

TANÁCSADÁSI MODELLEK A FELSŐOKTATÁSI TANÁCSADÁSBAN – A HATALKALMAS MODELL TAPASZTALATAI



SZEMÁN Dénes

ELTE PPK Életvezetési Tanácsadó
ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola
szeman.denes@ppk.elte.hu

KARNER Orsolya

ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Pszichológiai Tanácsadás Tanszék
ELTE PPK Életvezetési Tanácsadó
karner.orsolya@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér: A tanácsadási módszerek (karrier vagy életvezetési tanácsadás) korai formái különböző pszichoterápiás iskolák szemléleti kereteinek áttemelésével és módszertanuk időkorlátos folyamatokra való módosításával jöttek létre. A módosítások többsége leginkább a settingre vonatkozott, érintette az ülések számát, az elérendő célt, a fókuszok meghatározását, az eredményesen bevonható kliensek körét, a nem specifikus terápiás tényezők felértékelődését. Az ülésszám csökkenése, a kapcsolat időtartamának változása új feltételeket, dilemmákat és lehetőségeket kínált a szakemberek számára. A konzultációs setting változása kialakította az eklektikus és integratív, az egyes terápiás protokollokból származó hatótényezők kreatív kombinálását lehetővé tevő új modellek születését. Ezek a változások pedig lehetőséget teremtettek, hogy gyorsan, viszonylag rövid idő alatt lehessen sokakat bevonni a mentálhigiénés ellátásba. Ezen változások kiemelt hasznélvezője a felsőoktatási tanácsadás területe. *Célkitűzések:* A tanulmány betekintést nyújt a felsőoktatási tanácsadás szemléleti és módszertani világába hazai és nemzetközi kontextusban. Ebbe a kijelölt térbe helyezi el az ELTE Életvezetési Tanácsadójában (ÉT) alkalmazott hatalkalmos tanácsadói folyamat kétévnyi tapasztalatait, bemutatja az eklektikus szemléletű és módszertanú, időkorlátos konzultációs modell előnyeit és dilemmás kérdéseit, összehasonlítva más, rövid konzultációs formákkal.

Kulcsszavak: felsőoktatási tanácsadás, tanácsadási modellek, hatalkalmos modell

A PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁS ALAPJAI, MÓDSZEREK, MODELLEK

A pszichológiai tanácsadás alapjai a korábbi pszichoterápiás iskolák rövid, vagy más néven időkorlátos leágazásaiból jöttek létre, a setting, a módszertan és a szemlélet módosításaival. Bagdy (2009) szerint: „Tudománytörténeti aspektusból nyilvánvaló, hogy a „nem terápiás” pszichológiai segítő módszerek mindegyike valamely eredetileg pszichoterápiás elméletre épül, és annak gyakorlatából építkezik. Gyakorta több forrásból merítkezik és eklektikus rendszert alkot” (Bagdy, 2009: 57). A tanácsadás gyűjtőfogalma az egyensúlyban lévő, nem beteg (ún. sine morbo) személyek számára van fenntartva. A pszichológiai tanácsadásra segítő kapcsolatként gondol, ami magában hordozza a konzultáció jellegzetességeit, azaz a „counselling” együttgondolkodást jelent. Számos változata lehetséges, a problémaközpontú, esetközpontú, szervezetközpontú, szakmai személyiségközpontú, teljesítményközpontú, szakmai szerepkonzultáció stb. alaphelyzetek függvényében, de mindig fókuszált intervenció. A pszichológiai tanácsadással foglalkozó, soron következő szerzők többsége a felszíni különbségek mellett a definíciók lényegi részét tekintve azonos következtetésre jut.

Zarka (1977) a tanácsadást funkcionálisnak írja le. Célja a racionális döntés segítése vagy a viselkedés optimalizálása. A tanácsadás körülhatárolt kérdéssel foglalkozik és a beavatkozási módot tekintve eklektikus. Ezt a nézőpontot erősíti Super (idézi Zarka, 1977) is, aki szerint a tanácsadás önmaga eklektikus, a valóságra reagál (a személyiség dinamikája helyett a tanácskérő problémavonatkozásaira fókuszál, nem a tanácskérőre), fókuszban mindig az aktuális helyzet meg-

oldása van. Ennek fényében technikai változatosság és módszertani eklekticizmus jellemzi.

Wiegersma (1976) a lélektani problémák fókuszába a döntési képességet helyezi. Szerinte a tanácsadás módszerei a problémák tisztázása, azoknak a tárgyi adatokkal való összevetése, érzelmek tisztázása, modellhelyzetek megoldásán keresztül végzett munka, saját felelősség hangsúlyozásának regiszterébe tartoznak. Véleménye szerint a tanácsadási folyamatban való részvétel alapvetően egészséges, de életvezetésükben elakadt személyekkel lehetséges.

Pintér (2009) a tanácsadás alapjának a személyközpontú szemléletet tartja, melyben mindig az önexplorációt segítő folyamat van a fókuszban, tárgya a szelf és a kliens önképe.

Ritoók (2011: 302) úgy vélekedik a tanácsadásról, mint ami elősegíti, inspirálja és támogatja az egyén fejlődését életútja során. A tanácsadás eszköze a fejlesztésnek és eszköze a krízisek megelőzésének is. Módszere lehet az egyéni vagy a csoportos tanácsadás, tréning.

Murányi (2006) a tanácsadás pszichológiájának összefoglalójában számba veszi a pszichológiai tanácsadás szemléleti és módszertani hagyományait, azokat a módszereket, amelyekből az irányzat merített. A pszichoanalitikus hagyományból Malan és Mann rövid dinamikus pszichoterápiáját említi, amelyek az időkorlátos intervenciók módszerei. Továbbá ebből a hagyományból Adler individuálpaszichológiáját és Erikson pszichoszociális fejlődélméletét emeli ki, amely alapjául szolgált a pszichológiai konzultációnak. Az affektív irányból Rogers személyközpontú terápiája, May-Frankl egzisztencialista terápiája és Perls gestalterápiája emelhető ki. A kognitív irány-

ból Ellis racionális-emocionális terápiája, Berne tranzakcióanalízise és Beck kognitív terápiája említhető.

Buda (2009) szerint a tanácsadás korlátozott célokat követ, meghatározott tüneteken, konfliktusokon, élethelyzeti elakadásokon segít. Tanácsadásokban gyakran fogalmazódik meg „igazi” pszichoterápia javallata, indikációja, ilyenkor a terápiás motiváció kialakítása a cél. A pszichológiai tanácsadásban a foglalkozásoknak konkrét céljai vannak, a terapeuta – tanácsadást végző – ennek érdekében aktív, támogató, gondoskodó attitűddel dolgozik, a hangsúly a negatív érzelmek, indulatok felszínre hozására, levezetésére kerül. A kliens sok információt és instrukciót kap, hogy dönteni tudjon. Nagyobb a kliens autonómiája, nincs túlzott kötés/kötődés, a közös tevékenység tudatosabb.

A pszichológiai tanácsadás modelljeit leginkább a technikai eklecizmus, a nem specifikus tényezők kiemelkedő szerepe, továbbá a kliensközpontúság jellemzi. Problémára irányuló, fókuszált beavatkozás, amely több pszichoterápiás iskola szemléleti és módszertani kereteiből merít. A hatékony konzultáns a saját képzettségi háttere és a kliensek típusai és igényei alapján dönti el, hogy mely elméleti irányzatot is választja a segítség során. A *monista* tanácsadói modellek esetén az elmélet egy szilárd keretet alkot a konzultáns számára, amelyben használhatja kreatív gondolatait (Fonyó és Pajor, 1998, idézi Szabó, 2015). Másrészt a tanácsadás eklektikusságánál fogva kedvez a szemléleti és módszertani *pluralizmusnak*. Mindkét megközelítés egyaránt megtalálható a pszichológiai konzultációt folytató konzultánsoknál. Mindez a változatosság a felsőoktatási tanácsadásban is fellelhető.

FELSŐOKTATÁSI TANÁCSADÁS

A felsőoktatási intézmények kontextusában a tanácsadás célja az oktatási tevékenység hatékonyabbá tétele, a lemorzsolódás minimalisra csökkentése, a munkaerőpiacra kilépő hallgatók rugalmas és gyors alkalmazkodását megalapozó személyiségfejlesztés. Az egyetemi és főiskolai hallgatók gördülékeny alkalmazkodása az oktatás egyre differenciálódó, egyre sokszínűbb feltételeihez, a megfelelő szintű tájékozódásuk a képzési lehetőségekről, karrierépítésük és elhelyezkedésük elősegítése és munkaerőpiaci alkalmazkodóképességük fejlesztése, az eközben felmerülő (akár intézményen belüli, akár személyes) akadályok, problémák leküzdése, olyan célok, amelyek a képzés hatékonyságát alapvetően meghatározzák. Mindezek csak átgondolt tájékoztatással, szükség esetén – a hallgatók személyesen megfogalmazott igénye alapján történő – tanácsadással segíthetők elő. A hallgatói tanácsadási feladatokat ellátó szolgáltató intézmények nélkül mindez nem biztosítható. A diáktanácsadást végző hallgatói szolgáltató intézményeknek különböző feladatai vannak, és ezekhez a feladatokhoz standardok társulnak. Olyan fontos kérdésekre kell felkészíteni az egyetemi hallgatókat, mint a hatékony életvezetés, a munkában való helytállás, a párválasztás és családtervezés. Kezeleni kell azokat a nehézségeket is, amelyek a különböző hallgatói rétegek életében speciálisan jelennek meg, mint az esélyegyenlőség kérdése (fogyatékkal élők, első generációs értelmiségi hallgatók nehézségei, külföldi hallgatók beilleszkedése, kisebbségi származás), közösségépítés katalizálása, tudatos életút- és karriervezetés pszichológiai alapú megvalósítása, esélyegyenlőség megteremtése a bekerülés, a bennmaradás, illetve munkába állás kapcsán,

továbbá az egészségmegtartási normák tudatosítása, az egészségkárosító magatartás – mindenekelőtt a függőségi problémák – megelőzése és kezelése. A hallgatók jó tanulmányi, szakmai eredményeihez, sikeres elhelyezkedéséhez nemcsak tudásnövekedésre van szükség, hanem egy céltudatos, kiegyensúlyozott, jó problémamegoldó stratégiákkal rendelkező személyiségre is. Ezért a hallgatók számára biztosítani kell a lelki egészséghez való hozzáférést az életvezetési-pszichológiai tanácsadás mind a négy szintjén (információs tanácsadás, konzultáció, tanácsadás, fokális tanácsadás) és a krízisintervenció során (FETA, 2015: 10–35).

Mentális egészség felsőoktatási tanulók körében – nemzetközi áttekintés

A tanulók mentális egészségéről és a pszichológiai tanácsadás helyzetéről Európában a FEDORA (Forum Européen de l'Orientation Académique, az európai tanácsadókat tömörítő nemzetközi szervezet) gyűjtött össze adatokat. Mivel nincs egységes, összehasonlítható EU-s mutató a fiatalok mentális egészségére vonatkozóan (Jané-Llopis és Braddick, 2008, idézi Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015), ezért csak bizonyos országok adatiból lehet következtetni az európai arányokra. Így például 1987-ben a német hallgatók 20%-a számolt be valamilyen lelki problémáról, 10%-uk egyedül nem is volt képes ezekkel megbirkózni. 2015-ben a német felnőtt populációval összehasonlítva (33%) a diákok (11%) jobb mentális státusszal bírtak (Isserstedt és mtsai, 2007; idézi Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015). Azonban más, az Egyesült Királyságban, Svédországban, Norvégiában és Németországban végzett legmegbízhatóbb tanulmányok ezt 20–25%-ra teszik a diákok esetében (Holm-Hadulla és mtsai, 2009;

National Union of Students, 2013, idézi Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015). Ez összhangban van azzal a tapasztalattal, hogy az elmúlt 15 évben az európai mentális betegségek gyakoriságában növekedés tapasztalható, bár ez az emelkedés egyrészt a mentális egészségre adott nagyobb figyelemből is adódik.

Ezek alapján a diákok elsősorban a szorongástól, depressziótól és önértékelési zavaroktól szenvednek. Egyetlen más betegség sem gátolja a tanulmányok folytatásának képességét annyira, mint a mentális egészségi problémák. Az Európai Unió Iskolai és Egyetemi Egészségügyi és Orvosi Szervezete (2007) kiadott egy nyilatkozatot a diákok egészségügyi ellátásáról Európában (European Union for School and University Health and Medicine, 2007, idézi Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015). Ezek szerint 2000 és 2004 között a pszichiátriai problémákkal küzdő hallgatók jelentős emelkedéséről számoltak be egy 18 egyetemre kiterjedő felmérésben: Bristolban 29, Leedsben 59, Southamptonban 69 százalékos emelkedést mértek. Cambridge-ből 2004-ben 70 öngyilkossági kísérletet és 43 öngyilkosságot, továbbá 56 bulimiával és anorexiával diagnosztizált diákot jelentettek (Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015). Németországban az egyetemi hallgatók legfőbb panasza a szorongás, a depressziós hangulat, az önbecsülés hiánya, a pszichoszomatikus problémák, az alkoholfogyasztás, a droghasználat, az öngyilkosság, valamint a kritikus életesemények és az akadémiai problémák voltak (Kress és mtsai, 2015, idézi Rückert, 2015). Egy német felmérésben a megkérdezettek 91 százaléka arról számolt be, hogy úgy érezte, nem képes folytatni tanulmányait (Isserstedt és mtsai, 2007, idézi Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki,

2015). Ugyanakkor a diák státusznak, úgy tűnik, mégis van valamilyen protektív szerepe, mivel a tanuló diákok között alacsonyabbak a mentális zavarok, mint a hasonló korú, nem tanuló társaik esetében (a felírt antidepresszánsokat figyelembe véve) (Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015). Olaszországban a leggyakoribb problémák a sikertelen vizsgák és/vagy érzelmi nehézségek következtében jelentek meg, melyek nehezítették a tanulmányi előmenetelt. Sokszor kerülnek elő a tanácsadási alkalmak alatt megoldatlan konfliktusok, identitáskeresési problémák, leválási nehézségek. A pszichoszociális moratóriumtól való kilépés (Erikson, 1968, idézi Adamo és mtsai, 2010), mint felelősségvállalás gyakori probléma, ahogy az új intim kapcsolatok által reaktivált (az elsődleges kötődési személyekkel megélt) konfliktusok vagy a distressz, családi veszteség vagy betegség miatti krízisek is (Adamo és mtsai, 2010). A legmagasabb kockázati tényezőként az európai diákok többsége a stresszt azonosította. Svédországban a 2007-es 52%-ról 2010-re 70%-ra emelkedett a stresszt nehézségként megélt diákok száma. Németországban a diákok 59%-a panaszkodott a stresszről, Ausztriában 61%-uk. Az Egyesült Államokban a hallgatók 85%-a szenvedett stressztől. A legnagyobb stresszforrásokként a túlságosan magas követelményeket, a „bulimiás” (bulimic) tanulási stílust – szemben az elmélyített tanulással („deep-structure learning”) –, a pénzügyi nehézségeket, külföldi hallgatók esetében pedig az egészségbiztosítás, munkahellyel, tartózkodási engedélyekkel kapcsolatos problémákat jelölték meg a diákok (Ortenburger, 2013, idézi Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015). A mentális betegségek és stressz interakcióba lép az identitásfejlődéssel (amely a hallgatói populációt jelentősen

érintő fejlődési feladat). A pseudoidentitások (vagy az identitásdiffúzió) egyik mutatója az MMPI hipománia faktora, amely 1938 óta 5%-ról, 31%-ra emelkedett (2007) az USA-ban (Holm-Hadulla és Koutsoukou-Argyaki, 2015).

Az Egyesült Államokban (USA) is számos kutatás erősíti meg a felsőoktatási tanácsadás iránti igényt. 2014-ben az USA-ban a diákok 37%-a számolt be túlzott szorongásról az elmúlt évben, közel egyharmaduk pedig olyan depressziós hangulatról, amely tanulmányaikat is befolyásolta, és közel 9%-uk gondolt már az öngyilkosságra eddigi élete során (American College Health Association, 2014, idézi Rückert, 2015).

Dél-Amerikában a chilei egyetemi tanácsadó a konzultáció leggyakoribb okaként az akadémiai problémákat (21%), a szorongásokat (19%), az érzelmi problémákat (18%) és a kritikus életeseményeket (19%) jelölte meg (Villacura és mtsai, 2015, idézi Rückert, 2015). A chilei egyetemen a német tanulmányokat folytató hallgatók több mint 50%-a szubklinikai problémák miatt konzultál a tanácsadó szolgálattal (Kress és mtsai, 2015, idézi Rückert, 2015). 2010 és 2014 között a chilei egyetemen a konzultáció iránti igény közel 80%-kal nőtt.

Felsőoktatási pszichológiai tanácsadó modellek – nemzetközi kitekintés

Bár a legtöbb európai ország a diákok számára nyújt tanácsadási szolgáltatást, a minőség és a mennyiség nagyban különbözik. Néhányan információs tanácsadást nyújtanak, mások képesített tanácsadást, míg mások rövidterápiákat. 1994-ben megjelent egy első felmérés *Pszichológiai tanácsadás a felsőoktatásban – európai áttekintés* címmel (Bell és mtsai, 1994, idézi Rückert, 2015). Az adatokat a PSYCHE, a Pszichológiai Tanácsadás

a Felsőoktatási Munkacsoportban gyűjtötte össze a FEDORA segítségével, amelyet 2008-ban egy másik követett. Ebben a korábbi Belgium, Németország, Dánia, Franciaország, Görögország, az Egyesült Királyság, Olaszország és Hollandia mellett Ausztria, Csehország, Ciprus, Észtország, Finnország, Magyarország, Írország, Lettország, Litvánia, Málta, Lengyelország, Portugália, Szlovénia, a Szlovák Köztársaság, Spanyolország és Svédország szolgáltatott adatokat (Katzensteiner és mtsai, 2008, idézi Rückert, 2015). A jelentések felvázolták a felsőoktatásban lévő pszichológiai szolgálatok intézményi (felsőoktatás) kontextusát, a tanácsadó személyzet szerepét és képzettségét, a szolgáltatásokat, eszközöket és az eszközök által végzett feladatokat. A pszichológiai tanácsadási szolgáltatások intézményi háttere egyre homogénebb országról országra, a tanácsadási szolgáltatásokat vagy speciális intézmények (egyetemi tanácsadók, központi tanácsadó szolgálatok) vagy pszichológiai és/vagy orvosi részlegek szervezik a felsőoktatási intézményekben vagy azokon kívül (Katzensteiner és mtsai, 2008, idézi Rückert, 2015). A European University Association (EUA) 2007-es jelentése pozitívan értékelt, hogy az európai felsőoktatási intézmények 66%-a kínált pszichológiai tanácsadást hallgatóiknak, ez akkor 11%-os növekedést jelentett a 2000-es első jelentéshez képest. A 2000-es jelentés még a diákok számára nyújtott közvetlen tanácsadási szolgáltatások intézményenkénti nagy eltéréseiről számolt be, akkor a legtöbb rendszerben az alapvető szolgáltatások nem kaptak elegendő prioritást, továbbá a minőségbiztosításra sem figyeltek (Crosier és mtsai, 2007; Surssock és Smidt, 2010, idézi Rückert, 2015). Az európai felsőoktatási teret átalakító bolognai folyamat a holisztikusabb hallgatóközpontú tanulási

megközelítést (aminek része a hallgatók mentális egészsége is) vezette be, amely lehetővé tette, hogy az európai felsőoktatási intézmények mintegy kétharmada kínáljon pszichológiai tanácsadási szolgáltatást (vagy azzal egyenértékű külső szolgáltatást) (EACEA, Eurydice, Eurostat és Eurostudent, 2012, idézi Rückert, 2015).

A FEDORA 2008-as jelentése (Katzensteiner és mtsai, 2008, idézi Rückert, 2015) szerint magasan képzett szakembergárda áll rendelkezésre (ez változókéony az egyes szolgáltatók között) a felsőoktatási intézmények tanácsadó szolgálatainál, a legtöbb tanácsadó a pszichológiai tudományokban szerzett akadémiai háttérrel rendelkezik. Számos országban a pszichológiai beavatkozásokat, a pszichoterápiát és sok esetben a pszichológiai tanácsadást is jogszabályok szabályozzák, például a felsőoktatási tanácsadásban mintaadó Németországban a felsőoktatási intézmények pszichológia tanácsadóinak többsége pszichoterapeuta végzettségű. A legtöbb európai felsőoktatási tanácsadóban egyéni és csoportos tanácsadásokat tartanak, a kétórás műhelyektől a hosszú távú tréningekig, az egyéni foglalkozások jellemzően 1–10 alkalommal tartanak, átlagosan 4–5 ülés a jellemző (ez Németországban 2-3 ülés) (Rückert, 2011; Conlon és mtsai, 2012). Bizonyos országok, mint Görögország és Törökország egyetemi tanácsadói dohányzásról leszoktató kampányokban is részt vesznek. Az elmúlt időszakban a nemzetközi diákok speciális problémái kaptak kiemelt figyelmet, ami szükségessé tette a felsőoktatási tanácsadás nemzetközi normáinak kidolgozását (Villacura és mtsai, 2015, idézi Rückert, 2015). Az egyénileg vagy csoportokban alkalmazott módszerek többnyire kognitív-viselkedésterápiás (CBT), pszichodinamikus és integratív konzultációs meg-

közelítések (Holm-Hadulla és mtsai, 2011; Hofmann és mtsai, 2015). A legtöbb országban a kognitív-viselkedésterápia (CBT) a domináns, az Egyesült Királyságban (UK) hagyományosan erős a pszichodinamikus és pszichoanalitikus elmélet és gyakorlat. Németországban a CBT és a pszichodinamikus irányzat egyaránt jelen van. Azonban a pszichológiai tanácsadás módszertanát fejlesztő innovációkban is élen járnak. A megközelítések integratív kombinációját lehetővé tevő új és hatékony módszert (ABCDE modell, Heidelbergi Egyetem) dolgoztak ki, amely képes a kliensek különböző életfázisában mutatott, egyidejűleg fontos szempontjait egyszerre kezelni (Holm-Hadulla és mtsai, 2011).

Olaszországban a 80-as évek óta vannak pszichológiai tanácsadó központok, melyek elsősorban a fiatalokra és a serdülőkre koncentrálnak, patológiák helyett pedig az érést tekintik központinak. 1999-ig az olasz egyetemeket nagy lemorzsolódási arány jellemezte, ezért abban az évben tanácsadói központok létrehozását kezdeményezte az olasz oktatási minisztérium (Turri, 2009; Adamo és mtsai, 2010). A tanácsadók száma jelentősen megnőtt a 90-es évek óta, akkoriban még csak néhány helyen volt elérhető a szolgáltatás (úgy mint University of Palermo (1970s), University of Pavia (1981), University of Bologna (1983), University of Naples (1984). A fordulópontot a 2009-es első tanácsadói konferencia (Seminar on University Psychological Counselling) jelentette. A tízéves növekedési ciklus eredményeképpen napjainkban 80 olasz egyetemből 68-ban van tanácsadóközpont. Az intézmények orientációja változatos: 94%-uk alkalmaz pszichológia megközelítést, 4% oktatásit, 3% filozófiát, 2% orvosit, 1% szociológiát. Egyéni tanácsadást 92%-uk kínál, csoportosat 23%, tele-

fonon elérhető 6%. Az Egyesült Királyság mellett Olaszországban van a legtöbb pszichodinamikus szemléletű tanácsadó (46%), ezenkívül 31% kognitív-viselkedéses, 10% humanisztikus, 10% pedig egyéb szemléletben és módszertannal dolgozik (Adamo és mtsai, 2010).

Németországban példaértékű a berlini egyetem tanácsadója (Berlin Center for Academic Advising and Psychological Counseling at Freie Universität Berlin), amely 1976 óta működik, integrált, központi szolgáltató intézmény. Saját költségvetése és igazgatótanácsa van (ez kivétel Németországban), 5 állandó szakemberrel dolgozik (pszichológusi és pszichoterapeuta végzettséggel). CBT, pszichodinamikus, pszichodramatikus, hipnoterápiás és kliensközpontú módszertani végzettségekkel. A tanácsadót évente 1000–1300 diák veszi igénybe (29 ezer hallgatóból), 300–400 fő csoportos formában, de a fő profil az egyéni tanácsadás. Az egyéni tanácsadás folyamatát átlagosan 2-3 ülés, a pszichoterápiát ritkán kínálják, a legtöbbször krízisintervenciót végeznek. A pszichoterápiára szorulókat helyi pszichoterapeutákhoz küldik (Németországban a pszichoterápiát a társadalombiztosítás fizeti). Nagyjából 100 hallgató kap tanácsadást évente e-mailen és kb. 80-an online chaten. A tanácsadó szakmai gyakorlati helyként szolgál a mester szakos, klinikai pszichológus hallgatók számára (Grez Buchling, 2012; Depreeuw, 2013, idézi Rückert, 2015).

Az Egyesült Államokban (USA) a felsőoktatási tanácsadóknak tipikusan állami engedéllyel (licenccel) rendelkező pszichológusok dolgoznak (Gallagher, 2013). A jelenlegi rendszerben 4 területre fókuszálnak a tanácsadók: egyéni és csoportos tanácsadás, megelőzés, konzultációk nyújtása az egyetemi dolgozóknak és oktatóknak, együttműködés

a campusok biztonságosságának kialakításában. Jelentős kihívás az egyre növekvő globalizációhoz való alkalmazkodás (Davidson és Locke, 2010, idézi Rückert, 2015).

Kínában is egyre nagyobb a kereslet a (diák)tanácsadásra. Yang, Lin, Zhu és Liang (2015, idézi Rückert, 2015) áttekintést nyújtanak a mentális egészségügyi szolgáltatásokról Kínában, és beszámolnak egy speciális tanácsadási stratégiáról, amely mélyen gyökerezik a hagyományos kínai filozófiában.

Oroszországi viszonyokról Kulygina és Loginov (2015, idézi Rückert, 2015) nyújt információkat, egy többszintű és multidiszciplináris megelőzési programot javasolnak mind a hallgatók pszichoszociális fejlesztésében, mind a személyes fejlődésük elősegítésében.

Az integratív ABCDE modell és a „Tavistock” rövid-pszichodinamikus modellek – német és olasz példák

ABCDE modell (Németország)

A németországi Heidelberg Egyetemen kifejlesztettek egy integrált tanácsadási és rövid távú pszichoterápiás modellt (Holm-Hadulla és mtsai, 2011; Holm-Hadulla és Hofmann, 2012, idézi Hoffman és mtsai, 2015), amely rugalmasan alkalmazkodik a kliensek személyes életének egyedi élményeihez. Felismeri, hogy a különböző utak vezethetnek terápiás változásokhoz, ellentétben a Cooper és McLeod (2007, idézi Holm-Hadulla, 2015) által javasolt egy szempontú (monista) keretekkel. A pszichológiai tanácsadás leginkább különböző elméleti alapokat kever össze (Goin, 2005; Hoffman és mtsai, 2015), a következetes integratív koncepció hiányzik. A hiány megszüntetéséhez az ABCDE-modellt fejlesztették ki, amely rekurzív módon összekapcsolja a kapcsolati

(A), viselkedéses (B), kognitív (C), pszichodinamikai (D) és egzisztenciális (E) szemléleti és módszertani elemeket. A módszerben egyrészt sok az átfedés a rövid (időkorlátos) pszichoterápiával, másrészt a coachinggal (Holm-Hadulla, 2004). A hermeneutika (amely a hasznos kommunikáció alapelveit vázolja fel), mint metaelméleti integráció feloldja a különböző pszichoterápiás iskolák elméleti megközelítéseinek eklektikus keveréséből adódó problémákat, és az interdiszciplináris kutatást koherens keretbe integrálja (Feixas és Botella, 2004, idézi Hoffman és mtsai, 2015). A modell kapcsolati (A) eleme a Rogers-i értelemben vett szövetséget (alliance) jelenti. A személyközpontú tanácsadásban a figyelmes, tiszteletteljes és empatikus kapcsolat továbbra is a tanácsadás alapvető és működőképes eleme marad. A kliensközpontúság szükséges (neurobiológiai bizonyítékok utalnak a figyelem és az empátia pozitív kommunikációban való elengedhetetlen szerepére), ám nem elégséges a változás létrejöttéhez, ezért ezeket az elemeket ki kell egészíteni más technikákkal és stratégiákkal (Carhart-Harris és Friston, 2010; Marci és mtsai, 2007, idézi Hoffman és mtsai, 2015). A viselkedéses (B: behavior) elem az integratív tanácsadás pozitív és negatív megerősítéseken keresztül viselkedésváltozás elérését jelenti, olykor modellszerepet kínálva a kliens számára. A tanácsadás integratív modelljének C (cognitive) dimenziója az automatikus gondolatok fontosságát hangsúlyozza, amelyek az események egyfajta szokásos értelmezését jelentik. A kognitív orientációjú tanácsadás a sémák, az információfeldolgozás és az automatikus gondolatok módosításával foglalkozik (Mytton, 2006, idézi Hoffman és mtsai, 2015). Az integrált tanácsadásban a kliensnek képesnek kell lennie arra, hogy érintkezésbe kerüljön a tudattalan konfliktu-

sokkal, és megtanulja racionálisan felismerni azokat. Az ABCDE tanácsadó modell pszichodinamikai (D: dynamic) része lehetőséget nyújt az emlékek, érzések és fantáziák kezelésére narratív módon. Ha sikeres, a kliensek belső világában még nem eléggé reprezentált patogén élmények tudatosan átformálódhatnak koherens mentális ábrázolásokra (Fonagy és Target, 2003, idézi Hoffman és mtsai, 2015). A gátlásokat feloldják, és a személyes növekedést segítik elő. A pszichodinamikus pszichoterápiával ellentétben az áttétel és az viszontáttétel megnyilvánulásait egyszerűen felismerik, tükrözik és felhasználják az integrált tanácsadás megértésének megkönnyítésére, de kifejezetten nem dolgoznak velük.

Az egzisztenciális pszichoterápia ihlette (Yalom, 1980, idézi Hoffman és mtsai, 2015) az integratív tanácsadás filozófiai és kulturális gondolkodását. A központi egzisztenciális témák az élet, a felelősség, a szabadság, a pszichoszociális kreativitás és a létezés végsőségének élményét jelentik. Az egzisztenciális megközelítések célja nem a konkrét problémák megoldása, hanem hogy a klienseket segítik a mindennapi életük ellentmondásait, dilemmáit és paradoxonait feloldani (van Deurzen, 2006, idézi Hoffman és mtsai, 2015). A megértés és a kommunikáció olyan folyamatok, amelyekben az emberek megtapasztalják, irányítják és alakítják az egyéni és a társadalmi valóságukat (Ricoeur és Thompson, 1981; Strenger, 1991), az integratív tanácsadás a mindennapi kreativitás ezen részét erősíti meg.

Az eredmények azt mutatják, hogy az ABCDE modell szerinti (pszichoterápiás) tanácsadás hatékonyan csökkenti az életvezetési elakadásokat és/vagy a pszichopatológia súlyosságát, és rövid időn belül a klienseket elégedettebbé teszi életükkel és tanulmánya-

ikkal. Hansen, Lambert és Forman (2002, idézi Hoffman és mtsai, 2015) vizsgálatai azt mutatták, hogy átlagosan 5,8 foglalkozás (SD = 5,4) után a kliensek 32,7%-a javult. Ugyanakkor a stagnáló és különösen a romló kliensek aránya jelentősen eltért a mérések között. Egy másik empirikus hatásvizsgálat (Hofmann és mtsai, 2015, idézi Hoffman és mtsai, 2015) azt mutatta, hogy a résztvevők 85%-a jelentős javulást ért el életükkel és tanulmányaikkal kapcsolatos elégedettségükben, és klinikailag jelentős tünetcsökkentést mutattak. A modell hangsúlyozza a súlyos és akut esetekben az állami vagy a magánszektorban működő, intézményes vagy egyéni pszichoterapeutákkal és a pszichiáterekekkel való szoros együttműködés fontosságát (Hoffman és mtsai, 2015).

„Tavistock” rövid dinamikus tanácsadói modell (Olaszország)

Az olaszországi Counselling Center of Milan University „Bicocca” a monista tanácsadói modellt alkalmazva rövid dinamikus (más néven „Tavistock”) konzultációkat kínál az egyetem polgárainak. A milánói egyetem tanácsadója 2009 óta működik az egyetem finanszírozásában. Az általuk alkalmazott tanácsadói modell az angliai Tavistock Klinika serdülőkre és fiatal felnőttekre kialakított pszichodinamikus tanácsadás módszertanát követi. A módszer specialitásához igazodva 1–4 alkalmas folyamatokkal dolgoznak, egy ülés 50 perc. Minden esetben három hónapos utánkövetést biztosítanak. A rövid és előre meghatározott időtartam a fiatal kliensek függőségtől való félelmét könnyíti meg, ami ellentétes a saját autonómiájuk és éhhatékonyosságuk iránti vágyukkal. A beavatkozás rövidege a személyes erőforrások aktiválásához és a közös exploráció (shared exploration) előmozdítására alkalmas (Adamo,

1990, idézi Adamo és mtsai, 2010). A beavatkozás célja a leggyakrabban alkalmazott védekezési mechanizmusok és azok „pszichés költségeinek” azonosítása, a problémák internalizálása, amely növeli a felelősségvállalást és a reményt, hogy megváltoztatható az intrapszichés és interperszonális kapcsolatok minősége. A folyamat erősen épít az egyén ön-explorációjára, a segítői szövetséget a kliens felnőtt énjével köti. A pszichodinamikus módszertan által követett áttételek centrifugális használatát alkalmazza, hogy megmutassa a kliens számára azokat a kapcsolódási mintáit, amiket az életben is használ és tapasztal. Kiemelten dolgozik a szeparációs szorongással. Amennyiben pszichoterápia indokolt, akkor a központ a klienst az olasz egészségügyi rendszerbe utalja (Psychotherapy Department of the National Health Service), vagy amennyiben más jellegű a probléma, akkor az egyetem más szolgáltató egységeibe (Guidance Service, Tutoring Service). A módszer alkalmazása azonban pszichoterápiás jártasságot igényel, így a teamet gyerek, serdülő és felnőtt pszichoanalitikus orientációjú pszichoterapeuták alkotják. A team hetente tart klinikai szupervíziót (Adamo és mtsai, 2010).

A 4 alkalmas serdülő konzultáció „Faldy-módszerként” (Ingusz, 1986) Magyarországon is ismert és alkalmazott módszer volt. A módszer neve utal arra, hogy a konzultációs folyamat 4 egymást követő héten zajló konzultációkból áll (1 hónap alatt), amely szükség esetén 1 kontrollalkalommal kiegészíthető egy hónap letelte után. A módszer az értelmes felnőtt kapcsolat mintáját villantja fel, struktúrát teremt a közös munkára. A folyamat lezárása vagy befejezéssel, terápiába vétellel, vagy továbbirányítással történhet. A serdülők pszichoszociális fejlődési jellegzetességeit és életfeladatát figye-

lembe vevő módszer a rövid konzultációs időkerettel csökkenti a dependencia és a regresszió lehetőségét, ugyanakkor alkalmas a mögöttes pszichodinamikába való bepillantásra. Továbbá a mentálhigiénés előszűrés és a prevenció hatékony eszköze. A konzultációs ülések kiértékelésén keresztül állapítható meg a további indikáció, azaz a kliens mit és mennyit hasznosít ebből a munkamódból, hogyan hatnak a határok (idői és téri) a szorongásra, mire „használja” a konzulenszt. Így az ülések a ventiláció, a terápiás munkamód és gondolkodás próbája, a kognitív strukturálódás és a problémában való eligazodás terepe, a motiváció és a terápiás kapcsolat megalapozása. Mivel a módszer a pszichoanalízis módszertanából vett áttételi viszonyok értelmezésére (ami nagy koncentrációt és lelki terhelést jelent a konzultásnak) épít, a szupervíziós csoportnak kiemelt szerepe van a megértésben és a megtartásban. Segíti a pszichodinamikai eseményekben való gyors tájékozódást, a problémák selekcióját és a módszertani stratégiák kialakítását. Az analitikusan orientált (Bálint csoport) szupervíziós csoportban a konzultáns megjeleníti a klienssel való kapcsolatát, a többiek a páciens által keltett viszontáttételi érzéseik mentén reflektálnak. Így ebben a konzultációs módszerben kiemelt jelentőségű az első találkozás élménye (dinamikus első interjú – fókuszban a szcenikus elemek).

Hazai pszichológiai tanácsadó modellek

Az alkalmazott hazai pszichológiai tanácsadó modellekről átfogó tanulmány mindezidáig nem született, a felsőoktatási tanácsadói műhelyek leírásai csak szórványosan lelhetők fel a hazai szakirodalomban. Ezért jelen tanulmány csak példajelleggel emel ki három magyarországi felsőoktatási tanácsadó intézményt, melyekhez vagy adott a szakirodalmi

hozzáférés, vagy a szerzők személyes tapasztalatai alapján bemutathatók.

A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem (BME) a Hallgatói Szolgáltatási Igazgatóság (HSZI) irányítása alatt nyújtja a pszichológiai tanácsadási szolgáltatást az egyetem hallgatói számára. Évente körülbelül 250 hallgató vesz részt pszichológiai tanácsadási folyamatban, a tanácsadó team (amely két pszichológusból és két klinikai szakpszichológusból áll) egy időben összesen körülbelül 70 fiatalt lát el. A szolgáltatás nyári szünet nélkül, az év 12 hónapjában elérhető. Az egyetemi tanácsadó egyéni és csoportos önismereti és készségfejlesztő tréningeket kínál. A leggyakoribb problémák az önértékelési és önbizalommal kapcsolatos kérdések, a pályaválasztáshoz és a tanulmányok teljesítéséhez kapcsolódó nehézségek, és sokan kérnek segítséget párkapcsolati vagy családi gondjaik feldolgozásában. A BME tanácsadójában alkalmazott módszerek a szakember team módszertani eszköztárától (kognitív-viselkedésterápiás, pszichodramatikus megközelítések) és a kliens fogékonyságától függenek. A várólisták csökkentésére módszertani újításokkal próbálkoznak, bejelentkező kérdőívet vezettek be, amely mérőeszköz is, a probléma jellegéről és súlyosságáról ad információkat (például az esetlegesen fennálló depresszió mértékről vagy arról, hogy a hallgatónak vannak-e az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatai stb.). Ezután több lehetőséget kínálnak: a hallgató dönthet úgy, hogy fókuszáltan, egy jól behatárolható, érzelmileg megterhelő élethelyzet megoldásában szeretne segítséget kapni egy 4 alkalmas tanácsadási folyamat keretében, amelyre várhatóan gyorsabban bekerül. Ha hosszabb ideje húzódó, több területet érintő problémája van, akkor a 8 alkalmas tanácsadási folyamatot javasolják neki, ami mélyebb

és összetettebb problémák feltárására is alkalmas, az utóbbira azonban átlagosan másfél-két hónap a várakozási idő. Továbbküldés esetén, amíg lehet, tartják a kapcsolatot a kliensekkel (bme.hu).

A Debreceni Egyetem (DE) Mentálhigiénés Szolgáltató Irodája monista, individuálpszichológiai szemléletű pszichológiai tanácsadást és terápiát kínál a hallgatók számára. Az egzisztencialista konzultáció (terápia) az egyén egyediségére helyezi a hangsúlyt, nézőpontja szerint az egyének döntéseikkel formálják életüket, így megilleti őket a döntés szabadsága, amely azonban szorongással is jár. Nincs egységes módszertana, a konzultációt a nyitottság, érdeklődés, konfrontáció, tisztázás jellemzik, a hangsúly a kapcsolaton van. Az egzisztencialista tanácsadás célja, hogy eljuttassa a klienst a döntéshozatal és a tudatosság felelősségének vállalásáig. Módszereit tekintve a megközelítésnek az a célja, hogy az egyént hozza közelebb saját magához és élményeihez (Trull és Phares, 2004, idézi Szabó, 2015). Az egzisztencialista módszer a személyközpontú és gyakorlati, élményközpontú terápiák egyikének tekinthető. A konzultáció középpontjában a kliens áll, a rogersi alapelvek (empátia, feltétel nélküli elfogadás, hitelesség) adják személyközpontúságát. De legalább annyira fontos a módszerben a tapasztalati megközelítés, mely alapján az egyén élményei állnak a középpontban. A fókusz az egyének döntéseinek meghozatalán, illetve az ehhez szükséges felelősségvállaláson van. A rövid (terápia) konzultáció 4–6 alkalmas, amit egy hónapos utánkövetés kísér (személyesen vagy levélben). Egy alkalom 55–60 perc, a konzultációk között átlagosan két hét telik el, a találkozások között a kliens házi feladatokkal dolgozik. A konzultációk nulladik lépése az első találkozást is jelenti, amikor tanácsadó és

kliens kialakítja a segítő kapcsolatot, feltárja a problémát (esetleges tüneteket). Az első lépés a célok meghatározása és a szerződéskötés. A második lépésben a célok felé való elmozdulás kezdődik, a felmerülő egzisztencialista kérdések tisztázása mellett. A harmadik lépésben az egzisztencialista kérdés, illetve a belső élmények alapján a kliens számára elképzelhető megoldás, felelősségvállalás kérdésköre kerül megbeszélésre. A negyedik lépésben az esetlegesen bekövetkező változások felismerése, önreflexió zajlik. Az ötödik lépés a további kérdések tisztázása és a lezárásra való előkészület jegyében telik, a hatodik lépés pedig a lezárást jelenti.

Az Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) több mint 30 éves múltú visszatekintő ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Karához (PPK) tartozó Életvezetési Tanácsadója (a továbbiakban: ÉT) 2015-ben szervezetileg is megújult formában, már ez elejétől fogva tervezett módon, 3 pillérré alapozva kezdte meg működését. Az 1. pillér a tanácsadó szolgáltató egységét jelenti, amely egyéni és csoportos pszichológiai tanácsadást nyújt az egyetem hallgatóinak és dolgozóinak. A 2. pillér az oktatásra fókuszál, azaz a tanácsadó a pszichológusképzésben (a tanácsadás MA és a szakképzés szintjein) részt vevő hallgatók szakmai gyakorlóhelye, a 3. pillér a tudományos kutatást helyezi a fókuszba, amely a pszichológiai tanácsadás elméleti és gyakorlati alkalmazhatóságának, hatótényezőinek vizsgálatával foglalkozik, monitoring és publikációs tevékenységet folytat. Mindhárom pillért összefogja az egyéni tanácsadói keretekre kidolgozott hatalkalmas tanácsadói modell, melyet a napi alkalmazása mellett az oktatásba is bevonnak, továbbá az egyéni tapasztalatokra építve elméleti és gyakorlati alkalmazhatóságát kutatásokkal is igazolják. Az ELTE ÉT jelenleg

3 teljes állású és 2 félállású pszichológusi státusszal működik, de az állandó csapatot további, speciális szakterülettel (pl. pszichoszomatika, klinikai diagnosztika, traumák, genderszemponitú tanácsadás) rendelkező szakemberek egészítik ki eseti jelleggel. Továbbá az ELTE ÉT szakmai koordinálója az egyetemi tanácsadásnak (a PPK-n kívül 2 másik karon van saját pszichológiai szolgáltatás (IK és ÁJK). A fő szolgáltatási profilt az egyéni tanácsadás jelenti, amelyet az egyetem mind a 28 ezer hallgatója, továbbá az egyetemmel munkaviszonyban lévő dolgozók (kb. 4500 fő) is térítésmentesen vehetnek igénybe. Továbbá minden félévben autogén tréning kurzusokon és a szakmai gyakorlati csoportok keretében önismereti és készségfejlesztő workshopokon is részt vehetnek az egyetem polgárai. Az ELTE ÉT továbbá szoros együttműködésben vesz részt az egyetem erőszakmegelőzési koncepciójának kidolgozásában, az ombudsmani rendszer kialakításában és az áldozatsegítésben. Ezen túlmenően a gólyatáborokban is minden évben elérhetőek a tanácsadó pszichológusai. A tanácsadóban előforduló leggyakoribb problémák illeszkednek a többi felsőoktatási intézményben tapasztalat problémakörökhöz. Az ELTE ÉT-ben is gyakoriak a tanulási nehézséggel, kapcsolatteremtési problémákkal, teljesítményszorongással kapcsolatos problémák, de a hangulatzavarok, egyéb szorongásos zavarok, pszichoszomatikus tünetek, továbbá akcidentális és fejlődés krízisben lévő kliensek is megfordulnak. Az egyéni tanácsadás alapját a hatalkalmas ELTE modell adja, amely három részből áll össze. Az első a modell alapját képező hatalkalmas egyéni pszichológiai tanácsadási folyamat, amely a Magyar Pszichológiai Társaság Tanácsadás Pszichológiája Szekciójának pszichológiai tanácsadási protokolljával összhangban

1. táblázat. Három magyar felsőoktatási tanácsadói modell összehasonlítása

	ELTE	Debrecen	BME
szemlélet	eklektikus	egzisztencialista	eklektikus
alkalmak száma	1–6 (átlag: 4)	4–6 (+1)	4/8 (kétszintű)
kliensek típusa	egyetemisták/(fiatal) felnőttek	egyetemisták/(fiatal) felnőttek	egyetemisták/(fiatal) felnőttek
módszer(ek)	technikai ekleticizmus + nem specifikus hatótényezők (tanácsadó alapkészségek)	– személyközpontú és gyakorlati, élményközpontú – kétheti, házi feladatok – döntés, felelősség	technikai ekleticizmus + nem specifikus hatótényezők (tanácsadó alapkészségek)
fókusz	problémán (kapcsolaton) „itt és most”	felelősségvállaláson, jövőn, életterveken, kapcsolaton	problémán (kapcsolaton) „itt és most”
szupervízió	igen (3 szintű)	? (nincs elérhető információ)	igen
továbbküldés	lezárás/továbbirányítás	lezárás/továbbirányítás	lezárás/továbbirányítás

került kialakításra. A második rész az egyéni folyamathoz szorosan kapcsolódó többszintű szupervízió, amely egyéni és csoportos formában biztosít szakmai támogatást. A modell harmadik pillére pedig a továbbküldőrendszer szoros integrációja, amely a tanácsadói modell kereteibe nem illeszkedő kliensek pszichoterápiás ellátását biztosítja és követi, az állami és magánintézmények bevonásával. Az ELTE ÉT szakembergárdája leginkább pszichodinamikus, családi rendszerszemléletű és kognitív irányból közelít a felmerülő problémákhoz. A teljes modellt részleteiben egy későbbi fejezetben ismertetjük.

Tanácsadói modellek összehasonlítása

Az ELTE-modell a korábban már bemutatott két másik, nemzetközi tanácsadó modell (Tavistock-modell és ABCDE modell) közé helyezhető el, azok jellemzőit sok aspektusban hordozza magán. A modellek összehasonlítása lehetőséget biztosít arra, hogy közös jellemzőiket és eltérő működésüket, előnyeket és hátrányaikat kiemeljük. A másik két modellel való összehasonlítást azok szakirodalmi beágyazottsága és szakmai dokumen-

tálságuk, továbbá hasonló és eltérő jellemzőik indokolják. Szemléletüket tekintve a Tavistock-modell monista, azaz emberképében, magyarázó elméleteiben és módszertanában a pszichodinamikus iskolához tartozik. A problémák értelmezésében, a beavatkozások tervezésében a pszichoanalitikus hagyományból építkeznek. Ezzel szemben mind az ELTE-modell, mind az ABCDE modell plurális szemléletű, rugalmasan, több nézőpontból, a kliens igényeihez igazítva értelmezi a problémát és választ hozzá beavatkozási módot. Ahogy Fonyó és Pajor (1998, idézi Szabó, 2015) fogalmaz, az egy szempontú elmélet egy szilárd keretet alkot a konzultáns számára, amelyben használhatja kreatív gondolatait. A monista szemléletű tanácsadói modellek erőteljesebben építenek az elméleti keretek szilárdságára. Ugyanakkor pont a kreativitás az, aminek a plurális megközelítés is kedvez azzal, hogy szabadon adaptálja a lehetőségeit a kliensek változó igényeihez. Azonban ez a több szempontú értelmezési lehetőség a beavatkozások tervezését elnyújthatja, amely az időkorlátos folyamatok esetén hátrányos a beavatkozás

2. táblázat. Tanácsadói modellek összehasonlítása

	Tavistock-modell	ELTE-modell	ABCDE modell
szemlélet	monista	plurális	plurális
módszertan	pszichodinamikus	eklektikus	integratív
ülésszáma	1–4 (kötött) +1 utánkövetés (átlag: 4)	1–6 (dinamikus) +1 utánkövetés (átlag: 5)	1–5 < (szabad) (átlag: 5)
kliensek típusa	serdülők/fiatal felnőttek	egyetemisták/(fiatal) felnőttek	egyetemisták/(fiatal) felnőttek
beavatkozás módja (módszerek)	áttételek–vizontáttételek értelmezése a kapcsolatban (kapcsolati mintázatok), védekező mechanizmusok tudatosítása, munka a szeparációs szorongással	technikai eklektizmus + nem specifikus hatótényezők (tanácsadó alapkészségek)	megoldásorientált, énerősség-központú 5 szemléletet (kapcsolati, behaviorista, kognitív, dinamikus, egzisztenciális) integrál
fókusz	változó	változó	változó
szupervízió	igen (szoros)	igen (szoros, 3 szintű)	igen (szoros)
lezárás	lezárás / terápiába vétel / továbbirányítás	lezárás/továbbirányítás	lezárás / terápiába vétel / továbbirányítás
szakemberek végzettsége	(pszichoanalitikusan orientált) pszichoterapeuta	pszichológus (tanácsadó és/vagy klinikai szakpszichológus)	pszichoterapeuta
specializációk	erős szemléleti és módszertani hagyomány, biztonság, integrált szupervíziós team	3 pillér: – minden képzettségi szinten alkalmazható tanácsadói keret – 3 szintű integrált szupervízió – integrált továbbküldő rendszer	hermeneutikai keret, a módszertani pluralizmus nyújtotta rugalmasság

sikerességére. A szemléletből gyakran következik a módszertan, amely hasonló jellemzőket hordoz magában a modellek esetében. A monista szemléletű, dinamikus modell módszertanában is pszichoanalitikus gyökerekből indul ki és a tanácsadói (terápiás) kapcsolatot emeli a középpontba, a kliens belső világában leképződő érzelmi mintázatok mentén. Erőteljesen „használja” a tanácsadót, aki a módszer időkorlátos jellegének ellenére teljes belső világával vesz részt a folyamatban. Diagnosztikai és dinamikai szempontból is épít az időkorlátra, ebből fakadóan abban szigorú. Az elméleti és módszertani hagyomány a kezdetektől magabiztossággal ruhazza fel a tanácsadót. Az ELTE-modell esetén a módszertani eklektizmus az azt használó tanácsadók módszertani képzettség-

ének függvénye. A hatalkalmas folyamat, összhangban a tanácsadói modellek alapjellemezőivel, problémafókuszált, erősen épít a nem specifikus hatótényezőkre, kliensköz-pontú és időkorlátos.

Az időkorlátos pszichológia tanácsadói modell alkalmazásával, az időkorlátos pszichoterápiák settingre vonatkozó korlátai és lehetőségei ebben a modellben is érvényesek. Az időkorlátos pszichoterápiák – különösen a dinamikus pszichoterápiák – esetén a kliensek kiválasztása és a fókusz kialakítása a beavatkozás sarokpontjai. Maga az időkorlát fontos lélektani és módszertani hatással bír a folyamatra. Ahogy a dinamikus modell esetében látható volt, az időkorlát mozgósítja az egyén megküzdési és munkakapacitását, reményt és bizalmat kelt, miközben

megóv a szeparáció szorongató élményétől, lehetőséget kínálva az autonómiára és a felelősségvállalásra. Az alkalmazott szemlélet és módszereket tekintve azonban eklektikus, a konkrét beavatkozási módok a szakembergárda módszertani képzettségének függvénye. Az eklekticizmusból adódóan nem épít az elmélet szilárdságára, sokszor spekulatív. Az ELTE-modell esetében, ahogy korábban többször jellemeztük, a nem specifikus hatótényezők szerepe kiemelt, azonban maga az időkorlát nem kedvez ezen hatótényezők kibontakozásának. Módszertani eklekticizmusával együtt talán ez a modell egyik kritikus pontja: a beavatkozások esetén jobban kezeli az aktuálisan felmerülő nehézségek intervencióját, a régóta fennálló, mintában tömörülő, „karakter” jellegű nehézségek megoldását nehezebben támogatja. Ezzel szemben a heidelbergi egyetem által kidolgozott ABCDE modell integratív, amely bár hasonló plurális szemléleti háttérrel rendelkezik, koherens modellbe foglalja a különböző módszerek előnyeit. A modellben foglalt öt szemléleti keret elméletben ki is jelöli a folyamat öt állomását, ám az egyes módszertani állomások sorrendje nem kötött. A teljes folyamat végighalad az összes elméleti és módszertani lépcsőfokon, de olykor egy ülésen belül is megjelenhet ezekből több, vagy akár az összes. Másrészt a modell nem épít szigorúan az időkorlátra, ami lehetőséget teremt a hosszabb tanácsadói folyamatoknak. A nyílt végű tanácsadói eljárás nagyobb szabadságot biztosít a tanácsadóknak, ugyanakkor az időkorlát hiányában kedvez az időkorláttal feloldott lélektani folyamatok, mint a nagyobb regresszió, a kisebb erőfeszítés és kisebb felelősségvállalás kibontakozásának. Erősen épít a tanácsadó szakmai tapasztalataira. Mindhárom modell alkalmas a felsőoktatásban részt vevő hallgatók (fejlődési és

akcidentális kríziseinek) problémáinak kezelésére. A beavatkozások módja az egyes modellekben illeszkedik a választott szemléleti és módszertani alapokhoz. A beavatkozás fókusza mindhárom modell esetében változó. A Tavistock-modell a felmerülő problémát a kötött dinamikus szemléleti keret nézőpontjára fordítja le, és ez alapján határozza meg a beavatkozás fókuszát. Bár szintén épít a nem specifikus hatótényezőkre, a többi modellhez viszonyítva direktívebb és kevésbé kliensközpontú, mivel a klienst illeszti az értelmezési kerethez és nem fordítva. Ezzel szemben az ABCDE modell törekszik arra, hogy a kliens problémáját mind az öt értelmezési keretre „lefordítsa”, a problémához és a kliens jellemzőihez illesztve, a legnagyobb hatékonyság elérését kitűzve választja ki a fókuszot vagy az öt módszer integrálásának arányát. Az ELTE-modell esetében nagyobb hangsúly van a nem specifikus hatótényezőknél és az aktuális problémafókuszánál, a szemléleti fókusz meghatározásában és alkalmazott módszer kiválasztásában a kliens problémájához leginkább illeszkedő beavatkozást választja.

Mindhárom modell erősen épít a szupervízióra. A Tavistock-modellnek elengedhetetlen része az áttételi folyamatok megértését segítő szupervíziós csoport, amely támogató közegként is szolgál. Az ABCDE modell is épít a szupervízióra, mind a kiképzés, mind az alkalmazás fázisában. A modell alkalmazta módszer magabiztos használatát elsajátítandó a team egyszerre segíti a problémák modell szerinti értelmezését és a fókusz kiválasztását. Az ELTE-modell ötvözi a két másik modell szupervíziós előnyeit és három szupervíziós szinten kínál értelmezési és támogatási lehetőséget a tanácsadók számára. Az összes egyetemi tanácsadó (a külön karokon található tanácsadókat is beleértve) számára

kialakított szupervíziós „nagy csoport” a különleges vagy éppen gyakori esetek megértésében támogat és javasol beavatkozási módokat a szemléleti változatosság előnyeivel. Az ELTE ÉT-ben teljes állásban lévő szakemberek „kiscsoportos” szupervíziója az esetek dinamikus megértését támogatja. Továbbá a „kiscsoport” tagjai intervízióban (Bálint-módszerrel) is dolgoznak a megterhelőbb esetekkel. Ezenkívül van lehetőség egyéni szupervízióra is. Mivel az ELTE-modell eklektikus módszertannal dolgozik, így a többszintű szupervízió kiemelten fontos a megfelelő beavatkozások tervezhetősége szempontjából.

A lezárás kérdése mindegyik modell esetében fontos, ez különösen igaz az ELTE modelljére. Míg a dinamikus és az integratív modellek esetén a lezárás a pszichoterápiába vétel lehetőségével is rendelkezik, ezért ezen modellek esetében a továbbküldés lehetősége kevésbé releváns kérdés. Az ELTE modelljének azonban a továbbküldés fontos pillére, mivel a terápiába vételre ebben a settingben nincs lehetőség. Ezért mind az állami, mind a magán egészségügyi ellátórendszerrel való szoros és integrált együttműködés kiépítése (klienskövetés, kedvezményes térítési lehetőségek kialakítása) különösen lényeges. A terápiába vétel lehetősége a modellben dolgozók szakmai végzettségét is kijelöli. Mind a Tavistock-, mind az ABCDE modellben kizárólag tapasztalt pszichoterápiás végzettséggel rendelkező szakemberek dolgoznak és dolgozhatnak. Az ELTE modelljének egyik előnye, hogy a végzettségek bármely szintjén (pszichológushallgatóktól a pszichoterapeutákig) alkalmazható, a beavatkozás szintje a képzettségi szinthez igazítható.

ELTE-MODELL – HATALKALMAS TANÁCSADÓI MODELL

Az ELTE ÉT a felsőoktatási diáktanácsadók rendszerére szabva, továbbá az MPT tanácsadói protokolljának tanácsadói folyamatával összhangban hozta létre saját modelljét. Az ELTE-modell a tanácsadói folyamatba időkorlátot emelt be, és hat alkalomban határozta meg a tanácsadói ülésszámokat. A hat alkalom lefedi a tanácsadói folyamat mindhárom szakaszát. Az első lépés a modellben a kapcsolatteremtés fázisa, amikor a tanácsadó és kliense először találkozva megkezd a segítő kapcsolatra való hangolódást. A legtöbb pszichoterápiás eljárás közös eleme a nem speciális hatótényezők köre, amely a kliensközpontú szemléletből adódik és magában foglalja a kongruenciát, empátiát és a teljességgel elfogadást. Ezen három nem speciális hatótényező az első találkozás alkalmával különösen fontos jelentőséggel bír, egyszerre informál és megteremti azt a kölcsönös érzelmi és bizalmi teret, amiben megkezdődhet a lélektani munka. A második lépésben az első interjú következik, amely magában foglalja az Argelanderi-i vagy a klinikai első interjúból vett elemeket, az anamnézisre, a problémák körének felvázolására, a lehetséges összefüggések, információk megszerzésére irányul. De sosem a kikérdés formáját ölti, inkább az empatikus megértésen keresztüli feltárás terepe. Hogy melyik típusú interjút alkalmazzuk, az nagyban függ a felvázolt probléma típusától és a tanácsadó módszertani szemléletétől. Ebben a fázisban kerülnek megfogalmazásra a tanácsadói munka keretei, az ülések száma, helye, ideje, módja. Gyakori, hogy eltérő tanácsadói modellekben az első két fázist egybevonják. Ugyanakkor mi úgy gondoljuk, hogy fontos az első interjút megelőző kap-

csolatfelvételt külön lépésként kezelni, amikor a tanácsadó dinamikus módon, időt és teret engedve a másikkal való kapcsolatba lépésre vesz részt a találkozásban. Ezzel a lépéssel alapozható meg az a lélektani tér és bizalom, amiben a közös munka elindulhat. A harmadik lépésként az exploráció történik, amikor kliens és tanácsadója együttes erővel törekszik a probléma minél széleskörűbb feltárására. Ebben a felszínen megfogalmazott elsődleges problémák tovább-bontása folytatódik alternatív, olykor fedésben lévő problémák megtalálásának irányába (pl. gyakori, hogy a tanulási nehézségek mögött nem a rossz tanulási technika áll, hanem valamilyen érzelmi, kapcsolati kérdés miatti szorongás). A negyedik alkalommal a probléma meghatározása, azaz a fókusz kialakítása történik, megfogalmazva az elérendő célt és az ahhoz vezető utat. A fókusz meghatározása az aktuális probléma és a megelőző tanácsadói diagnosztikai munka eredményeinek összevetésével történik. A pszichológiai tanácsadás protokolljával összhangban az ÉT közös diagnosztikai és szemléleti keretei az Erikson-féle pszichoszociális fejlődélmélet (kiemelt fókuszban az identitás szerveződése), a személyközi kapcsolatok minősége (pszichodinamikai szempontok), az egyén erőforrásrendszere és a családi rendszer működésének tengelyében helyezkednek el. A fókusz meghatározó gyakori szempont továbbá a probléma aktuális vagy krónikus jellege, azaz régóta fennálló, vissza-visszatérő nehézségről van szó, vagy akutan létrejött nehézségről. Krónikus problémák esetén is a jelenben éppen feléledő és meghatározó nehézség és annak korábbi sikertelen megoldási módjai kerülnek a fókuszba. De mindent kiegészítik további, az eset egyediségéhez kapcsolható elméleti nézőpontok. Az ötödik alkalom az alternatív megoldások keresésé-

nek fázisa. A negyedik és ötödik lépés a gyakorlatban ritkán különül el élesen egymástól, mivel a fókusz meghatározásával (amelyet már így is komoly lélektani munka előz meg) egy időben már jó néhány korábbi (zömében sikertelen) megoldási módra fény derül, így az új, másodlagos változás (Watzlawick) felé vezető megoldások meghatározására kerül a hangsúly. A modellt jellemző módszertani eklekticizmus okán a megoldások meghatározása sokféle lehet, a belátástól, a konkrét viselkedéses változáson át, az elfogadás, a családi rendszer módosításának lehetősége vagy nagyobb felelősségvállalás irányába. A végső lépés a generalizáció, azaz a korábban meghatározott megoldási módok cselekvésbe fordítása. A hatalkalmas modell utolsó fázisában a konkrét cselekvések sikerességének áttekintése, a további lehetséges fejlődés iránya és a lezárás történik. A lezárás magában foglalja a kitűzött célok elérésének értékelését és a folyamat tényleges lezárását. A modell hat alkalma eseti jelleggel bővíthető, gyakori az egy hónapos utánkövetésre megajánlott plusz egy alkalom, amely lehetőséget biztosít a nehezen szeparálódó vagy bizonytalan kliensek számára, hogy időben tárgítsák a folyamat nyújtotta biztonságos kereteket. Akut krízis esetén azonban szabadon növelhető az ülészsám.

A hatalkalmas modellben szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy az alkalmak bővítésének igénye mindig párhuzamban áll az eset nehézségével, amely általában a megfelelő fókusz megtalálásának nehézségében jelentkezik. Ezen tapasztalatok fényében a hatalkalmas modell szükséges feltétele a szoros szupervízió lehetősége. Az ELTE ÉT modell részét képezi a speciális szupervíziós keret, amely három szinten teszi lehetővé a felmerülő kérdések szakmai megbeszélését. Az első szinten – ezt a modellben

„nagycsopornak” hívjuk – az ELTE teljes tanácsadói hálózatának minden tagja részt vesz, itt a különleges vagy éppen a nagyon hasonló esetek eltérő tanácsadói nézőpontokból való értelmezése és a megoldási módok kidolgozása történik. A második szupervíziós szinten található a „kiscsoport”, amely az ELTE ÉT-ben dolgozó, teljes állású és állandó tagok szakmai fóruma. Ezen a szinten a szupervízió egy-egy eset mélyebb, dinamikai kibontását teszi lehetővé. A setting harmadik szintjén az állandó pszichológus kollégák intervíziója (Bálint-csoportos formában) zajlik. Ez a terület az azonnali kérdések és problémák, továbbá a ventilálás terepe. Közel 300 kliens és több mint 100 óra szupervízió tapasztalatai alapján a leggyakoribb szupervíziós kérdések az ülészsám hosszabítása, a lehetséges fókusz körvonalazása, a beavatkozás mélysége, iránya és módja (módszerspecifikus kérdések), továbbá a továbbküldés lehetőségei voltak. A szupervíziós kérdéseken keresztül jól elkülöníthetők és besorolhatók voltak az esetek aszerint, hogy mennyire illeszkedtek a hatalkalmas modellbe. Wiegiersma (1992, idézi Lisznyai és Murányi stb.) segítő kapcsolatokra vonatkozó modelljét vettük alapul, amely a segítő kapcsolat minőségét osztályozta, illetve rendelte problémátípusokhoz. Különösen jól használható az általa felvázolt rendszer a pszichológiai tanácsadás szempontjából, mivel problémadefiníciók és diagnosztikus megközelítések helyett a döntést tekinti az emberi problémák alapmodelljének. A döntés minősége és krízisprovokáló potenciálja határozza meg az intervenció formáját. Az 5 szint:

A) A kliens döntéséhez csupán információra van szükség – amennyiben a szükséges információ birtokába jut, a döntés egyértelművé válik (információs tanácsadás).

B) A második szinten nem csupán az információ, de a döntés főbb szempontjai is hiányoznak – ki kell dolgozni magukat az értékelés dimenzióit a segítő kapcsolatban (döntési dilemma).

C) A harmadik szinten krízisprovokáló dilemmák húzódnak, ahol a döntést nem lehet sokáig halogatni, illetve egyik alternatíva sem túl kecsegtető, minden megoldás veszteségekkel, áldozatokkal jár (krízisintervenció szint).

D) A negyedik szinten a döntés meghozatalához komoly önismereti munka szükséges, amely által megfogalmazódnak a sok esetben komoly dilemmák (neurotikus szint).

E) Az ötödik szinten a személyiség dezorganizált, elsősorban szupportív megközelítésekre van szükség, hogy a kliens képes legyen az öngondoskodásra és az autonómiára, amely a döntési képesség alapfeltétele (pszichoterápiás szint).

Wiegiersma modelljét felhasználva és kiegészítve a rövid konzultációs módszerek specifikumaival, továbbá a hatalkalmas modellben szerzett tapasztalatokkal az ELTE tanácsadási esetei a hatalkalmas modell keretében három típusba sorolhatók. Az első csoportot a „jól illeszkedő” kliensek alkotják, akiknél könnyű a rapport kiépítése, jól definiálható a fókusz és jól tarthatók a tanácsadás keretei. Ebbe a csoportba Wiegiersma (innen-től W) besorolása szerinti A-B-C esetek kerülhetnek. A második csoportba a „keretfe-szegető” kliensek kerülnek, akiknél a rapport kiépítése fluktuálódó, dinamikus és az egész folyamat alatt fókuszban marad, a fókusz összetett és nehezen meghatározható, továbbá a tanácsadás keretei (a 6 alkalom megtartása) is nehezen fenntarthatók. Ebbe a csoportban a W: (C)-D esettípusok kerültek. Itt már gyakoriak a krízisszituációk, melyek gyakran valamilyen tartósan fennálló, a sze-

3. táblázat. ELTE ÉT esetei a hatalkalmas modell tükrében

	„Jól illeszkedő” esetek	„Keretfeszítő” esetek	„Nehezen/egyáltalán nem illeszkedő” esetek
Wiegersma (W) szerinti besorolás	A-B-C	C-D	D-E
Tanácsadó folyamat jellemzői	– könnyű rapportépítés – jól definiálható fókusz – jól tartható tanácsadói keretek	– rapport kiépítése fluktuálódo, dinamikus (az egész folyamat alatt fókuszban marad) – fókusz összetett és nehezen meghatározható – tanácsadói kereteik (a 6 alkalom bővítése felmerül) is nehezen fenntarthatók	– rapport építése nehéz, vagy a szűk időkeretben lehetetlen – a probléma mindent átható és nehezen definiálható, az egyén összes életterületét lefedő – a tanácsadói keretek nehezen vagy egyáltalán nem tarthatók
Szupervíziós kérdések (gyakoriság szerint)	– felmerülő konkrét információkkal kapcsolatban (pl. ösztöndíj, pályázatok, tanulmányi kérdések)	– rapport (és a folyamat) elakadásával – fókusz meghatározásával – 6 alkalom bővítésével – továbbküldési lehetőségekkel – áttételi érzésekkel kapcsolatos kérdések	– a keretfeszítő esetek szupervíziós kérdései itt is megjelennek – több kérdés, nagyobb fókusz a tanácsadó érzelmi reakcióin (vizontáttétel) – terápiás „szocializációt” felkészítő kérdések
Esetpéldák	Akut problémák: szakirányválasztás, tanulmányi teljesítményromlás, kapcsolati-párkapcsolati kérdések, szocializációs nehézségek, kapunyitási pánik	Régi, visszatérő problémák: – szubklinikai (klinikai) tünetek: hangulatingadozások (depresszió), szorongások (szorongásos zavarok) – teljesítményszorongás, önértékelési nehézségek, tartós, ismétlődő kapcsolati-párkapcsolati problémák – akcidentális és fejlődési krízisek – identitásdiffúzió speciális (patológiás családi működésből fakadó) formái	Tartós, visszatérő nehézségek: – tartós elakadás a munkában, családban, teljesítményben, kapcsolatokban, a személyiség fejlődésében – klinikai tünetek – (korai) traumatizáció – karakter- és személyiségzavarok

mélyiség rejtett és negatív reakciómintázataiból fakadnak. Ebből a csoportból kerül ki a szupervíziós esetek egyik jelentős része. A harmadik csoportot azok a kliensek jelentik, akik „egyáltalán nem illeszkednek” a hatalkalmas kerethez. Ezekben az esetekben a rapport építése nehéz, vagy az időkeret szűkössége folytán lehetetlen, a probléma mindent átható és nehezen definiálható, az egyén összes életterületét lefedő, ennek következtében a hatalkalmas modell keretei nehezen vagy egyáltalán nem tarthatók. Ide sorolhatók

a W: D-E kliens típusa, a komolyabb karakterproblémákkal, személyiséget érintő deficiettel, dezorganizáltsággal küzdő, pszichoterápiás ellátást kívánó esetek. Mindezek fényében a hatalkalmas modell egy intenzív, direktívebb, pszichoedukatív, jelen fókuszú (régmúlt a jelenben), eklektikus szemléletű és módszertanú, a szupervíziót és a továbbküldést szorosan integráló eljárás.

Az ELTE hatalkalmas modellje két típusú lezárást tesz lehetővé. Az egyik a folyamat lezárásával és értékelésével végződik, a másik

pedig a lezárás utáni továbbküldés lehetőségével. A nemzetközi tanácsadók számottevő része mentálhigiénés ellátása portfóliójában a terápiába vétel lehetőségét is biztosítani tudja, ám az eltérő jogi szabályozás miatt az ELTE a terápiába vétel lehetőségét nem tudja az egyetemi hallgatónak felkínálni. Ezért az ELTE ÉT több javaslatot tett az egyetem frissen kidolgozott egészségstratégiájában a mentálhigiénés ellátás fejlesztésére. Ezen belül az egészségügyi szolgáltatások bővítésére, mint amilyen a kampuszokon belül működő üzemorvosi funkció háziorvosi hatáskörrel való bővítése (ami a vidéki állandó lakhelyű hallgatónak kiemelkedően fontos), illetve állandó pszichiáter foglalkoztatására az egyetemi üzemorvosi rendszeren belül. A mentálhigiénés ellátás bővüléséig az ELTE ÉT tanácsadója az esetek nagy részében vagy az egészségügyi ellátórendszerbe, vagy magán-ellátórendszerbe irányítja a pszichológiai tanácsadás kereti között nem kezelhető klienseket. Ez több szempontból veszteséggel jár, mind a mentálhigiénés folyamat, mind a kliens, mind a tanácsadó intézmény, mind pedig az egyetem számára. A kliens részéről a kialakult bizalmi kapcsolatba kerülés, a separáció megélése, majd az újra terápiába kerülés lélektani munkája erősödik fel, továbbá egy új folyamat kezdetén a kliensnek gyakran ismét elejétől kell kezdenie egy már megkezdett folyamatot egy másik szakemberrel. Továbbá a továbbküldés a klientsztől újabb erőfeszítést kíván, hiszen az új helyre ismét be kell jelentkezni és oda el is kell menni. Ez főként pontosan azoknál a klienseknél kritikus, akik egyébként is valamilyen klinikai problémával, személyiségzavarral küzdenek és pontosan ezért nem „férnek bele” a pszichológiai tanácsadás keretébe. A tanácsadó (ÉT) szempontjából egyrészt információs veszteséggel jár a továbbküldés, mert a leg-

több egészségügyi ellátóhely forrás- és kapacitáshiány miatt ritkán követi és osztja meg a klienssel kapcsolatos információkat más intézményekkel. Így gyakori, hogy az ÉT elveszíti szem elől azokat a klienseket, akiket továbbküld, és akik a problémáik nehézségeinél fogva gyakran kerülnek vissza ismét az egyetemi mentálhigiénés ellátórendszerbe. Továbbá a továbbküldés lehetséges intézményei eltérő problémákkal és pácienskörrel dolgoznak, sokszor speciális profillal (van olyan intézmény, amely ambulánsan is látogatható, a másik azonban megköveteli a hosszabb ideig tartó hospitalizációt, amely akár az egyetemi tanulmányok átmeneti felfüggesztését is igényelheti), így a felmerülő problémák és lehetőségek mérlegelésekor a tanácsadó sokszor szintén információhiányban szenved. Harmadrészt az egyetem számára a kezeletlen (a továbbküldést visszautasító kliensek esetén) vagy visszaeső, az oktatásból kimaradó vagy lemorzsolódó hallgatók jelentenek komoly veszteséget. A vázolt működési keretek között az ELTE ÉT így arra törekedett, hogy minél szorosabb szakmai kapcsolatokat alakítson ki az egészségügyi ellátórendszer szereplőivel. Ennek keretében az elmúlt 2 évben több intézménnyel is felvettük a kapcsolatot, intézménylátogatásokat szerveztünk. Elsőként a Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézet Krízisintervenciós és pszichiátriai osztályával építettünk ki szorosabb szakmai kapcsolatot. Együttműködési szerződés keretében az osztály összehangoltabb összeköttetést tart fenn a tanácsadóval, törekszünk a klienseink kölcsönös követésére. Ezenkívül kapcsolatot építettünk a Thalassa Ház – Pszichoterápiás és Pszichiátriai Rehabilitációs Intézetével, továbbá az OORI Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztályával. A jövőben tervben van további intézmé-

nyekkel való kapcsolatfelvétel, speciális intézményekkel (evészavarok, ptsd stb.), továbbá a magán-ellátórendszer alapítványi (és így kedvezményes térítés mellett igénybe vehető pszichoterápiás szolgáltatást nyújtó) szereplőivel. Az így kialakított továbbküldőrendszer további közös fejlesztése egy olyan intézményi partnerség kialakítása, ahol állami (intézményi) és magánfinanszírozás mellett tudunk a felsőoktatási hallgatók számára is igénybe vehető, kedvezményes térítés mellett kialakított pszichoterápiás szolgáltatást kínálni. Így válik a továbbküldőrendszer az ELTE-modell harmadik pillérévé.

Szinopszis

A felsőoktatási tanácsadás változatos módokon és formában, prosperáló kilátásokkal működik a világ egyetemsein. A tanácsadás eklekticizmusából adódóan a felsőoktatási tanácsadás folyamata is eklektikus szemléleti és módszertani eszköztárral jellemezhető. Több helyen a nagy pszichoterápiás iskolák időkorlátos konzultációs formáira adaptált, egy szempontú (monista) nézőponttal és beavatkozási módokkal (mint amilyen a pszichodinamikus tanácsadás) dolgoznak, míg más helyeken eklektikus, az esetekhez adaptált és szakemberek képzettségétől függő tanácsadási modelleket találunk, és léteznek az egyes szemléleti keretek előnyeit ötvöző integratív modellek is. A különböző modellek más-más előnyökkel és korlátokkal rendelkeznek, de közös elemük a kliensközpontúság, a nem specifikus hatótényezők kiemelt szerepe, az időkorlát és a fókuszáltság. Sok helyen az alkalmazott modelleket a szakemberekre vonatkozó jogi szabályozás alakítja, így sok helyen pszichoterapeuták végzik a konzultációkat, míg más helyeken pszichológusok vagy más mentálhigiénés szakemberek részvétele is jellemző. Az Eötvös

Loránd Tudományegyetem Életvezetési Tanácsadója 2015-ös újjáalakulásakor vezette be a hatalkalmas tanácsadói folyamatot az egyetemi hallgatói populáció (fejlődési) igényeihez igazítva, továbbá a mentálhigiénés ellátás kapacitáskorlátainak csökkentése érdekében. Az akkor mind szervezeten, mind működésében dinamikusan változó szervezet a benne működő szakemberek tapasztalatait és a szakirodalomban fellelhető ajánlásokat (beleértve a Magyar Pszichológia Társaság által kidolgozott pszichológiai tanácsadói protokollt) integrálva fejlesztette a folyamatot saját modellé. Az ELTE ÉT által alkalmazott hatalkalmas tanácsadói modell szemléletét és módszertanát tekintve eklektikus, időkorlátos, fókuszált, erősen épít a nem specifikus hatótényezőkre. Eklektikusságánál fogva rugalmas, mind a monista, mind a plurális nézőpontokra jól illeszthető (attól függően, hogy az azt használó szakember milyen képzettségű). Ezért másik előnye, hogy a pszichológusképzés minden szintjén elsajátítható. Integrálja a monista, időkorlátos modellek szoros szupervíziós bázisát és a plurális modellek flexibilitását. A modell 3 pillérré épít, az egyik maga a hatalkalmas tanácsadói folyamat, a másik a háromszintű szupervíziós setting, a harmadik pedig az integrált továbbküldőrendszer. A hatalkalmas modell a mentálhigiénés problémák széles körére alkalmazható, ugyanakkor Wieggersma modelljéhez adaptáltan a súlyos problémák esetén csak korlátozottan eredményes. Az „ELTE-modell” fejlesztése és fejlődése azonban továbbra is dinamikus. Három fejlesztési irány körvonalazható. A nemzetközi modellekkel összehasonlítva az ELTE modellje a lezárás fázisában jelenleg nem tudja a pszichoterápiába vétel lehetőségét felajánlani, ezért az ELTE egészségfejlesztési koncepciójával összhangban első lépésként pszichiáter

szakorvos bevonását szorgalmazza az egyetemi üzemorvosi rendszerbe. Ennek az irány-
nak a következő lépése egy olyan „ELTE-
ambulancia” létrehozása lenne, amely már
akár kevert (egyetemi és önrésszel is bíró) fi-
nanszírozással kínálna kedvező térítésű psi-
choterápiás ellátást az egyetemi polgárok
számára. A másik fejlesztési irány a szuper-
viziós modellben az esetfókusz mellett a ta-
nácsadó (szakmai-személyes) fókusz be-
emelése lenne, amely a kiégésprevención túl
(kiküszöbölve a rövid konzultációs/terápiás
módszerek intenzitásából és a konzultációban
egyszerre mozgó kliensek nagy számából
eredő szakemberpróbáló elakadásokat) az
egyéni szakmai fejlődési utak támogatását is
szolgálná. A harmadik fejlődési irány pedig

az eklektikus szemléleti és módszertani keret
integrálásának kérdését érinti. Jelen formá-
jában a hatalkalmas modell előnye egyben
hátrányát is jelenti, ez pedig a monista és az
integratív modellekben meglévő módszer-
tani stabilitás hiánya (amely a másik oldalon
rugalmasságként jelentkezik), amely sok eset-
ben hatékonyság- és idővesztéssel jár az
esetvezetésben. A cél lehet egy olyan, *meta-
keretként* működő integrált modell felállítása,
amely a folyamatosan változó keretek kö-
zött is képes ötvözni az adott szervezeti és
szakembergárda módszertani erőforrásait.
Ennek a kérdésnek az eldöntése azonban to-
vábbi, hatástanulmányokra is építő kutatási
tapasztalatok bevonását kívánja.

SUMMARY

COUNSELLING MODELS IN HIGHER EDUCATION – THE EXPERIENCES OF THE SIX SESSION MODEL

Background: The early counselling psychology models (career and life-counselling) were developed from the basic concepts of psychotherapy schools and by adaptation of the methods to shorter time spans. Modifications covered mainly the setting the number of sessions, the aims, defining the focus and the group of clients. Thus, the non-specific factors of psychotherapies were reevaluated. The reduction in the number of sessions, the change in the time of the counselling relationship enhanced new conditions, dilemmas and opportunities for the professionals. The change in the counselling setting formed an eclectic and integrative model using a creative combination from other psychotherapy protocols. These changes made it possible to involve more participants in the mental health services. One of the main settings is the higher education counselling. *Aim:* This paper shows the conceptual and methodological circumstances of counselling in higher education. At ELTE Eötvös University’s Counselling Centre a six-session method is used. Two years of experience is summarized in this paper. The advantages and dilemmas are presented about the short eclectic counselling psychology model in higher education compared to other short counselling methods.

Keywords: higher education, counselling models, six-sessioned model

IRODALOM

- ADAMO S., SARNO, I., PRETI, E., FONTANA, M. R., PRUNAS, A. (2010): Brief psychodynamic counselling in a university setting. *Procedia Social and Behavioral Science*, 5, 1151–1159.
- BAGDY E. (2009): Pszichoterápia, tanácsadás, szupervízió, coaching: azonosságok és különbségek. In: KULCSÁR É. (2009): *Tanácsadás és terápia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 53–77.
- BME www.bme.hu/hirek/20170504/Barkinek_az_eleteben_elofordulhat_olyan_helyzet_amellyel_egyedul_nem_tud_megbirkozni
- BUDA B. (2009): A lelki segítség alapkérdései – A tanácsadás és a pszichoterápia struktúrái és feltételei. In: KULCSÁR É. (2009): *Tanácsadás és terápia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 11–51.
- ELTE ÉT www.tanacsadas.elte.hu
- FELSŐOKTATÁSI TANÁCSADÁS EGYESÜLET (2015): *A felsőoktatási diáktanácsadás szakmai irányelvei, szakmai protokollja*. FETA. (www.feta.hu/sites/default/files/feta_felsooktatasi_diaktanacsadas_szakmai_protokollja_2015.pdf Letöltés ideje: 2017. 11. 18.)
- FELSŐOKTATÁSI TANÁCSADÁS EGYESÜLET (2015): *Keretek és módszerek a felsőoktatási tanácsadásban*. FETA. (www.feta.hu/sites/default/files/feta_konyv_10_belivek_1204_vegleges.pdf Letöltés dátuma: 2017. 11. 18.)
- HOFFMAN, F. H., SPERTH, M., HOLM-HADULLA, R. M. (2015): Methods and effects of integrative counseling and short-term psychotherapy for students. *Mental Health and Prevention*, 3, 57–65.
- HOLM-HADULLA, R. M., KOUTSOUKOU-ARGYRAKI, A. (2015): Mental health of students in a globalized world: Prevalence of complaints and disorders, methods and effectivity of counseling, structure of mental health services for students. *Mental Health and Prevention*, 3, 1–4.
- INGUSZ I. (1986): A konzultáció általános bemutatása. In: RITOÓKNÉ ÁDÁM M. (szerk.): *A tanácsadás pszichológiája*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 223–235.
- MALAN, D. H. (1990): *Egyéni dinamikus pszichoterápia*. Animula, Budapest.
- MANN, J., GOLDMAN, R. (1973): Esetleírások az időkorlátos dinamikus terápia köréből. Animula, Budapest.
- MPT TANÁCSADÁS PROTOKOLL www.mpt.hu
- MURÁNYI I. (2006): A tanácsadás pszichológiája. In: KLEIN S., BAGDY E., (szerk.): *Alkalmazott pszichológia*. Edge 2000 Kft., Budapest. 225–250.
- PFEFFER R. (1980): Konceptiók a pszichoanalitikusan orientált tanácsadás köréből. In: RITOÓKNÉ ÁDÁM M. (szerk.): *A tanácsadás pszichológiája*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 31–47.
- PINTÉR G. (2009): Személyközpontú pszichoterápia és tanácsadás. In: KULCSÁR É. (szerk.): *Tanácsadás és terápia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- RITOÓK M. (2011): Tanácsadás az iskolában. In: CSÁSZÁR-NAGY N., DEMETROVICS ZS., VARGHA A. (szerk.): *A klinikai pszichológia horizontja. Tisztelgő kötet Bagdy Emőke 70. születésnapjára*. Flaccus Kiadó, Budapest. 289–304.

- RÜCKERT, H. W. (2015): Students' mental health and psychological counselling in Europe. *Mental Health and Prevention*, 3, 34–40.
- SZABÓ, E. (2015): Mentálhigiénés tanácsadás szerepe a felsőoktatási hallgatók körében – Egzisztencialista kérdések a felsőoktatásban. In: PUSKÁS-VAJDA ZS., LÁSZLÓ N., FÜLEKI B., LISZNYAI S.: *Keretek és módszerek a felsőoktatási tanácsadásban*. FETA könyvek, 10. Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület, Budapest. 99–117.
- WIEGERSMA, S. (1976): Hogyan adjunk pszichológiai tanácsot? Megközelítések és módszerek a pszichológiai tanácsadás gyakorlati alkalmazásában. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 1/78. 63–80.
- ZARKA, J. (1977): „Pszichológiai tanácsadás” és „tanácsadás pszichológiája”: néhány javaslat. A pszichológiai tanácsadás a gyakorlatban, tanácsadás vagy pszichoterápia? In: ILLYÉS S., RITOÓKNÉ ÁDÁM M. (szerk.) (1992): *A nevelési és pályaválasztási tanácsadás pszichológiája*. Tankönyvkiadó, Budapest. 185–206.