stresszfaktorokat, melyek a szociális munkával együtt járnak
- feltérképezzük a kiégés folyamatát és tüneteit
- leírjuk, hogy mit értünk mentális egészségen és mentális betegségen, valamint hogy a kultúra hogyan befolyásolja akár a megnyilvánulási formáikat, akár az értelmezésüket
- megfogalmazzunk egy olyan koncepciót, ami magába foglalja a lelki ellenálló-képességhez (rezilienciához) vezető különböző lehetséges utakat, a különböző kulturális értelmezésekre is kitérve.

A kulturális hatások kiemelkedő jelentőségűek a szociális munka esetén, hiszen a szociális munkások nagyon sokféle háttérű emberrel dolgoznak együtt (menekültek, kisebbségi csoportok, különféle szubkultúrákba tartozó ügyfelek). Ha a szakemberek jobban megértik ügyfeleik helyzetét és problémáit, legalább az egyik — elég jelentős — stresszforrást sikerül kiiktatniuk az életükből.

Összefoglalónk főbb gondolatait és következtetéseit egyrészt a releváns szakirodalom feldolgozására, másrészt pedig olyan fókusz csoportos vizsgálatok eredményeire építjük, amelyeket lokálisan 3 országban — Magyarországon, Franciaországban és Spanyolországban — végeztünk szociális munkásokkal és ügyfeleikkel.

Ez a szöveg alapul szolgálhat olyan képzési anyagok összeállításához, melyek a szociális munkások lelki ellenálló-képességének fejlesztését tűzik ki célul. Ezenkívül az ezen a szakterületen szakképzést nyújtó szervezetek és intézmények is felhasználhatják friss szakemberek képzéséhez is.

Miközben ez a jegyzet a szociális munkásokat a munka során érő kihívásokra fókuszál, a konklúziók és javaslatok érdekesek lehetnek más, az egészségügyi szférában dolgozó szakemberek számára is, akik részben hasonló helyzetekkel néznek szembe.

# 1

## STRESSZFORRÁSOK ÉS MOTIVÁCIÓS TÉNYEZŐK A SZOCIÁLIS MUNKÁBAN

# 1. FEJEZET: STRESSZFORRÁSOK ÉS MOTIVÁCIÓS TÉNYEZŐK A SZOCIÁLIS MUNKÁBAN

Ebben a fejezetben a szociális munkához kapcsolódó legtipikusabb stresszfaktorokat tárjuk fel, és megnézzük, hogy milyen következményei lehetnek a nem kezelt, vagy nem megfelelően kezelt stressznek (kiégés). Végezetül számba vesszük a szociális munkások főbb motivációs tényezőit, az okokat, amiért a hivatásukat választják a sokféle nehézség és akadály ellenére is.

## 1.1 A SZOCIÁLIS MUNKÁVAL EGYÜTT JÁRÓ STRESSZFORRÁSOK

### 1.1.1 A STRESSZ DEFINÍCIÓJA

Mielőtt számba vennénk, hogy milyen stresszforrásokkal találkozhatnak a szociális munkások nap mint nap a munkájuk során, érdemes lehet először definiálni, hogy mit értünk stressz alatt. A stressz egyfajta feszültség és nyomás érzése, amikor úgy érezzük, hogy a kihívások és elvárások lenyomnak bennünket, annak a megélése, hogy nem rendelkezünk a leküzdésükhöz szükséges erőforrásokkal. A stressznek érzelmi (szorongás és pánik), valamint testi (gyorsabb szívverés, izzadás, hasfájás) összetevői is vannak.

Az a gondolat, hogy nem tudunk megbirkózni egy adott helyzettel, lehet reális, például amikor objektíve nagyon nehéz helyzetben vagyunk (túl sok munka túl rövid határidővel). Ilyenkor a kihívások a külvilágból érkeznek.

Másfelől a stressz lehet irreális, önromboló gondolkodásmód következménye is, például amikor egy egyszerűbb feladatot is elkerülünk, mert úgy érezzük, semmit sem vagyunk képesek rendesen elvégezni, úgymint mindent elrontanánk. Ilyenkor a stressz belülről fakad, és egy torz gondolkodásmód eredménye.

Ebben a fejezetben azokra a kihívásokra és akadályokra fókuszálunk, amelyek kívülről, a környezetükből érik a szociális munkásokat (nem belső gondolati mintázatokról fakadnak). Mivel számos stresszfaktor kapcsolódhat a szociális munkához, a következő nagyobb kategóriákba sorolva tárgyaljuk őket a könnyebb átláthatóság kedvéért:

- Az ügyfélhez kapcsolódó nehézségek
- Szervezeti nehézségek
- Felettesekkel kapcsolatos frusztráció
- Az elismerés hiánya
- Egyéni stresszforrások

### 1.1.2 AZ ÜGYFELEKHEZ KAPCSOLÓDÓ NEHÉZSÉGEK

A szociális munkások olyan ügyfelekkel kerülnek kapcsolatba, akiknek jellemzően nagyon sok problémájuk van (például családon belüli erőszak, szexuális, fizikai vagy érzelmi abúzus, elhanyagolás, bántalmazás, mentális egészséggel kapcsolatos problémák, drog- és alkoholproblémák). A nehéz sorsú ügyfelek történeteinek meghallgatása, illetve kísérése akár **másodlagos traumatizáció**t is kiválthat a szociális munkásokban.



„... Néha borzasztóan nehéz, hogy néhány ügyfelem - főleg mostanában - extrém helyzetekbe kerül és szörnyű élményeken megy keresztül, remény és pozitív kilátások nélkül. A szívem szakad meg. Azzal, hogy empatikus vagy, te is szenvedsz, nem csak ők”. (Graham and Shier, 2014)

Időnként azért is nehéz segíteni az **ügyfeleknek**, mert **maguk sincsenek tisztában a saját igényeikkel**, és/vagy nem tudják azokat hatékonyan kommunikálni (különösen akkor, ha egy másik kultúrából érkeznek).

„Néha nem tudom, hogy mit gondolnak vagy éreznek, hogy egyáltalán szükségük van-e bármire. Talán ők maguk sem tudják.” (Spanyol fókuszcsoporthoz)

„Amikor az ügyfelek egy teljesen más kultúrából érkeznek, eltérő pszichológiai struktúrával, családi háttérrel és szükségletekkel rendelkeznek, nehéz rájönni arra, hogy mit várnak el. (Spanyol fókuszcsoporthoz)

Sok esetben a szociális munkások nem tudják, hogy az ügyfelek hogyan reagálnak majd rájuk vagy a kezdeményezéseikre: a reakció bármi lehet kezdve a hálától, az apatikus viselkedésen át az erőszakig. A szóbeli bántalmazás egészen gyakori, de fizikai erőszak (ennek szélsőséges formája a gyilkosság) is előfordul. Az **ügyfelek reakcióinak a kiszámíthatatlansága** mindenképp erős stressz tényező.

A szociális munkások gyakran szembesülnek saját lehetőségeik és hatásuk korlátaival a legjobb szándékaik ellenére is, azzal a felismeréssel, hogy **nem tudnak megoldást** találni az ügyfelek bizonyos problémáira.

„Nagyon nehéz, amikor nincs megoldás. A küszködő hajléktalanok. . . vagy az a fajta szegénység, ahol egyszerűen nincs mit tenni. . . Az ilyen szociális helyzetek, amelyek mélyek és kilátástalanok, mindig nehezebbek. Úgy érzem, hatással vannak a mindennapjaimra, és a hosszú távú kilátásaimra is.” (Graham and Shier, 2014)

„Amikor nehéz helyzetben vagy és nincsenek megoldásaid az érintettek számára, az nagyon frusztráló. Régebben, a gyermektelen családok számíthattak szállásra Párizsban. 2009–2010 óta viszont változott a helyzet, nincs már ilyen automatizmus, rendszeresen találkozunk kilakoltatott francia emberekkel és nem tudunk nekik anyagi segítséget nyújtani.” (Francia fókuszcsoporthoz)

### 1.1.3 SZERVEZETI PROBLÉMÁK

A szociális munka jellemzően egy alulfinanszírozott terület, és ez sok nehézséget okoz. A szociális szférában dolgozóknak **nagy munkaterheléssel** és **időnyomással** kell szembenéznük, ami megnehezíti, hogy meg tudják élni erőfeszítéseik pozitív hatásait.

*„A legkevésbé azt szeretem, hogy az adminisztráció folyton azt az érzést kelti benned, hogy ne húzd az időt, haladj tovább, folyamatosan sürget, és mindig azt érzed, hogy nem töltöttél elég időt a családokkal ahhoz, hogy kellőképpen támogatni tudd őket, és összekösd őket a megfelelő szolgálatokkal. Ez nagyon zavaró.” (Morazes és mtsai, 2010)*

*„Az egyik stresszfaktor például most az, hogy körülbelül negyven ember van várólistán, akikkel találkoznom kellene. Ez hatalmas nyomást helyez rám, és rosszul érzem magam, ha azt kell mondanom nekik, hogy „Ó, bocsásson meg, de hosszú a várólista, és néhány hónapig biztosan nem tudok foglalkozni önnel”, miközben nekik most azonnal van szükségük valakire. Stresszforrás számomra, amikor nincs elég kapacitásom, hogy kielégítsem az ügyfelek igényeit.” (Graham and Shier, 2014)*

*„... A kezelhetetlen mennyiségű ügy és az irreális elvárások miatt borítékolva van a kudarc számunkra és az ügyfelek számára is.” (Griffiths and Royse, 2017)*

**Az adminisztráció és a papírmunka** is kimerítő lehet. Egyrészt érthető, hogy szükség van a dokumentálásra, hiszen kapcsolódik a felelősség kérdéséhez. Fontos, hogy naprakész és pontos adataink legyenek a ügyfelekről, hogy tudjuk, hogy helyzetük hogy alakul, a megfelelő segítséget kapják-e, továbbá hogy kizárjuk a szakmai hibák lehetőségét. A gond az, hogy mivel sok a munka, és szorosak a határidők, könnyen megtörténhet, hogy a szociális munkásoknak haza kell vinniük a papírmunkát, hogy az naprakész legyen.

*„A munkánkban a prioritás az emberek kísérése, de ehhez még sok egyéb prioritás is hozzájön, például az adminisztráció, a számítógépes programok kitöltése, statisztikák készítése stb. Mindez időbe telik, és elveszi a lényegét a munkánknak, [...] a többi dolog rovására megy.” (Francia fókuszcsoporthoz)*

A magyarországi fókuszcsoporthoz tagjai úgy érezték, hogy az intézményvezetők visszaélnék azzal, hogy sokan az empátiás készségük miatt választják ezt a pályát. Mivel nem akarják, hogy klienseik szükségét szenvedjenek, még kedvezőtlen körülmények között, akár saját költségen és szabadidőben is segítenek nekik.

*„Az intézmény nem biztosít a számunkra mobiltelefont, pedig szükségünk lenne rá. A telefonbeszélgetéseket a kollégáimmal és a ügyfeleim rokonaival saját magam kellett fizetnem.”*

*„Ha túlóránunk kell, akkor a főnökünk azt tanácsolja, hogy kérjük meg magát az ügyfelet – aki hátrányos élethelyzetből jön –, hogy kárpótoljon minket, vagy a rokonai fizessenek a plusz szolgáltatásért.”*

*„Az ügyfél otthonában tett látogatáshoz kapcsolódó utazási időt/költséget nem térítik meg, még akkor sem, ha azt a törvény előírja. Az utazási időt bele kellene számolni a nyolc órás munkaidőbe, de ez nem történik meg; plusz két órát kell utaznod, de ezzel senki sem törődik.”*

A szociális munkásoktól néha olyan feladatok elvégzését is elvárják, amelyek nem tartoznak a munkakörükbe, máskor pedig nem tudják elvégezni azokat a feladatokat, amelyek pedig valóban részei lennének a munkájuknak; ez **szerepvárat** okoz.

*„Én vagyok itt az egyetlen szociális munkás. Az egészségügyi dolgozók nem igazán értik, mivel foglalkozom. Néha nevetséges feladatokkal fordulnak hozzám: „Nem tudom, hol van a család bébiszittere. Megkérdezem azt a kedves szociális munkást”. Egy kedves embernek tartanak, aki segít. Néha nehéz elmagyarázni, hogy mivel foglalkozom, mi tartozik a munkakörömbé, és mi nem.” (Graham and Shier, 2014)*

#### **1.1.4 FELETTESSEKEL KAPCSOLATOS FRUSZTRÁCIÓ**

Bár vannak konfliktusok a kollégák között is, a szociális munkások sokkal több, a feletteseikkel/főnökeikkel kapcsolatos frusztrációról számoltak be mind a szakirodalomban, mind a helyi fókuszcsoportokban. Sokszor érzik azt, hogy stresszhelyzetben, vagy amikor nyugtalanok, nem fordulhatnak a feletteseikhez, mert ezt ők az inkompetencia vagy a személyes alkalmatlanság jeleként értelmeznék. Úgy érzik, nem védik meg őket, mivel gyakori az olyan tapasztalat, hogy ha valami probléma adódik egy ügyféllel, a hierarchia alján lévőköt büntetik meg/teszik felelőssé.

A magyarországi fókuszcsoport egy tagja, aki szellemi/testi fogyatékosokkal foglalkozik egy otthonban, megosztotta a gondolatait ennek a helyzetnek az összetettségével kapcsolatban. Amikor észrevette, hogy az ügyfelei idegesek és egyre frusztráltabbak, és tartott attól, hogy ha senki sem avatkozik közbe, agresszívvá válnak egymással vagy a szociális munkásokkal szemben, a főnökéhez fordult segítségért. A főnöke egyetlen javaslata az volt, hogy fusson el, ha a helyzet fokozódna. De, ha egy ilyen nehéz helyzetben ő elmenekül (a főnöke tanácsát követve), akkor az ügyfelek egymás ellen fordulhatnak, és meg is sérülhetnek, miközben a munkaideje alatt ő, vagyis a szociális munkás a felelős az otthon lakóinak szellemi és testi épségéért. Ha bármi történik az ő munkaideje alatt, őt fogják megbüntetni, a vezetés őt teszi majd felelőssé. Ezen kívül szakmai kudarcnak éli majd meg, és büntudata lesz a helyzet miatt.

A feszültséget az is fokozza, amikor a felettesek beleavatkoznak a szociális munkás és az ügyfele kapcsolatába, mivel az rombolhatja az addig kialakított bizalmi viszonyt. A rengeteg összetett eset, a hatalmas felelősség és az ügyfelekre szánt kevés idő miatt a szociális munkásoknak rendszeres szupervízióra lenne szükségük, hogy kibeszélhessék a dolgokat, és megvitathassák a problémáikat egy képzett szakemberrel (például egy tapasztaltabb szociális munkással vagy egy pszichológussal).

Sajnos a szupervízió ritka vagy rossz minőségű, vagy egyáltalán nem is létezik sok szervezetnél. Néhányan azok közül, akik távoztak a munkahelyükről, elmondták, hogy maradtak volna, ha lett volna valaki, aki „meghallgatja őket”, vagy ha lett volna „lehetőség kérdésekre és a nyomás csökkentésére”. (Griffiths and Royse, 2017)

A szociális munkások gyakran arról számolnak be, hogy úgy érzik, nincs szavuk a szervezetben; nincsenek bevonva a döntéshozatali folyamatba annak ellenére, hogy sok tapasztalatuk van a saját területükön, és a legnagyobb felelősséget is ők viselik.

*„Egyszerűen úgy éreztem, hogy elfuserált a rendszer, és nem tudtam, hogyan változtassam meg, és nem is éreztem úgy, hogy belülről meg tudom változtatni. Nem éreztem, hogy jó szociális munkás tudnék lenni, ha ennyire frusztrált vagyok...” (Mozares és mtsai 2010)*

*„Elkötelezett dolgozókat zaklattak azért, mert szóba hozták a problémás ügyeket és munkatársakat.” (Griffiths and Royse, 2017)*

Amikor összehasonlítjuk azt a stresszt, ami az ügyfelekkel való munkából, és ami a szervezeti felépítésből adódik, az derül ki, hogy a szociális munkások elégedetlenebbek a szervezeti kérdésekkel. Amikor karriert választanak, tisztában vannak azzal, hogy nehéz lesz az ügyfelekkel dolgozni, de a főnöki reakciók és a vezetési hibák megdöbbenetik őket. A magyarországi fókuszcsoporthoz tartozó szociális munkások gyakran úgy érezték, hogy feletteseik mintha nem ugyanazon célokért küzdenének mint ők: nem az motiválja őket, hogy segítsenek az ügyfeleknek, hanem hogy megkapják az utánuk járó támogatást („a pénzért vannak ott”). Úgy fogalmaztak, hogy *„elméletben ugyanazon célokért küzdünk, de a gyakorlatban mégsem ezt érezni. Magányos harcosok vagyunk.”*

### 1.1.5 AZ ELISMERÉS HIÁNYA

A szociális munkások arról számolnak be, hogy a főnökeik részéről csekély elismerést kapnak. Nem vesznek részt a döntéshozatalban (ahogy azt korábban is említettük), ritkán kapnak dicséretet vagy elismerést a kemény munkájukért (akár pénzügyi, akár jelképes formában). Néha a kiváló munkájuk csak még nagyobb leterheléshez vezet („teljesítmény büntetés”).

Egy szociális munkás diplomával és hat év tapasztalattal rendelkező férfi így magyarázta, hogy miért hagyta ott a szervezetet: *„Több nehéz esetet és még több munkát kaptam jutalomként azért, mert keményen és etikusan dolgoztam”.* (Griffiths and Royse, 2017). Amikor a szociális munkások csapatban dolgoznak más mentális egészséggel foglalkozó szakemberekkel, néha úgy érzik, hogy a csapattagok alábecsülik őket (erről már esett szó a „szerepzavar” kérdéskörnél).

*„Az emberek azt gondolják, hogy bárki lehet szociális munkás. Azt hiszem, különösen a klinikai aspektust illetően, sokan azt hiszik, hogy nincs szükség különösebb képzettségre ahhoz, hogy az ember szociális munkás legyen. Nincs értéke a szakmának. Szerintem nehéz úgy naponta munkába menni, hogy a csapat tagjai, akikkel együtt dolgozol, azt gondolják, hogy nélkülözhető vagy.” (Graham és Shier, 2014)*

A társadalom is alábecsüli őket. A helyi fókuszcsoporthoz tartozó tagjai arról számoltak be, hogy a fizetésük annyira alacsony, hogy kételkednek a diplomájuk értékében. Úgy érzik, nagyon alacsony a munkájuk társadalmi státusza.

*„A pénzügyi elismerés hiánya valóságos. Amikor valaki mesterdiplomával ilyen keveset keres, eltűnődik a szakmája értékén.” (Francia fókuszcsoporthoz)*

*„Mi vagyunk a (hierarchia) legalján, és tényleg, mint régen a mosónő vagy a takarítónő, nem tudom, szerintem egy takarítónőnek is nagyobb a megbecsültsége...” (Magyar fókuszcsoporthoz)*

Végül, a szociális munkások olykor úgy érzik, még az ügyfelek sem értékelik az erőfeszítéseiket. Az ügyfelek magas elvárásokat támasztanak az irányukba („olyasvalaki, akit a barátomnak tekinthetek”; „először is meg kell tudnia hallgatni, hogy megtalálja a legjobb megoldást”), és gyakran az empátia hiányával vádolják őket.

*„Empatikusnak kell lenned, figyelembe venni, hogy az emberek, akikkel foglalkozol, nem azért agresszívak, mert neheztelnek rád, hanem esetleg betegek vagy nagyon stresszesek, úgyhogy ne vedd magadra [...] amit jól csinálsz, azért elismerést kapsz, és ez a legnagyobb ajándék.” (Francia fókuszcsoporthoz)*

*Máskor az ügyfelek nem elégedettek a szociális munkások erőfeszítéseivel.*

*„Nekünk mindig támogatásra van szükségünk. De még a leveleket sem tudták megírni, én írtam meg nekik, hogy begépelhessék. Hogy tudnának segíteni nekem?” (Francia fókuszcsoporthoz)*

A szociális munkások ügyfelei/kliensei — a részvételükkel szervezett helyi fókuszcsoporthoz tanúsága szerint — néha előítéletesnek és ítélkezőnek találták a szociális munkásokat, máskor csalódottak voltak, mert úgy érezték, nem bíznak meg bennük (nem hiszik el, amit az ügyfelek állítanak).

Előfordul, hogy az ügyfelek neheztelnek a szociális munkásokra, még akkor is, ha azok az életüket próbálják megmenteni, például, amikor kiemelnek egy gyermeket egy bántalmazó családból.

*„Egyszer egy anyukától kellett elvinnünk a gyermekét, és nekem a kezéből kellett kivennem a kislányt. Másnap elmentem a nevelőanyához (akihez a kislány került), és amikor ő megkérdezte a gyermeket, hogy mi történt, a kislány csak arra emlékezett, hogy én elszakítottam őt az anyjától. Majdnem belehaltam. A gyermek egyetlen emléke ez volt: 'A szociális munkás kitépett anya kezéből.' Az ilyesmi azután ránehezedik az ember lelkére.” (Graham és Shier, 2014)*

### 1.1.6 EGYÉNI STRESSZFORRÁSOK

Végül, meg kell említenünk azokat az egyéni személyiségvonásokat, attitűdöket és viselkedésformákat, amelyek megnehezíthetik a szociális munkások számára a munkájukhoz kapcsolódó stresszfaktorok kezelését.

Azok, akik nagy felelősségtudattal rendelkeznek és tökéletességre törekszenek gyakran egyre több és több munkát kapnak (mivel a feletteseik látják, hogy megbízhatóak és keményen tudnak dolgozni).

Az idealistáknak nehéz megemészteniük, amikor vízióik összeütközésbe kerülnek a valósággal, amikor azt tapasztalják, hogy a munkájuk eredménye messze elmarad attól, amire számítottak.

Azok a szociális munkások, akiknek fejlett az empátiás készségük, és nagyon érzékenyek az ügyfelek problémáira, fokozottan ki vannak téve a másodlagos traumatizáció veszélyének. Ebben a szakmában különösen erős stresszt élhetnek át azok, akiknek magas az általános szorongás szintjük és érzékenyek az elutasításra.

Aki nem tudja meghúzni a határokat (a főnökeivel és/vagy az ügyfeleivel) könnyen túlzottan is bevonódhat helyzetekbe, ami előbb vagy utóbb testi és lelki túlterheléshez vezet.

A kontroll külsővé tétele (vagyis az a hit, hogy nemigen lehetünk hatással a saját helyzetünkre) kiszolgáltatottá teszi az embert. Másrészt, a kontroll egészségtelen belsővé tétele (például, ha a kudarcokat szakmai/személyes kudarcokként éljük meg, miközben egyértelműen szervezeti hiányosságokról van szó) büntudathoz és az önmagunkban való csalódáshoz vezethet.

A szociális munkások különböző módokon igyekeznek kezelni ezeket a stresszfactorokat, például úgy, hogy egészségtelen szokásokat alakítanak ki, amelyek rövidtávon csökkentik ugyan a stresszt, de hosszútávon komolyabb problémákhoz vezethetnek. Ezek között az egészségtelen szokások között találjuk többek között a következőket (az idézetek Griffiths, Royse & Walker, 2018-as cikkéből származnak):

- túlzott és/vagy egészségtelen táplálkozás (gyors éttermi, út közbeni étkezés)
- túlzott koffeinfogyasztás

*„Túl sok koffeint fogyasztok. Bármennyit, csak hogy ébren és éber maradjak.”*

- dohányzás
- túlzott alkohol- és drogfogyasztás
- a testmozgás hiánya

*„Nem mozgok, mivel túl fáradt vagyok a nap végére, és csak ahhoz van erőm, hogy összeesek.”*

*„Néha kihagyom a testmozgást, mert nem aludtam eleget, vagy mert úgy érzem, hogy korán be kell mennem, hogy el tudjam végezni a papírmunkát.”*

- saját maguk elhanyagolása, például nem járnak orvoshoz

*„Nem járok orvosi vizsgálatokra, mert félek, hogy túlságosan lemaradok.”*

*„Még arra sincs időm, hogy orvoshoz menjek, és kiderítsem, van-e valamilyen testi problémám.”*

*„Gyakran nem megyek el a megbeszélte orvosi időpontokra, mert félek, hogy lemaradok a munkámmal, aminek a következménye a kötelező túlóra.”*

## 1.2 KIÉGÉS SZINDRÓMA

Ha a stressz krónikussá válik, és nem kezelik megfelelően, az kiégéshez vezethet, amelynek a jelei lehetnek a munka hatékonyságának csökkenése, gyakoribb betegszabadságok illetve az, hogy felmerül a pálya elhagyásának a gondolata.

*„Egy pillanatban a munkám annyira felemésztett, hogy semmilyen egyéb szükséglet nem számított. A túlzott leterheltség következtében egyre kimerültebb és fásultabb lettem.”  
... „Teljesen elszigetelődtem.” Amikor összerogyott a küszöbön, végre rájött, hogy segítségre van szüksége. (Kraft, 2006)*

A kiégés általában a legjobb dolgozókat érinti, azokat, akik eleinte a leglelkesebbek, akiknek a munkájuk az identitásuk fontos része. Ezek az emberek gyakran tökéletességre törekcszenek, hajlandók felelősséget vállalni, vagyis az iskolában és a munkában mindaddig nagyszerűnek tekintett tulajdonságok jellemzik őket.

### 1.2.1 A KIÉGÉS DEFINÍCIÓJA

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO)<sup>1</sup> meghatározása szerint a kiégés olyan tünetegyüttes, amely a **folymatos, nem eredményesen kezelt munkahelyi stressz** eredménye. A szindrómát már a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának<sup>2</sup> 10. – jelenleg használatos – átdolgozása (BNO-10) is tartalmazza, de még részletesebben kifejtik majd a BNO-11-ben (amely 2022 januárjában lép majd életbe). A kiégés mindkét verzióban „Az egészségi állapotot vagy az egészségügyi szolgálatokkal való kontaktust befolyásoló tényezők” között szerepel, ami azt jelenti, hogy elvezethet mentális vagy testi betegséghez, de önmagában nem tekinthető annak.

A WHO új – BNO-11-ben megjelenő – kiégés definíciója összhangban áll a széles körben használt Maslach-féle Kiégés Leltárával (Maslach és mtsai 1996), és a kiégés három dimenzióját különbözteti meg:

- **energiavesztett állapot vagy kimerültség** (Maslach-nál: *érzelmi kimerültség*)
  - / a munkavégzés következtében történő érzelmi kimerülés
  - / reggeli fáradtság
- **szellemi eltávolodás a munkától**, vagy **negatív, cinikus hozzáállás** a munkához (Maslach-nál: *depersonalizáció*)
  - / az ügyfelek felé tanúsított közöny, és csökkenő együttérzés
- **csökkenő munkahelyi hatékonyság**
  - / elégedetlenség az elért munkahelyi eredményekkel

1 A WHO az Egyesült Nemzetek Szervezetének speciális szervezete, amely a nemzetközi közegészségügy kérdéseivel foglalkozik

2 A BNO-ról további információt a 2.2.1 pont alatt találhatunk

## 1.2.2 A KIÉGÉS TÜNETEI

A kiégéshez számos testi és lelki tünet kapcsolódik, úgy mint:

- koncentráció- és memóriazavar
- ingerlékenység, nyugtalanság
- hangulatváltozások, fásultság
- alvásproblémák (rémálmok, nyugtalan alvás)
- szívproblémák, magas vérnyomás, emésztési zavarok, verejtékezés, szédülés

A kiégés ezen kívül vezethet elszigetelődéshez, elzárkózáshoz is. A felsorolt tünetek hasonlóak a depresszió ismertetőjeleihez.

Néhány idézet olyan emberektől, akik átélték a kiégés tüneteit (Griffiths, Royse és Walker, 2018):

*„Annyira túlterhelt vagyok, hogy pánikrohamaim vannak.”*

*„Folyton úgy érzem, hogy mindjárt elsírom vagy elnevetem magam, és nem tudom eldönteni, melyik lenne a jobb.”*

*„Éjszaka nem tudok aludni, mert vagy a feladataim, vagy az ügyfeleim biztonságáért aggódom.”*

*„Munka után ritkán megyek el otthonról, soha nem találkozom barátokkal, mivel igazából már nincsenek is.”*

*„Otthon bezárkózom. Elvonulok a családomtól. Nem tudok társaságban lenni.”*

## 1.2.3 A KIÉGÉS FOLYAMATA

*„Nincs semmi gond... csak most egy kicsit fáradt vagyok.”*

A kiégés lassú folyamat, és a kezdeti szakaszaiban általában nehéz felismerni.

Herbert Freudenberger (aki megalkotta a „kiégés szindróma” fogalmát az 1970-es években) és Gail North a kiégés folyamatának 12 szakaszát írták le:

### 1. Bizonyítási kényszer

- túlzott ambíció
- vágy, hogy az ember megmutassa a világnak és magának, hogy kiváló munkát végez

### 2. Fokozott munkavégzés

- képtelenség a kikapcsolódásra
- még több munka vállalása
- képtelenség a feladatok delegálására

### 3. A szükségletek elhanyagolása

- alváshiány
- társas kapcsolatok hiánya
- az egészséges táplálkozáshoz szükséges idő hiánya



#### 4. Konfliktusok kerülése

- problémák szőnyeg alá söprése
- fizikai tünetek megjelenése (pl. pánikszerű érzés)

#### 5. Értékrend változása

- a munka abszolút prioritássá válik
- a szabadidős tevékenységek mellékessé válnak
- a barátok és a család veszítenek fontosságukból

#### 6. A felmerülő problémák tagadása

- másokkal szembeni intolerancia (például a kollégák ostobának, lustának és követelőzőnek beállítása)
- a társas érintkezés egyre elviselhetlenebbé válik
- megjelenik a cinizmus és az agresszió
- ezen változásokat az egyén a szűkös határidőknek és a leterheltségnek tulajdonítja, nem pedig saját személyiségváltozásának

#### 7. Elzárkózás

- minimális társas érintkezés, elszigetelődés
- kényszeres munkavégzés
- feloldódás utáni vágy kielégítése alkohol- és drogfogyasztás révén

#### 8. Egyértelmű viselkedésváltozások

- a viselkedés megváltozása egyértelművé válik az aggódó családtagok és barátok számára

#### 9. Elszemélytelenedés

- az egyén sem magát, sem másokat nem látja értékesnek
- az egyén többé nem érzékeli saját szükségleteit

#### 10. Belső üresség

- belső üresség érzet
- egészségtelen, kompenzációs tevékenységek jelennek meg, úgy mint túlzott szexualitás, túlevés, alkohol- és drogfogyasztás

#### 11. Depresszió

- közöny, reménytelenség, kimerültség
- az a hit, hogy a jövőmár semmit sem tartogat az egyén számára

#### 12. Kiégés szindróma

- a helyzetből való elmenekülés vágy az öngyilkosság gondolatához vezet
- teljes szellemi és fizikai összeomlás
- azonnali orvosi ellátás szükségessége

Ezek a lépések nem feltétlenül ebben a sorrendben jelentkeznek. A sorrend, és az egyes szakaszok hossza egyénenként eltérő lehet.

## 1.3 MOTIVÁCIÓK A SZOCIÁLIS MUNKÁBAN

A szociális munkához kapcsolódó stresszfactorok, egészségtelen szokások és lehetséges kiégés bemutatásával eddig igen sötét képet festettünk erről a területről, így felmerül a kérdés, miért választaná bárki mégis ezt a szakmát?

Úgy tűnik, hogy bár ez a munka igen nagy kihívást jelent, és az elismertsége alacsony (alacsony fizetés; alacsony megbecsültség a társadalom, a felettesek és más egészségügyi szakemberek részéről), mégis rendkívül kielégítő lehet. Ebben az alfejezetben azt térképezzük fel, melyek azok a jellemző motivációk, amelyek miatt az emberek a szociális munkát választják, és miért találnak benne kiteljesedést a munkával járó frusztrációk ellenére.

A rendelkezésre álló irodalom és a helyi fókuszcsoportok alapján íme néhány fontos tényező, ami az **embereket a szociális munka felé tereli**, és ami fontos szerepet játszik a karierválasztásban:

- A szociális munkások általában empátikus, elkötelezett emberek, akik **segíteni akarnak másoknak**. Úgy érzik, hogy a rászorulókat segítése által **fontos tevékenységet** végeznek, a munkájuk számít.

*„A munkámban azt akarom érezni, hogy tényleg teszek valamit; hogy valóban elérek valamit, és olyasmint csinállok, ami hasznos és értelmes mások számára.”*  
(Graham és Shier, 2014)

- Általában erős az igazságérzetük, és **harcolni akarnak az igazságtalanság és az egyenlőtlenség ellen**.

*„Azért akartam belépni a gyermekjóléti szolgálathoz, hogy biztosítva legyen egy színés bőrű jelenléte is a gyerekek nevelőszülőknél való elhelyezésében.”* (Morazes és mtsai, 2010)

*„Én úgy látom, hogy az embereknek elsősorban azért van szükségük a szociális szolgáltatásokra, mert rendkívül szegények. Az én motivációm egyszerűen az, hogy segítsen nekik elérni azt, amit akarnak. És ha ez sikerül, úgy érzem, valóban tettem valamit.”* (Esettanulmányok, gyerek fókuszcsoport) (Stevens, Moriarty és mtsai, 2012)

- Szeretnek **emberekkel foglalkozni, megismerni őket, és közel lenni hozzájuk** (Spanyol fókuszcsoport)

- Néhány esetben a **személyes érintettség** vezet oda, hogy ezt a szakmát választja valaki: a jövőendő szociális munkásokat sok olyan ember vette körül, akik szociális területen dolgoztak és inspirációként szolgáltak a számukra, vagy már tinédzserkorukban ilyen munkát végeztek, mások maguk is szociális ellátásra szorultak (például gyereketthonban nevelkedtek).

*„Nevelőotthonban nőttem fel, így közvetlen tapasztalatom volt a szociális munkával, illetve azzal, milyen hatással vannak az ember életére a jó és a rossz szociális munkások. Engem is a tipikus dolgok motiváltak, az, hogy „szeretnék hozzátenni valamit a világhoz, hatással lenni mások életére, vagy segíteni, ha tudok.”* (Stevens, Moriarty és mtsai, 2012)

Azok, akik **kitartanak a szakma mellett**, gyakran az alábbi pozitív tényezőket említik:

- A **helyzetek sokfélesége**, és az új projektek kivitelezése folyamatos megújulást hoz ebben a munkában.

*„Tetszett az a gondolat, hogy ilyen sokféle emberrel dolgozhatok együtt, nagyon különböző környezetekben... szeretem ezt a fajta rugalmasságot, és hogy nem minden nap ugyanolyan. Nem kell folyton egy asztal mögött ülnöm.” (Esettanulmányok, diák fókuszcsoporthoz) (Stevens, Moriarty és mtsai, 2012)*

- Mivel a munkájuk hatalmas kihívást jelent, és nehéz helyzetekben kell dolgozniuk, a szociális munkásoknak **minden tudásukat és kreativitásukat használniuk kell**, hogy elérjék a céljaikat. Büszkeséggel tölti el őket, hogy olyan projekteket vihetnek előre, amelyekben senki sem hisz. (Spanyol fókuszcsoporthoz)

- Folyamatosan **új dolgokat tanulnak**, fejlesztik a tudásukat.

*„Azért is maradok, mert ez egy sokoldalú munka, és ezen a területen mindig lehet valami újat tanulni, mert annyira szerteágazó.” (Morazes és mtsai, 2010)*

- Bár sokszor független munkavégzésről van szó, a **jó csapatmunkának** nagy értéke van. Inspiráló hasonló emberekkel együtt dolgozni (akiknek nagy a belső motivációjuk, erős az igazságérzetük, és sok tapasztalattal és tudással rendelkeznek a nehéz helyzetek megoldásának terén), és megosztani a tudásukat és tapasztalataikat egymással.

*„... jó csapatban vagyok, a felettesem kiváló, és ez nagyon sokat számít. Azt hiszem, ha egy olyan felettesem lenne, akivel nem jövök jól ki, vagy aki nem segít, akkor felmondanék. Itt szükséged van erre a támogatásra, mert ez egy nehéz munka, és nehéz dolgokat kell kezelned...” (Morazes és mtsai, 2010)*

- Megelégedettséget okoz **enyhíteni mások szenvedését és segíteni őket a pozitív változások elérésében**. Még ha a hierarchiában nem is kapnak elismerést, megkaphatják azt az ügyfelektől, illetve az apró, mindennapos győzelmekből, pl. hogy segítik az ügyfeleket kisebb lépések megtételében. Különösen igaz ez akkor, ha az ügyfél elfogadja és megköszöni a támogatást, kifejezi a háláját és a tiszteletét. Megelégedést hoz, ha vannak sikertörténetek: amikor például öt nevelőotthoni gyermeket ugyanazokhoz a nevelőszülőkhöz sikerül elhelyezni, vagy amikor egy munkanélküli munkát kap, egy hajléktalan pedig otthonhoz jut stb. (Magyar fókuszcsoporthoz)



# 2

A MENTÁLIS  
EGÉSZSÉG/ZAVAR FOGALMA,  
ÉS KULTURÁLIS  
MEGHATÁROZOTTSÁGA

## 2. FEJEZET: A MENTÁLIS EGÉSZSÉG/ZAVAR FOGALMA, ÉS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA

Mivel az ügyfelek – diagnosztizált vagy diagnosztizálatlan – pszichés zavarai jelentős stresszfaktort jelenthetnek a szociális munkások számára, hatással vannak a köztük lévő kapcsolatra, az intervenciók tervezésére, a szociális munkások mozgásterére és felelősségére, ezért ebben a fejezetben igyekszünk körüljárni a mentális egészség/mentális zavar témáját.

Feltérképezzük a mentális egészség és a mentális zavar hagyományos definícióit, valamint megvizsgáljuk a definícióval kapcsolatos kritikákat és problémákat is. Arról is szó esik majd, hogyan definiálták ezeket a fogalmakat a helyi fókuszcsoportokban résztvevő szociális munkások és ügyfelek.

A fejezet végén azt vizsgáljuk meg, hogyan formálja a kultúra a mentális egészség és a mentális zavar definícióját, és ez milyen hatással van a tünetek megjelenésére; hogyan értelmezik az emberek a tüneteket a kulturális környezet függvényében, és hogyan hatnak ezek az értelmezések a kezelésre.

### 2.1 A MENTÁLIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA

#### 2.1.1. A MENTÁLIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÁSA A WHO SZERINT

Az Egészségügyi Világszervezet így definiálja a mentális egészség fogalmát: „a jóllét azon állapota, amelyben az egyén alkalmazni tudja saját képességeit, kezelni tudja a hétköznapi életben előforduló stresszhelyzeteket, eredményes munkát tud végezni, és hozzá tud járulni a közösséghez, amelyben él.” (WHO, 2014)

Mint láthatjuk, a mentális egészség több mint pusztán a mentális betegségek hiánya; azt is jelenti, hogy az egyén jól funkcionál a munkahelyén és a társadalomban.

A WHO meghatározásával összhangban, egyéb szerzők, úgy mint Keyes (2006, 2014) szerint a mentális egészség fő összetevői a következők:

- Érzelmi jóllét: boldogság, az élet iránti érdeklődés
- Pszichológiai jóllét: önelfogadás, a hétköznapi kihívások kezelésének képessége, jó kapcsolat másokkal, elégedettség érzés az ember személyes életében
- Társas jóllét: a valahova tartozás érzése, a társadalomhoz való hozzájárulás képessége, a társadalom működésének megértése és elfogadása („van értelme annak, ahogy a társadalom működik”)

A helyi fókuszcsoportok résztvevői is a fenti elképzelésekhez köthető meghatározásokat adtak a mentális egészség fogalmára.

Úgy gondolták, hogy a helyzetek kezelésének képessége, és a mentális betegségek hiánya fontos elemei a mentális egészségnek. A kliensekből álló spanyol fókuszcsoport tagjai fontosnak tartották a következőket: „az ember nem a fekete semmit” látja, „egyben van az öt érzékszerve”, „épesű”.

Ehhez hasonlóan a magyar szociális munkások is úgy érezték, hogy a negatív hozzáállás kerülése lényegi eleme a mentális egészségnek:

*„... ha az illető el tudja fogadni a környezetét, és megfelelő válaszokat tud adni, realisan gondolkodik, tehát kritikusan, de nem lát mindent negatívan, akkor mentálisan egészségesnek tekinthető” (szociális munkás, magyar fókuszcsoporthoz)*

Mások kiemelték annak a fontosságát, hogy az ember egyensúlyba tudja hozni az élet különböző területeit:

*„az egyensúly és a jó kapcsolat saját magunkkal, és a környezetünkkel” (szociális munkás, spanyol fókuszcsoporthoz)*

*„érzelmi, pszichológiai és szociális jóllét” (szociális munkás, spanyol fókuszcsoporthoz)*

*„A mentális egészség egyensúly a munka és a személyes élet között, azt jelenti, hogy egyensúlyban van a család, a munka, az otthoni feladatok és a hobbik... Időt találni minden feladatra és minden szórakozásra.” (szociális munkás, francia fókuszcsoporthoz)*

*„... összhangban lenni önmagunkkal, (...) összhangban lenni a környezetünkkel” (szociális munkás, magyar fókuszcsoporthoz)*

Végül pedig megemlékeztek az öröm, a boldogság, és a szeretet fontosságát az életben:

*„A mentális egészség azt jelenti, hogy az ember jól érzi magát a bőrében, és vannak boldog pillanatai.”*

*„A mentális egészség azt jelenti, hogy képesek vagyunk dolgozni, szeretni és szeretve lenni.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoporthoz)*

## 2.1.2 A WHO DEFINÍCIÓ KRITIKÁJA

Bár a WHO mentális egészséggel kapcsolatos meghatározása jó kiindulópont, sok kritika is éri.

### A pozitív érzések túlértékelése

Egyes kutatók szerint (lásd Galderisi és mtsai, 2015) az egyik probléma, az, hogy a definíció túlértékeli a pozitív érzéseket, pedig fontosabb lehet az érzések és a kontextus közötti koherencia. Vannak helyzetek, amikor sokkal „egészségesebb” szomorúnak, dühösnek vagy elkeseredettnek lenni, mint boldognak, például, amikor valakit megkülönböztetés ér, vagy kirúgják az állásából, vagy háborús területen él.

*„A mentálisan egészséges emberek gyakran szomorúak, rosszul érzik magukat, dühösek vagy boldogtalanok, és ez része a teljességében megélt emberi életnek.” (Galderisi és mtsai, 2015)*

*„... azt hiszem, az önismeret is nagyon fontos, csakúgy mint az önreflexió, valamint a képesség a munkára. És azt is gondolom, hogy mindenki találkozik stresszel, szorongással és krízissel... ezek részei az életnek. A kérdés az, hogyan tudja az illető kezelni ezeket, mennyire ragad bele ezekbe a helyzetekbe, milyen mértékben van szüksége pótszerre, mennyi idő alatt dolgozza fel a krízist és képes-e segítséget kérni.” (szociális munkás, magyar fókuszcsoporthoz)*

## Nem írja le a különböző utakat, amelyek mentális egészséghez vezetnek

Egy másik kritika a WHO mentális egészséggel kapcsolatos definícióját illetően, hogy nem veszi számba a különböző utakat, amelyeken keresztül el lehet jutni a mentális egészséghez. A mentális egészséget úgy is tekinthetjük, mint valamiféle egyensúlyt az egyén különböző kompetenciaterületei között, ahol egy adott területtel kapcsolatos problémákat/hiányosságokat egy másik terület magas szintű működése kompenzálja.

Galderisi és munkatársai (2015) szerint a mentális egészség lényeges komponensei, amelyek kiegyensúlyozhatják egymást:

- **alapvető kognitív és társas készségek**

/ képesség a figyelemre, információ memorizálására, problémák megoldására, döntések meghozatalára

/ ahogy azt a spanyol fókuszcsoporthoz tartozó ügyfél is mondta: a mentális egészségről egy olyan személy jut eszébe „*aki minden értelemben rendben van; korlátok nélkül tud gondolkodni, reflektálni...*”

/ képesség a másokkal való verbális és nemverbális kommunikációra

- **érzelemszabályozás**

/ az érzelmek felismerésének, kifejezésének és szabályozásának képessége

/ „*Amikor úgy érzem, hogy kezd túl sok lenni, hogy ingerlékennyé válok, mert a helyzet rám nehezedik, akkor tudom, hogy most nem szabad vitába szállnom senkivel, tudom, hogy most a legjobb kimenni, lenyugodni, és később folytatni a beszélgetést...*” (szociális munkás, francia fókuszcsoport)

- **empátia**

/ annak a képessége, hogy átérezzük és megértsük mások helyzetét, anélkül, hogy összekevernénk azt a saját helyzetünkkel

/ annak a képessége, hogy megértsük azt, hogy a másik helyzete és tapasztalatai különbözhetnek a sajátunktól (ez a perspektívaváltás képessége): „*A probléma az, hogy amit egyesek valóságnak hisznek, nem feltétlenül valóság mások számára.*” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

/ annak a képessége, hogy megértsük és megjósoljuk mások szándékait, érzelmeit és cselekedeteit

/ „*Empatikusnak kell lenned, figyelembe kell venni azt, hogy ha a veled szemben lévő ember agresszív, az nem azért van, mert neheztel rád, hanem lehet, hogy beteg, stresszes, úgyhogy ne vedd magadra.*” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

- **rugalmasság, és a képesség, hogy kezeljük az élet nehéz helyzeteit**

/ a környezet új és váratlan körülményeihez való alkalmazkodás képessége (kognitívan, érzelmileg és viselkedésben)

/ „*a mentális egészség annyi, mint alkalmazkodni a bizonytalansághoz... bevándorló nőként nekem minden nap rugalmasnak kellett lennem, és még ma is!*” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

- **a képesség arra, hogy megálljuk a helyünket társas szerepekben**

/ az értelmes kapcsolatok, és a másokkal való jelentőségteli interakció képessége

/ „a mentális egészség a másokkal való kapcsolatteremtés képessége, ami szorosan összefügg azzal, hogy képesek legyünk szeretni, és szeretve lenni” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

- **a test és a szellem harmonikus kapcsolata**

/ a pszichológiai problémák testi tünetekként jelentkezhetnek, és ahhoz, hogy ezek a tünetek megszűnjenek, figyelmet kell fordítani az egyén érzéseire, gondolataira és pszichéjére is

/ a traumatikus tapasztalatok, amelyek szorongáshoz, félelemhez, elkerülő viselkedéshez vezethetnek részben a testben tárolódnak, ezért ezeknek a negatív érzéseknek és viselkedéseknek a felszámolásához a testre is figyelmet kell fordítani (nem elég kognitív síkon megérteni a tapasztalatot)

A mentális egészség – e nézet szerint – arról szó, hogy egyensúlyba hozzuk ezeket a képességeket. Például egy közepes kognitív zavarral, de az átlagosnál erősebb szociális készségekkel rendelkező személy elégedett lehet az életével, elérheti a céljait, és belső békére lelhet.

## **A kulturális különbségek figyelmen kívül hagyása**

Az utolsó probléma a WHO definíciójával az, hogy nem veszi figyelembe, hogy a kultúra, amelyben született szükségszerűen hatással van rá.

*„Az olyan fogalmak, mint az önmegvalósítás, az egyén képessége, hogy teljes mértékben kihasználja az adottságait, a környezet uralásának érzete illetve az önállóság Észak-Amerikában és Nyugat-Európában fontos kulturális értékekkel vannak átítatva.” (Galderisi és mtsai, 2015)*

Egy togói bevándorló nő (aki a francia fókuszcsoport tagja volt) a következőket mondta:

*„Azon a vidéken, ahonnan jövök, abban a hitben nőttünk fel, hogy fontosabb arra büszkének lenni, amit csoportként érünk el, mi az egyéni sikereinkre.”*

A 2.3-as fejezetben megvitatjuk, hogyan hat a kultúra a mentális egészség és mentális zavar fogalmára, és hogyan befolyásolja a kezelést.



## 2.2 A MENTÁLIS ZAVAR MEGHATÁROZÁSA

### 2.2.1 KÜLÖNBÖZŐ DEFINÍCIÓK

#### A DSM és a BNO szerinti definíció

A mentális zavarok meghatározásához leggyakrabban használt két kézikönyv, a DSM (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve), illetve a BNO (Betegségek nemzetközi osztályozása).

A DSM-et az Amerikai Pszichiátriai Egyesület (APA) adja ki és diagnózisok felállításához elsősorban az Egyesült Államokban használják (bár kutatási eszközként az egész világon elterjedt).

A WHO által publikált BNO széles körben használatos Európában, valamint szerte a világon és nem csak a mentális, de egyéb betegségekre is kiterjed.

Egyéb hasonlóságok és különbségek a DSM és a BNO között (Raskin, 2017):

- A két kézikönyv nagyjából hasonló mentális zavar diagnózisokat tartalmaz
- Mindkét kézikönyv tünetcsoportok alapján rendezi kategóriákba a mentális zavarokat
- A DSM alapján a személyek akkor kapnak egy adott diagnózist, ha a zavarhoz kapcsolódó tüneteik száma elér vagy meghalad egy küszöbszámot
- A BNO prototípusokat ír le, ami azt jelenti, hogy az orvosoknak azt kell megállapítaniuk, hogy mennyire illik egy zavar prototipikus leírása (annak enyhe, közepes vagy súlyos formája) a páciensre – ez tehát több teret ad az orvosi megítélésnek

Ahogy említettük, mindkét kézikönyv tünetekkel írja le a mentális zavarokat.

Ezek a tünetek lehetnek:

- kognitív tünetek (pl. torz gondolati minták, memória- vagy figyelemzavarok, döntéshozatali és tervezési nehézségek)
- érzelmi tünetek (pl. szorongás, szomorúság, vagy túlzott, mániás felajzottság)
- viselkedési tünetek (pl. bizonyos helyzetek elkerülése, másokkal való összetűzések)
- szomatikus/testi tünetek (pl. alvászavar, fejfájás, hasfájás)

A depresszió például egy mentális zavar, amely negatív hangulattal, és az öröm hiányával jár együtt, ezenkívül kognitív tünetekkel (úgy mint koncentrációzavar, memóriazavar, büntudat, az öngyilkosság gondolata), viselkedési tünetekkel (nyugtalanág vagy lelassulás) és szomatikus tünetekkel (hízás, fogyás).

Fontos megjegyezni, hogy ahhoz, hogy valakit mentális zavarral diagnosztizáljanak jellemzően valamilyen diszfunkciót is meg kell állapítani nála (pl. nem megfelelően vagy egyáltalán nem tud dolgozni, képtelen részt venni társas tevékenységekben, vagy legalábbis szenvedést okoznak neki ezek a helyzetek).

## A fókuszcsoportjaink tagjai szerinti meghatározás

A helyi, szociális munkásokból álló fókuszcsoportjaink tagjai is elmondták, hogyan definiálják a mentális zavart, és összegyűjtötték a mentális egészség hiányának néhány jelét:

- szorongás
- képtelenség az otthon elhagyására
- szélsőséges hangulatingadozások
- önmagunk megértésének hiánya
- a valósággal való kapcsolat elvesztése
- függőségi problémák
- önpusztító magatartás
- olyan mértékben kimerülnek a személyes erőforrások, hogy az „összeomláshoz” vezet
- a viselkedés irányításának elvesztése, agresszivitás, bántó viselkedés
- a motiváció és a libidó elvesztése
- jövőkép hiánya
- önutálat
- *„Amikor az ember nem képes boldog lenni, és jól érezni magát azokkal, akiket szeret.”*
- *„Amikor azt érezzük, hogy életünk nem normális.”*
- *„A fekete semmi” megtapasztalása*

### 2.2.2 A DSM ÉS A BNO SZERINTI MEGHATÁROZÁSOK KRITIKÁJA

Ebben az alfejezetben a hivatkozott irodalom többnyire a DSM-et kritizálja, de egyes kritikák (bár kisebb mértékben) a BNO-ra is vonatkozathatók, mivel a két kézikönyv többé kevésbé összhangban van egymással. A BNO nagyobb szabadságot ad a klinikai szakembereknek a diagnózisuk kialakításában (így a túldiagnosztizálás ritkább probléma), ezenkívül a kidolgozását nem gyógyszeripari cégek finanszírozzák, így az összeférhetetlenség kevésbé jelent gondot.

#### Túldiagnosztizálás és normális állapotok patologizálása

Allen Frances, amerikai pszichiáter, aki aktív szerepet vállalt a DSM korábbi verzióinak kidolgozásában (DSM-3, DSM-4), az egyik lehangosabb ellenzője lett a kézikönyv legújabb kiadásának (DSM-5). A legfőbb aggályai a következők (Guldberg, 2014; Frances, 2015):

- Az a tendencia, hogy újabb és újabb diagnózisokat állítanak fel, és egyre alacsonyabbra teszik a létező mentális zavarok küszöbét, oda vezet, hogy drámaian megugrik a mentális betegnek bélyegzett emberek száma.
- Olyan tüneteket, amelyeket egy normális érési folyamat eredményeként lehet értelmezni, most már kórosnak mondanak; például a gyerekeknél túldiagnosztizálják a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavart (ADHD).
- Olyan tüneteket, amelyeket nehéz helyzetekre adott normális reakcióként lehetne értelmezni (pl. depresszív tünetek megjelenése egy szeretett személy halálát követően), kórosnak értelmeznek.

A túldiagnosztizálás következtében az orvosok túlzott mértékű gyógyszerfogyasztást írnak elő, ami káros lehet.

*Egyes diagnózisok nem kellő mértékben bizonyítottak tudományosan, és az a tény, hogy a gyógyszeripari cégek befolyással bírnak a DSM-5 kidolgozásáért felelős kutatólaboratóriumoknál, korlátozza a kutatás objektivitását.*

Bár Frances tiltakozik a normális reakciók és fejlődési szakaszok patologizálása ellen, attól is óva int, hogy mindenkit mentálisan egészségesnek tekintsünk: „Bármilyen nehéz is meghatározni, a pszichiátriai zavar egy nagyon is fájdalmas valóság az attól szenvedők és a róluk gondoskodók számára.”

### **A diagnózis jelentőségének felnagyítása**

Frances azt is kritizálja, amilyen mértékben egy hivatalos pszichiátriai diagnózis befolyásolja az emberek életét: „mindenféle lényeges, az emberek életére óriási hatással lévő dolgot meghatároz: azt, hogy kit tartanak egészségesnek, kit betegnek; milyen kezelést ajánlanak neki és azért ki fizet; ki kap fogyatékosági támogatást; kinek járnak mentális egészséggel, beiskolázással vagy munkavállalással kapcsolatos támogatások és egyéb szolgáltatások; kit vesznek fel egy munkahelyre, ki fogadhat örökbe, ki lehet pilóta, ki kaphat életbiztosítást; hogy egy gyilkos bűnöző-e vagy pszichiátriai beteg; egy peres eljárásnál mennyi kártérítés illeti meg a feleket; és még rengeteg egyéb dolgot.” (Frances, 2014)

A pszichiáterek általában a diagnózisukon keresztül látják a betegeiket, és többnyire gyógyszerrel próbálják kezelni őket. A fókuszcsoportunkban is szóba került, hogy milyen túlzott jelentőséget tulajdonítanak a diagnózisoknak: „Ha előre felállított kategóriák alapján dolgozunk, az meghatározhatja, hogyan fordulunk az ügyfelünk felé, és ez az értelmezés egy merev támogatási módot alakíthat ki, miközben megfeledekezünk az ügyfél valódi igényeiről.” (szociális munkások, francia fókuszcsoport)

### **A biológia jelentőségének felnagyítása, a környezeti és társadalmi tényezők jelentőségének alábecsülése**

Frances arra is felhívja a figyelmet, hogy a DSM túl fontos szerepet tulajdonít a biológiának a mentális zavarok kialakulásában, és alábecsüli az emberek kapcsolati és társas környezetének jelentőségét.

*„Az agy szükséges, de nem kizárólagos okozója az emberi tapasztalásnak. Testben, de kultúrában is élünk. Nyelvi, kulturális, történelmi és kapcsolatok által meghatározott környezetben válunk emberré. Ez a környezet hatással van arra, hogyan tapasztaljuk meg önmagunkat, hogyan lépünk kapcsolatba a körülöttünk lévő világgal, így a pusztán biológiai magyarázatok nem elegendőek... () Egy olyan pszichiátriát kell támogatnunk, amely a kapcsolatokat, a jelentésadásokat és az értékeket tekinti elsődlegesnek.”*

A szegénység, az előítéletek, a társadalmi kirekesztés, a családon belüli erőszak mind olyan tényezők, amelyek hozzájárulhatnak a mentális zavarok (például a szorongás, depresszió) tüneteinek kialakulásához.

Ezt az elképzelést – mely szerint a környezeti tényezők is lényegi szerepet játszanak a mentális zavarok kialakulásában – a WHO is elismeri: „A mentális egészséget és a mentális zavarokat nem kizárólag az egyéni jellemzők határozzák meg – például, hogy az egyén hogyan képes kezelni gondolatait, érzéseit, viselkedését, és társas interakcióit –, hanem olyan társadalmi, kulturális, gazdasági, politikai és környezeti tényezők is, mint a jogszabályok, a szociális védelem, az életminőség, a munkafeltételek és a közösségi támogatás.” (WHO, 2018) Ez a gondolat hatással van a javasolt kezelésekre is (ismét a WHO-tól idézünk):

„Az egészségügyi intézmények támogatása mellett, a mentális betegséggel küzdőknek szociális támogatásra és ellátásra is szükségük van. Gyakran segítségre van szükségük, hogy hozzáférhessenek olyan oktatási programokhoz, amelyek megfelelnek a szükségleteiknek, illetve olyan munkához és lakhatáshoz, amely lehetővé teszi a számukra, hogy aktívan részt vegyenek a helyi közösség életében.” (WHO, 2018)

### **A rendszerszintű problémákra válaszul megjelent megküzdési módok patologizálása**

A mentális zavarral küzdőket gyakran megbélyegzik (ezt részletesebben tárgyaljuk majd a 2.2.3-as fejezetben), ami miatt ezek az emberek hajlamosak elrejtteni problémáikat, illetve egyéni - sokszor az egészségre káros - módon megküzdni velük (pl. alkoholfogyasztással, dohányzással), ahelyett, hogy szakember segítségét kérnék. Szakszerű és megfelelő segítség sokszor egyébként sem hozzáférhető a hátrányos helyzetben élők számára, anyagi okok miatt.

A helyzet iróniája, hogy az alkoholfogyasztás és dohányzás később éppen a mentális zavarok mutatóivá válnak, holott ezek a káros szokások szükségszerűen alakulnak ki egészséges alternatíva hiányában. Ezen kívül a stressz, amelyet az érintettek a különböző anyagok használatával próbálnak kezelni, gyakran olyan szociális és rendszerszintű problémák eredménye, mint a szegénység és/vagy a kirekesztés.

### **A kulturális különbségek jelentőségének alábecsülése**

A különböző társadalmaknak és kultúráknak, de még az egyes szubkultúrákban élő egyéneknek is eltérő véleményük lehet arról, mi számít optimális illetve patológikus működésnek. Például a nyugati világban a szubjektív személyes jóllét, az önállóság, az önaktualizáció és az önmagunk és mások közötti határvonal élessége az egészséges személyiség mutatói, míg ugyanezek enyhén kórosnak tűnhetnek egy keleti nézőpontból (lásd. 3.4.1 fejezetben).

A kultúra tünettanra és kezelési lehetőségekre gyakorolt hatását a következő fejezetben részletesebben tárgyaljuk.

## **2.2.3 A MENTÁLIS ZAVAR MEGBÉLYEGZÉSE**

Az emberek hajlamosak elrejtteni a tüneteiket, mivel a mentális rendellenességeket gyakran megbélyegzik (ahogy azt már említettük), a társadalom nem érti meg és nem tolerálja őket úgy, mint a testi betegségeket.

*„Nem betegeknek tekintik őket, hanem unalmas és negatív személyeknek, akik folyton panaszkodnak... Másrészt a testi fogyatékoság tényét a társadalom jobban elfogadja, mint a pszichés fogyatékoságot, egészen más tartalmakat társítanak hozzá.”*  
(szociális munkás, francia fókuszcsoporthoz)

*„... ha 'falábuk' lenne, akkor valószínűleg másképp tekintenének, jobban odafigyelnének és több időt szánának rájuk. A mentális zavarok láthatatlansága az egyik legnehezebb dolog, amivel együtt kell, hogy éljenek.”* (szociális munkás, francia fókuszcsoporthoz)

A **mentális rendellenességek megbélyegzését** több szociális munkás is szóba hozta a fókuszcsoporthoz: „Nem is próbálunk olyan társadalmat létrehozni, amelybe a mentális problémákkal küzdő emberek be tudnak illeszkedni...” „Nehéz nem megbélyegezni őket, miközben nem tesznek velük egyebet, mint elzárják, félretolják őket...”. Egy spanyol szociális munkás megosztotta a munkahelyén jelenlévő diszkriminációval kapcsolatos konkrét tapasztalatait: „Ahol fiatalokkal dolgozom, ott van egy alapítvány, ami szellemi fogyatékosokkal foglalkozik... nekik külön ajtón kell belépniük az épületbe!..”

Az, hogy az emberek nem tudják megosztani a küzdelmeiket, a körülöttük lévő csend tovább súlyosbítja ezeket a problémákat.

*„Ezt (a mentális zavart) a legnehezebb kiszűrni, észrevenni valakin, mivel vannak emberek, akik meg tudják mutatni (hogy problémáik vannak), és vannak mások, akik mindent bent tartanak, és még akkor is mosolyognak, amikor úgy érzik, hogy mindjárt felrobbannak vagy belehalnak, vagy nem tudom, sok ilyen emberrel találkoztam. ... Mosolyogok akkor is, ha nagy baj van.” (hajléktalan személy, magyar fókuszcsoporthoz).*

A küzdelmek tagadása és elrejtése különösen tragikus, mivel a mentális egészséggel küzdő emberek többsége teljes mértékben felépülhetne, vagy kezelni tudná a problémáit, különösen, ha hamar kapna segítséget.

## 2.3 KULTÚRA ÉS MENTÁLIS EGÉSZSÉG/MENTÁLIS ZAVAR

### 2.3.1 A KULTÚRA MEGHATÁROZÁSA

Ahhoz hogy megértsük, hogyan befolyásolja a kultúra a mentális egészséggel és a mentális rendellenességekkel kapcsolatos hiteket, illetve azok megnyilvánulásait, először meg kell értenünk, mit értünk kultúra alatt.

A kultúra fogalmának magyarázatához hasznos hasonlat a jéghegy. Miért? Amit egy jéghegyből látunk – a víz feletti része –, csak egy kis darabja egy sokkal nagyobb egésznek. Hasonlóképpen, amit a kultúrából „látunk” – vagyis a „kulturális megnyilvánulások” –, a látható/hallható elemek, mint a nyelv, az étel, az öltözködés és a kommunikációs formák is csak a jéghegy csúcsa. Mindezek a látható tényezők a kultúra láthatatlan elemeire támaszkodnak, a hitekre, az értékekre, a normákra, a reprezentációkra. Ezek a láthatatlan elemek egy „kulturális szemüveget” képeznek, amelyen keresztül értelmezzük a világot, az egészséget, a betegséget, az életet. Ezek az értelmezések, értékek, normák és tabuk, melyeket a nevelés során sajátítunk el, meghatározzák, hogyan értelmezzük a világot, hogyan reagálunk, hogyan viselkedünk.

Amint látni fogjuk ebben a fejezetben, ez az oka annak, hogy a mentális egészség és a mentális zavar definíciói és megnyilvánulásai eltérőek attól függően, hogy milyen kulturális referenciakeretben alakulnak ki. Nem létezik egyetemes nézőpont azzal kapcsolatban, hogy mi számít optimális és kóros működésnek: a különböző kultúrák, de még a különböző szubkultúrákhoz tartozó egyének sem feltétlenül értelmezik ugyanúgy ezeket a fogalmakat.

## 2.3.2 A KULTÚRA HATÁSA A MENTÁLIS ZAVAROK MEGHATÁROZÁSÁRA

A kritika ellenére, amellyel a klasszikus diagnosztikai kézikönyveket (DSM, BNO) illették – miszerint túlságosan a „nyugati/amerikai” sztenderdeket helyezik előtérbe, ami bizonyos kulturális különbségek figyelmen kívül hagyásához illetve téves értelmezéséhez vezethet –, a DSM-5 fontos előrelépés a kulturális érzékenység felé. Kiemeli azt a tényt, hogy egyes mentális zavarok megnyilvánulásai eltérőek lehetnek a kulturális kontextustól függően (például ahol az érzéseket nem lehet szabadon kifejezni, a szomatikus tünetek gyakoribbak). Bevezet egy új eszközt is, a „kulturális hatások interjút” (CFI, Cultural Formulation Interview), amely az egyének háttérét, fejlődési tapasztalatait és társadalmi helyzetét értékeli, mivel ezek mind olyan potenciális tényezők, amelyek magyarázhatják valaki mentális állapotát (Guldberg, 2014).

A BNO-10 viszont nem hangsúlyozza a kulturális variációk fontosságát a tünetek értékelésekor (Paniagua, 2018), tehát a DSM-5 ebben a tekintetben előremutatóbb.

## 2.3.3 A KULTÚRA HATÁSA A TÜNETEK MEGNYILVÁNULÁSÁRA

A kultúra számos különféle módon befolyásolja azt, milyen módon jelennek meg az egyes zavarok, milyen tünetekkel járnak, és milyen események idézik elő őket.

### **Ugyanaz a típusú zavar időnként különböző tünetekben nyilvánul meg**

Azokban a kultúrákban, ahol a szorongáshoz vagy a depresszióhoz kapcsolódó negatív érzések verbális kifejezése tabu, az emberek hajlamosak elnyomni ezeket az érzéseket, és testi tüneteket produkálnak (fejfájás, hasi fájdalom, bőrreakciók stb.) (Langevin, Lavoie et Laurent, 2018).

Míg a nyugati országokban a szociális szorongás elsősorban a megszégyenüléstől való félelemhez kapcsolódik (félelem attól, hogy mások azt gondolják, ostobák, ügyetlenek stb. vagyunk), a szociálisan szorongó ázsiai emberek (Kínában vagy Japánban) inkább amiatt nyugtalanok, hogy esetleg megsértenek másokat, tehát a cselekedeteik másokra gyakorolt hatása foglalkoztatja őket inkább, nem pedig az, hogy mások mit gondolnak róluk.

### **A traumatikus események meghatározása eltérő lehet**

Például a DSM-5-ben, a „poszttraumás stressz zavar” kategóriában található egy rész a „kultúrához kapcsolódó diagnosztikai problémákról”, amely figyelmezteti a szakembereket arra, hogy az események súlyosságának megítélése nem egyetemes. Ugyannak az eseményeknek a traumás hatása eltérő mértékű lehet a különböző kultúrákban. Például egyes tibetiek úgy gondolják, hogy sokkal felkavaróbb, ha az ember szemtanúja bizonyos vallási szimbólumok lerombolásának, mint a bebörtönzés vagy a kínzás (Hinton és Lewis-Fernández, 2011).

### **Egyes tünetek ritkábban fordulnak elő bizonyos kultúrákban**

Egyes társadalmak nagyra értékelik az önuralmat (kontrollált viselkedést), ami csökkenti az impulzivitás valószínűségét. Mint fentebb láttuk, a viselkedés és az érzelmek kifejezésének ez a kontrollja szomatizációhoz is vezethet.

Azokban a társadalmakban, ahol az emberek társadalmi szerepei világosan definiáltak kisebb a személyes szabadság, és az embereknek kisebb a mozgástere az önmegvalósításban, ugyanakkor identitásproblémák is kevésbé fordulnak elő.

## **Bizonyos „tünetek” normális reakciónak számíthatnak az adott kulturális környezetben**

Előfordul, hogy gyerekeket tévesen diagnosztizálnak magatartászavarral a bomlasztó viselkedésük miatt, pedig a háttérük mélyebb ismerete után a szakember azt a következtetést vonhatná le, hogy ez a viselkedés ilyen körülmények között várható és „normális” (például amikor egy gyermek fenyegető környezetben él). Ez nem azt jelenti, hogy a bomlasztó viselkedést ne kellene problémásnak tekinteni, csak azt, hogy annak okát a környezetben kell keresni, nem pedig a gyermek személyiségében.

Amikor bevándorló szülők serdülőkorú gyermeke megpróbál asszimilálódni a fogadó országban, elfogadja az új országban elvárt, és elutasítja a származási országában elfogadott viselkedéseket és értékeket, előfordul, hogy a szülők dühösek lesznek rá, azt gondolják, hogy gyermekük magatartászavaros, és pszichológushoz viszik. Ha ez a pszichológus nem ismeri az akkulturációs folyamatot és annak következményeit, a serdülőt mentális egészségi problémával diagnosztizálhatja. *„Mivel a fiatalnál tévesen mentális zavart állapítanak meg (például oppozíciós magatartás zavart), helytelen kezelést írnának neki elő, melyben a hangsúly az egyéni pszichoterápián, a családi terápián és a gyógyszereken lenne.”* (Paniagua, 2018)

Ezekben a helyzetekben a személy nem érzi azt, hogy bármi problémája lenne, ő csak a környezethez igyekszik alkalmazkodni. A mód, ahogy ezt teszi, ugyanakkor megijesztheti a környezetét, esetleg kívülről úgy tűnhet, hogy valamilyen pszichés zavar jeleit produkálja és kezelésre van szüksége.

## **Máskor a kulturális környezethez való alkalmazkodás túlterheli a személyt és tünetekhez vezet**

A bevándorlók „akkulturációs stresszt” élhetnek át, amikor két vagy több kultúra között kell navigálniuk, amely kultúrákban a normák, az értékek, a hiedelmek és az elvárt magatartás ütköznek egymással (Paniagua, 2018). Fontos, hogy az akkulturációs stresszt és a hátrányos élethelyzetből adódó stresszt komolyan vegyüek, és ne söpörjük félre azzal, hogy ez normális, érthető reakció. Ahogy azt a francia fókuszcsoportból érkező bevándorló nő is megfogalmazta:

*„Néha az a benyomásom, hogy a szociális munkások számára normális, hogy nem tudom, hol fogok aludni, vagy mit fogok enni. Normális, mivel bevándorló vagyok, és nyilván már hozzászoktam. Normális, mert nem panaszkodom. Nem veszik észre, mennyire szorongok és félek... számukra normális, szerintük gond nélkül hozzá tudok szokni. „*

Ezekben a helyzetekben az új környezethez alkalmazkodó személy olyan mértékű stresszt él át, amely már pszichés zavar kialakulásához vezet. Annak ellenére, hogy érthető, hogy milyen folyamat váltja ki a szorongást, a személy nem tud azzal megküzdeni és segítségre lenne szüksége.

### 2.3.4 A KULTÚRA HATÁSA A MENTÁLIS ZAVAROK MAGYARÁZATÁRA ÉS KEZELÉSÉRE

A mentális zavarok nyugati kultúrákban jellemző biológiai magyarázatai, és javasolt kezelése (gyógyszerek, különböző pszichoterápiák) kevésbé elfogadottak a világ más tájain.

A mentális rendellenességek okait illetően egy kanadai kvalitatív kutatás (Langevin és mtsai, 2018) megpróbálta jobban megérteni, hogyan gondolkodnak a szubszaharai Afrikából származó bevándorló szülők a mentális betegségekről és azok kezeléséről. A megkérdezett 8 szülő közül 7 úgy gondolta, hogy egyes mentális zavarokat természetfeletti jelenségek okoznak. Ez az eredmény összhangban van egy másik, 18 afrikai országban nemrégiben végzett tanulmány eredményével, amely kimutatta, hogy a paranormális hiedelmek széles körben elterjedtek az afrikai lakosság körében. Azon résztvevők aránya, akik úgy gondolták, hogy a mentális rendellenességeket természetfeletti okok váltják ki, 15% -tól (Uganda) 95% -ig (Elefántcsontpart) terjedt, az összes érintett országban átlagban 55% volt. A mentális betegségek nyugati megközelítésével szembeni szkepticizmus jól megfigyelhető Beninben is, ahol 10 millió emberre mindössze tíz pszichiáter jut (Malheux-Lessard és mtsai, 2014).

*A spanyol fókuszcsoporthoz tartozó egyik szociális munkás tagja a következőket osztotta meg: „Találkoztam olyan ügyféllel, aki stresszes helyzetekben egy halott rokonától kérdezte meg, mit kell tennie... valójában nem hallucinálta oda az illetőt, hanem csak létrehozta őt a fejében, hogy megoldja a dolgait, tanácsot kért tőle... egyfajta menedék volt neki... Lehet ezt pszichózisként is értelmezni, de az ő számára hasznos volt.”*

Egy afro-brazíliai irányzat szerint (Aubrée, 2006) a mentális zavar oka lehet a természetfeletti lényekkel (szellemekkel) való rossz kapcsolat, vagy az, ha egy közeli ismerős haragszik ránk és negatív erőket mozgósított a szellemi vagy fizikai integritásunk ellen.

Ahhoz, hogy valaki megszabaduljon a mentális szenvedéstől, a következőket kell tennie:

- végezzen áldozati szertartásokat, hogy békét kössön a szellemekkel
- vegyen részt tisztító szertartásokon (például gyógynövényes fürdők), amelyek segítenek megszabadulni a „rossz folyadékoktól”, illetve – súlyosabb esetekben – „a céljuk az, hogy a gonoszt visszairányítsák a küldő személyre. Ez különböző rítusokat foglal magában, ideértve az állatáldozatokat is, amelyek mérete az elűzendő gonosz hatalmától függ, illetve olyan speciális ételek készítését, amelyeket valamely természetfeletti entitásnak áldoznak majd fel.”

Egy másik, az úgynevezett neo-pünködsi mozgalom a mentális zavar tüneteit imádságokon és speciális szertartásokon keresztül kezeli. A számos gyakorlat között szerepel egy speciális rituálé, amelyet úgy hívnak, hogy „megszabadítási szertartás”. Ennek során a szellemeket görcsök, összehúzódsok és remegések révén űzik ki a beteg testéből, miközben a lelkész arra biztatja a követőket, hogy „szólítsák a nevére” a szellemet, amely a beteget megszállta. A „szellemek általi megszállás” a magyarázat a PTSD tüneteire (poszttraumás stressz zavar) és a megmagyarázhatatlan, traumával összefüggő tünetekre (stressz, disszociatív tünetek) olyan – sokszor háború sújtotta – országokban is, mint amilyen a Kongói Demokratikus Köztársaság (Hecker és mtsai, 2016).



A brazil emberek többsége továbbra is úgy gondolja, hogy a mentális problémák gyökere spirituális okokban keresendő, ezért vallásalapú terápiákat keresnek (ezeket röviden ismertetjük a következő alfejezetben). Számukra „a pszichiátriai értelmezés egy olyan univerzumba vezet el, amely sokkal titokzatosabb és veszélyesebb, mint a vallásos terület, amelyet ők széles körben ismernek” (Aubrée, 2006).

*„Brazíliában, mint sok más országban, és a népesség túlnyomó többsége számára a pszichiátria eredendően összekapcsolódik az örülettel, és nem ritkán hallani olyan megjegyzéseket a munkásosztály köreiben, miszerint a pszichiátrián tett látogatás azt jelenti, hogy az illető alkalmatlan a normális életvitelre. Egy ilyen látogatást általában mind a beteg, mind a családja úgy értelmez, mint a társas összeférhetlenség tartós jelét. Ez az oka annak, hogy sokan csak legvégső esetben keresik ezt a megoldást.”(Aubrée, 2006).*

Végül pedig, bizonyos mentális zavarok, például a depresszió létezését a világ egyes részein nem igazán ismerik el.

*„Nem tudom felfogni, hogy a depresszió egy betegség... Valójában ez a téma annyira nincs jelen nálunk, hogy az afrikai nyelvek még csak szót sem alkottak rá” – osztotta meg a véleményét egy kenyai humorista, miután az amerikai Robin Williams filmszínész öngyilkosságot követett el (a színész öngyilkosságát akkoriban a színész depressziójának tulajdonították). Ezt a felfogást, miszerint Afrikában nem létezik depresszió, a francia fókuszcsoport egy nyugat-afrikai bevándorló hölgy tagja is osztotta: „Azt hiszem, az én városomban nincs depresszió, mert az élet olyan nehéz, hogy gyerekkorodtól megtanulod, hogy ahhoz, hogy túlélj, nem sírhatsz mindenféle ostobaság miatt, megtanulsz mindenen nevetni, és élvezni a legegyszerűbb dolgokat.” (Gberie, 2016)*



# 3

## A REZILIENCIA FOGALMA, ÉS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA

## 3. FEJEZET: A REZILIENCIA FOGALMA, ÉS KULTURÁLIS MEGHATÁROZOTTSÁGA

Ebben a fejezetben először azt írjuk le, hogyan keltette fel a reziliencia (lelki ellenálló képesség) témája a kutatók figyelmét, hogyan definiálták és tanulmányozták kezdetekben. Azután bemutatjuk, hogyan kezdett átalakulni a reziliencia fogalma, és milyen jellegű nehézségekkel kapcsolatban beszélünk róla. Majd továbblépünk a reziliencia forrásainak leírására, és végül megemlítjük a reziliencia különböző mérési módjait. A fejezetet annak a bemutatásával zárjuk, hogy hogyan befolyásolja a kultúra a reziliencia értelmezését és megnyilvánulását.

### 3.1 A REZILIENCIA FOGALMA

#### 3.1.1 A FOGALOM TÖRTÉNETE

A reziliencia témáját feltáró **korai tanulmányok** olyan gyerekekre fókuszáltak, akik kiskorukban súlyos megpróbáltatásokat éltek át. A kutatók megpróbálták megérteni, hogyan voltak képesek ezek a gyermekek túllépni a nehézségeiken és megfelelően beilleszkedni a társadalomba. Ezek a tanulmányok elsősorban a reziliens gyermekek személyiségjegyeit vizsgálták, mivel a rezilienciát egy sor veleszületett tulajdonság együtteséhez kapcsolták.

Emily Werner amerikai fejlődépszichológus az elsők között kezdte használni a reziliencia kifejezést az 1970-es években. Egy többnemzetiségű gyermekekből álló csoportot vizsgált, akik mind 1955-ben születtek a hawaii Kauai-szigeten, és nélkülözésben nőttek fel. Követte a sorsukat születésüktől harminckét éves korukig, tanulmányozta, hogyan boldogultak az idő előrehaladtával a különböző életterületeken (Werner 1971, 1989, 1996).

Ezek a gyerekek szegénységben nőttek fel, sokan alkoholista vagy mentálisan beteg és/vagy munkanélküli szülőkkel. A kutató megállapította, hogy kétharmaduknál tíz éves korukra súlyos tanulási vagy viselkedési problémák alakultak ki, tizennyolc éves korukra pedig már szerepeltek a bűnügyi nyilvántartásban, mentális betegségekkel küszködtek, tudatmódosító szereket használtak vagy túlvoltak az első terhességükön.

A csoport egyharmada azonban nem alakított ki destruktív viselkedést, viszont jól teljesített az iskolában, később pedig a munkahelyén, megfelelő társas támogatással rendelkezett, jól beilleszkedett és felelősségteljes felnőtté vált. Werner ezt az utóbbi csoportot „reziliensnek” nevezte.

**Később** a kutatók elkezdtek kiterjeszteni az érdeklődésüket, és a reziliens gyermekek személyiségjegyein túl feltárták azokat a készségeket és viselkedéseket is, amelyeket bárkiben fejleszteni lehet, és egyre nagyobb figyelmet fordítottak a reziliens emberek családi és közösségi környezetére is (ezekről a veleszületett személyiségjegyekről, fejleszthető képességekről, illetve környezeti faktorokról részletesen lesz szó a 3.2. Fejezetben).

Annak ellenére, hogy a rezilienciát egyre inkább a személyes tulajdonságok (mind veleszületett, mind megszerzett) és a környezeti védőfaktorok kölcsönhatásának eredményeként látják, a korai értelmezést még ma is sokan osztják, ahogy azt láthatjuk a francia fókuszcsoport két tagjának, egy szociális munkásnak és egy szociális támogatásban részesülő bevándorló nőnek a véleményéből:

„Találkoztam reziliens emberekkel, akik traumatikus helyzeteket éltek át, és képesek voltak talpon maradni, bármilyen segítség vagy jógaóra nélkül. A reziliencia része az személyiségüknek, ezzel a képességgel születtek.” (szociális munkás, francia fókuszcsoporthoz)

„Úgy gondolom, hogy a reziliencia képessége az adott személytől függ: azt hiszem, hogy vagy ezzel a képességgel születünk, vagy nem. Vannak, akik egy semmiségtől is összeomlanak, mások szélsőséges helyzeteken mennek keresztül, és személyesen megerősödve, gazdagabban kerülnek ki belőlük.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoporthoz)

### 3.1.2 A REZILIENCIA JELENLEGI ÉRTELMEZÉSE

Mint fent említettük, a kutatók véleménye sokat változott a rezilienciával kapcsolatban a korai tanulmányok óta.

Manapság nincs egyetlen definíció, amelyet mindenki elfogadna, de alább megpróbáltuk összegyűjteni a reziliencia azon aspektusait, amelyekkel a legtöbb kutató egyetért. Ezeket a szempontokat a helyi fókuszcsoporthoz és a szakirodalomból származó idézetekkel illusztráljuk.

A reziliencia a viszontagságok és a **nehézségek legyőzéséhez** kapcsolódik.

„... a reziliencia akkor jelenik meg, ha az illető fájdalmat és traumát élt át, és túl tudott lépni rajta” (szociális munkás, spanyol fókuszcsoporthoz)

Ez egy **végkimenet**, ami egy **folyamat** során alakul ki, és éppen ezért **nehéz eldönteni, mikor kell értékelni** azt, hogy a jelenleg megfigyelt viselkedés a reziliencia vagy a diszfunkció felé tart-e.

„Például egy gyerek esetleg éveken át küszködhet a folyamatosan bántalmazó családi környezet kínzó hatása ellen... Ennek ellenére ebben a gyermekben megmutatkozhat a reziliencia, ha idővel eljut a normális fejlődés mérföldköveihez, a kultúrájában elfogadott kompetenciákra tesz szert és pszichológiai alkalmazkodásra lesz képes.” (Bonanno és mtsai, 2015)

Fejleszthető **egész életen át** (nem csak gyermekkorban)

Nemcsak a **negatív kimenetek elkerüléséről** szól...

„Az egyik figyelemreméltó eredmény, amelyet néhány résztvevő megemlégett, a gyermekek visszatérése az állami gondozásból. Más résztvevők arról beszéltek, amit sikerült elkerülniük – nem kellett bevonni a szociális szolgálatokat, kikerültek a veszélyeztetettek nyilvántartásából, nem kerültek be a bűnügyi nyilvántartásba, vagy nem kerültek szembe a törvénnyel antiszociális viselkedés miatt – utalva arra, hogy az is a siker jelének tekinthető, hogy elkerülték azt, amire mindenki számított.” (Canvin és mtsai, 2009)

... hanem a **pozitív alkalmazkodásról** is

„A reziliencia az a képesség, hogy legyőzzünk egy traumatikus helyzetet, és valami pozitívát hozunk ki belőle; a fájdalmat tanulásra és fejlődésre használjuk, mint egyfajta hajtóerőt, hogy kijöjjünk belőle, és átalakuljunk; olyan készségeket szerezzünk, amelyek egész életünkben velünk maradnak... miért vonzódunk mi, szociális munkások az ilyen szakmákhoz és helyzetekhez? Mert nyerni akarunk valamit a szenvedésünkből...” (szociális munkás, spanyol fókuszcsoporthoz)

„Beesni egy gödörbe, és utána képesnek lenni talpra állni... valami, amit mások nem hittek volna, hogy képes vagy megtenni.” (szociális munkás, spanyol fókuszcsoporthoz)

**Nem érthető meg pusztán az egyéni tényezők tanulmányozásával;** a családi környezet és az ember szélesebb környezetének (társadalom, kultúra) jellemzői, valamint az egyén és a környezetének folyamatos interakciója szintén döntő szerepet játszanak; az egyéni erőforrásokra való korábbi összpontosítás elterelte a figyelmet a családok, a közösségek és a kormányok felelősségéről.

Még ha csak az egyéni tényezőket tanulmányozzuk is, azok nemcsak a személyes jellemvonásokhoz kapcsolódnak, hanem a **tanulható készségekhez, viselkedésekhez, gondolkodási és megküzdési stílusokhoz** is. Reziliensnek lenni **nem azt jelenti, hogy az egyénnek soha nincsenek nehézségei, vagy nem szorong.**

„...ez [a reziliencia] megküzdési képességet ad nekem, hogy tovább tudjak haladni valamivel, dolgozzak egy problémán, és utána tovább léphetek egy másik szintre, visszazökkenhetek (szellemileg egy „normál” szintre)... a mentális egyensúly nagyon fontos. Ez nem azt jelenti, hogy állandóan mosolyogunk, hanem azt, hogy igen, a (hangulati) ingadozást normális szinten lehet tartani.” (szociális munkás, magyar fókuszcsoporthoz)

Noha a kutatók megpróbálnak tág és összetett definíciókat kidolgozni a reziliencia fogalmára, szubjektív szinten a fogalom **eltérő jelentéssel bírhat a különböző emberek számára** (ez múlhat az elvárásaikon, vagy azon is, hogy mennyire képesek értékelni a kisebb sikereket is).

„Míg a résztvevők által leírt bizonyos eredmények a „siker” olyan mutatói voltak, amelyekben mindenki egyetért – pl. a gyerek jól teljesít az iskolában, munkaszerezés vagy ház vásárlás –, más jellemzők kevésbé voltak nyilvánvalók, így könnyen elkerülhetik az emberek figyelmét, mint például elvinni a gyereket az iskolába, még hozzá időre.” (Canvin és mtsai., 2009)

„Nagyon sok szeretet van ebben az otthonban, és oké, nem a legújabb a tévéjük, vagy nincs menő kocsijuk, és mi nem megyünk külföldre nyaralni, de lstenem, nagyon jól szórakozunk; én is igyekeztem mindig jól érezni magam, ez volt a túlélési stratégiám.” (szociális szolgálat egy ügyfele, Canvin és mtsai., 2009)

Egyrészt **nem létezik olyan, hogy „sérthetetlen gyermek/személy”**, aki az életben minden akadályt és nehézséget probléma, megtorpanás és veszteségek nélkül le tud küzdeni.

Másrészt, még ha az emberekre – érthető módon – nagy hatást is gyakorolnak az élet viszontagságai, általában reziliensek, ami azt jelenti, hogy nem csak néhány kiválasztott kiváltsága, hogy képes megküzdeni (akár extrém) nehézségekkel is. **A reziliencia hétköznapi**, nem rendkívüli.

Végül azt, hogy mi tesz reziliensé valakit saját maga vagy a környezete (család, társadalom) szemében, nagymértékben **meghatározza a kultúra** (a reziliencia ezen aspektusát a 3.4-es alfejezetben fogjuk vizsgálni).

### 3.1.3 A NEHÉZSÉGEK TÍPUSAI (MEGBIRKÓZNI, DE MIVEL?)

Mielőtt azokról a védőfaktorokról beszélünk, amelyek segítik az embert a viszontagságok leküzdésében, röviden áttekintjük, hogy melyek azok a nehézségek, ártalmas tapasztalatok, amelyek felmerülnek a rezilienciával kapcsolatos szakirodalomban.

*Azokat nevezzük ártalmas eseményeknek/tapasztalatoknak, amelyek növelik az esélyét annak, hogy az egyénnél pszichiátriai zavarok jelenjenek meg, illetve hogy negatív fejlődési kimeneteket produkáljon (Goyos, 1977, idézte: Boyden és Mann, 2005).*

A viszontagságokat nehezebb leküzdni, amennyiben **korai életszakaszban** jelentkeznek, mint ha **későbbiben** – feltéve, hogy a két esetben minden egyéb tényező megegyezik –, mivel a gyermekek fejlődésben lévő agya érzékenyebb a káros tapasztalatokra, kognitív és érzelmi funkcióik kevésbé fejlettek, kevesebb eszközük van a problémamegoldásra, és jobban függnek a környezetüktől.

Megkülönböztethetünk **akut és krónikus nehézségeket**.

Az akut helyzet viszonylag elszigetelt, időtartama rövid (például egy hónap). Példák: természeti katasztrófa, baleset, egy közeli személy hirtelen halála.

A krónikus viszontagság ismétlődő negatív tapasztalatokat jelent, amelyek hónapokig/évekig is eltarthatnak. Példák: bántalmazás/elhanyagoltság otthon vagy az iskolában/munkahelyen, a szülő mentális betegsége, szegénység, bevándorláshoz kapcsolódó nehézségek (például diszkrimináció, pénzügyi problémák, megoldatlan jogi státusz), krónikus betegség, hajléktalanság, napi stressz hatások.

Végül a nehéz helyzeteket az **intenzitásuk alapján** is megkülönböztethetjük (hány féle típusú nehézség jelenik meg egy időben, és ezek milyen intenzitásúak), valamint **azok rövid és hosszú távú hatásai alapján**. A szülő hirtelen halálát vagy egy súlyos balesetet akut nehézségként lehet kategorizálni (maga az esemény rövid időn belül véget ér), ám ezeknek hosszú távú, folyamatos hatásai vannak.



## 3.2 VÉDŐFAKTOROK

Most megvizsgáljuk, hogy az egyének valamint szűk és tágabb környezetük mely sajátosságai/tevékenységei nyújthatnak segítséget a nehézségek leküzdésében és az előrehaladásban. Ezeket „**védőfaktoroknak**” vagy a „**reziliencia forrásainak**” nevezhetjük. A védőfaktorok kategorizálásának egy lehetséges módja a következő:

- Az egyén erőforrásai
- Védőfaktorok az ember személyes kapcsolati hálózatában
- Védőfaktorok a közösségben/kultúrában

### 3.2.1 AZ EGYÉN ERŐFORRÁSAI

Mint már korábban említettük, Emily Werner megfigyelte azoknak a hawaii fiatal gyerekeknek a **sajátos jellemzőit, akik jól megbirkóztak a nehéz körülményekkel, amelyek között éltek**. Többek között azt találta, hogy ezek a gyerekek:

- Szeretetteljesek és könnyen kezelhetők voltak
- Tudtak önállóak lenni, de segítséget is tudtak kérni, ha szükség volt rá
- Jó kommunikációs és gyakorlati problémamegoldó képességük volt
- Bármiben voltak is tehetségesek, azt hatékonyan használták
- Volt valamilyen speciális érdeklődésük vagy hobbijuk, amit megoszthattak egy barátjukkal, és ez büszkeséggel töltötte el őket
- Törődőek és érzékenyek voltak
- Erősen hittek a saját cselekedeteik hatékonyságában (magas énhatékonyság), és nagy volt az önbizalmuk
- Volt felelősségérzetük

Ezeket kiegészíthetjük olyan **további egyéni védőfaktorokkal**, amelyeket azóta más tanulmányok azonosítottak, például:

- Humorérzék – ami a helyi fókuszcsoportokban is előkerült:

*„Tudnod kell nevetni, és visszalépni bizonyos helyzetekben, ez fontos.”*  
(szociális munkás, francia fókuszcsoport)

- Rugalmasság, alkalmazkodóképesség
- Képesség a bizonytalanság elfogadására
- Az apró sikerek értékelésének képessége

*„... hálásnak lenni, és örömet keresni az apró dolgokban még egy nagyon nehéz helyzetben is (például a betegség végső szakaszában)”* (szociális munkások, magyar fókuszcsoport)

*„...Megtanulni értékelni minden napot, amit az élet kínál, megtanulni, hogy a boldogság az élet apró dolgaiban rejlik...”* (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

- Megfelelő önismeret (saját érzelmek, igények, motivációk felismerése)
- Jó önmenedzselési készség (az érzelmek szabályozásának képessége, a kudarcok kezelése, reális tervek készítése és kitartás a célok elérésében)
- Empátia és a képesség mások szemszögéből nézni a dolgokat
- Kihívást látni a nehéz helyzetekben fenyegetés helyett

*„Fenyegetést látni azt jelenti, amikor valaki egy stresszes helyzetet úgy ítél meg, hogy az meghaladja az erőforrásait, vagy a megbirkózási képességét, míg azok, akik ugyanebben a kihívást látják, úgy ítélik meg, hogy van elegendő erőforrásuk, és képesek megbirkózni a helyzettel.” (Bonnano és mtsai 2015)*

- Adaptív megküzdési módszerek alkalmazása (például háziállat tartása, sportolás, séta, helyzetek elemzése, és az azokból való tanulás, segítség kérése, zenehallgatás, olvasás, társasági élet, stb.)
- Személyes értelemalkotó képesség (a személy értelmet tudjon adni az életének, cselekedeteinek, a rossz tapasztalatainak is)

A következő jellemzők **különösen fontos egyéni védőfaktoroknak bizonyultak a segítő foglalkozású szakemberek esetében** (Grant és Kinman, 2014):

- Reflektáló képesség: képesség elmélkedni a saját erősségekről és korlátokról, motivációkról, bevett viselkedésekről
- Érzelmi intelligencia: ráhangolódás a saját és mások érzelmeire és szükségleteire, és a képesség azok kezelésére
- Társas önbizalom: magabiztosság, jó konfliktus-megoldási készség, és a képesség a rossz klinikai gyakorlatok megkérdőjelezésére és elutasítására
- Kellő empátia: a képesség *„empatikus kapcsolatok kiépítésére a szolgáltatás igénybevevőivel anélkül, hogy érzelmileg túlzottan belevonódnánk a helyzetbe vagy szoronganánk”* (Grant és Kinman, 2014)

### 3.2.2 VÉDŐFAKTOROK A SAJÁT SZEMÉLYES HÁLÓZATAINKBAN

A szakirodalom és a fókuszcsoportok alapján **a személyes kapcsolati háló fontos védőfaktorai a következők:**

- Gondoskodó szülő-gyermek kapcsolat
- Következetes és építő jellegű szülői fegyelmezési stílus
- Jó kapcsolat a szélesebb családdal

*„A hazám elhagyása után, amikor mindent elveszítettem, az segített tovább élnem, hogy szerettem a családomat, és tudtam, szükségük van rám, és az én franciaországi sikereim az övék.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)*

- Szoros kapcsolatok hozzánk hasonló emberekkel

*„Amikor megérkeztem Franciaországba, reményt adott nekem, hogy megismertem más nőket a környéken, nevetni tudtam, és jól éreztük magunkat együtt. Segítettek olyan egyesületek felkutatásában, ahol megtanulhattam a nyelvet és munkát találhattam. Azt hiszem, ha az ember körül van véve másokkal, az segít neki talpon maradni.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)*



- Kortársak általi elfogadás
- Társas támogatás érzékelése (a hit abban, hogy vannak olyan emberek, akikhez szükség esetén fordulhat; ez nem feltétlenül konkrét szociális támogatást jelent, például a depressziós emberek nem hiszik, hogy bárkihez fordulhatnak, még ha objektív értelemben meg is tehetnék)
- Mentorok vagy példaképek jelenléte

Noha **a szülőkhöz való biztonságos kötődés** teremti meg az egészséges érzelmi fejlődés alapját, nem mindenki olyan szerencsés, hogy gyermekként ez megadatik neki.

**Werner megállapította, hogy a reziliens gyermekek, akiknek nem volt biztonságos kapcsolata egyik szülővel sem:**

- Szorososan kötődtek legalább egy kompetens és stabil emberhez, aki odafigyelt az igényeikre
- A családon belül találtak valakit (például nagyszülőt vagy idősebb testvért), akivel közeli kapcsolatot ápolhattak
- Ha a szélesebb családban senki sem tudott biztos alapot nyújtani, akkor különösen közel kerültek a barátaikhoz vagy a barátaik szüleihez, és így pozitív módon tudták szemlélni a családi életet
- Elegendő gondoskodásban volt részük, hogy kialakítsák az alapvető bizalmat

Boris Cyrulnik, francia neuropszichiáter, aki kutatói és gyakorlati tevékenységét többnyire az egyéni és a kollektív reziliencia mögött meghúzódó folyamatok megértésének szentelte, szintén kiemelte a biztonságos kötődés fontosságát. Meglátása szerint **a személy, akihez az ember biztonságosan tud kötődni, az élet későbbi szakaszaiban is megjelenhet** (például tanár, mentor vagy barát formájában). Úgy gondolja, hogy a szeretet, a védelem és a megerősítés iránti igény folyamatos szükséglet az életünk során, mivel ez teszi lehetővé kompetenciáink, erőforrásaink és rejtett képességeink felismerését, különösen a fájdalmas élethelyzetekben. Időnként a szociális munkás/segítő szakember emberséges hozzáállása és bátorító tekintete hatalmas változást hozhat a szolgáltatást igénybevevők életében, mivel úgy érezhetik, hogy valaki hisz bennük.

### 3.2.3 VÉDŐFAKTOROK A KÖZÖSSÉGBEN/KULTÚRÁBAN

Végül nézzünk meg néhány olyan tényezőt, amelyek segíthetik az embereket a nehézségek leküzdésében közösségi/kulturális szinten.

A **közösség** által biztosított erőforrások:

- Hozzáférés az iskolához és az oktatáshoz, információkhoz, tanulási segédanyagokhoz
- Az életkornak megfelelő munkalehetőségek
- A közösség toleráns hozzáállása a magas kockázatú és problémás viselkedéshez (amikor a közösség démonizálja, kriminalizálja a problémás viselkedéseket, ez gyakran csak még rosszabbá teszi a helyzetet, a reziliencia ellen hat)
- A biztonságra való igény kielégítése
- Észlelt társadalmi méltányosság

- Megfelelő szociális szolgáltatások (kormányzati és nem-kormányzati szervezetek által)
- Stabil élethelyzet

A **kultúra** által biztosított erőforrások:

- Értékek, normák, amelyek a mindennapi döntéshozatalt irányítják
- Kulturális/spirituális válaszok a nehéz kihívásokra, segítve az értelemalkotást
- Lehetőség a társas tevékenységekben való részvételre, biztosítva a valahova tartozás érzését
- Gyakorlati támogatás elősegítése

### **A különböző szintek kölcsönhatása**

Az egyén, a család, a közösség és a kulturális szint védőfaktorai összekapcsolódnak, és sokféle módon hatással vannak egymásra, például:

- Bizonyos emberek az egyén személyes kapcsolati hálójában a pozitív viselkedés modelljévé válnak, és hozzájárulnak egyes érdeklődési területek és készségek fejlődéséhez.
- A személyes kapcsolati hálók erősen befolyásolhatják az értékeket, a normákat és a hiteket.
- Az értelemadás, az értékek és a hitek motivációs faktorként hatással lesznek az egyén által választott tevékenységekre, és ezáltal meghatározott készségek fejlesztésére is.
- Az értékek és a hitek befolyásolják azt, hogy az ember kivel alakít ki kapcsolatot.
- A kultúra hatással van arra, hogy az emberek hogyan kommunikálják az érzéseiket, hogyan kapcsolódnak a számukra fontos személyekhez, milyen típusú közösségi forrásokat hajlandóak felhasználni.



### 3.3 A REZILIENCIA MÉRÉSE

Miután megvizsgáltuk a reziliencia fogalmát, jellemzőit és azt is, hogy milyen erőforrások segíthetnek az embereknek a nehézségek leküzdésében, vessünk egy pillantást arra, hogyan mérik a kutatók egy személy esetében a reziliencia mértékét.

Mivel nincs a rezilienciának egyetlen, széles körben elfogadott meghatározása, a mérésre sincs egy általánosan használt skála.

Windle és munkatársai (2011) tizenöt különféle rezilienciaskálát azonosítottak, amelyek közül mi a három legmagasabb pontszámmal értékelt skálát mutatjuk be. Ezek a Rövid Reziliencia Skála, a Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) és a Reziliencia Skála Felnőtteknek (RSA) (ezen skálák mindegyike felnőttek rezilienciáját értékeli).

#### Rövid Reziliencia Skála

Hat állítást tartalmaz, és célja annak felmérése, hogy milyen mértékben képes az egyén talpra állni vagy felépülni stresszhelyzetből. Csak a végkimenetelt méri (mennyire képes az illető megbirkózni a stresszel), nem kérdez rá az erőforrásokra, amelyekhez az egyén a stressz kezelése érdekében fordul. Minden állítást 1-től 5-ig terjedő skálán kell értékelni (a határozott egyet nem értéstől a határozott egyetértésig).

MINTAELEMEK:

- A nehéz időszakokból általában nagyobb gond nélkül jövök ki
- Nehéz talpra állnom, miután valami rossz történt {fordított tétel, tehát a magasabb pontszám alacsonyabb megküzdési képességet jelez}

#### Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC)

A skála 25 állítást tartalmaz, és mind a végkimenetelt, mind a védőfaktorokat értékeli. Az állításokat 0-tól 4-ig terjedő skálán kell osztályozni (attól, hogy „egyáltalán nem igaz”, odáig, hogy „szinte mindig igaz”).

MINTAELEMEK:

- Betegség vagy megpróbáltatások után hamar talpra áll
- Kézben tartja az életét
- A kudarc nem könnyen tántorítja el
- Képes alkalmazkodni a változásokhoz
- Látja a dolgok humoros oldalát
- Tudja kezelni a kellemetlen érzéseket
- Nyomás alatt képes összpontosítani és tisztán gondolkodni
- Meg tud hozni népszerűtlen, vagy nehéz döntéseket

## Reziliencia skála felnőtteknek (RSA)

Ez a skála 33 elemből áll, és 6 területen értékeli a védőfaktorokat (mindegyikből bemutatunk mintaelemeket):

### ÖNÉSZLELÉS:

- Hiszek a képességeimben
- Meg tudom oldani a személyes problémáimat

### TERVEZETT JÖVŐ:

- Szeretem megtervezni a tevékenységeimet
- Csodálatos jövő vár rám

### TÁRSAS KOMPETENCIA:

- Jól kommunikálok új emberekkel
- Szeretek más emberekkel együtt lenni

### STRUKTURÁLT STÍLUS:

- Betartom a mindennapi szabályokat még nehéz helyzetekben is
- A rendszeres szabályok megkönnyítik a mindennapi életemet

### CSALÁDI ÖSSZETARTÁS:

- A családom egyetért az élet fontos kérdéseiben
- A családtagjaim őszinték egymással

### TÁRSAS ERŐFORRÁSOK:

- Vannak barátaim/rokonaim, akik bátorítanak
- Vannak barátaim/rokonaim, akik segítenek

A „**helyettesítő/másodlagos reziliencia**” (a traumát túlélőkkel végzett munka pozitív hatása a szakemberekre) mérése szintén érdekes lehet a szociális munkások és más egészségügyi szakemberek számára. A **Másodlagos Reziliencia Skála** (*Vicarious Resilience Scale, VAR*), az első eszköz, amelyet erre a célra fejlesztettek ki. 27 elemből áll, amelyek mind az ilyen jellegű munka lehetséges pozitív hatásait értékeli (Killian és mtsai 2017).

### MINTAELEMEK:

- A dolgokat kellő távlatból tudja szemlélni
- Megtanulta, hogyan kell kezelni a nehéz helyzeteket
- Szorosabban kapcsolódik az életében jelen lévő emberekhez
- Életcéljai és a prioritásai érettebbé váltak
- Figyelmesebb és reflektáltabb
- Inspirálja az emberek kitartása
- Reményteljes az emberek azon képességét illetően, hogy felépüljenek a traumákból
- Odafigyel az ügyfelek traumatikus történeteire anélkül, hogy elveszne bennük

Végül megemlíjük azokat az eredményeket, amelyeket a **munkahelyi reziliencia tréningek** hatásának vizsgálatakor értékelnék a kutatók (Robertson és mtsai 2015). 14 ilyen felmérés alapján ezek voltak a reziliencia leggyakrabban mért jelei:

- **a mentális egészséggel és a szubjektív jóléttel kapcsolatos mutatók:** a szorongás, a depresszió, a negatív érzelmek hiánya; életerő, pszichológiai jóllét jelenléte
- **pszichoszociális mutatók:** optimizmus, remény, nyugalom, a munka és a magánélet egyensúlya
- **testi/biológiai mutatók:** a fáradtság, a betegségek és a testi tünetek hiánya
- **teljesítmény mutatók:** a hatékonyság növekedése

## 3.4 REZILIENCIA ÉS KULTÚRA

Most azt tekintjük át, hogy a kultúra hogyan befolyásolja azt, mit értenek az emberek reziliencia alatt, milyen mutatókat használnak a jó pszichológiai és társas működés mérésére, vagy milyen módon tudnak megbirkózni a nehézségekkel.

### 3.4.1 HOGYAN HAT A KULTÚRA A REZILIENCIA MUTATÓIRA

Az, hogy hogyan értékelünk bizonyos viselkedési és pszichológiai megnyilvánulásokat (hogy a reziliencia vagy a mentális problémák jelének tekintjük-e őket), függhet attól, hogy milyen kulturális normákat és elvárásokat tartunk érvényesnek.

**Bizonyos viselkedésformák, amelyek a többségi társadalom szempontjából rombolónak tűnnek, kisebbségi szempontból érthető, sőt akár alkalmazkodó viselkedéseknek is tekinthetők.**

A szociális munkásokból álló magyar fókuszcsoporthoz egyik résztvevője egy példával illusztrálta ezt. Elmondta, hogy ugyanaz a viselkedés – a tanuló nem figyel oda az órákon – mentális zavar jelének tekinthető (pl. figyelemzavaros hiperaktivitásnak), amennyiben az illető stabil, többségi családból jön, míg „lustaságnak” vagy „tiszteletlen viselkedésnek”, ha hátrányos helyzetű, roma családból származik. Hozzáadhatunk egy harmadik értelmezést is: ez a viselkedés tekinthető akár az indokolt dac vagy a „rejtett reziliencia”<sup>3</sup> jelének is:

*„Vegyünk például az olyan tanulók viselkedését, akik elmaradnak az óráról. A tanárok úgy ítélik meg, hogy ezek a diákok helytelenül cselekszenek. Míg egy másik hipotézis az lenne, hogy a tanulók csak tiltakoznak egy olyan rendszer ellen, amely nem tudta őket a számukra megfelelő tanítási stílusban oktatni.” (Ungar, 2005)*

*„A diákok számára az unalmas azt jelenti, hogy hiányzik valami az oktatásból, ez mély csalódást okoz nekik, és a lógás egy megbirkózási mechanizmus az olyan órák esetében, amelyek nem tudták lekötni őket.” (Ungar, 2005)*

<sup>3</sup> A rejtett reziliencia kifejezés olyan megküzdési módokra utal, amelyek segítik az egyént abban, hogy szubjektíven sikeresnek érezze magát, függetlenül attól, hogy mit gondolnak róla mások.

Időnként a valahova tartozás igénye, a saját család/szubkultúra általi elfogadás iránti igény annyira erős, hogy ez összeütközik a többségi társadalomba történő kisebbségi integrációval. A magyar fókuszcsoporthoz tartozó résztvevője szerint sok, nevelőotthonban felnövő roma gyermek számára a szülői minták (pl. értékek, viselkedések, életstílus) a legfontosabbak. A szülők rendszeresen látogatják gyermekeiket a nevelőotthonokban, és megígérik nekik, hogy egy nap kiveszik őket az intézményi gondozásból. Ezek közül a szülők közül sokan ellenzik azt a fajta fegyelmet vagy értékrendszert, amellyel a gyermekek az otthonokban találkoznak, és helyette a családi értékek fontosságát hangsúlyozzák, még akkor is, ha azok az értékek rombolóak (például a konfliktusok agresszív útján történő kezelésének preferálása).

**Néha a bevándorlók látszólag jól beilleszkednek, és a fogadó társadalom normái szerint a sikeres alkalmazkodás jeleit mutatják** (például van munkájuk, kapnak szociális támogatást, nincs mentális vagy fizikai betegségük), miközben ezek a külsőleg sikeresen integrált emberek olykor szoronganak, honvágyuk van, és úgy érzik leértékelődtek ahhoz a státuszhoz képest, amivel a származási országukban rendelkeztek.

Az individualista társadalmakban a függetlenség, az önállóság, az önmegvalósítás, a személyes célok kitűzése és megvalósítása, vagy az önérvényesítő kommunikáció a pozitív alkalmazkodás jele lehet, míg a kollektivistább társadalmak standardjai szerint a lojalitás, az önzetlenség, a tekintély iránti tisztelet vagy kollektív célok megvalósítása jelzi a megfelelő alkalmazkodást.

*„Képzeljük csak el, milyen ellentmondásos helyzetet teremtene, ha a nyugati családokat az olyan kollektivistább társadalmak standardjai alapján ítélnék meg, amilyenek a muszlim, az ázsiai és az óslakos közösségek... E normák szerint sok külvárosi, középosztálybeli felnőtt súlyosan zavartnak tűnne, ha a sikeres működés mutatóját teljes mértékben úgy határoznák meg világszerte, hogy az a gazdaságilag kevésbé fejlett, de társadalmilag összetartóbb népesség normáit, értékeit részesítse előnyben... Egy egész körleírást el lehet képzelni a nyugati életstílushoz kapcsolódó pszichológiai tünetekkel: elidegenedés, materializmus, a család elhanyagolása, az idősek intézményekbe küldése, a közös nyilvános terek és a fizikai érintkezés hiánya. Mindezek a tünetek bizonyítanak a nyugati emberek súlyos mentális zavarait.” (Ungar, 2010)*

### 3.4.2 HOGYAN HAT A KULTÚRA A VÉDŐFAKTOROKRA

A megküzdés elfogadható módjai nagyon különbözőek lehetnek a különböző kultúrákhoz tartozó embereknél. Vannak olyan **faktorok, amelyek egy adott kontextusban védelmezőnek tűnnek, míg egy másikban a rossz alkalmazkodás jeleinek.**

*„Vegyünk példaként a nyelv elsajátítását (a kommunikációs készségeket): Különösen a bevándorlók körében az akkulturációval összefüggő konfliktusok a szülők (akik az eredeti kultúrát tartják inkább referenciának) és a gyermekek (akik jobban alkalmazkodtak a befogadó kultúrához) között, gyengíthetik a szülő-gyerek köteléket.” (Castro és Murray, 2010)*

Vagy fordítva: ami egy stabil, békés országban élő személy szempontjából az **alkalmazkodás hiányának** tűnhet, **kifejezetten adaptív megoldás** lehet egy háború sújtotta országban élő személy nézőpontjából.

„... Egy vidéki indiai fiatalember, aki csatlakozik egy félkatonai csoporthoz, hogy részt vegyen az etnikai közössége önrendelkezési jogának megvédésében, és ez a valahova tartozás érzését adja neki, személyes értelmet talál benne, megtapasztalja általa az énhatékonyságot, az élethez szükséges készségeket sajátítja el, hivatást talál, és kifejezheti a kulturális és etnikai önazonosságát... mindezek a rezilienciával kapcsolatos egészséges működés jelei, még ha egy nem megszokott és illegális adaptáció révén nyilvánulnak is meg”. (Ungar, 2008)

A kultúrák azt is meghatározzák, hogy milyen nehézségeket lehet megosztani, milyen módon és kivel.

Bizonyos közösségekben könnyen megbélyegzik azt, aki **segítséget kér**, amikor a **mentális zavar** tüneteit tapasztalja magán.

„A roma fiatalok soha nem ismernék el a mentális zavarukat (még akkor sem, ha felismernék őket), mivel el akarják kerülni, hogy a kortársaik megbélyegezzék őket. Nagyon nehéz bevallaniuk, hogy probléma van velük, egy fiatalemberrel, és inkább egy fa mögé bújnak, mint hogy beismerjék.” (szociális munkás, magyar fókuszcsoport)

Ugyanígy azok, akik kisebb, szorosabb közösségekben élnek, ahol a hírek szélesebb körben és gyorsabban terjednek (például falvakban, kisebb városokban) hajlamosak jóval később elismerni az olyan, mentális egészséggel kapcsolatos problémáikat, mint például a depresszió, és később is kérnek segítséget (egy súlyosabb betegség esetén), mint azok, akik nagyvárosban élnek.

A kultúra azt is meghatározza, hogy kihez fordulnak az emberek „szakmai segítségért” ilyen esetekben: pszichológushoz mennek, templomba vagy a sámánhoz (amint azt a 2.3-as fejezetben is láttuk).

„Ahonnan én jöttem, ott ha problémád van, imádkoznod kell vagy fel kell keresned a sámánt, itt pszichológushoz küldenek.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport).

Két afrikai bevándorló nő a francia fókuszcsoportból megosztotta a megfigyeléseit arról, hogy **miként fordulhattak vigaszért a saját közösségükhöz**, míg a francia/európai embereknek sokszor nem adatik meg ez a lehetőség.

„Tudom, hogy bizonyos kultúrákban ahhoz, hogy meggyógyítsd magad egy szerencsétlenség után, sírnod kell, és annyi emberrel kell beszélned róla, ahánnyal csak lehet, hogy a lehető jobban begyógyítsd a sebet. Itt örülnék tűnsz, ha sírsz, és elmeséled a történeted valakinek, akit nem ismersz elég jól.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

„Szerintem ez kulturális: Afrikában a legrosszabb nyomorban élünk, de továbbra is táncolunk és énekelünk. Itt Európában az, aki elveszíti munkáját, vagy akit elhagy a barátja, leugrik a hídról.” (bevándorló nő, francia fókuszcsoport)

Végül vannak olyan traumatizáló tapasztalatok (például nemi erőszak vagy szexuális visszaélés), amelyeket bizonyos kultúrákban egyáltalán nem lehet megosztani.

# IRODALOMJEGYZÉK



# IRODALOMJEGYZÉK

## FELHASZNÁLT IRODALOM – 1. FEJEZET

Balloch, S., Pahl, J., & McLean, J. (1998). Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence. *The British Journal of Social Work*, 28(3), 329-350.

Blomberg, H., Kallio, J., Kroll, C., & Saarinen, A. (2014). Job stress among social workers: Determinants and attitude effects in the Nordic countries. *The British Journal of Social Work*, 45(7), 2089-2105.

Collings, J.A., Murray, P.J. (1996). Predictors of Stress Amongst Social Workers: An Empirical Study. *The British Journal of Social Work*, 26, 375-387.

Collins, S. (2007). Statutory social workers: Stress, job satisfaction, coping, social support and individual differences. *British Journal of Social Work*, 38(6), 1173-1193.

Evans S, Huxley P, Gately C, Webber M, Mears A, Pajak S, Medina J, Kendall T, Katona C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1):75-80.

Fisher, E. A. (2009). Motivation and leadership in social work management: A review of theories and related studies. *Administration in social work*, 33(4), 347-367.

Graham, J. R., & Shier, M. L. (2014). Profession and workplace expectations of social workers: Implications for social worker subjective well-being. *Journal of Social Work Practice*, 28(1), 95-110.

Griffiths, A., & Royse, D. (2017). Unheard voices: Why former child welfare workers left their positions. *Journal of Public Child Welfare*, 11(1), 73-90.

Griffiths, A., Royse, D., & Walker, R. (2018). Stress among child protective service workers: Self-reported health consequences. *Children and Youth Services Review*, 90, 46-53.

Huxley P, Evans S, Gately C, Webber M, Mears A, Pajak S, Kendall T, Medina J, Katona C. (2005). Stress and Pressures in Mental Health Social Work: The Worker Speaks. *British Journal of Social Work*, 35, 1063-1079

Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative social work: Research and practice*, 14(1), 86-101.

Kraft, U. (2006). Burned out. *Scientific American Mind*, 17(3), 28-33.

Lloyd, C., King, R. & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health* (2002) 11, 3, 255-265

Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). Maslach burnout inventory (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Morazes, J. L., Benton, A. D., Clark, S. J., & Jacquet, S. E. (2010). Views of specially-trained

child welfare social workers: A qualitative study of their motivations, perceptions, and retention. *Qualitative Social Work*, 9(2), 227-247.

Pösö, T., & Forsman, S. (2013). Messages to social work education: What makes social workers continue and cope in child welfare?. *Social work education*, 32(5), 650-661.

Scholar, H. (2016). "A social worker first and foremost": The motivation and experiences of recently qualified social workers in posts not requiring social work registration in England. *Critical and Radical Social Work*, 4(2), 249-266.

Shier, M. L., Graham, J. R., Fukuda, E., Brownlee, K., Kline, T. J., Walji, S., & Novik, N. (2012). Social workers and satisfaction with child welfare work: Aspects of work, profession, and personal life that contribute to turnover. *Child Welfare*, 91(5), 117-138.

Stevens M, Moriarty J, Manthorpe J, Hussein S, Sharpe E, Orme J, Mcyntyre G, Cavanagh K, Green-Lister P, Crisp BR. (2012). Helping others or a rewarding career? Investigating student motivations to train as social workers in England. *Journal of Social Work*, 12(1):16-36.

## FELHASZNÁLT IRODALOM – 2. FEJEZET

Aubrée, M. (2006). Brazil: Mental Health and the Magic-Religious Sphere. *Revue Tiers Monde*, (3), 547-556.

Frances, A. (2014). Putting the Mind and Soul Back Into Psychiatry. *Psychology Today*. Retrieved from:

<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201412/putting-the-mind-and-soul-back-psychiatry>

Frances, A. (2016). Can DSM-5 Correct Its Mistakes? *Psychology Today*. Retrieved from:

<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/saving-normal/201603/can-dsm-5-correct-its-mistakes>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.

Gberie, L. (2016). Mental illness: Invisible but devastating. *Africa Renewal Online*. Retrieved from:

<https://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2016-march-2017/mental-illness-invisible-devastating>

Guldborg, H. (2014). Review: Saving Normal. *Psychology Today*. Retrieved from:

<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/reclaiming-childhood/201407/review-saving-normal-0>

Hecker, T., Barnewitz, E., Stenmark, H., & Iversen, V. (2016). Pathological spirit possession as a cultural interpretation of trauma-related symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), 468.

Hinton, D. E., & Lewis–Fernández, R. (2011). The cross cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM–5. *Depression and anxiety*, 28(9), 783-801.

Keyes, C. L. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing?. *American journal of orthopsychiatry*, 76(3), 395-402.

Keyes, C. L. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 179-192). Springer, Dordrecht.

Langevin, R., Lavoie, É. et Laurent, A. (2018). Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 66, 81–89.

Malheux-Lessard A, Chaloult G, Montigny C, Dussault-Laurendeau M. Stage au Bénin : une expérience de coopération internationale en psychiatrie. *L'Actualité Médicale* ; 2014. P. 22

Paniagua, F.A. (2018). "ICD-10 versus DSM-5 on cultural issues." *Sage Journals*, 8(1): 1-14.

Raskin, J. (2017). Top 10 Things You May Not Know About the ICD-10. *Psychology Today*. Retrieved from:

<https://www.psychologytoday.com/us/blog/making-meaning/201712/top-10-things-you-may-not-know-about-the-icd-10>

WHO (2014): [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

WHO (2019): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

## FELHASZNÁLT IRODALOM – 3. FEJEZET

Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139-169.

Boyden, J., & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience, and coping in extreme situations. *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*, 3, 26.

Canvin, K., Marttila, A., Burstrom, B., & Whitehead, M. (2009). Tales of the unexpected? Hidden resilience in poor households in Britain. *Social Science & Medicine*, 69(2), 238-245.

Castro, F. G., & Murray, K. E. (2010). Cultural adaptation and resilience. *Handbook of adult resilience*, 375-403.

Grant, L., & Kinman, G. (2014). Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced. *Health and Social Care Education*, 3(1), 23-34.

Gunnestad, A. (2006). Resilience in a cross-cultural perspective: How resilience is generated in different cultures.

Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). The Resilience Scale for Adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample.

International Journal of Testing, 11(1), 53-70.

Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 9(1), 23.

Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.

Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: Multiple contexts, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & society*, 35(3), 341-365.

Ungar, M. (Ed.). (2005). *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*. Sage Publications.

Ungar, M. (2006). Nurturing hidden resilience in at-risk youth in different cultures. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 53.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *The British Journal of Social Work*, 38(2), 218-235.

Ungar, M. (2010). Cultural dimensions of resilience among adults. *Handbook of adult resilience*, 404-423.

Werner, E. E., Bierman, J. M., & French, F. E. (1971). *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten*. University of Hawaii Press.

Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European child & adolescent psychiatry*, 5, 47-51.

Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(8), 1-18.

IMPRESSZUM

# IMPRESSZUM

## A KIADVÁNY EREDETI CÍME

Stress, mental health, resilience and culture's impact on them in social work  
An Introduction

## SZERKESZTŐ

Rácz Anna (Képes Alapítvány)

## SZERZŐK

Rácz Anna (Képes Alapítvány)  
Cécile Stola (Elan Interculturel)  
Angela Moneta (Animación España)  
Mónica Bocaz (Animación España)

## LEKTOR

Line Mariale (IRTS Paris Ile-de-France)  
Dalila Mechaheb (IRTS Paris Ile-de-France)

## MAGYAR FORDÍTÓ

Szigeti Judit

## MAGYAR LEKTOR

Martin Cecília  
Sereg Judit és az ELTE Fordító-  
és Tolmácsképző Tanszékének  
mesterképzéses hallgatói:  
Czajlik Vera, Dió Dávid, Eipl Zsanett,  
Emmert Zsófia, Hájer Bálint, Karczub Tímea,  
Kovács Anna, Kovács Helga, Mátrai Dorina,  
Peszlen Réka, Simon Kitty, Szabó Stefánia,  
Tóth Krisztina, Töreki Valentina, Ziaja Balázs

## BORÍTÓTERV ÉS TÖRDELÉS

Orane Stockli terve alapján  
Gelencsér Judit



Kiadás éve: 2019.

Szerzői jogok: A szöveg szabadon megosztható (másolható és terjeszthető) bármilyen médiumban és formátumban, valamint szabadon lehet idézni és adaptálni (újraszerkeszteni, átalakítani, építeni rá) a kézikönyvben leírt törekvésekkel összhangban lévő célokból, azzal a feltétellel, hogy minden ilyen esetben megemlítsen a forrás; illetve amennyiben az anyag adaptálásra kerül, arról értesíteni kell a hozzájáruló partnereket valamelyikét, és e-mailen megküldeni az vonatkozó szövegrészt.



Az Európai Unió  
Erasmus+ programjának  
társfinanszírozásával

