

PRO BONO PSZICHOTERÁPIA VITA

Lapszámunkban folytatódik a vita a pro bono, vagy csökkentett áron végzett pszichoterápiás kezelés vonatkozásairól. Hozzászólóink közül Árkovits Amaryl Pécsről (Bizalom magánrendelő), Kiss Anna és Balázs Botond pedig Budapestről (Evező magánrendelő) osztja meg az álláspontját. Ratkóczi Éva hozzászólása kissé tágítja a vita kereteit, mert beemeli az alapítványi munkában (Nap-kör Alapítvány) tapasztalt, árszabással, hátrányos helyzetű páciensekkel kapcsolatos dilemmákat is. Véleménye, bár kitekint a magánszektorból, fontos kitérő, mert talán intézményes megoldásokat is felvillant a vita témájával kapcsolatban.

Pénzről gondolkodni nem egyszerű. Főleg nagy nyilvánosság előtt nem. Tapasztalatom szerint az emberek – és a szakma – a pénzről meglehetősen pironkodva, transzparenciát nélkülözve nyilatkoznak. Olyan érzésem van ilyenkor, mint mikor az egyetemi szigorlatokra készülve néhány évfolyamtárs bizonygatta, hogy nem tanult, aztán ötszre vizsgázott. Most én vagyok hülye, vagy ő kamuzik?

Nézzük csak meg a magánpraxisok hirdetéseit, és vegyük hozzá azokat a kollégákat, akik a szürke „zónában” rendelve nemigen láthatóak, ám a páciensek szájhagyománya útján csurran-cseppen valami... Igazán nem akarok rosszindulatúnak tűnni. De valahogy jók vagyunk a dolgok elsimításában.

Emiatt is örültem ennek a direkt felkérésnek.

Először a háziasszony fog beszélni belőlem, utána igyekszem szakmai érveket is felsorakoztatni. A háziasszonyságot egyébként nem szégyellem. Bár némiképp földhözragadtnak és kevésbé elegánsnak tűnhetek ettől, de azt gondolom, a golyóstollal vezetett kockás füzetek a bevétel-kiadás spektrumon jól követhetőek. Egyértelműek.

Több mint négy éve, mikor a közalkalmazotti állás helyett a magánpraxist választottam, egyetlen dilemmám volt: mi lesz azokkal a pácienseimmel, akik nem tudnak fizetni. Nem lehetek ennyire elérhetetlen, gögös, úrhatnám (szabad a gazda...), hogy csak azok járhatnak hozzám, akiknek pénze van (nem kevés). Elfogadva Kézdi Balázs örökbecsűjét, hogy „mindannyian a narcizmus üldözöttjei vagyunk”, a kételyről megpróbáltam lehámozni önnön nagysá-

gomba vetett hitemet. Nem oly’ bonyolult logikai sor után arra jutottam, hogy miként a korai analitikusoknak, a jóérzésem, a humánumba vetett hitem alapján nekem is kell egy olyan sávot fenntartanom, ahol azokat látom el, akik nem a magánrendelések fizetőképes keresletének a tagjai.

És ez azóta is így van, és működik. Nem azért teszem ezt, mert az állami ellátás hiatusait pótolni akarnám – ez nem lehetséges. Hanem azért, mert amióta az eszemet tudom, mindig tettem valami altruista gesztust embertársaimért. Persze kisgyerekként ehhez a családi akciókhoz kellett idomulnom, ám nagy gyerekként volt önálló döntésem, és az arról szólt, hogy folytatom a familiáris hagyományokat. (Aztán terápiába viszem a differenciálódás ezzel kapcsolatos kérdéseit.) Szóval nem kérdés számomra, hogy a magánpraxis keretein belül dolgozom-e ingyen. Jól közvetítve a páciensek felé, ebből nincs gond. És hogy egy másik mesteremre, Stark Andrásra utaljak: „ha jól csinálod, nem kell a pácienseknek hálát érezniük”. Ebben a kijelentésben nem szerepel a pénz.

Ma, amikor ezen az íráson gondolkodtam, az egyik páciensem azt mondta: nem lesz kerete a terápia folytatására. Erre megfelezttem a terápiás óra díját. Indoklásul annyit mondtam, hogy ennyi az én adományom a helyzet megoldása iránt, ő meg „húzzon bele”. Win-win. Értem én, hogy nem túl szakmai mondat, ám azt hiszem, nem a tartalom a lényeg, hanem a hogyan. Hogy tudom-e úgy mondani, hogy

elfogadható legyen mindkettőnk számára. Megmaradjon a partneri viszony kettőnk közt.

Ha elgondolkodom ezen a kérdésen, akkor benem is felmerülnek olyan dilemmák, hogy mennyiben árnyalja a terápiás kapcsolatot, ha a páciensem tudja, hogy a jelenlegi ár alatt dolgozom vele. Igyekszem úgy csinálni, hogy ne ez legyen a fókuszban, bár időnként beszélni kell róla. Erre a DREAM-terápiák „hogya is vagyunk mi egymással” kérdése alkalmas. Általában, akikkel a jelenlegi ár alatt dolgozom, azokkal régen kezdtem, még akkor, amikor nem emeltük a praxisközösségünk egységes terápiás tarifáit. Nem társalgunk évente áremelésről, ám beszélnünk kell róla, hogy miért is így van, miért nem teszünk úgy, mint a kozmetikusok vagy manikűrösök, hogy bármily szeretetkapcsolatban vagyunk, de emelik az árat. Úgy vélem, hogy a terápia szeretetkapcsolat is. És mint ilyen, el kell viselnie a világ finansiális változásait (a csirkefarhátat és minden egyéb, a terapeutákat sokkal jobban érintő módosulásokat), nekünk pedig élnünk kell, ám példát is mutatnunk, hogy nem minden konvertálható forinttá.

Árkovits Amaryl

A vitatémaként felvetett kérdést több oldalról is megvizsgálhatjuk, ahogy azt Antal-Bacsó Péter korábbi hozzászólásában már kifejtette. A korábban megszólalókat kiegészítve szeretnénk olyan szempontokat is felvetni, melyek továbbmennek azon a kérdésen, hogy egy magánellátó vállal-e ingyen pácienseket vagy sem.

A pszichoterápiás ellátás elérhetősége nagyban függ a szakmapolitikai döntésektől (pl.: TB támogatás kiterjesztése a magánellátókra, finanszírozás rendezése stb.) és az ezzel kapcsolatos szakmai oldalról történő nyomásgyakorlás hatékonyságától, de az egyes szakemberek tevékenységétől is, melyre részletesebben szeretnénk kitérni.

Az állami ellátás igénybevétele nemcsak a kapacitások miatt korlátozott. Míg a magánellátók körében kialakuló verseny intenzív marketingtevékenységet von maga után, melyből ingyenes pszichoedukációs anyagok és az ellátásokkal kapcsolatos tájékoztatói lehetőség születik, addig az állami egészségügyi ellátások nagy része nehezen átlátható az informálódás akadályoztatottsága miatt. Gondoljunk csak bele, hogy a legtöbb intézmény honlapja mennyire elavult, kevésbé felhasználóbarát felület (pl. lassú betöltési sebesség, rossz oldalstruktúra, mobilos változat hiánya stb.), az elérhető szakemberekről és

ellátási formákról semmilyen lényeges információval nem szolgálnak (pl. van-e szabad szakemberválasztás, képzettségek szintje), a telefonos információkérés szinte lehetetlen, online időpontfoglalásra alig van lehetőség. Egy pszichés problémákkal küzdő páciens önérvényesítési ereje pedig nem feltétlen terjed ki arra, hogy végigverekedje magát az állami ellátáshoz vezető úton. Felvetődik továbbá a kérdés, hogy mennyiben lehetne az állami ellátóhelyek napi gyakorlatát hatékonyabbá tenni a régóta alkalmazott rendszerek felülvizsgálatával, átstrukturálásával, új eszközök bevezetésével. Az említett problémák mindegyike az egyes intézményekben dolgozó szakemberek felelősségi körébe is tartozik.

A fent említett problémás gyakorlat a magánellátásban lévő szakemberek számára is nehezíti az állami ellátásokkal kapcsolatos lehetőségek átlátását, amennyiben nem közvetlen kapcsolatuk van 1-1 ott dolgozóval, így a teljes körű páciens tájékoztatás lehetőségét is akadályozza.

Itt térnénk ki a további kérdésre, mely a pro bono terápiák definícióját érinti. Amennyiben a pro bono szolgáltatások körét a terápiákhoz képest tovább bővítjük, úgy kérdéssé válik a digitalizáció mentén a szakemberek által üzemeltetett szakmai social media felületek, ingyenesen közzétett pszichoedukációs anyagok és az egyes e-Health lehetőségek ügye is. Utóbbival kapcsolatban az elérhető kutatási adatokból látszik, hogy összességében nem csak költségek tekintetében, de az egészségfejlesztés szempontjából is hatékony eszközei az alapellátás kiegészítésének (Kapitány-Fövény 2022). A pro bono terápiák alternatívájaként a szakemberek akár ilyen rendszerek fejlesztésével is támogathatnák a rászoruló klienseket, melyet könnyítene, ha elérhetőek lennének pályázati források is. Az ingyenesen közzétett szakmai anyagok azonban az olvasatunk szerint mindenképpen társadalmi felelősségvállalásként tekinthetőek (annak ellenére, hogy nem várható tőlük gyógyulás), még akkor is, ha marketingcélokat szolgálnak, hiszen bővítik a mentális egészséggel kapcsolatos ismeretanyagot, növelhetik a betegségbelátás szintjét, csökkenthetik a stigmatizációt, emellett pedig jelentős erőforrást igényel az adott szakembertől, aki ezeket az anyagokat létrehozza.

Amennyiben a szűken vett pro bono terápiák kérdésre rátérünk, vállalkozóként a szakmai döntések mellett egy sor pénzügyi döntés meghozatalára kényszerülünk, melyek kényszerűen a terápiás tér és keretrendszer részévé válnak, mint azt az előtünk hozzászólók kifejtették. A magánrendelések esetében felvetődik, hogy ki állja ennek a költségét. Van-e felelőssége a bérlet alapú rendelőnek a szak-

ember által nyújtott terápia támogatásában, vagy ezt egyedül a szakember feladata vállalni? Hogyan állapítható meg a rászorultság mértéke? Mennyit és hogyan bír el egy vállalkozás ilyen jellegű szolgáltatás tekintetében?

Emellett a vállalkozók egy része dolgozik az állami szektorban is. Amennyiben ambuláns ellátóhelyen tevékenykedik egy szakember, úgy a korábbi időszakban lehetősége volt a magánrendeléséről átcsatornázni az állami szektorba a rászoruló klienseket már az első interjút követően, ezt a kaput az egészségügyi törvénymódosítás valamelyest bezárta.

Korábbi tapasztalataink azt mutatták, hogy az állami lehetőségekről szóló tájékoztatás és az állami ellátóhelyre történő átvitel a terápiás kapcsolat megerősödését eredményezte, azzal a tapasztalattal szemben, hogy az eredetileg is az állami ellátóhelyre érkező kliensek kerettartása jelentősen hektikusabb. A kapcsolati dinamikába azonban megjelent, mint meghatározó elem (tartozom-e valamivel a terapeutának, van-e itt helyem, meddig járhatok, elveszek-e valakitől helyet stb.).

Hivatkozás:

Kapitány-Fövény M. (2022): Internet- és okostelefon alapú beavatkozások: e-Health az addiktológiában. In: Kiss A., Farkas J., Kapitány-Fövény M. szerk.: Addiktológiai zavarok pszichoterápiája. Budapest, Medicina Kiadó, 212–238.

Kiss Anna, Balázs Botond

Pár szó Alapítványunk céljairól és működéséről

A 2002-ben alapított Nap-Kör Mentálhigiénés Alapítvány *eredeti célja pontosan az volt* – látván az ismert és számunkra nehezen elfogadható körülményeket –, hogy TB támogatás híján *egy fizetős, de mégis szélesebb rétegek számára elérhető ellátási formát hozunk létre*. Azt vállaltuk, hogy egyrészt próbálunk a magánrendelési díjak alsó határa körül maradni, másrészt, hogy – önkéntes munkatársak és önszolgáltató csoportok bevonásával – a legszegényebbek számára is igyekszünk hatékony segítséget nyújtani. Fizetett munkatársainkon kívül a pszichoterápiás és klinikai pszichológusi képzések nálunk gyakorló hallgatói záróvizsgájuk letételéig önkéntesként dolgoznak, szoros szupervízió mellett. Az önkéntes munkatársakhoz járó kliensektől csak pár ezer forintos óradíjat kérünk, amit az alapítvány

fenntartására fordítunk, az önszolgáltató csoportokon való részvétel ingyenes.

Kivételes egyéni kedvezmények és egyéb megoldások a fizetési nehézséggel küzdő kliensek számára

Bármilyen kedvezményesek is a díjaink, így is akadnak olyanok, akik ezeket sem tudják kifizetni, és ilyenkor ugyanazon dilemma elé kerülünk, mint a magánrendeléseken dolgozó kollégák. Időről időre felmerülnek további egyéni kedvezmények, amelyeket általában a szupervíziós-esetmegbeszélő csoportjainkon beszélünk meg.

1. A kedvezmény egyik változata, hogy *az egyébként fizetségért dolgozó kolléga „önkéntesként” viszi az adott beteget, azaz ő nem vesz fel érte fizetséget*, de a beteg ilyenkor is befizeti az önkéntes terápiákra megállapított díjat. Fontosnak tartjuk, hogy a rossz anyagi helyzetű személyek is hozzájáruljanak lehetőségeik szerint a kezelésükhöz, nemcsak az alapítvány fenntartása, hanem a terápia eredményessége érdekében is, illetve az ingyenességből adódó esetleges „áttételi” bonyodalmak elkerülésére. Az utóbbiak elkerülését segíti talán az is, hogy a beteg általában tud róla, hogy a kedvezmény nem kizárólagosan a terapeutája döntése, így kevésbé terhelődik a terápiás kapcsolatra. Az is tehermentesítőleg hat, hogy fizetési nehézség esetén csak néhány, a munkacsoport egyeztetett szabályainak megfelelő kedvezménylehetőség közül lehet választani. Nincsenek köztes díjak, a kedvezmény mértéke nem valamiféle terapeuta-beteg alku eredménye.

A már végzett terapeuták „önkéntesség” vállalása természetesen nem kötelező, de nem is tilos. Mindig a terapeuta kezdeményezésén alapul, azonban csaknem mindig szupervízió is megtárgyaljuk, ahol a résztvevők befolyásolhatják a kolléga döntését, de végül mindenképpen ő dönt.

2. Másik kedvezmény az ún. „hitelezés”, amikor a befizetés hosszabb idejű halasztását tesszük lehetővé. Ez a döntés is általában szupervízió tárgya.

3. A kedvezmények kiváltását szolgálhatja *az órák gyakoriságának ritkítása* (általában hetenkénti-ről 2 hetenkéntire), de kombinálható is a megoldás az 1. vagy 2. pont alatti kedvezményekkel. Kognitív terápiákban, főleg a terápia előre haladottabb stádiumában az ülés ritkítása könnyebben megengedhető, mert a terápia részét képező „házi feladatok” otthoni gyakorlása segítheti a terápiás folyamat fenntartását. Más esetekben a szinten tartó vagy támogató terápia-

ára való átváltás lehet az a kompromisszumos megoldás, ami elviseli a ritkított üléseket, de fenntartja a terápiás kapcsolatot a fizetési nehézség időszakában.

Milyen esetekben nyújtunk kedvezményt?

1. Amikor egy önkéntesként nálunk gyakorló kolléga befejezi a képzését, átléphet a fizetett kategóriába. *Az önkéntesként megkezdett régebbi terápiait azonban ilyenkor a változatlanul rossz szociális helyzetű betegek esetében egy méltányos ideig (pl. fél évig), illetve egy lezárható állapotig még mindenképpen továbbviszi.* A hosszabb távú, akár több éves támogatást igénylő betegek esetében a terapeuta saját döntése, hogy vállalja-e ezt továbbra is „önkéntesként”, vagy egy nyugvópontig eljutva lezárja a terápiát, ami után egy új önkéntes munkatárssal kezdhet a beteg egy új folyamatot.

2. Előfordul, hogy egy kliens rossz anyagi körülményei miatt önkéntes terapeutát szeretne, de *a problémái túlságosan súlyosak ahhoz, hogy önkéntesre bizzuk,* vagy aktuálisan nincs a problémáihoz illeszthető szabad önkéntes kapacitás. Ilyenkor lehetőség van arra, hogy egy egyébként fizetségért dolgozó tapasztaltabb kolléga vállalja „önkéntesként”.

3. A leggyakrabban előforduló helyzet az, amikor váratlan munkanélküliség, betegség vagy egyéb egzisztenciális változás miatt *az eredetileg fizetőként megkezdett terápiáját a beteg nem tudja tovább vagy átmenetileg finanszírozni.*

Milyen szempontokat veszünk figyelembe a döntésnél?

1. Mérlegeljük, hogy *a kliens valóban sürgősen rászorul-e és eléggé motivált-e a terápiára, valamint, hogy valóban ilyen mértékben rászorul-e az anyagi kedvezményre.* Folyamatban lévő terápia esetében sok egyéb motiváció is felmerülhet: haragszik a terapeutára, elégedetlen a terápiával vagy lebecsüli, önmagát becsüli le, ezért nem szán magára pénzt, belső tiltás nem engedi, hogy ennyi pénzt költsön önmagára stb. Új terápia esetében is lehetnek hasonlóak, és az is lehetséges, hogy egyszerűen csak a lehető legolcsóbban szeretne terápiához jutni a kliens, minden lehetőséget megmozgatva és kihasználva.

2. Vigyázunk arra, hogy *ne hajtsunk vizet a terápiát akadályozó erők malmára,* ne támogassuk a parazitizmust, kihasználást, ne rontsuk a beteg

motivációját, ne erősítsük a terápia leértékelését („olcsóbb terápia kevesebbet ér”). *Ne fokozzuk a beteg függőségét, túlzott háláját, lekötelezettségérzését.*

3. *„Hitelezésnél” felmérjük, hogy van-e reális esélye annak, hogy a megegyezés szerinti idő elteltével a kliens ki tudja fizetni a tartozását.* Rövid, belátható időtartamokra kötünk megegyezést. Fontos, hogy ne legyen nagyon megterhelő számára a későbbi kifizetés, és *ne maradjon adósunk végül a beteg, annak minden lelki következményével.*

4. *A kliensekével egyenértékűek a kollégák szempontjai.* Fontos, hogy csak akkor vállaljon akár fizetés nélküli, akár halasztott kifizetésű terápiát valaki, *ha az belső békével kísért tudatos motivációkra épül.* Ilyenkor az ember nem hiszi jótékonykodónak, mártírnak, áldozatnak vagy áldozathozónak magát, hanem egyszerűen csak azt érzi, hogy „ennyi belefér”. Van olyan sok éve végzett terapeuta kollégánk, aki rendszeresen vállal egy idő keresztszövetben egy önkéntes beteget, és amikor a kezelést lezárja, szól, hogy „megürült az önkéntes helye”.

Mikor engedjük el a teljes díjat?

Nagyon ritkán, extrém rossz szociális helyzet, teljes jövedelemhiány, munkaképtelenség esetében: például munkanélküli súlyos depressziós beteg, középiskolás vagy egyetemista fiatal, akinek a szülei nem fizetik a terápiáját.

Az engedményekkel kapcsolatos tapasztalataink

Előfordult, hogy kielégítő, sőt kifejezetten jó anyagi helyzetű kliensek is el tudták hitetni velünk kezdetben a fizetéseképtelenségüket, a valós helyzet felismerése ilyenkor kezelendő ellenérzést váltott ki a terapeutában. Csaknem minden ilyen esetben komoly motivációs problémák is felszínre kerültek, pl., hogy a kliens csak a férj vagy feleség követelésére jött terápiába. Nehézkés együttműködés után szinte kivétel nélkül a kliens kilépésével vagy szó nélküli elmaradásával végződtek ezek a terápiák.

A valóban motivált és valóban rossz szociális helyzetű betegek esetében nem emlékszem, hogy előfordult volna, hogy bármilyen komolyabb, speciális dinamikai vagy motivációs problémát okozott volna a nekik nyújtott egyéni kedvezmény. Ezt annak tulajdonítom, hogy az érintett klienseink egyszerre tapasztalhatják meg a nehéz helyzetükre vonatkozó megértésünket és a határtartásunkat. Igyekszünk a

kedvezményeket időhatárok közé szorítani, konkrét kategóriákba sorolni, és a döntésbe egyfelől a beteget, másfelől az alapítványi munkacsoportot is bevonni. Így nem érezheti a beteg sem azt, hogy bármit megkaphat, sem azt, hogy valami olyan extrát kapott, amiért különlegesen hálásnak vagy büszkének kellene lennie, vagy éppen szégyellnie kellene magát. Tudja, hogy olyat kap, ami lehatárolt módon, de benne van a rendszerben, bárki rászorulóknak elérhetően. Az említett extrém ritka teljesen

ingyenes kivételeket leszámítva a szegényebb betegek éppúgy azt érezhetik, hogy erejüktől tellően befektetnek a kezelésükbe, mint a tehetősebbek, és ha jól alkalmazzuk a fenti szempontjainkat, akkor ez tőlük semmivel sem követel kisebb áldozatot, mint másoktól a teljes díj befizetése. Anyagi helyzetük javulásakor sokszor önként jelzik, hogy képesek a rendes díjat fedezni, vagy a tervezettnél előbb befizetni az elmaradásukat.

Ratkóczi Éva